



Funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

An innovative model for career counselling services to mental health NEETs



BERUFLICHE BERATUNG JUNGER MENSCHEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG: DAS WORK4PSY INSTRUMENTARIUM

Partner Organizations



IMPRINT

Das WORK4PSY Instrumentarium ist ein Produkt des WORK4PSY Projektkonsortiums, welches vom Erasmus+ Programm der Europäischen Union kofinanziert wird. Die Europäische Kommission kann nicht für die in diesem Instrumentarium veröffentlichten Informationen verantwortlich gemacht werden.

©WORK4PSY Consortium, 2021

Vervielfältigung und Verbreitung in identischer oder bearbeiteter Form ist erlaubt, solange die Quelle genannt wird und die Weitergabe unter gleichen Bedingungen gestattet wird (Creative Commons Share-alike). Für weitere Informationen und Kontakt besuchen Sie bitte unsere Website unter www.work4psy.eu

Verlegt von: PEPSAEE

Herausgeber: Nikos Drosos,

Layout und Design: e-Mundus

Inhalt

Imprint	2
Einleitung	7
1. Der Bedarf.....	8
2. Der Anspruch	9
3. Herausforderungen.....	9
4. Das Projekt	10
5. Das Instrumentarium (Toolkit).....	10
6. Das Curriculum	11
7. Die offene Lernplattform.....	11
8. Die Struktur des Toolkit.....	11
Teil A: Berufliche Interventionen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Europa	16
A.1. Berufliche Unterstützung in Deutschland	17
A.1.1. Einleitung	17
A.1.2. Unterstützung im Vorfeld der Teilhabe am Arbeitsleben.....	18
A.1.3. Unterstützung zur Inklusion in Ausbildung und Arbeit im Rahmen des Sozialgesetzes	19
A.1.4. Fallstudien	25
A.1.5. Literatur	27
TEIL B: Das WORK4PSY Modell der beruflichen Intervention	30
B.1. Das Work4Psy Modell: Ein holistischer Ansatz zur beruflichen Beratung junger Menschen mit psychischen Erkrankungen	31
B.1.1. Einführung.....	31
B.1.2. Frühzeitige Intervention und Vernetzung mit psychiatrischen Einrichtungen	31
B.1.3. Informell Betreuende	32

B.1.4. Beratung zu Sozialleistungen	33
B.1.5. Narrative und Life-Design Perspektiven.....	33
B.1.6. Das Work4Psy Modell für MH NEETs.....	35
B.1.7. Schlussfolgerungen.....	42
B.2 Netzwerkarbeit am Arbeitsmarkt	43
B.2.1. Die Notwendigkeit der Netzwerke.....	43
B.2.2. Probleme, welche ein Unterstützungsnetzwerk erforderlich machen.....	44
B.2.3. Arbeiten mit Netzwerken	46
B.3. Diskriminierung und Stigma.....	54
B.3.1. Einleitung	54
B.3.2. Das Ausmaß des Problems.....	56
B.3.3. Wege zur Bekämpfung von Stigma	57
B.3.4. Zusammenfassung	64
B.3.5. Literatur	64
B.4. Junge Menschen mit psychischen Erkrankungen empoweren	67
B.4.1. Was ist Empowerment?.....	67
B.4.2. Wissen ist Power	67
B.4.3. Unterstützung ist Power	68
B.4.4. Networking ist Power	69
B.4.5. Eigene Entscheidungen treffen ist Power	70
B.4.6. Planen ist Power	71
B.4.7. Selbstsorge ist Power	71
B.4.8. Literatur	72
B.5. Arbeiten mit Familien und anderen informell Betreuenden.....	73
B.5.1. Wie können Familien und andere informell Betreuende die Arbeitsmarktintegration von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen unterstützen?	73
B.5.2. Zentrale Überlegungen	79
B.5.2.3. Literatur	79
Teil C: Instrumente und Aktivitäten	81

Für junge Menschen mit psychischer Erkrankung konzipierte Aktivitäten	84
C.1. Was willst du tun?	85
C. 3. Selbstachtungs-Tagebuch.....	87
C.6. Basic clearing with SymFoS methodology.....	89
C.7. Persönliches Manifest	96
C.15. Berufliche Optionen in Peer-Beratung evaluieren	98
Aktivitäten, die für informell Betreuende und/oder junge Menschen mit psychischer Erkrankung konzipiert wurden	102
C.21. Eine eigene Entscheidung treffen: Was sind deine Kriterien? Definiere deinen Lösungsraum!	103
C.23. Wer unterstützt dich in deinem Netzwerk?.....	106
C.25. Wo stehe ich? Meine Prozess-Checkliste.....	109
Aktivitäten, die für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen und für Berufsberater*innen konzipiert wurden	113
C.27. Auswertung persönlicher Zielerreichung.....	114
C.30. Die Wunderfrage.....	115
C.32. Eine Netzwerkkarte für die Zusammenarbeit mit Arbeitgeber*innen	119
C.33. Mach dir ein Bild!.....	121
C.35. Systemischer Stuhl.....	124
Das WORK4PSY CONSORTIUM	126



EINLEITUNG

Etwa 83 Millionen Menschen in Europa, 27% der europäischen Bevölkerung, sind von psychischen Erkrankungen betroffen (European Social Work, 2013). Drei Viertel der psychischen Erkrankungen setzen vor dem 25. Lebensjahr ein (WHO), und erschweren direkt und durch die Auswirkung von Stigmatisierung die Arbeitsmarktzugang vieler junger EU Bürger*innen. Viele EU-Projekte haben die Arbeitsmarktintegration sogenannter „NEETs“ thematisiert, also junger Menschen, die weder in Arbeit, Schule oder Ausbildung sind (NEET für *not in employment, education or training*). Wenig Aufmerksamkeit haben dagegen jene „NEETs“ gefunden, die psychisch erkrankt sind (MH NEETs – „MH“ für *mental health*).

In der wachsenden Gruppe der NEETs begegnen MH NEETs vielen zusätzlichen Herausforderungen auf ihrem Weg in Ausbildung und Arbeit. Psychische Krankheit kann sowohl ein Faktor, der zum Abrutschen in den NEET Status beiträgt, als auch eine Folge dieses Status sein. Junge Menschen mit psychischer Erkrankung haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, die Schule abzubrechen. Psychische Erkrankung erschwert zudem den Übergang von der Schule in den Beruf. Die soziale Isolation, die mit dem NEET-Status einhergeht kann zusammen mit der Ausgrenzungserfahrung der psychischen Erkrankung zu Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit führen. Ein immer noch weitverbreitetes Hindernis bei der Integration in Bildung und Arbeit bleibt die Stigmatisierung psychischer Krankheit. Oft werden Menschen mit psychischer Krankheit als „gefährlich“ und „unberechenbar“ dargestellt und marginalisiert.

Andererseits gibt erfolgreiche, in verschiedenen europäischen Ländern erprobte Methoden der beruflichen Inklusion von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Aber obwohl bekannt ist, dass junge Menschen andere Probleme und Bedürfnisse haben als Erwachsene, gibt es wenig Trainings und Ressourcen für Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen, beruflich Beratende und informell Betreuende, die auf die Zielgruppe der MH NEETs zugeschnitten sind.

Die Wichtigkeit beider Aspekte – junge Menschen und Inklusion in Arbeit – wurde auch dadurch unterstrichen, dass das Thema des Welttags der Psychischen Gesundheit 2017 Psyche und Arbeit war, und der darauffolgende Welttag 2018 den Fokus auf Jugendliche und junge Erwachsene legte.

Die Erkundung und Verbesserung der Prozesse der Inklusion in Arbeit von MH NEETs ist das Hauptziel dieses Projekts.

Derzeit gibt es einen Mangel an spezifischen Instrumenten der Inklusion in Ausbildung und Beruf für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen. Außerdem hatte sich gezeigt, dass keine der vier Zielgruppen (die jungen Menschen selbst, Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, berufliche Beratende und informell Betreuende) ausreichend Kenntnisse und Fähigkeiten zur beruflichen Orientierung und Integration zur Hand hatte. Die große Zahl der jungen Menschen mit psychischer Erkrankung, die nicht in Ausbildung und Arbeit finden, ist alarmierend und begründet die dringende Notwendigkeit, wirksame Strategien sowie angemessene didaktische Angebote zu entwickeln.

1. DER BEDARF

Der Arbeitsmarktintegration kommt eine Schlüsselrolle bei der Verbesserung der psychischen Gesundheit zu – sie bringt aber auch breiteren ökonomischen und gesellschaftlichen Nutzen.

Gelingende Inklusion in Arbeit reduziert nachgewiesenermaßen Symptome und verbessert die Funktionalität von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Sie reduziert die Häufigkeit von stationären Aufenthalten und den Bedarf an medizinischen Behandlungen und entlastet damit auch das Gesundheitssystem. Wichtige wirtschaftliche Vorteile ergeben sich auch aus dem Umstand, dass Inklusion den europäischen Volkswirtschaften neue Arbeitskraftpotenziale erschließt. Inklusion in Arbeit bedeutet auch, dass der Kontakt mit jungen Menschen mit psychischer Erkrankung selbstverständlicher wird, was zur Entstigmatisierung und damit zur weiteren gesellschaftlichen Inklusion beiträgt.

Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, beruflich Beratende und informell Betreuende sind Hauptbeteiligte im Prozess der beruflichen Integration von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es ist daher wichtig, diese Gruppen zu befähigen, die jungen Menschen zu informieren, zu motivieren und zu stärken, damit sie sich aller ihrer Möglichkeiten hinsichtlich beruflicher Eingliederung bewusst sind und diese nutzen können – sei es auf dem offenen Ausbildungs- und Arbeitsmarkt oder, mit staatlicher oder unabhängiger Unterstützung, im geförderten und/oder geschützten Bereich.

Es besteht daher ein Bedarf für Informations- und Weiterbildungsangebote für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen selbst aber eben auch für informell Betreuende, Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen und beruflich Beratende. Diese Angebote sollten sicherstellen, dass ein Bewusstsein für die Notwendigkeit frühzeitiger Intervention entsteht, und die zur Verbesserung der Integrationschancen erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten bei allen Beteiligten vorliegen.

2. DER ANSPRUCH

Der Hauptanspruch des Projektes ist, direkte Verbesserung der Lebensperspektiven arbeits- und ausbildungsloser junger Menschen mit psychischer Erkrankung. Sie sollen gestärkt werden, sodass sie selbständig Informationen zu beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten einholen können und auf Unterstützung durch ein gut aufgestelltes persönliches Umfeld (informell Betreuende) und durch individuell zielführende professionelle Dienstleistungen (Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, Berufsberater*innen) zählen können. Das übergreifende Ziel dabei ist die Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen jungen Menschen durch soziale Inklusion, befördert durch die bereitgestellte Methodologie und Ressourcen zur beruflichen Beratung.

Auf dieser Grundlage können Fachkräfte und Berufsberater*innen den betroffenen jungen Menschen zu helfen, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten zu verbessern. Sie sollen in die Lage versetzt werden, aktiv in ihren jeweiligen Lebenskontexten teilhaben zu können, ihre eigene Zukunft effektiv zu planen und sich eigenständig in Ausbildung und Beruf zu verwirklichen.

Das Projekt versucht ebenso, Fachkräften im Sozial- und Gesundheitswesen sowie Berufsberater*innen ein besseres Verständnis der besonderen Situation und Bedürfnisse von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen zu vermitteln, aus welcher Notwendigkeit frühzeitiger Intervention insbesondere auch hinsichtlich der Integration in Ausbildung und Beruf folgt.

Das Projekt stellt informell Betreuenden (also Angehörigen, Freunden, etc.) Instrumente zur Unterstützung junger Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Verfügung. Ziel ist es, informell Betreuende durch Entwicklung von Kenntnissen und Fähigkeiten zu stärken, da diese Personen den engsten Kontakt mit den Betroffenen haben. Die Integration in Ausbildung und Beruf hängt damit oft sehr stark auch davon ab, wie gut diese sie unterstützen können.

3. HERAUSFORDERUNGEN

Wir suchen die Inklusion und Beschäftigungsfähigkeit von MH NEETs durch die Schaffung spezialisierter Instrumente und Methoden zu befördern, welche durch Berufsberater*innen, Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitswesen, informell Betreuende und die jungen Menschen selbst genutzt werden können. Work4Psy hat eine spezialisierte Methodologie und Instrumente zur Berufsberatung entwickelt, welche auf die besonderen Bedürfnisse der MH NEETs eingehen und die große Betonung auf frühestmögliche Intervention legen. Die Projektpartner haben die Trainings- und Beratungsbedarfe, wie auch Integrationshemmnisse und -hindernisse systematisch kartiert. Sie haben die bestehenden Methodiken der beruflichen Beratung ausgewertet und auf die spezifischen Bedarfe junger Menschen mit psychischen Erkrankungen hin weiterentwickelt.

Die Perspektiven der jungen Menschen selbst und ihrer Angehörigen, als Expert*innen ihrer eigenen Lebenswelt, wurden dabei in den Mittelpunkt gestellt. Die transnationale Zusammenarbeit auf europäischer Ebene ermöglichte uns den Austausch von Knowhow und guter Praxis zwischen erfahrenen Partnerorganisationen in Süd- und Mitteleuropa, was auch für eine Wirkung hinsichtlich der Verbesserung beruflicher Beratung über europäische Landesgrenzen hinweg wichtig ist.

4. DAS PROJEKT

Ziel des Projekts war es, die oben genannten Herausforderungen zu adressieren, indem die Integration in Ausbildung und Arbeit von MH NEETs durch die Schaffung einer spezifischen Methodik beruflicher Beratung gefördert wird und die vier in dem Prozess hauptbeteiligten Hauptzielgruppen entsprechend weitergebildet werden. Diese Zielgruppen sind

- a) MH NEETs
- b) Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen
- c) Beruflich Beratende
- d) Informell Betreuende

Zur Verbesserung der Inklusion in Arbeit und damit auch der weiteren sozialen Inklusion von MH NEETs haben das Work4Psy Projektkonsortium dieses *Europäische Instrumentarium (Toolkit) für die berufliche Beratung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen* geschaffen. Darüber hinaus wurden das *Europäische Curriculum zur Integration Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen in Ausbildung und Arbeit* erstellt und die *Offene Online Lernplattform* eingerichtet. Dies erfolgte im Sinne einer der EU-Prioritäten für berufliche Aus- und Weiterbildung (2015-2020), die eine „weitere Stärkung von Schlüsselkompetenzen in Curricula beruflicher Aus- und Weiterbildung sowie die Bereitstellung effektiverer Möglichkeiten diese Kompetenzen durch lebenslange Weiterbildung zu erwerben und zu entwickeln“.

5. DAS INSTRUMENTARIUM (TOOLKIT)

Der entwickelte Toolkit bietet Fachkräften, beruflich Beratenden, MH NEETs und ihren informell Betreuenden, lokalen Agenturen und Ämtern sowie allen anderen Interessierten das notwendige Wissen und interaktive Berufsberatungsinstrumente, um die Integration von MH NEETs in Ausbildung und Arbeit zu fördern. Der Toolkit bietet Informationen und Leitfäden zu ausgesuchten Themen um alle Beteiligten zu unterstützen und um Bewusstsein zu schaffen. Die in den Toolkit aufgenommenen Instrumente und Aktivitäten sind leicht anzuwenden und zielgruppenorientiert. Der Toolkit führt alle Interessierten durch den Prozess in Ausbildung

und Arbeit von der ersten Stufe, der Selbsteinschätzung, bis zur letzten, dem kontinuierlichen Monitoring.

6. DAS CURRICULUM

Das Curriculum stellt einen didaktischen Rahmen für das Toolkit dar. Es ist gegliedert in spezifische Trainingsangebote für die vier Zielgruppen und enthält Lehr- und Lerneinheiten, für die jeweils detailliert die Ziele und Lernergebnisse, die Inhalte und Abläufe, Lehr- und Lernmethoden, Lernumfang und Materialien definiert sind. Das Curriculum enthält Hinweise und Ratschläge zur Anwendung des Toolkits und zur Nutzung weiterer Ressourcen (bspw. Videos, interaktive Instrumente der beruflichen Beratung etc.).

Das Curriculum wurde auf der Basis der Ergebnisse einer umfassenden Auswertung der internationalen Literatur, der Ergebnisse der Fokusgruppen und einer umfragegestützten Bedarfsanalyse erstellt.

7. DIE OFFENE LERNPLATTFORM

Basierend auf der didaktischen Struktur des Curriculum wurde eine offene Lernplattform entwickelt. Sie enthält alle Informationen und Instrumente aus dem Toolkit sowie eine Vielfalt weiterer Ressourcen und Materialien. Ziel war es, eine digitale Umwelt zu schaffen, in der MH NEETs, Fachkräfte, beruflich Beratende und informell Betreuende alle notwendigen Informationen, Materialien und Ressourcen zu Ausbildung und Arbeit für junge Menschen mit psychischer Erkrankung finden können. Auch die Materialien und Instrumente auf der Lernplattform sind das Ergebnis der Zusammenarbeit der Partnerorganisationen, die ihre jeweilige Erfahrung und Expertise einbrachten – und auch die Lernplattform baut im Sinne des Modells der Ko-Produktion auf der Zusammenarbeit mit allen Zielgruppen des Projekts auf und reagiert auf die von ihnen selbst als Expert*innen ihrer Lebenswelt artikulierten Bedarfe.

8. DIE STRUKTUR DES TOOLKIT

Das *Europäische Instrumentarium (Toolkit) für die berufliche Beratung Jugendlicher mit psychischen Erkrankungen* wurde auf Grundlage einer umfassenden Auswertung der internationalen Literatur, der Expertise der beteiligten Partnerorganisationen und auf den Ergebnissen der Fokusgruppen, welche wir mit Angehörigen der Zielgruppen durchgeführt haben, erstellt. Es kann in Übereinstimmung mit dem didaktischen Rahmen des Curriculums genutzt werden.

Alles Material ist in Kapitel gegliedert, die wiederum folgende Abschnitte enthalten: (a) Einführung und Fokus, (b) Hauptteil, (c) Literatur und (d) Links zu und Hinweise auf weitere Ressourcen und Materialien (nach Bedarf).

Im Folgenden geben wir eine kurze Übersicht über die Inhalte der einzelnen Kapitel.

8.1. TEIL A: BERUFLICHE INTERVENTIONEN FÜR MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IN EUROPA

Dieser Teil enthält eine Übersicht über die Interventionen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Partnerländern Griechenland, Italien, Polen und Deutschland. Diese werden in eigenen Kapiteln durch die jeweiligen Partnerorganisationen dargestellt.

In dieser deutschsprachigen Version wird nur das deutsche System der Unterstützung dargestellt. Für die Beiträge der anderen Partner verweisen wir auf die [englische](#) und die jeweilige landessprachliche Version des Toolkits ([Toolkit Part A](#)).

Alle Partner beschreiben die rechtlichen Bestimmungen, die ihre jeweiligen Staaten implementiert haben, um die Integration in Bildung, Ausbildung und Arbeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen innerhalb der spezifischen (Aus-)Bildungssysteme und Arbeitsmarktbedingungen zu fördern. Vor- und Nachteile dieser Interventionen werden mit Bezug auf ihre Auswirkungen auf die Inklusion in Ausbildung und Arbeit werden besprochen. Es werden sowohl staatliche wie nichtstaatliche Interventionen (wie berufliche Trainingszentren, Vereine, Selbsthilfeinitiativen, Werkstätten) in den Partnerländern beschrieben. Ziel ist über die Information der Akteur*innen in den einzelnen Ländern auch die Darstellung guter Praxis, die für Akteur*innen in anderen Ländern inspirierend sein könnte.

8.2. TEIL B: DAS WORK4PSY MODELL DER BERUFLICHEN INTERVENTION

Teil B besteht aus einem einführenden Kapitel zum Work4Psy Modell (1), gefolgt von vier Kapiteln zu zentralen Themen und Problemen in der beruflichen Inklusion von MH NEETs: Netzwerkarbeit (2), Umgang mit und Bekämpfung von Diskriminierung und Stigmatisierung (3), Empowerment (4) und Arbeit mit informell Betreuenden (5). Im Folgenden stellen wir die Kapitel kurz vor.

8.2.1. Kapitel 1: Einführung zum WORK4PSY Modell: Ein ganzheitlicher Ansatz der beruflichen Beratung junger Menschen mit psychischer Erkrankung

Das WORK4PSY Modell basiert auf den theoretischen Rahmen des sozialen Konstruktivismus und narrativer Perspektiven und integriert Elemente und Eigenschaften des Supported Employment Ansatzes, insbesondere das IPS Modell und PEPSAEEs Modell der beruflichen Rehabilitation psychisch Erkrankter. Das Modell betont die frühzeitige Intervention, Beratung zu Sozialleistungen und Zusammenarbeit mit einem multidisziplinären Team aus Psychiater*innen, Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen. Es konzentriert sich auf Sinngebung und die Ko-Konstruktion eines beruflichen Selbst durch Verbindlichkeit und aktive Beteiligung sowohl seitens der jungen Menschen als auch der beruflich Beratenden.

Netzwerkarbeit, Kooperation und die Unterstützung sowie aktive Beteiligung informell Betreuender sind zentrale Elemente des vorgeschlagenen Modells.

8.2.2. Kapitel 2: (Netzwerk-)Arbeit mit dem Arbeitsmarkt

Dieses Kapitel richtet sich vor allem, aber nicht ausschließlich an Arbeitgeber*innen. Es stellt einen Leitfaden dar, an dem sich Arbeitsmarktakteur*innen orientieren können, welche junge Menschen mit psychischen Erkrankungen auf ihrem Weg in Ausbildung und Arbeit unterstützen möchten. Das Kapitel beschreibt die Besonderheiten und Bedeutung der Netzwerkarbeit für MH NEETs am Arbeitsmarkt. Es werden die unterschiedlichen Aspekte der notwendigen Unterstützung besprochen: Unterstützung für die junge Person selbst, für Mitarbeitende und Vorgesetzte, und für durch finanzielle Mittel. Das Kapitel erklärt auch, wie Netzwerkpartner*innen zu identifizieren sind, wie Partnerschaften erreicht werden können und wie die gebildeten Netzwerke genutzt und erweitert werden können. Es werden auch Ideen zur Nutzung und Navigation bestehender Netzwerke vorgestellt.

8.2.3. Kapitel 3: Diskriminierung und Stigma

Dieses Kapitel konzentriert sich auf die Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung: Worin sie besteht und welche Auswirkungen sie auf Menschen mit psychischer Erkrankung, ihre Familien und die Gesellschaft insgesamt haben. Der Begriff der Stigmatisierung wird erklärt als ein in vier Komponenten bestehendes Phänomen erklärt: Markierung einer Person oder Personengruppe als „anders“, Zuschreibung unerwünschter Eigenschaften auf die so unterschiedenen Personen, Aussonderung dieser Personen und schließlich Statusentzug und aktive Diskriminierung dieser Personen. Das Kapitel diskutiert diese Komponenten in Bezug auf die spezifischen Stereotypisierungen, die Menschen mit psychischer Erkrankung erfahren. Das Ausmaß des Problems wird, der Weltgesundheitsorganisation WHO folgend, als einer der größten Herausforderungen im öffentlichen Diskurs dargestellt. Mit Bezug auf statistische Evidenz wird dargelegt, dass der Weg zur Eliminierung der Stigmatisierung psychischer Krankheit noch weit ist. Das Kapitel zeigt aber auch auf, wie die Fremd- und Selbstwahrnehmung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Positiven verändert werden können, indem es Ideen zum Aufbau von Akzeptanz und Verständnis und zur Veränderung der soziale Wahrnehmungsschemen vorschlägt.

8.2.4. Kapitel 4: Stärkung von Menschen mit psychischer Erkrankung (Empowerment)

Dieses Kapitel bespricht den Begriff des Empowerments mit Bezug auf junge Menschen, sowohl in sozioökonomischer als auch persönlicher Hinsicht. Zunächst wird eine Terminologie und ein theoretischer Rahmen aufgezeigt. Daraufhin werden Wege erkundet, wie MH NEETs mehr Macht und Kontrolle über ihr eigenes Leben gewinnen können.

Das Kapitel beginnt damit, zu besprechen wie Information zu und Verständnis der Welt der Arbeit helfen kann, Entscheidungen zu treffen, die besser zur Person passen. Es fährt fort mit einer Erkundung des Begriffs der Unterstützung legt dar, wie Unterstützung gefunden werden kann und wie dies zum Empowerment beitragen kann. Planen als ein Weg zur Erreichung von Zielen, die schwer zu erreichen scheinen und sind, zu ermöglichen. Es folgt eine Besprechung der Kraft des Netzwerks, wobei nach einer kurzen Definition die Erträge von Netzwerken vorgestellt und Ideen zum Networking vorgeschlagen werden. Das Kapitel schließt damit, dass die Vorteile von Selbstsorge, die stärkende Rolle davon und Vorgehensweisen dazu dargestellt werden.

8.2.5. Kapitel 5: Arbeit mit Angehörigen und anderen informell Betreuenden

Das Kapitel bespricht die Rolle, welche Angehörige und andere informell Betreuende in bei der beruflichen Integration von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen spielen. Das Kapitel beginnt mit einer Diskussion der schwierigen und vielfältigen Rolle, die Angehörige und andere informell Betreuende im Leben junger Menschen mit psychischen Erkrankungen spielen. Es fährt damit fort, die Interventionen aufzuzeigen, welche Angehörige und andere informell Betreuende nutzen können um die berufliche Entwicklung zu unterstützen und welche Erträge solche Interventionen für die Arbeitsmarktintegration der betroffenen jungen Menschen bringen können. Es werden dann die Herausforderungen und Schwierigkeiten erkundet, von Familien und andere für zur Mitarbeit an der Integration in Ausbildung und Beruf zu motivieren und Wege angeboten, diese zu überwinden. Verschiedene Methoden, Angehörige und andere informell Betreuende zu stärken werden vorgeschlagen: Kommunikation, adaptierte Unterstützung, Lehr- und Beratungshilfen, Peer Support und Gemeindefarbeit. Abschließend wird ein kurzer Leitfaden zum Vorgehen in der Arbeit mit Angehörigen und anderen informell Betreuenden vorgestellt, der die Herangehensweise über drei Modelle darlegt: Information – fokussierte Interventionen, Lerninterventionen und Beratung/Therapie.

8.3. TEIL C: INSTRUMENTE UND AKTIVITÄTEN

Dieser Teil stellt Aktivitäten und Instrumente vor, die von allen Zielgruppen genutzt werden können. Für jede der Zielgruppen wurde ein Set von Aktivitäten und Instrumenten zur Verfügung gestellt – junge Menschen mit psychischen Erkrankungen, Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, berufliche Beratende und informell Betreuende. Diese Instrumente und Aktivitäten können von Betroffenen als Selbsthilfeleitfaden genutzt werden oder in der professionellen beruflichen Beratung eingesetzt werden. Die Darstellung der einzelnen Aktivitäten ist jeweils gegliedert in folgende Unterabschnitte: Unter (a) „Diese Aktivität bezieht sich auf...“ wird erwähnt, für wen die Aktivität nutzbar ist. Unter (b) „Ziel der Aktivität“ wird das Design und der Zweck der Aktivität beschrieben. Unter (c) „Theoretischer

Rahmen“ wird die Begründung und theoretische Einordnung der Aktivität präsentiert. Unter (d) „Beschreibung“ folgt die detaillierte Anleitung zur Durchführung der Aktivität. Und unter (e) „Hinweise“ werden für einige der Aktivitäten weitere Tipps und Ratschläge zur Aktivität angeboten.

Alle Aktivitäten und Instrumente sind darauf ausgelegt, die jeweilige Zielgruppen im Prozess der Überwindung spezifischer Herausforderungen auf kreative und erlebnisorientiert zu bewältigen. Diese deutschsprachige Version enthält alle Aktivitäten, die auch im deutschsprachigen Curriculum genutzt werden. Die englische Version enthält eine erweiterte Auswahl ([Toolkit Part C](#))

TEIL A: BERUFLICHE INTERVENTIONEN FÜR MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN IN EUROPA

In dieser deutschsprachigen Version wird nur das deutsche System der Unterstützung dargestellt. Für die Beiträge der anderen Partner verweisen wir auf die [englische](#) und die jeweilige landessprachliche Version des Toolkits ([Toolkit Part A](#)). Während diese für Betroffene und Unterstützende in Deutschland nicht unmittelbar praxisrelevant sind, werden sie für wissenschaftliche Leser*innen von Interesse sein.

A. 1. BERUFLICHE UNTERSTÜTZUNG IN DEUTSCHLAND

Silvia Keller & Matthias Varul, HdBA

A. 1. 1. EINLEITUNG

Mit dem Erlass des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) im Dezember 2016 und seiner stufenweisen Umsetzung bis 2023 ist Deutschland die Implementierung des Anspruchs auf Inklusion in Arbeit nähergekommen, wie sie in Art. 27 der UN Behindertenrechtskonvention (UN BRK) von 2006 artikuliert wurde. Änderungen in den Sozialgesetzbüchern (SGB – für uns hier relevant sind insbesondere aber nicht ausschließlich SGB III und SGB IX) sollen den gleichberechtigten Zugang zu Ausbildung und Arbeit gesetzlich verankern. Für junge Menschen mit psychischer Erkrankung, die den Übergang von Schule zu Beruf angehen wollen, heißt dies, dass sie einen Rechtsanspruch auf Unterstützung haben, wenn ihre Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation „nicht nur vorübergehend“, i.e. sechs Monate oder mehr, „wesentlich gemindert sind.“ (§ 19 SGB III in Verbindung mit § 2 (1) SGB IX). Die Verantwortung für die daraus folgenden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben liegt bei der Bundesagentur für Arbeit. Im Vorfeld, beim Zugang, in Begleitung und bei der Umsetzung sind aber eine Vielzahl weiterer Ämter, Institutionen, Organisationen und Individuen wesentlich beteiligt.

In Deutschland werden jährlich bei etwas über 40.000 jungen Menschen Behinderungen in diesem Sinne anerkannt. Bei etwa einem Fünftel steht eine seelische Behinderung im Vordergrund (Reims et al. 2018: 41). Es sollte jedoch auch nicht vergessen werden, dass auch andere Behinderungen von psychischen Erkrankungen begleitet werden können bzw. in kausalem Zusammenhang mit diesen stehen können. Ein Beispiel ist Taubheit, die aus verschiedenen Gründen stark mit psychischen Störungen korreliert, s. Fellingner et al. 2012).

Vermutlich wegen Faktoren wie der Stigmatisierung psychischer Krankheit und ihrer geringeren Sichtbarkeit, verzögert sich der Zugang zu Unterstützungsleistungen bei einer seelischen Behinderung im Vergleich zu anderen Formen von Behinderung (Reims et al. 2018: 50). Ein Bericht des der Arbeitsagentur angegliederten Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung IAB stellt die beruflicher Rehabilitation bei Notwendigkeit weiterlaufender medizinisch/therapeutischer Maßnahmen, wie sie für die Gruppe junger Menschen mit psychischer Erkrankung meist erforderlich ist, besondere Anforderungen an die Kreativität

und Kooperation der professionell involvierten Individuen und Institutionen („street level bureaucrats“, Rice 2012, und „street level organisations“, Brodtkin 2011). (Tisch et al. 2017: 10)

Während die Arbeitsagentur und insbesondere ihre Reha-Beratung eine Gatekeeper-Rolle für die Genehmigung und Zuweisung staatlich finanzierter Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einnimmt, werden die Maßnahmen zur Teilhabe selbst von unabhängigen Organisationen in unterschiedlicher Trägerschaft (kirchlich, privat, gewerkschaftlich, verbandlich etc.) durchgeführt. Da die staatliche Förderung substanziell ist und ein Rechtsanspruch besteht, gibt es kaum nichtstaatliche Organisationen, die ohne solche Förderung im Rehabilitationsprozess beteiligt sind. Neben der staatlich finanzierten Umsetzung haben andere staatliche und nichtstaatliche Organisationen (bspw. Jugendhilfe, Schulen, Vereine) eine wichtige Rolle in der Einleitung des Rehabilitationsprozesses – nämlich durch die Identifikation von jungen Menschen, die der Unterstützung bedürfen, um sie überhaupt erst an Therapieangebote, soziale Hilfen und das Angebot der Leistungen zur Teilhabe heranführen zu können.

A.1.2. UNTERSTÜTZUNG IM VORFELD DER TEILHABE AM ARBEITSLEBEN

Wie gesagt, benötigen junge Menschen mit psychischer Erkrankung länger, um von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben profitieren zu können, als andere junge Menschen mit Behinderung. Ein möglicher Grund neben der erwähnten Stigmatisierung (Oschmiansky, et al. 2017: 225f.; Shankar et al. 2014: 7f.) ist oft, dass die Art der Erkrankung selbst die Suche nach Unterstützung erschwert (bspw. bei Vorliegen einer Depression oder einer Sozialangst). Der Umstand, dass der Zugang zu beruflichen Rehabilitationsleistungen meist über eine Behörde wie die Arbeitsagentur läuft, kann hier abschreckend wirken. Unterstützung beim Zugang ist daher unerlässlich. Hier sind nichtstaatliche Organisationen oft wichtige Akteure. Als kirchliche und säkulare Organisationen im Sozialwesen, oft beauftragt und finanziert über Gemeinden und Landkreise, spielen sie eine zentrale Rolle im deutschen Sozialwesen. Ihre Rolle in der Unterstützung auch von jungen Menschen mit psychischer Erkrankung ist im SGB VIII anerkannt, welches die kommunale Kinder- und Jugendhilfe darauf verpflichtet, wo immer unabhängige Träger vorhanden sind, nicht mit diesen in Konkurrenz zu gehen (§ 4 (2) SGB VIII), sondern gerade in diesem Bereich eine im Rahmen eines Hilfeplans steuernde aber kooperative Rolle einnehmen (§ 36 SGB VIII) und auch die Übergänge, im Rahmen einer Teilhabepflicht, zu anderen Reha-Leistungen wie eben der Leistungen zur Teilhabe an Arbeit, mit anderen Reha-Trägern (also auch der Arbeitsagentur) koordinieren und kooperieren (§ 36b SGB VIII). Damit kommt sowohl den zuständigen Behörden (wie der Jugendhilfe) und Institutionen (wie den Schulen) eine entscheidende Rolle im Vorfeld der beruflichen Inklusion zu, die von direkt dort angestellten oder für unabhängige Anbieter in deren Auftrag arbeitende Sozialarbeiter*innen wahrgenommen werden (bspw. über an einen kirchlichen Träger vergebene Schulsozialarbeit). Idealerweise sollten hier alle Angebote unter Einbezug der

entsprechenden Träger zusammengeführt, kommuniziert und getaktet werden (also Unterstützung in den Bereichen Familie, Schule, Wohnen, Therapie, Ausbildung etc.)

In der Praxis stellt sich der Zugang oft weniger systematisch dar, da vieles „unter dem Radar“ bleiben, und Bedarfe in den unterschiedlichsten Bereichen und Lebensphasen durch unterschiedliche Beteiligte identifiziert werden. So ergibt sich der Zugang zur Reha-Beratung der Arbeitsagentur oft aus der Initiative von Lehrer*innen, Therapeut*innen, Eltern, Sozialarbeiter*innen – und nicht selten werden spezifische Förderbedarfe zuerst in der allgemeinen Berufsberatung vor dem Erwerbsleben (BBvE) der Arbeitsagentur festgestellt, wenn diese Gespräche an den Schulen führt oder direkt ratsuchend angegangen wird und die Sprache auf gesundheitsbedingte Probleme beim Schulabschluss kommt.

Eine weitere, relative neue Institution, deren Dienstleistung über alle Bereiche der Inklusion in Anspruch genommen werden kann ist die Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). Diese wurde 2018 per Gesetz (§ 32 SGB IX) eingeführt und berät flächendeckend träger-unabhängig zu allen Teilhabebereichen und über den gesamten Reha-Prozess hinweg.

A.1.3. UNTERSTÜTZUNG ZUR INKLUSION IN AUSBILDUNG UND ARBEIT IM RAHMEN DES SOZIALGESETZES

Um Zugang zu besonderen Leistungen wegen des Vorliegens einer seelischen Behinderung zu erhalten, muss ein formaler Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt werden. Während es für diese mehrere mögliche Träger der Rehabilitation geben kann (bspw. die gesetzliche Rentenversicherung) ist für junge Menschen mit psychischer Erkrankung meist die Arbeitsagentur zuständig (und falls sie nicht zuständig ist, ist sie verpflichtet den Antrag innerhalb zwei Wochen an den zuständigen Träger weiterzuleiten). Über den Antrag wird dann von Beratungsfachkräften entschieden. In der Entscheidung stützen sich diese auf die eingereichten Unterlagen und Gespräche mit den Betroffenen und anderen Beteiligten. Üblicherweise werden Gutachten der Agentur-eigenen Fachdienste angefordert: ein Psychologisches Gutachten über den Berufspsychologischen Service BPS) und ein Ärztliches Gutachten über den Ärztlichen Dienst (ÄD). Während das Psychologische Gutachten auf seiner direkten Begutachtung und einem psychologischen Testverfahren resultiert, wird der Ärztliche Dienst in aller Regel nach Schweigepflichtentbindung die Befunde der behandelnden Kliniken, Ärzt*innen und Therapeut*innen einholen und ein dokumentenbasiertes Gutachten erstellen.

Wenn auf dieser Grundlage zur Einschätzung gekommen wird, dass der Zugang zu Ausbildung und Arbeit dauerhaft erheblich erschwert ist, wird eine Behinderung nach § 19 SGB III anerkannt. Allerdings muss, damit Leistungen zur Teilhabe genehmigt werden können, aber auch eine basale Arbeitsfähigkeit vorliegen. Wenn beispielsweise aus Sicht des ÄD ein

“Vorrang medizinischer Leistungen” besteht, muss dieser erst erledigt werden, bevor berufliche Rehabilitationsmaßnahmen zugeordnet werden können. Auch eine Belastbarkeit unter 15 Stunden pro Woche bzw. drei Stunden am Tag bedeutet in der Regel, dass außer der Zuweisung in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) keine LTA Maßnahme möglich ist. In Zweifelsfällen kann eine Belastungserprobung gemacht werden. Im internationalen Vergleich besteht damit in Deutschland eine relative scharfe Abgrenzung von medizinischen Leistungen und dem Prozess beruflicher Inklusion, die der vollen Umsetzung des international als effektivstes anerkannten ISP Modells, welches erweiterte unterstützte Beschäftigung frühestmöglich parallel zum therapeutischen Prozess beginnt, im Wege steht (Stengler/Hoffmann 2017).

Wenn der Förderungsbedarf festgestellt ist, besteht ein Anspruch, der solange bestehen bleibt bis eine erfolgreiche Integration in Arbeit (i.d.R. eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung von mindestens sechs Monaten) gelungen ist.¹ Die Reha-Beratung koordiniert die Ermittlung konkreter ausbildungs- und arbeitsmarktbezogener Bedarfe und weist, in Beratung mit und unter Zustimmung der Beratenen, entsprechende Maßnahmen zu. Wo weitere Inklusionsbedarfe außerhalb der Zuständigkeit der Arbeitsagentur bestehen, werden diese mit zuständigen Kooperationspartnern (bspw. der Eingliederungshilfe) im Rahmen einer Teilhabepflicht abgestimmt.

Den Reha-Prozess kann man in vier Schritte unterteilen (wobei je nach Situation nicht immer alle einzelnen Schritte durchgeführt werden müssen): Berufliche Beratung, Vorbereitende Maßnahmen (Diagnostik, Orientierung, vorbereitendes Training), Berufsausbildung (mit Unterstützung gemäß Bedarf) und Integration in Arbeit.

Alle Maßnahmen (einschließlich durch die Teilnahme entstehenden notwendigen Aufwendungen zum Lebensunterhalt, Fahrtkosten u.ä.) werden durch das Reha-Budget der Arbeitsagentur gedeckt, aber nur die berufliche Beratung wird durch die Arbeitsagentur selbst durchgeführt.

Alle anderen Maßnahmen werden durch die Arbeitsagentur extern beauftragt bzw. eingekauft (sei es als Maßnahmeprogramm, in das direkt zugewiesen werden kann, sei es durch Finanzierung von Einzelmaßnahmen über Bildungsgutscheine).

Alle Maßnahmen, egal ob direkt eingekauft oder abrufbar, sind zertifiziert, d.h. werden auf Qualität und Wirtschaftlichkeit geprüft. Auch hier ist die Anbieterlandschaft divers und plural was die Trägerschaft angeht.

Die Art der Maßnahmen, die zur Verfügung stehen ist über die Sozialgesetzbücher reguliert, wobei aber hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung, der regionalen Verteilung. Einerseits

¹ Es sei denn, der Antrag wird vom Betroffenen selbst zurückgezogen.

entsteht so eine hohe Flexibilität, andererseits können aber auch auf längere Zeit (typischerweise auf zwei Jahre) vorgekaufte Maßnahmen durch Zuweisungskorridore eine gewisse Sogwirkung erzeugen, da sie nur wirtschaftlich sind, wenn sie auch „bestückt“ werden. Gerade die hochindividualisierten Bedarfe bei den Rehabilitand*innen mit psychischer Erkrankung können hier mit einer Standardisierung des Unterstützungs- und Ausbildungsangebots konfliktieren. Andererseits kann die Limitierung von eingekauften Plätzen auch zu gerade für Menschen mit psychischer Erkrankung kontraproduktiven Warteschleifen führen. Im folgenden geben wir eine grobe Übersicht über die zur Anwendung kommenden Leistungen.

A.1.3.1. BERUFLICHE BERATUNG

Die Berufsberater*innen der Reha-Teams begleiten die jungen Menschen durch den Prozess der beruflichen Inklusion und bleiben ihnen bis zum Abschluss des Verfahrens als Ansprechpartner*innen zugeordnet. Sie führen regelmäßig Gespräche, in denen die aktuelle Situation erörtert wird, die Bedürfnisse und Ziele der Rehabilitand*in besprochen werden und das weitere Vorgehen verbindlich vereinbart wird. Wo erwünscht und möglich werden bei jungen Menschen die Eltern oder andere Vertrauenspersonen mit einbezogen (letzteres können beispielsweise auch Sozialarbeiter*innen sein). Externe Perspektiven werden auch über die Fachgutachten des BPS und des ÄD eingebracht, die im Gespräch erläutert und deren Implikationen für den weiteren Weg erörtert werden. Bei laufenden Bildungsmaßnahmen erhalten die Berater*innen zudem vom Maßnahmeträger Leistungs- und Verhaltensberichte (LuV).

Die Beratungsgespräche sind der zentrale Ort, an dem die Zuweisung zu über die Arbeitsagentur finanzierte Maßnahmen gemeinsam entschieden wird.

Während des gesamten Prozesses begleitet die Reha-Beratung, erhält regelmäßige Berichte und kann bei Bedarf auch mit den Betreuenden kommunizieren. Der Fortschritt sowie auftretende Probleme und Fragen wird regelmäßig mit den Rehabilitand*innen besprochen.

Die Reha-Berater*innen sind einerseits angehalten, so spezifisch wie *nötig* zu unterstützen, um eine Arbeitsmarktintegration zu sichern – andererseits aber *wo immer möglich* so nah an „allgemeinen“ Unterstützungsmaßnahmen zu bleiben, um dem Inklusionsgedanken gerecht zu werden. Während in den allermeisten Fällen Reha-spezifische Maßnahmen zur Anwendung kommen, stehen damit prinzipielle auch Wege offen, die nicht „behinderungsspezifisch“ sind und Reha-Berater*innen wird so Expertise sowohl für den Bereich besonderer Maßnahmen als auch für den Allgemeinen Arbeitsmarkt abverlangt. Die Komplexität ihrer Aufgabe zeigt sich auch darin, dass um individuellen Bedarfen und Zielen gerecht zu werden, häufig modulare und/oder sequentielle „Maßnahmepakete“ geschnürt werden müssen (Orientierungs- und Erprobungsmaßnahmen werden Ausbildungsmaßnahmen vorgeschaltet, denen dann weitere Integrationsmaßnahmen folgen können, oder allgemeine

Bildungsmaßnahmen werden durch Unterstützungsmaßnahmen begleitet u.ä.). So werden in ca. 40 % der Fälle sogenannte „Förderketten“ genutzt (Reims et al. 2016).

A.1.3.2. MASSNAHMEN ZUR ORIENTIERUNG UND BILDUNGSVORBEREITUNG

Diese Maßnahmen erweitern die berufliche Beratung und erleichtern den Übergang in die berufliche Ausbildung.

Diagnostische Maßnahmen kommen im Orientierungsprozess zur Anwendung. Der ÄD und BPS geben über ihre Gutachten Hinweise zur Belastbarkeit aber auch, in den Psychologischen Gutachten, zu beruflichen Präferenzen und Eignungen. Ist die Arbeitsfähigkeit generell oder auf bestimmte Tätigkeiten nicht eindeutig bestimmbar, können Maßnahmen wie die Diagnose der Arbeitsmarktfähigkeit (Dia-AM) oder Eignungsabklärung (EA) (bspw. im Vorgang zu Ausbildungen an einem BBW, s.u.) eingeschaltet werden, sodass weitere Entscheidungen auf der Grundlage von praktischen Erfahrungen vereinbart werden können. Sie dienen auch zur Absicherung, um die Zahl der Abbrüche zu vermindern.

Maßnahmen zur beruflichen Orientierung und Vorbereitung kombinieren die Möglichkeit, verschiedene Berufsfelder durch interne und externe Praktika zu erkunden mit allgemeinen und individualisierten Bildungsangebote, beispielsweise um durch krankheitsbedingt verpassten Schulstoff nachzuholen. Die häufigste dieser Maßnahmen ist die Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme (BvB), eine „allgemeine“ Maßnahme, die es auch als „Reha-Variante“ gibt.

Über die, idealerweise, kontinuierliche Rücksprache mit der Reha-Beratung erhalten solche Maßnahmen auch einen diagnostischen Aspekt.

Zudem gibt es über die Arbeitsagentur auch die Möglichkeit, kürzere oder längere Praktika bei prospektiven Ausbildungsbetrieben oder Arbeitgebern zu machen. Hierzu gehört die quasi als Probelauf zur Ausbildung konzipierte Eingangsqualifizierung (EQ), die bei Erfolg in eine reguläre oder unterstützte Ausbildung mündet.

A.1.3.3. UNTERSTÜTZUNG VON AUSBILDUNG

Die Förderung von beruflicher Ausbildung besteht aus einer sehr großen Spannweite von Maßnahmen hinsichtlich der Intensität der Unterstützung und Betreuung sowie auch der Nähe/Ferne zum Allgemeinen Ausbildungs- und Arbeitsmarkt.

So können Ausbildungsbetriebe durch einen Ausbildungszuschuss (AZ) für eventuell notwendige Aufwendungen für die Ausbildung eines Menschen mit Behinderung gefördert werden. Zur Unterstützung, bspw. bei der Bewältigung des Lernstoffs in der Berufsschule und anderen ausbildungsbezogenen Problemen können Ausbildungsbegleitende Hilfen (AbH) bewilligt werden. Die oben schon erwähnte Assistierte Ausbildung (AsA) kombiniert eine Phase der Ausbildungsvorbereitung mit einer AbH nicht unähnlichen Begleitung und

Unterstützung bei der Berufsausbildung. Beides schließt auch die Möglichkeit psychosozialer Begleitung ein. Etwas intensiver ist dieser Aspekt bei der Teilhabebegleitung (THB)

Begleitung und Ausbildung können gemeinsam als Betriebliche Berufsausbildung mit Begleitung (BBB) gefördert werden. Wenn ein geschützter Rahmen notwendig ist, kann eine außerbetriebliche Berufsausbildung bei einem spezialisierten Bildungsträger gefördert werden. Diese Ausbildung kann dann dual durchgeführt werden ("kooperativ" – d.h. der Träger ist für Begleitung und schulische Aspekte zuständig während Berufspraxis im kooperierenden Ausbildungsbetrieb vermittelt werden). Sie kann aber auch weitgehend beim Träger stattfinden ("integrativ"), also auch berufspraktische Inhalte weitgehend schulisch vermitteln, und Berufspraxis über Betriebspraktika bieten. Für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen finden solche Ausbildungen typischerweise an Berufsbildungswerken (BBW) statt. Diese bieten den Vorteil eines geschützten Rahmens und einer umfassenden psychosozialen. Allerdings sind sie natürlich weniger inklusiv und sie können auch nicht die gleiche Bandbreite von Ausbildungsgängen anbieten wie der Allgemeine Ausbildungsmarkt.

Schulische Berufsausbildungen, wie sie beispielsweise in Pflegeberufen üblich sind, und Hochschulstudien werden selten gefördert. Möglich ist dies auch nur, wenn sie aufgrund der Schwere der Behinderung nur in speziellen Einrichtungen der Rehabilitation stattfinden. Junge Menschen mit psychischer Erkrankung, die studieren möchten, sind so weiter auf die schon im Vorfeld des Übergangs in den Beruf zur Verfügung stehenden Unterstützungsleistungen und auf die Beratungsleistungen der studienbegleitenden Dienste der Studierendenwerke angewiesen.

A. 1.3.4. FÖRDERUNG VON BESCHÄFTIGUNG

Die geförderten Ausbildungen enthalten in der Regel auch eine Unterstützung der folgenden Arbeitsmarktintegration (bspw. Bewerbungstrainings, Hilfe bei der Stellensuche). Die Arbeitsagentur bleibt, wie erwähnt, bis zur erfolgreichen Integration in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, weiter für Beratung, Förderung und Vermittlung zuständig. In der Regel wird den Absolvent*innen von geförderten Ausbildungen, wenn sie nicht unmittelbar einen Arbeitsplatz finden, eine Arbeitssuchend- und dann Arbeitslosmeldung nahegelegt und ein*e Arbeitsvermittler*in im Reha-Team zugeordnet. Diese unterstützen durch Beratung und Zusendung von Vermittlungsvorschlägen die Arbeitssuche und können auch weitere Unterstützungsleistungen bewilligen.

Über einen Eingliederungszuschuss kann ein Betrieb gefördert werden, der einen Menschen mit Behinderung einstellt (etwa, um längere Einarbeitungszeiten und eventuell notwendige Anpassungen des Arbeitsplatzes, der Arbeitszeitregelung etc. zu kompensieren). Für kürzere Praktika können als „Maßnahme bei einem Arbeitgeber“ (MAG) die Fahrtkosten bei weiterlaufendem Arbeitslosengeld übernommen werden. Wenn eine längere Erprobung

notwendig ist, kann eine Probebeschäftigung von bis zu drei Monaten bewilligt werden, in der für eine bis zu drei Monate befristete Beschäftigung die Kosten des Arbeitgebers weitgehend übernommen werden.

Wenn sich die Arbeitssuche aufgrund der Schwere der Einschränkungen als nicht aussichtsreich erweist, kann die weiterhin zuständige Reha-Beratung auch eine unterstützte Beschäftigung (uB) zuweisen. Hier wird dann bei einem Arbeitgeber eine intensive durch ein Jobcoach begleitete weitere betriebliche Qualifizierung vorgenommen.

Wenn es keine andere Möglichkeit gibt und die/der Betroffene einverstanden ist, kann auch ein Platz in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) zugewiesen werden. Ziel hier ist Beschäftigung ohne den im Allgemeinen Arbeitsmarkt bestehenden Druck und mit umfassender psychosozialer Betreuung. Ziel ist vor allem auch, den Weg aus der Werkstatt in den Allgemeinen Arbeitsmarkt zu finden (wobei der mangelnde Erfolg bei diesen Bemühungen Gegenstand von Kritik auf nationaler und internationaler Ebene ist, zuletzt auch per Beschluss des Europäischen Parlaments – s. Punkt N in European Parliament 2020)

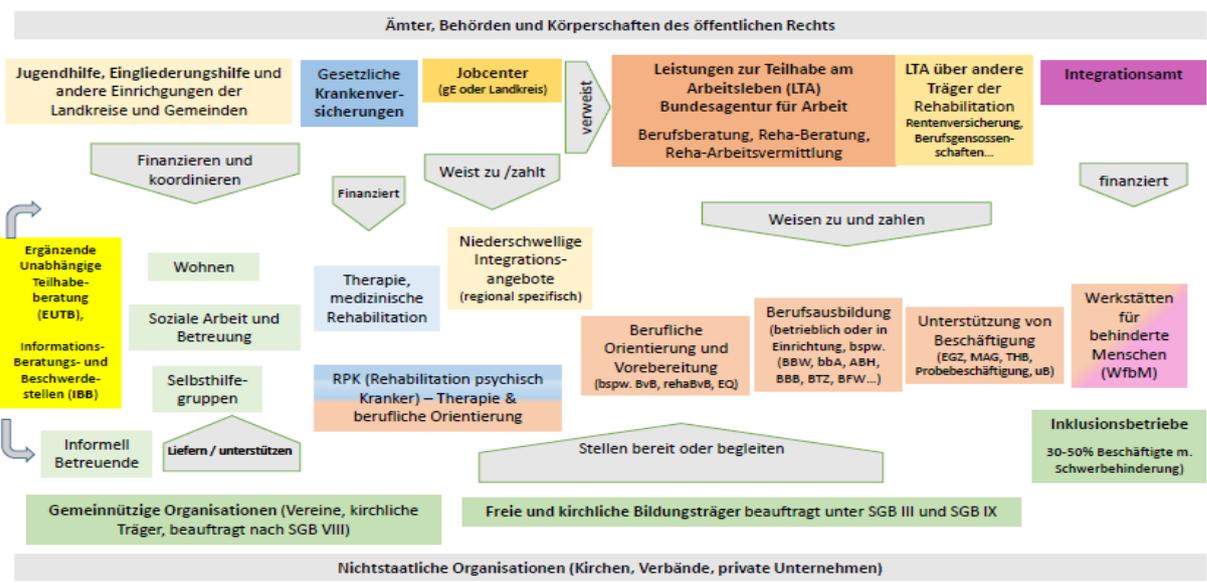
A. 1.3.5. WEITERE UNTERSTÜTZUNG WÄHREND UND NACH DER BERUFLICHEN REHABILITATION

Während, wie erwähnt, für unsere Zielgruppe meistens die Arbeitsagentur für den beruflichen Rehabilitationsprozess zuständig ist und auch Kosten für begleitende Dienstleistungen und Aufwendungen übernimmt, bleiben andere Unterstützungsangebote aktuell. So kann eine Betreuung durch die Jugendsozialarbeit weiterlaufen. Zuständigkeiten sind einerseits über Gesetze und Vereinbarungen zwischen Trägern der Rehabilitation geregelt und werden nach Bedarf andererseits innerhalb dieses auch im Einzelfall zwischen den Trägern vereinbart. Wenn es in diesen Prozessen Reibungen gibt, die sich auf die betroffenen Personen auswirken, kann wie für alle Fragen der vom SGB IX abgedeckten Gebiete die Beratungsleistung der EUTB in Anspruch genommen werden.

Wo über den Abschluss der von der Arbeitsagentur geförderten beruflichen Rehabilitation hinaus Leistungen zur Inklusion notwendig sind kann bei Vorliegen eines über das Versorgungsamt beantragten Schwerbehindertenausweises oder bei Teilnahme an einer WfbM auch das Integrationsamt (IA) und die ihm angegliederten Integrationsfachdienste (IFD) für Beratung und Förderung zuständig sein. Das IA übernimmt nach Ablauf der Finanzierung durch die Arbeitsagentur die Kosten für die WfbM-Teilnahme. Der IFD unterstützt und begleitet Übergänge aus der Werkstatt in den Allgemeinen Arbeitsmarkt. Der IFD kann beispielsweise auch nach einem Eingliederungszuschuss der Arbeitsagentur eine langfristige Förderung über das Budget für Arbeit durchführen.

Eine besondere Form der Beschäftigung nahe am Allgemeinen Arbeitsmarkt und auf Grundlage von sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen bieten die Inklusionsbetriebe, deren Belegschaft aus mindestens 30 %, aber höchstens 50 %, Menschen

mit Schwerbehinderung bestehen muss. Damit sind sie um einiges näher am Inklusionsgedanken als die WfbM, aber dennoch in der Lage, aufgrund staatlicher Förderung, entsprechende Anpassungen in den Arbeitsbedingungen vorzunehmen.



A.1.4. FALLSTUDIEN

A.1.4.1. Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

RPKs wurden 2005 auf der Grundlage einer Vereinbarung der zuständigen Träger der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (d. h. gesetzliche Kranken- und Rentenversicherungen und Arbeitsagentur) etabliert.

Das Ziel der RPK ist es, psychiatrische Behandlung und berufliche Rehabilitation zu integrieren (BAR 2011: 12). So soll die oben erwähnte scharfe Abgrenzung der beiden Prozesse überwunden werden, indem sie „unter einem Dach“ zusammengebracht werden.

Der Ablauf ist immer noch sequentiell – die berufliche folgt der medizinischen Rehabilitation und die jeweils zuständigen Reha-Träger übernehmen die Kosten für „ihre“ Hälfte – aber schon in der medizinischen Phase werden berufliche Perspektiven besprochen und im therapeutischen Verfahren eingesetzt, und während der zweiten, einer BvB ähnlichen Phase, wird die psychologische Betreuung weitergeführt. Die RPK orientieren sich am Geist des ISP Konzepts (Kress et al. 2019: 7-9) und das Vorgehen ähnelt den ersten Schritten eines ISP (Stengler et al. 2014: 101). Damit bieten die RPK eine mögliche Alternative für jene, für die aufgrund „Vorrangs medizinischer Maßnahmen“ oder Leistungsfähigkeit unter 15 Stunden pro Woche der Zugang zu anderen Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zunächst

verschlossen bleibt – eine Zielgruppe die in der Vereinbarung der Reha-Träger explizit benannt wird (BAR 2011: 16). Die Teilnahme ist jedoch weiterhin an eine Prognose gebunden, dass die Arbeitsfähigkeit über den Zeitraum der Maßnahme (üblicherweise ein Jahr) wiedererlangt werden kann.

Über ein Jahrzehnt nach Gründung können die RPK immer noch als innovativer Ansatz gelten. Für die Zukunft stellt sich die Frage, wie dieser Ansatz weiter entwickelt werden kann und wie die institutionalisierte Bereichsabgrenzung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation über die von den RPK abgedeckten Dienstleistungen hinaus weiter aufgebrochen werden kann. Des Weiteren ist anzumerken, dass man immer noch nicht von einer wirklich flächendeckenden Versorgung mit RPK Angeboten sprechen kann. (Stengler et al. 2014: 100)

A.1.4.2. Fallstudie: Ifa Heidelberg

Als Inklusionsbetrieb verpflichtet sich Ifa zur Beschäftigung von Menschen mit Schwerbehinderung. Diese machen um die Hälfte der Belegschaft bei Ifa aus. Durch die Inklusionsbetrieben zur Verfügung stehende finanzielle Unterstützung, kann die Firma sich den besonderen Bedürfnissen ihrer Beschäftigten auf eine Weise anpassen, die für nicht geförderte Betriebe so nicht möglich ist. Dadurch dass sie Menschen mit und ohne Behinderung einstellt und geschäftlich als „normales“ gewinnorientiertes Unternehmen operiert trägt das Unternehmen zur Inklusion bei. Mit dem Angebot einer Bandbreite von Dienstleistungen wie Umzüge, Renovierungen, Entrümpelung, Gartenarbeiten u.ä. konnte sich das Unternehmen in der Region einen guten Ruf aufbauen, sodass die Mitarbeitenden für ihre Arbeit nicht allein finanziell entlohnt werden, sondern auch soziale Anerkennung von außerhalb der Firma erhalten.

Ifa beschäftigt auch Menschen mit Körper-, Sinnes- und geistigen Behinderungen, ist aber schwerpunktmäßig auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingestellt. Hierzu gehört beispielsweise die Anpassung individueller Arbeitszeiten, einschließlich des Angebots von geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen für Menschen, die aufgrund sehr niedriger Belastbarkeit noch keine berufliche Rehabilitation beginnen können. Über ein paar Stunden pro Woche im Second-Hand Laden des Betriebs können sie erste Schritte zurück ins gesellschaftliche und ins Arbeitsleben machen. Mitarbeitenden, die aufgrund ihrer Erkrankung für längere Zeit ausfallen, wird zugesichert, dass sie in den Betrieb zurückkehren können.

Ifa versteht sich einerseits als Wirtschaftsunternehmen, aber andererseits als Solidargemeinschaft, was sich sowohl in internen Arrangements des Füreinander-Einstehens zum Ausdruck kommt, als auch in öffentlichem Engagement, wie etwa der Beteiligung an der

Fortschreibung der Sozial- und Teilhabeplanung des Rhein-Neckar-Kreises (Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis 2018)

A.1.5. LITERATUR

BAR (2011): *RPK Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005 über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen und Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung der RPK-Empfehlungsvereinbarung vom 4. November 2010*, Frankfurt am Main: Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation

Brodkin, Evelyn Z. (2011): 'Policy Work: Street-Level Organizations Under New Managerialism', in: *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol.21, pp.253-277

European Parliament (2021): P9_TA(2021)0075 *Equal treatment in employment and occupation in light of the UNCRPD* https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0075_EN.html#:~:text=European%20Parliament%20resolution%20of%2010%20March%2021%20on,occupation%20in%20light%20of%20the%20UNCRPD%20%282020%2F2086%20%28INI%29%29

Fellinger, Johannes/Holzinger, Daniel/Pollard, Robert (2012): 'Mental Health of Deaf People', in: *The Lancet*, Vol.379, no.9820, pp.1037-1044

Gerling, Corina (2013): 'Das Best Western Hotel Am Straßberger Tor der Fortbildungsakademie der Wirtschaft (FAW) gGmbH (Plauen) – das Konzept eines Integrationshotels' in: Stefan A. Böhm/Miriam K. Baumgärtner/David J. G. Dewertmann (eds): *Berufliche Inklusion von Menschen mit Behinderung. Best Practices aus dem ersten Arbeitsmarkt*, Berlin: Springer Gabler, pp.121-135.

Kress, Sabine/Wirtz, Gustav/Torhorst, Eva-Marie/Theißing, Annette (2019): *Berentung vermeiden, Teilleistung würdigen, Nachsorge ermöglichen. Positionspapier BAG RPK e.V. 8. 3. 2019*, Kassel: Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychisch kranker Menschen e.V.

Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis (2018): *Sozial- und Teilhabeplanung (Fortschreibung 2015-2025) für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und wesentlicher seelischer Behinderung*, Heidelberg

Oschmiansky, F., Popp, S., Prof. Dr. Riedel-Heller, S. G., Dr. Schwarzbach, M., Dr. Günhe, U., & Dr. Kupka, P. (2017). *Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung*. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB).

Reims, Nancy/Tisch, Anita/Tophoven, Silke (2016): 'Reha-Verfahren helfen beim Berufseinstieg', *IAB-Kurzbericht 7/2016*, Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Reims, Nancy/Tophoven, Silke/Tisch, Anita/Jentzsch, Robert/Nivorozhkin, Anton/Köhler, Markus/Rauch, Angela/Thomsen, Ulrich (2018): 'Aufbau und Analyse des LTA-Rehaprozessdatenpanels: Eine Prozessdatenbasis zur Untersuchung beruflicher Rehabilitation in Trägerschaft der Bundesagentur für Arbeit – Modul 1 des Projekts „Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben“', *BMAS Forschungsbericht 503*, Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Rice, Deborah (2012): 'Street-Level Bureaucrats and the Welfare State: Toward a Micro-Institutionalist Theory of Policy Implementation', in: *Administration & Society*, Vol.45, no.1038-1062.

Shankar, Janki/Nicholas, David/Warren, Sharon/Lai, Daniel/Tan, Shawn/Zulla, Rosslynn/Coutuer, Jeniffer/Sears, Alexander (2014): 'Employers' Perspectives on Hiring and Accommodating workers with mental illness.' *Sage Open 4.3* (2014): 2158244014547880.

Stengler, Katarina/Hoffmann, Holger (2017): 'Warum es in Deutschland bisher nicht gelungen ist, Supported Employment in der Regelversorgung zu etablieren', in: *Die Kerbe*, no.2, pp.30-32

Stengler, K./Riedel-Heller, S.G./Becker, T. (2014): 'Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen', in: *Der Nervenarzt*, Vol.85, pp.97-107

Tisch, Anita/ Brötzmann, Nina/Heun, Katja/Rauch, Angela/Reims, Nancy/Schlenker, Kathrin/Tophoven, Silke (2017): 'Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben Qualitative Befragung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Förderbereich der Bundesagentur für Arbeit – Abschlussbericht,



TEIL B: DAS WORK4PSY MODELL DER BERUFLICHEN INTERVENTION

B.1. DAS WORK4PSY MODELL: EIN HOLISTISCHER ANSATZ ZUR BERUFLICHEN BERATUNG JUNGER MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

NIKOS DROSOS, MENELAOS THEODOROUKAKIS, & MARA KOURTOGLOU, PEPSAEE

B.1.1. EINFÜHRUNG

Das Work4Psy Modell für junge Menschen mit psychischer Erkrankung basiert auf den theoretischen Rahmen des Sozialkonstruktivismus und des narrativen Ansatzes. Es macht zudem Anleihen beim Supported Employment und hier insbesondere beim IPS Modell und bei PEPSAEEs Modell der Arbeitsintegration von Menschen mit psychischer Erkrankung. Das Modell betont frühzeitige Intervention, Beratung zu Sozialleistungen und Zusammenarbeit in einem multidisziplinären Team von Psychiater*innen, Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen. Es konzentriert sich auf Sinnggebung und die Ko-Konstruktion eines beruflichen Selbst durch Verbindlichkeit und aktive Beteiligung sowohl seitens der jungen Menschen als auch der beruflich Beratenden. Netzwerkarbeit, Kooperation und die Unterstützung sowie aktive Beteiligung informell Betreuender sind zentrale Elemente des vorgeschlagenen Modells

B.1.2. FRÜHZEITIGE INTERVENTION UND VERNETZUNG MIT PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN

Frühzeitige Intervention ist eine der nachdrücklichsten Forderungen des Work4Psy Modells. Das Auftreten einer psychischen Erkrankung stellt das Leben eines jungen Menschen auf den Kopf und konzentriert alles auf die Verbesserung der seelischen Gesundheit. Die Position des Work4Psy Modells ist, dass schulische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen unmittelbar einsetzen muss, nachdem die wichtigsten Symptome unter Kontrolle sind. Da dies meist nicht stattfindet, verbringen die jungen Menschen oft lange Zeiträume außerhalb von Schule, Ausbildung und Arbeit verbringen – also im „NEET“ Status sind (*not in employment, education, or training*). Es droht dabei der Verlust bestehender und Verzögerungen im Erwerb weiterer Kenntnisse und Fähigkeiten, also ein entscheidender Wettbewerbsnachteil beim Übergang ins berufliche Leben. Auch die Sozialisation im weiteren Sinne verzögert sich und durch negative Effekte auf die seelische Gesundheit werden Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation mit fortschreitender Zeit schwerer umzusetzen.

Um ein frühzeitiges Einsetzen beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen zu ermöglichen, schlägt das Work4Psy Modell unmittelbare Netzwerkarbeit von beruflich Beratenden mit Fachkräften im Sozial- und Gesundheitswesen, welche junge Menschen mit psychischen Erkrankungen psychiatrisch, psychotherapeutisch und sozialpädagogisch unterstützen. So kann der richtige Zeitpunkt, Umfang und Ort einer frühzeitigen Intervention mit Blick auf den Stand der gesundheitlichen und sozialen Situation bestimmt und abgestimmt werden.

Die Hauptvorteile eines frühen Eingreifens sind: Es wird keine wertvolle Zeit verloren. Selbststigmatisierung kann vermindert werden, wenn junge Menschen nicht über längere Zeit nur unter der Identifizierung als psychisch Erkrankte leben, sondern sich mit einer zu erlangenden beruflichen Identität beschäftigen können. Und schließlich wird die Unterbrechung des Bildungsverlaufs so kurz wie möglich gehalten.

B.1.3. INFORMELL BETREUENDE

Das Work4Psy Modell legt großen Wert auf die Unterstützung von und aktive Beteiligung durch informell Betreuende, also Angehörige und andere aufgrund einer persönlichen Bindung Unterstützende. Diese spielen eine wichtige Rolle in der Rehabilitation, da sie meist den Hauptteil der Betreuung tragen. Informell Betreuende sind mit vielen (praktischen, emotionalen und finanziellen) Herausforderungen konfrontiert, während sie selbst kaum Unterstützung erhalten. Die von ihnen übernommene Schlüsselrolle wird oft übersehen, sodass es mangels Aufklärung und Unterstützung dazu kommen kann, dass sie sich am Prozess der Rehabilitation wenig oder gar nicht beteiligen oder ihn sogar, meist ohne sich dessen bewusst zu sein, unterlaufen. Das Work4Psy Modell betont daher die Notwendigkeit gezielter Interventionen für informell Betreuende und schlägt die aktive Beteiligung im Rehabilitationsprozess auf verschiedene Weisen vor:

- Professionell geleitete Empowerment-Gruppen, in denen informell Betreuende zusammenkommen, sich austauschen und unterstützen können
- Psychoedukative Gruppen, in denen informell Betreuende durch ein multidisziplinäres professionelles Team (beruflich Beratende, Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen) befähigend weitergebildet werden.
- Informations-Workshops zu bestehenden Unterstützungsangeboten und -organisationen sowie Ämtern und Behörden, und zu abrufbaren Sozialleistungen und zu Rechtsansprüchen für Menschen mit psychischer Erkrankung und seelischer Behinderung.
- Aktive Beteiligung informell Betreuender bei der Umsetzung des mit der/dem beruflich Beratenden erstellten Aktionsplans (s. B.5.) über den gesamten Zeitraum bis zur Zielerreichung.

Die aktive Rolle informell Betreuender gemäß dem Work4Psy Modell hat großen Nutzen sowohl für den betreuten jungen Menschen als auch für die/den Betreuende*n selbst. Der junge Mensch erhält dringend benötigte Unterstützung, während informell Betreuende selbst auch Hilfe erhalten und sich als im Prozess wirksam und aktiv erfahren.

B.1.4. BERATUNG ZU SOZIALLEISTUNGEN

Beratung zu Sozialleistungen nimmt im Work4Psy Modell einen wichtigen Platz ein. Die Erfahrung zeigt, dass Menschen mit psychischer Erkrankung einerseits oft stark von Sozialleistungen abhängen und keine berufliche Perspektive als Ausweg sehen, und sie andererseits oft ihre Ansprüche nicht oder nicht voll ausschöpfen, da für sie der Bezug von Sozialleistungen mit Scham und Stigma belegt ist.

Das Work4Psy Modell zielt auf die Ermöglichung von informierten Entscheidungen ab. Junge Menschen mit psychischer Erkrankung müssen wissen und verstehen, auf welche Leistungen sie einen Anspruch haben und welche Folgen eine Inanspruchnahme für sie hat. Sie müssen ebenso umfassend über die Möglichkeiten auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt, sowie über alle für den Zugang zur Verfügung stehenden (auch finanziellen) Unterstützungsmöglichkeiten aufgeklärt werden. Da Entscheidungen in diesem Bereich die gesundheitliche Situation ebenso beeinflussen wie sie auf institutionelle und arbeitsmarktliche Wissensressourcen angewiesen sind, ist auch hier eine Beratung und Betreuung durch multidisziplinäre Teams beruflich Beratender und Fachkräften aus dem Gesundheits- und Sozialwesen wichtig, um gut informierte und selbstbestimmte Entscheidungen der jungen Menschen zu ermöglichen. Da immer wieder Entscheidungen anstehen, sich die Situation der jungen Menschen beständig ändert und auch die gesetzlichen Bestimmungen Änderungen unterliegen, muss die beratende Begleitung dauerhaft abrufbar sein.

B.1.5. NARRATIVE UND LIFE-DESIGN PERSPEKTIVEN

In Reaktion auf die Herausforderungen einer sich wandelnden Welt der Arbeit wurden neue Theorien der beruflichen Entwicklung und Beratung entwickelt. Diese Theorien gründen sich auf den philosophischen Positionen des Konstruktivismus und insbesondere des Sozialkonstruktivismus (e.g. Savickas et al., 2009)², betonen die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartungen (e.g. Bright & Pryor, 2011; Krumboltz, 2009)³, Adaptabilität

² Savickas et al, (2009). Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century. *Journal of vocational behavior*, 75(3), 239-250.

³ Bright, J. E., & Pryor, R. G. (2011). The chaos theory of careers. *Journal of Employment Counseling*, 48(4), 163-166.

(e.g. Savickas, 1997)⁴ und Hoffnung und Optimismus (e.g. Niles, Amundson, & Neault, 2011).⁵ Individuen sollen dazu angeregt werden, Sinn und Bedeutung, die sie Arbeit und Beruf geben zu erkunden und dabei eine eigene Selbstsicht zu konstruieren beziehungsweise rekonstruieren. Diese konstruktivistischen Ansätze könnten besonders anwendbar auf die Situation Angehöriger marginalisierter Gruppen sein, die Unterstützung in der Planung ihrer beruflichen Entwicklung benötigen (Buys, Hensby, & Rennie, 2003⁶). Hierzu zählen insbesondere auch junge Menschen mit psychischer Erkrankung, die nach der durch den krankheitsbedingten biographischen Bruch ihren Weg in eine berufliche Zukunft und auch sich selbst als Person neu interpretieren und definieren müssen.⁶

Die von Savickas et al (2009) vorgeschlagene Beratungskonzeption versucht, basierend auf der Epistemologie des Sozialkonstruktivismus, Theorien der Selbst- und Laufbahnkonstruktion in praktische Anwendungen umzusetzen. Der Ansatz erkennt an, dass Wissen, Identität und Sinnggebung einer Person das Ergebnis gesellschaftlicher und kognitiver Prozesse sind, die sich im Kontext der Interaktionen von Individuen und Gruppen abspielen und in einem gesellschaftlichen, geschichtlichen und kulturellen Kontext ko-konstruiert werden. Der Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass er

- lebenslang ist, indem das für das Individuum aufgebaute System der Unterstützung derart sein soll, dass es ihm ermöglicht Fähigkeiten zu erwerben, Veränderungen über den gesamten Lebensverlauf zu bewältigen. Es soll auch helfen, anzuerkennen und zu entscheiden, welche Fähigkeiten und Kenntnisse sie in ihrer lebenslangen Entwicklung wertschätzen und wie sie diese entwickeln wollen,
- ganzheitlich ist, indem im Life-Design die Beratung zur Konstruktion beruflicher Entwicklung alle Lebensbereiche in einem holistischen Ansatz einbezogen werden,
- kontextualisiert ist, indem alle Rollen und Umwelten (gegenwärtig und vergangen), welche dem Individuum bedeutsam sind, Teil der Intervention werden sollten, in welcher berufliche Geschichten konstruiert und Lebensläufe entworfen werden
- präventiv ist, indem berufliche Beratung präventive Maßnahmen und Kooperationen einschließen sollte.

Die Ziele des Life-Design Ansatzes sind:

- Adaptabilität. Eine berufliche Geschichte soll konstruiert werden, die ermöglicht auf Herausforderungen adaptiv und flexibel zu reagieren

Krumboltz, J. D. (2009). The happenstance learning theory. *Journal of career assessment*, 17(2), 135-154.

⁴ Savickas, M. L. (1997). Career adaptability: An integrative construct for life-span, life-space theory. *The career development quarterly*, 45(3), 247-259.

⁵ Niles, S. G., Amundson, N. E., & Neault, R. (2011). Career Flow: A Hope-Centered Approach to Career Development, 1e.

⁶ Buys, N., Hensby, S., & Rennie, J. (2003). Reconceptualising the vocational rehabilitation process using a career development approach. *Australian journal of career development*, 12(1), 36-48

- Narrativität: Individuen werden dazu angeregt, ihre eigene subjektive Identität, Lebensmotive und beruflichen Persönlichkeiten zu konstruieren
- Aktivität: Individuen werden zu verschiedenen Aktivitäten ermutigt, durch die sie ihre Fähigkeiten und Interessen erkunden und ihre Selbst-Konstruktion strukturieren.
- Intentionalität: Sinnggebung erfolgt durch prospektive Intention oder retrospektive Reflektion in einem kontinuierlichen Prozess der Konstruktion im Leben des Individuums

Das Work4Psy Modell folgt diesen Perspektiven und sucht sie in das vorgeschlagene Modell zu integrieren – sowohl als theoretischen Rahmen wie auch in der praktischen Anwendung.

B.1.6. DAS WORK4PSY MODELL FÜR MH NEETs

Das vorgeschlagene Work4Psy Modell ist eine Weiterentwicklung des PEPSAEE⁷ Modells, welches seinerseits auf dem IPS⁸ Modell des Supported Employment für Menschen mit psychischen Erkrankungen basiert. Supported Employment⁹ umfasst verschiedene Methoden und Ansätze, aber enthält in jedem Fall folgende Grundelemente:

- a) Individuen erhalten ein angemessenes Entgelt für ihre Arbeitsleistung.
- b) Menschen mit Behinderung arbeiten unter denselben Vertragsbedingungen wie alle anderen.
- c) Es wird kontinuierliche individualisierte bedürfnisbasierte Unterstützung sowohl für den/die Beschäftigte wie für die/den Arbeitgeber*in bereitgestellt.

Das IPS Modell ist eine Variante des Supported Employment welche auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen angepasst wurde und durch seine überlegene Effektivität heraussticht. Das IPS Modell richtet sich auf Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem Ersten Arbeitsmarkt, und zwar auf Arbeitsplätzen die zu ihren Fähigkeiten und Präferenzen passen. Dabei gibt es eine starke Kooperation zwischen psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen und Fachkräften der beruflichen Rehabilitation. Beratung zu Sozialleistungen ist hierbei ebenso wie Netzwerkarbeit am Arbeitsmarkt und die Bereitstellung individualisierter Begleitung und Unterstützung ohne eine zeitliche Begrenzung. Das PEPSAEE Modell kombiniert Elemente des IPS Modells und der neuen Theorien des

⁷ Die Panhellenische Vereinigung für Psychosoziale Rehabilitation und Arbeitsintegration (PEPSAEE) ist eine Organisation für seelische Gesundheit in Griechenland.

⁸ Individualised Placement and Support

⁹ Der Begriff des Supported Employment ist international weitergefasst als der im deutschen Sozialgesetz verankerten „unterstützten Beschäftigung“ und wird, um ihn hiervon zu differenzieren, auf Englisch wiedergegeben (Anm. des Übersetzers)

Sozialkonstruktivismus, des Narrativen Ansatzes und des Life-Design-Ansatzes, welche zur Bewältigung der Herausforderungen der gewandelten Arbeitswelt entwickelt wurde.¹⁰

Das Modell setzt sich durch zwei Grundsätze ab:

- Es betont die Wichtigkeit von Sinngebung
- Es konzentriert sich mehr darauf gemeinsam mit Menschen mit psychischer Erkrankung einen langfristigen Aktionsplan zu entwickeln, also kurzfristig eine Anstellung zu finden.

Das Work4Psy Modell ist eine Weiterentwicklung des PEPSAEE Modells, speziell angepasst auf junge Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es unterstützt junge Menschen mit psychischer Erkrankung dabei, auf ihrem je eigenen Weg persönlichen Sinn zu suchen und zu geben, aktiv zu werden, optimistisch auf ihre Zukunft zu schauen und ihr eigenes Leben in die Hand zu nehmen. Es umfasst folgende Elemente:

A) Verbindlichkeit und Zusammenarbeit

Das Work4Psy funktioniert auf der Grundlage eines Engagements sowohl der beruflich Beratenden als auch der beratenen jungen Menschen und fordert diese ein. Für einen Erfolg bedarf es sowohl der Verbindlichkeit als auch der Motivation. Das Modell geht davon aus, dass der junge Mensch mit psychischer Erkrankung Expert*in der eigenen Lebenswelt ist und daher unbedingt in die Planung der eigenen Zukunft mit einbezogen werden sollte. Sie/er kennt die eigenen Fähigkeiten, Träume und Aspirationen, die bestehenden, zu verbessernden und fehlenden Qualifikationen, am besten. Um den bestmöglichen Handlungsplan zu entwickeln ist daher unabdingbar, den jungen Menschen zu aktivieren und in den Prozess einzubeziehen, statt auf kurzfristig zu erlangende Jobs oder eine Reihe von Praktika zu setzen. Andererseits sind die beruflich Beratenden in der Regel Expert*innen hinsichtlich des Vorgehens und der Abläufe auf dem Weg in Ausbildung und Beruf. Ihre Energie und Motivation ist zentral für die Gestaltung eines kreativen und produktiven Prozesses. Das Modell betont daher die vertrauensvolle Zusammenarbeit von jungen Menschen mit psychischer Erkrankung und beruflich Beratenden als Arbeitsbündnis.

B) Unterstützung

Als ganzheitlicher Ansatz nutzt das Work4Psy Modell eine Kombination aus verschiedenen Methoden der Unterstützung.

¹⁰ Drosos, N., & Theodoroulakis, M. (2019). Employment as an integral part of social inclusion: The case of mental health patients in Greece. In K. Scorgie & C. Forlin (Eds.) Promoting Social Inclusion: Co-creating Environments that Foster Equity and Belonging. UK: Emerald Group Publishing LTD.

Individuelle Unterstützung: Diese ist zentral in einem Modell, das die Person und ihre Sicht auf den Prozess und ihre berufliche Entwicklung in den Mittelpunkt stellt. Individuelle Unterstützung umfasst folgende Elemente:

- *Interessen, Fähigkeiten, Qualifikationen und Aspirationen.* Der/die beruflich Beratende erkundet die Interessen des jungen Menschen, seine Fähigkeiten, Qualifikationen, Wertvorstellungen und Aspirationen. Dabei können unterschiedliche Instrumente zur Anwendung kommen, wie beispielsweise Fragebögen, erlebnisbezogene Aktivitäten und die Beratungsgespräche selbst. Beruflich Beratende und Beratene erstellen dann ein berufliches Profil, welches den Rahmen für den Handlungsplan abgibt, den sie gemeinsam ausarbeiten werden.
- *Handlungsplan.* Beratende*r und Beratene*r erstellen gemeinsam einen Handlungsplan mit kurz- und langfristigen Zielen. Der Plan basiert auf dem beruflichen Profil, welches im vorigen Schritt erarbeitet wurde und den Stärken und Schwächen die darin identifiziert wurden. Der Plan enthält Elemente die unmittelbar oder indirekt mit der beruflichen Entwicklung in Verbindung stehen. Der Handlungsplan kann kurzfristig auf Empowerment gerichtete Ziele ebenso enthalten wie eine langfristige Laufbahnplanung. Ein Handlungsplan kann zum Beispiel enthalten:
 - Maßnahmen zur Entwicklung von Soft Skills
 - Maßnahmen zur Entwicklung Hard Skills wie der Erwerb einer Fremdsprache, das Nachholen des Schulabschlusses, Weiterbesuch der Hochschule, eine handwerkliche Ausbildung etc.
 - Maßnahmen zur Hilfe bei der selbständigen Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche
 - Maßnahmen zur Unterstützung der Ausbildungs- und/oder der Arbeitsaufnahme
 - Maßnahmen zum Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzerhalt.

Um Ziele für den Handlungsplan zu finden, zu vereinbaren und nachzuhalten wird die SMART Methode verwendet.¹¹

- *Kontinuierliche Unterstützung.* Beruflich Beratende bieten bedürfnis- und bedarfsorientierte Unterstützung an. Die Umsetzung des Handlungsplans erfordert hauptsächlich die aktive Beteiligung des jungen Menschen mit psychischer Erkrankung, aber der/die beruflich Beratende selbst hat auch eine

¹¹ „SMART“ heißt, Ziele müssen **s**pezifisch, **m**essbar, **a**usführbar, **r**elevant und **t**erminiert sein.

aktive Rolle bei der Unterstützung der Erreichung der einzelnen Zwischenziele. Die Art der Unterstützung variiert entsprechend der individuellen Handlungspläne. Die/der beruflich Beratende kann Unterstützung anbieten:

- bei der Entwicklung von Kenntnissen und Fähigkeiten
- bei der Findung eines individuell angepassten Herangehens an die Umsetzung der vereinbarten Ziele
- beim Erstellen von Bewerbungen
- beim Erhalt eines Schul-, Ausbildungs- oder Arbeitsplatzes

Die Bereitstellung kontinuierlicher Unterstützung ist ein wesentliches Element des Modells, da es dem jungen Menschen mit psychischer Erkrankung ein Gefühl der Sicherheit gibt, und dabei auch den langfristig ausgelegten Fokus des Modells unterstreicht, der auf eine berufliche Zukunft abhebt und sich nicht mit dem kurzfristigen Erlangen einer Arbeitsstelle oder einer Praktikumsgelegenheit zufriedengibt.

- *Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzsuche.* Der/die beruflich Beratende unterstützt den jungen Menschen mit psychischer Erkrankung bei der Suche nach Ausbildung und Arbeit. Diese Unterstützung findet auf drei Arten statt:
 - Vermittlung von Techniken und Methoden der Ausbildungs- und Arbeitssuche. So wichtig die erfolgreiche Suche für den jungen Menschen auch sein mag – es ist ebenso wichtig, dass diese Suche selbständig auf der Basis eigener Kenntnisse und Fähigkeiten erfolgen kann, um das Gefühl der Abhängigkeit von anderen zu vermindern und es durch ein Gefühl des Empowerment zu ersetzen.
 - Suche nach Stellen, Hilfe beim Ausfüllen von Formularen und beim Erstellen von Bewerbungsschreiben und Lebensläufen. Dies wird nicht für sondern zusammen mit dem jungen Menschen durchgeführt, wobei dieser in jedem Schritt einbezogen wird, seine Ansichten äußert und in allen sein Leben betreffenden Angelegenheiten das letzte Wort hat und sich darin empowert fühlt.
 - Netzwerkarbeit mit Arbeitgeber*innen um berufliche Möglichkeiten für den jungen Menschen mit psychischer Erkrankung zu erschließen und diese dann mit den Kenntnissen, Fähigkeiten und Präferenzen des jungen Menschen in Einklang zu bringen. Dabei sollte klar sein, dass dies nur bei Vorliegen einer entsprechenden Einwilligung des jungen Menschen zur Mitteilung seiner Erkrankung an potenzielle Arbeitgeber

möglich ist und es dabei nicht allein aus datenschutzrechtlichen Gründen unerlässlich ist, individuelle Entscheidungen der informationellen Selbstbestimmung zu respektieren.

Unterstützung in Gruppen: Berufliche Beratung in Gruppen ist ein bedeutender Bestandteil des Modells, da diese den jungen Menschen Gelegenheiten bietet (a) in Fragen, die sie gemeinsam betreffen, sich auszutauschen und zusammenzuarbeiten, (b) zu erfahren, dass andere junge Leute die gleichen Probleme haben wie sie selbst, (c) mit anderen zusammenzukommen, (d) sich gemeinsam sinngebend mit ihrem Weg und ihrer Entwicklung auseinanderzusetzen.

Es gibt verschiedene Formate, in denen beruflich Beratende solche Unterstützung in Gruppen organisieren und umsetzen können:

- Jobclubs, Jobcafés u.ä. In den Jobclubs kommen die jungen Menschen zusammen um in strukturierter Weise mithilfe von Internet und PC, aber auch mit Printmaterial, nach Stellen zu suchen. Beruflich Beratende begleiten und stehen bei Fragen zur Verfügung und assistieren wo nötig. Der Vorteil von Jobclubs ist, dass die jungen Menschen lernen, mit nur gelegentlicher Hilfe durch die/den berufliche Beratende*n, weitgehend eigenständig und eigenverantwortlich nach Stellen zu suchen. Jobclubs sind langfristig angelegt und die jungen Menschen können je nach Stand der Stellensuche bei- oder austreten.
- Workshops, Seminare u.ä. Beruflich Beratende können unterschiedliche Workshops organisieren oder zugänglich machen, etwa zu Themen wie Zeitmanagement, Umgang mit Stress, Techniken der Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche, Erstellen von Anschreiben und Lebensläufen, etc. Der Vorteil von Workshops ist, dass sie einerseits kurzfristig und auf konkrete Lernbedarfe fokussiert angeboten werden können und andererseits den jungen Menschen auch die Möglichkeit bieten, in Kontakt zu kommen und sich miteinander auszutauschen.
- Empowerment-Gruppen. Der/die beruflich Beratende kann unterschiedliche Gruppen zum Empowerment der jungen Menschen mit psychischer Erkrankung initiieren, wie beispielsweise: Gruppen zur Entwicklung von Fähigkeiten oder Gruppen in denen die jungen Menschen sich zu ihren Gefühlen, Hoffnungen und Ängsten zu ausbildungs- und/oder arbeitsrelevanten Themen austauschen und beieinander Unterstützung finden können. Der Hauptvorteil solcher Gruppen besteht darin, dass sie um spezifische Themen organisiert werden können, die eine Mehrzahl von jungen Menschen mit psychischer Erkrankung

bewegen, welche dann von dem Austausch mit Peers profitieren, sich gegenseitig unterstützen und ein Gefühl des Empowerment erlangen können. Solche können je nach Bedarf kurz- oder langfristig angelegt sein.

Individuelle und Gruppen-Angebote sollten zur Optimierung der Unterstützung zeitlich aufeinander abgestimmt ineinandergreifen. Ein und dieselbe Herausforderung, die sich einem jungen Menschen mit psychischer Erkrankung stellt (wie bspw. Lerntechniken, Angstbewältigung etc.), kann so angegangen werden, dass individuelle und in Gruppen geleistete Unterstützung sich in ganzheitlicher Weise ergänzen

Unterstützung am Arbeitsplatz und außerhalb. Beruflich Beratende, die mit jungen Menschen mit psychischer Erkrankung arbeiten, sollten in der Lage sein, diese auch am Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatz weiter zu unterstützen, indem sie verschiedene Instrumente zur Anwendung bringen. Dazu gehört die Arbeitsplatzanalyse, Unterstützung der Entwicklung eines organischen Unterstützungsnetzwerks am Arbeitsplatz, Beratung zu und Unterstützung bei Anpassungen des Arbeitsplatzes, Unterstützung bei der Entwicklung arbeitsplatzgemäßen Sozialverhaltens. Auch hier gilt wieder, dass dies nur bei Vorliegen einer entsprechenden Einwilligung des jungen Menschen zur Mitteilung seiner Erkrankung an potenzielle Arbeitgeber möglich ist und es dabei nicht allein aus datenschutzrechtlichen Gründen unerlässlich ist, individuelle Entscheidungen der informationellen Selbstbestimmung zu respektieren.

- Netzwerkarbeit und Kooperationen

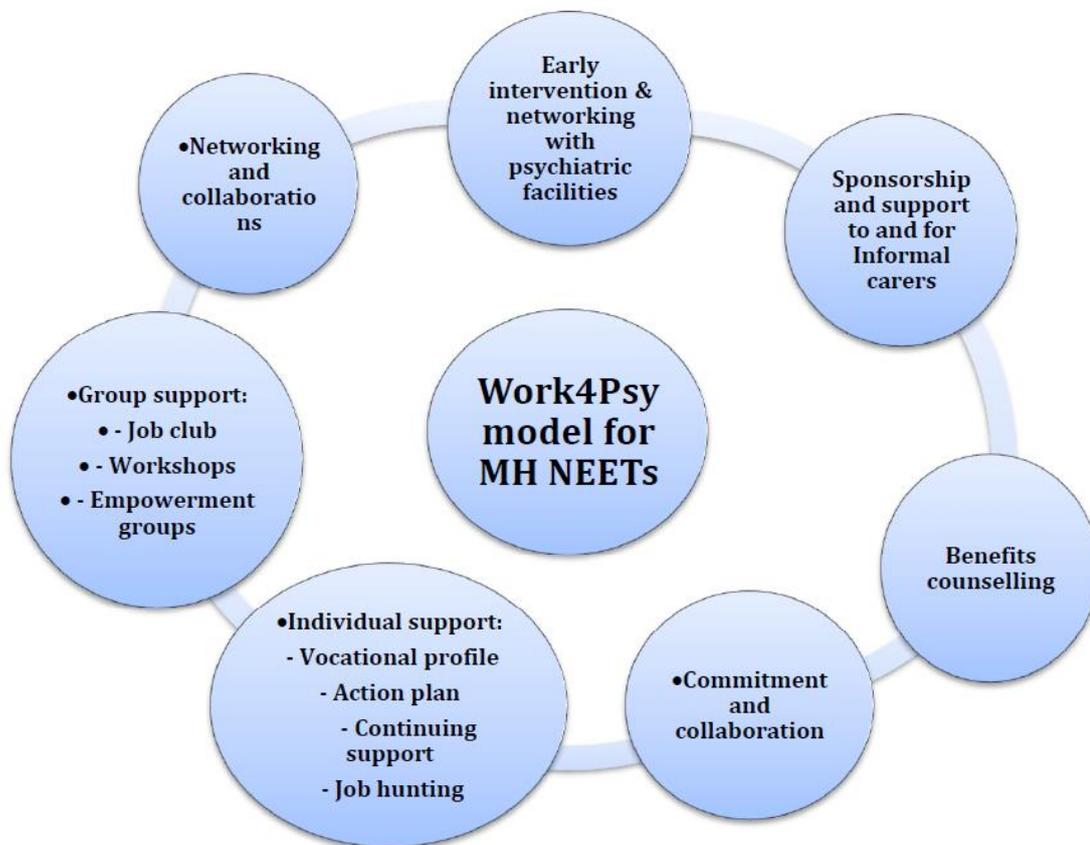
Netzwerkarbeit am Arbeitsmarkt. Wie erwähnt ist die Netzwerkarbeit am Arbeitsmarkt eine wesentliche Aufgabe von berufliche Beratenden, die mit jungen Menschen mit psychischer Erkrankung arbeiten. Netzwerkarbeit ist wichtig, um Kooperationen zu etablieren und Möglichkeiten zu erschließen, und so gleichermaßen die Arbeitsmarktintegration der jungen Menschen zu erleichtern und im Arbeitsmarkt Bewusstsein zu schaffen.

Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*innen, Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen (um Beratung zu optimieren und frühe Interventionen zu ermöglichen). Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften im Sozial- und Gesundheitswesen ist, wie gesehen, ein wichtiger Bestandteil des Work4Psy Modells. Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*innen kann den ganzheitlichen Ansatz stützen, da sie zur Beratung über Sozialleistungen beitragen können während die enge Partnerschaft mit Psychotherapeut*innen und Psychiater*innen zu den dringend erforderlichen frühzeitigen Interventionen führen kann.

- Frühzeitige Interventionen und informell Betreuende

Frühzeitige Intervention. Wie erwähnt sind frühzeitige Interventionen ein signifikanter Bestandteil des Work4Psy Modells. Die/der beruflich Beratende treibt frühzeitige Interventionen vor allem durch Kooperationen mit anderen Fachkräften voran.

Informell Betreuende. Wie erwähnt ist die Zusammenarbeit mit informell Betreuenden ein sehr wichtiger Bestandteil des Work4Psy Modells und beruflich Beratende können diese auf verschiedene Weisen sichern. Die Unterstützung informell Betreuender ist wichtig und beruflich Beratende können eine Anzahl von Schritten und Handlungen unternehmen, sie anzubieten.



Graph 1. The WORK4PSY model: A holistic approach

B.1.7. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Der Mangel an Wissen über und Bewusstsein für seelische Gesundheit in der Gesellschaft und insbesondere am Arbeitsmarkt führt dazu, dass Menschen mit psychischer Erkrankung der Stereotypisierung und der Diskriminierung ausgesetzt sind und ihre gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben wie der Erwerbsarbeit behindert wird. Es gibt einen großen Bedarf hinsichtlich der Bewusstseinsbildung in der Gesellschaft und am Arbeitsmarkt, damit dieser offener für die Beschäftigung von Menschen mit psychischer Erkrankung wird. Es gibt daneben auch einen großen Bedarf an institutioneller Veränderung, ohne die Arbeitsintegration von jungen Menschen mit psychischer Erkrankung weiter behindert würde. Berufliche Beratung junger Menschen mit psychischer Erkrankung sollte zu mehr sozialer Gerechtigkeit durch spezifische Aktionen beitragen:

- Einfordern von institutionellem Wandel, Aufklärungskampagnen, Arbeitgeberzuschüsse für die Einstellung junger Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Teilnahme an Informationskampagnen zu den Angeboten für junge Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Organisation von Fortbildungen für Fachkräfte zur Unterstützung von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen

B.2 NETZWERKARBEIT AM ARBEITSMARKT

Peter Weber und Matthias Varul, HdBA

Wie können Sie als Arbeitgeber*in, Manger*in, Vorgesetzte*r oder Ausbilder*in dazu beitragen, dass junge Menschen mit psychischer Erkrankung nachhaltig in Ausbildung und Beruf finden? Die Antwort ist: eine ganze Menge. Als Arbeitgeber*in halten Sie den Schlüssel zum Zugang. Mit etwas gutem Willen können Sie den ersten Schritt tun. Aber selbst mit den besten Intentionen wird es schwer, ohne Unterstützung von außen ans Ziel zu kommen – es ist sehr wahrscheinlich, dass Sie mit Netzwerken um den jungen Menschen zusammenarbeiten und bei der Erweiterung dieser Netzwerke mitwirken müssen werden.

Als Arbeitgeber*in sind Ihnen die Potenziale und Risiken der Arbeit in Netzwerken natürlich vertraut. Weniger vertraut werden Sie, wenn Sie nicht schon Erfahrungen damit gesammelt haben, mit den Eigenheiten der Netzwerke, die darauf zielen, Menschen mit psychischen Erkrankungen den Zugang zum Ausbildungs- und Arbeitsmarkt zu ermöglichen.

In diesem Kapitel werden wir deswegen erläutern, warum solche spezifischen Netzwerke notwendig sind (2.1.) und umreißen, wie diese genutzt werden können (2.2.): welche Netzwerkpartner in Betracht gezogen werden sollten (2.1.1.) und wie in der Arbeit mit ihnen vorgegangen werden sollte (2.1.2.)

B.2.1. DIE NOTWENDIGKEIT DER NETZWERKE

Ein Beschäftigungsverhältnis kommt selten allein aufgrund eines Kontakts nur zwischen Beschäftigte*r und Arbeitgeber*in zustande. Junge Menschen, die von der Schule in den Beruf übergehen, haben ihre eigenen Netzwerke, die sie in das Verhältnis hineinbringen: Sie wurden auf ihrem Weg durch den Austausch mit Berufsberater*innen, Lehrer*innen, Angehörigen, Freund*innen usw. beeinflusst. Wenn sie an einer psychischen Erkrankung leiden, sind noch viele andere involviert (und sollten es auch sein), z.B. Therapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Reha-Berater*innen und -Ausbilder*innen Diese Verbindungen bestehen aus gutem Grund. Oft ist es äußerst schwierig oder ganz unmöglich, ohne sie eine Inklusion in Ausbildung und Arbeit zu bewirken. Dabei gibt es keine Anlaufstelle für alle Bedarfe, sondern Unterstützung muss von den unterschiedlichsten Stellen zusammengestellt werden (s. auch Kapitel 1.2.). Ein Grund hierfür ist die Komplexität der Thematik von psychischer Krankheit und seelischer Behinderung. Es gibt sehr unterschiedliche Erkrankungen und sehr unterschiedlich starke Ausprägungen. Und natürlich ist jeder junge Mensch *mit psychischer Erkrankung* zunächst einmal ein individuell unterschiedlicher *Mensch* und muss als solcher wahr- und angenommen werden. Zwei Menschen mit der gleichen Erkrankung können sehr unterschiedliche Fähigkeiten, Potenziale und Bedürfnisse haben. Es gibt keine einheitliche

Lösung für Individuen mit ihren einzigartigen Eigenschaften, Fähigkeiten und Träumen. Jedoch begegnen sie sehr häufig ähnlich gelagerten Hindernissen und Herausforderungen – und zur Überwindung und Bewältigung werden Sie, wenn sie mit ihnen arbeiten, auf die Hilfe eines Unterstützungsnetzwerks angewiesen sein.

B.2.2. PROBLEME, WELCHE EIN UNTERSTÜTZUNGSNETZWERK ERFORDERLICH MACHEN.

Im Folgenden werden wir eine (nicht vollständige) Übersicht darüber geben, welche Probleme, Hindernisse und Herausforderungen auftreten können. Warum zur Bewältigung Netzwerkarbeit erforderlich sein wird, sollte dann unmittelbar klar werden.

Es gibt drei Hauptpunkte, um die sich Unterstützungsbedarfe einordnen lassen. Zum einen natürlich die Unterstützung des jungen Menschen mit psychischer Erkrankung selbst, dann die Unterstützung zur Aufklärung und Befähigung von Mitarbeitenden und Vorgesetzten, und schließlich Unterstützung beim finanziellen Aufwand.

B.2.2.1. UNTERSTÜTZUNG DES JUNGEN MENSCHEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG

Als Arbeitgeber*in können Sie schon relativ frühzeitig eine Rolle bei der Unterstützung von jungen Menschen mit psychischer Erkrankung spielen. Bevor sie einen Berufsweg beschreiten können, müssen sie nämlich wie alle anderen auch herausfinden, welcher Weg der für sie richtige ist. Das ist eine schwierige Entscheidung, mit der sich die meisten jungen Leute nicht leicht tun. Eine psychische Erkrankung erschwert diese Entscheidung noch. Hier können Sie als Arbeitgeber*in durch das Angebot von Praktikumsplätzen beitragen, durch die die jungen Menschen Berufsfelder erkunden können, aber auch ihre eigenen Fähigkeiten und Neigungen austesten können.

Ist der richtige Weg einmal gefunden, muss eine entsprechende Ausbildungs- oder Arbeitsplatz gefunden werden. Hier können Sie als Arbeitgeber*in helfen, indem Sie Informationen zur Verfügung stellen (etwa auf Ausbildungsmessen, über die Arbeitsagenturen, durch das Angebot von Kennenlern-Praktika etc.). Allerdings werden Sie so kaum wesentlich in Kontakt mit jungen Menschen mit psychischer Erkrankung kommen. Sie werden, wenn Sie deren Inklusion in Ausbildung und Arbeit fördern möchten, schon hier auf die Expertise von Netzwerkpartnern angewiesen sein. Dabei kann es sich um sehr unterschiedliche Kooperationen handeln - von Ehrenamtlichen einer Selbsthilfeorganisation über den Sozialdienst einer psychiatrischen Einrichtung bis zum Jobcenter und andere mehr. In solchen Kooperationen können Sie eine wichtige Rolle bei der Identifikation von Potenzialen und beim Abgleich von Fähigkeiten und Bedarfen spielen. Dies kann für eine erfolgreiche Inklusion in Arbeit entscheidend sein.

Beim Übergang in Ausbildung und Arbeit sind junge Menschen mit psychischer Erkrankung mit einer Reihe Herausforderungen konfrontiert. Es kann Schwierigkeiten dabei geben, eine Tagesstruktur zu organisieren und aufrechtzuerhalten. Oft müssen Krisen und Rückfälle müssen antizipiert, kontrolliert und verarbeitet werden. Es kann notwendig sein, die persönlichen Verhältnisse so zu stabilisieren, dass sie nicht ständig mit den Anforderungen eines geregelten Arbeitslebens kollidieren. Es kann notwendig sein, Lernprozesse zu reorganisieren, sodass sie sensibel an eine unterbrochene Bildungsbiographie anschließen und eventuell entstandene Lücken ausfüllen. Bei diesen Herausforderungen können Kooperationspartner*innen wie Sozialarbeiter*innen, Jobcoachs etc. einen wesentlichen Beitrag leisten.

Notwendige Unterstützung kann auch den Zugang zu therapeutischer Hilfe bzw. sozialpsychologischer Begleitung einschließen, um mit Motivationsproblemen umzugehen, Selbständigkeit zu stärken etc. Auch bei der Ausgestaltung des Arbeitsplatzes und der Arbeitsaufgaben ist es ratsam, externe Expertise hinzuzuziehen, um bei dem neu eingestellten jungen Menschen mit psychischer Erkrankung sowohl vermeidbare Überlastungen wie auch (eventuell ebenso schädliche) Unterforderung auszuschließen. Mithilfe eine*r Expert*in der beruflichen Rehabilitation können klare ausformulierte und angemessene Aufgabenprofile erstellt werden, die sowohl der jungen Person selbst als auch den organisationalen Arbeitsabläufen zuträglich sind.

Inklusion in Arbeit ist ein Langzeitprojekt. Berufswege ohne Rückschläge sind an sich schon eine Seltenheit, und auch bei guter Gesundheit kann es schwierig sein, mit diesen umzugehen. Beim Vorliegen psychischer Erkrankungen kann jeder Misserfolg ein sowieso schon brüchiges Selbstvertrauen so untergraben, dass es schwierig oder unmöglich wird, weitere Aufgaben anzugehen. Dauerhaft niedrige Erwartungen können die Folge sein. Wenn diese durch negatives Feedback von Kolleg*innen und Vorgesetzten verstärkt werden, entsteht weiterer Schaden. Um dies zu vermeiden sollten stabile Netzwerke zur Prävention und zur Unterstützung aufgebaut werden.

B.2.2.2. UNTERSTÜTZUNG VON MITARBEITER*INNEN UND VORGESETZTEN

Da positive Aufnahme und gute Zusammenarbeit am Arbeitsplatz für die zu inkludierende junge Person selbst wie auch für die Organisation entscheidend sind, ist es ratsam, das Arbeitsumfeld, also Kolleg*innen und Vorgesetzte darauf vorzubereiten. Auch hierzu kann ein*e externe*r Jobcoach hinzugezogen werden. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist, sichzustellen, dass Mitarbeitende Inklusion nicht als Belastung sondern als Ergänzung und Bereicherung verstehen lernen. Wenn die Vorbereitung Aufklärung zu seelischer Gesundheit beinhaltet und Anpassungsmaßnahmen die Reduktion unnötiger Stressbelastungen (und nicht einfach deren Umverteilung auf andere) beinhaltet, dann kann eine Situation geschaffen werden, in der alle von der Inklusion profitieren. Transparenz (soweit entsprechende

Zustimmungen der Betroffenen vorliegen) kann hier Konflikte und Missverständnisse vermeiden helfen.

Allgemeine Aufklärung zu seelischer Gesundheit im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements leistet hier nicht nur einen Beitrag zur Arbeitsgesundheit und damit zur Produktivität, sondern kann auch den Weg für die Inklusion von Menschen mit psychischer Erkrankung ebnen.

B.2.2.3. FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNG

All das kann nicht ohne finanziellen Aufwand erreicht werden. Es ist wichtig, sich von vornherein über die notwendigen Kosten klar zu werden und vor auszuplanen, wie diese gestemmt werden können. Inklusion ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu deren Bewältigung sich die Staaten der Welt in der UN Behindertenrechtskonvention verpflichtet haben und zu der unter den Bestimmungen des deutschen Sozialgesetzes Ansprüche auf öffentlich finanzierte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geschaffen wurden.

Viele der Leistungen zur Inklusion können so für Unternehmen ohne weitere Kosten über Rehabilitationsträger wie die Arbeitsagentur beantragt werden. So können Reha-Berater*innen für die von ihnen betreuten jungen Menschen Maßnahmen wie Teilhabebegleitung, unterstützte Beschäftigung, begleitete betriebliche Berufsausbildungen, etc. bewilligen.

Anpassungen des Arbeitsplatzes und des Aufgabenprofils können Kosten verursachen – hier können unter bestimmten Bedingungen finanzielle Unterstützungen beantragt werden. Es kann manchmal schwer zu durchschauen sein, bei welcher Behörde man was beantragen kann und wie der Antrag genau zu begründen ist. Auch hier ist die Einbindung in Netzwerke der Unterstützung von Vorteil, um Rat und Hilfe beim Weg durch den „Reha-Dschungel“ zu erhalten.

B.2.3. ARBEITEN MIT NETZWERKEN

Bei der Inklusion von jungen Menschen mit psychischer Erkrankung ist man also fast unweigerlich auf Netzwerke angewiesen. Im Folgenden werden wir darauf eingehen, *mit wem* man sich dabei vernetzen sollte und *wie* man dabei vorgehen sollte.

B.2.3.1. NETZWERKPARTNER

Die erste Frage ist natürlich, wer Teil Ihres Netzwerks sein sollte. Das wird natürlich von Fall zu Fall unterschiedlich sein, da unterschiedliche individuelle Fähigkeiten und Bedürfnisse genauso zu berücksichtigen sind wie unterschiedliche lokale Bedingungen.

Der erste und wichtigste Bestandteil Ihres Netzwerks ist natürlich die junge Person mit psychischer Erkrankung selbst. Alle Netzwerkarbeit wird umsonst sein, wenn diese nicht an Bord ist und in alle sie betreffenden Entscheidungen zentral eingebunden ist. Hier geht es nicht allein darum, dass der/die Betroffene selbstredend immer beteiligt sein muss, sondern auch darum, dass sie/er natürlich auch den unmittelbarsten Zugang zur Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Bedürfnisse hat.

Dann sind natürlich jene zu berücksichtigen, die unmittelbar mit dem jungen Menschen mit psychischer Erkrankung zusammenarbeiten oder zusammenarbeiten werden. Sie sollten je nach dem, wie die Zusammenarbeit für sie Veränderungen bringt, einbezogen werden (Wobei zu beachten ist, dass die Erwähnung der Erkrankung diesen gegenüber natürlich nur mit Einverständnis des/der Betroffenen und wo nicht volljährig deren Erziehungsberechtigten möglich ist). In einigen Fällen kann aus der Zusammenarbeit heraus ein*e Kolleg*in oder ein*e Vorgesetzte*r in die Rolle eines *natural support* wachsen, eine Art Mentor*in, die informell begleitet und unterstützt.

Außerhalb des Arbeitsplatzes können die persönlichen Netzwerke des jungen Menschen aktiviert werden. Je nach individueller Situation, können dies informell Betreuende wie Angehörige, Ehrenamtliche, etc. sein. Sie werden möglicherweise wenig Kontakt zu diesen haben, aber es kann dennoch hilfreich sein, den jungen Menschen zu fragen, ob er gerne eine Vertrauensperson mit einbeziehen möchte. Der Kontakt ist dann durch den jungen Menschen selbst herzustellen. Persönliche Netzwerke können gerade in Krisensituationen aufgrund des in ihnen vorhandenen Wissens und Vertrauens äußerst wertvoll sein.

Je nach Stand des therapeutischen Prozesses sind auch Psychiater*innen und/oder Psychotherapeut*innen Teil des Netzwerks – meist nicht unmittelbar, da Sie aufgrund der bestehenden Schweigepflichten und auch der hohen Auslastung nur in Ausnahmefällen direkt mit diesen in Kontakt kommen werden. Aber sie werden im Leben des jungen Menschen eine Präsenz haben. Sie können durch Fachgutachten Einfluss auch auf den beruflichen Rehabilitationsprozess nehmen – und auch durch direkte Rücksprache mit den jungen Menschen. Es ist oft sinnvoll, den jungen Menschen dazu zu ermutigen, bei wichtigen beruflichen Entscheidungen auch therapeutischen Rat einzuholen und auch nach der erfolgten Inklusion den Kontakt nicht abbrechen zu lassen. Tätigkeitszuschnitte sollten hier die (über den jungen Menschen kommunizierten) Hinweise berücksichtigen und der junge Mensch sollte mit seine*r Therapeut*in regelmäßig über die Situation am Arbeitsplatz sprechen.

Wie erwähnt ist die berufliche Rehabilitation eine öffentliche Aufgabe unter der UN BRK und unter dem SGB IX. Daher sind Behörden und von ihnen beauftragte Organisationen und Individuen unweigerlich involviert – oder sollten es jedenfalls sein.

Wenn der junge Mensch nicht schon bei der Agentur für Arbeit betreut und unterstützt wird, sollte er auf jeden Fall aufgefordert werden, sich dort zu melden und die dort bestehenden

Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Wie erwähnt bestehen breite und individuell anpassbare Möglichkeiten den Übergang in Ausbildung und Arbeit sowie den Erhalt bestehender Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse zu unterstützen. Über den Arbeitgeber-Service der Arbeitsagenturen können Sie sich unabhängig davon auch über Fördermöglichkeiten informieren.

Über von der Arbeitsagentur oder eventuell anderen zuständigen Trägern der beruflichen Rehabilitation beauftragte Maßnahmeträger kann eine Inklusion effektiv organisiert und abgesichert werden. Das kann, neben den schon erwähnten Betreuungen, zum Beispiel auch die Nachbetreuung eines Berufsbildungswerks sein. Diese Maßnahmen sind individuell zugeschnitten und es macht auf jeden Fall Sinn, mit den zuständigen Betreuenden in regelmäßigem Austausch zu stehen und bei auftretenden Problemen frühzeitig in Kontakt zu treten. Auf jeden Fall vermieden werden sollte, dass man, etwa in einer kritischen Situation, erst herausfinden muss, wen man zwecks Lösungen ansprechen kann. Da sich Zuständigkeiten ändern können, sollte man regelmäßig überprüfen, wer die aktuellen Ansprechpartner*innen sind.

Über die öffentlich finanzierten und verwalteten Angebote hinaus, kann es auch sinnvoll sein, sich mit gemeinnützigen Organisationen zu vernetzen, insbesondere wenn eine solche schon in der Unterstützung des jungen Menschen involviert ist. Bei Interesse und auch im Sinne eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ist zudem der Kontakt mit Organisationen hilfreich, die sich der Aufklärung über und der Verbesserung von seelischer Gesundheit widmen. Hinweise finden sich auch auf der erwähnten Arbeitshilfe zur Erstellung einer Netzwerkkarte.

Und schließlich kann es sehr hilfreich sein, eigene Arbeitgeber-zentrierte Netzwerke zu finden bzw. zu bilden. Die meisten Unterstützungsangebote fokussieren sich – ganz zurecht – auf die Menschen mit psychischer Erkrankung. Dadurch tritt allerdings auch die Perspektive von Unternehmen in den Hintergrund. Erfahrungsaustausch zwischen Arbeitgeber*innen kann daher sehr hilfreich sein, um Probleme (etwa im Umgang mit bürokratischen Abläufen) zu antizipieren und sich über erfolgreiche gute Praxis aus erster Hand zu informieren. Ein möglicher Anfang wäre beispielsweise die Gründung eines Arbeitskreises interessierter Unternehmen, etwa über die IHK organisiert. Zu diesen könnten dann wiederum Dritte eingeladen werden, um über Vorgehen, Fördermöglichkeiten und anderes zu sprechen (etwa aus der Reha-Abteilung der Arbeitsagentur, von einem Berufsbildungswerk, etc.)

B.2.3.2. VORGEHENSWEISE – NETZWERKE NUTZEN UND AUSBAUEN

Im folgenden umreißen wir die zentralen Aufgaben hinsichtlich der Planung, Kartierung, Organisation und Navigation von Netzwerken. Dabei sollten drei Leitfragen beachtet werden:

- Auf welche Bedarfe sollte das Netzwerk ausgerichtet sein – welche Unterstützung wird gebraucht?
- Welche Vernetzungen bestehen bereits?
- Wie können diese genutzt, gestärkt, ausgebaut und gesteuert werden?

Auf welche Bedarfe soll das Netzwerk ausgerichtet werden?

Der erste Schritt ist eine Bedarfsanalyse und die Erstellung eines ersten Plans. Dieser Schritt ist in sich schon als eine Netzwerkaktivität zu sehen, denn hier muss auf Wissen um Fähigkeiten und Bedürfnisse des jungen Menschen zugegriffen werden, auf Einschätzungen was er kann und was er lernen kann, wie der Arbeitsplatz und das Tätigkeitsprofil angepasst werden muss etc. Es ist sinnvoll, eine solche Einschätzung mit Bezug nicht allein auf Selbsteinschätzungen sondern auch auf externe Expertise zu stützen (bspw. ein*e Sozialarbeiter*in aus der Reha-Ausbildung, ein*e Teilhabebegleiter*in etc.) – idealerweise jemand, der/die schon mit dem jungen Menschen zuvor gearbeitet hat und dessen Werdegang kennt. Leitfragen sollten dabei sein:

- Welche Anpassungen müssen hinsichtlich des Arbeitsplatzes und der Arbeitsbedingungen vorgenommen werden? Das schließt Umfang und Verteilung der Arbeitszeit ein, Ausmaß und Art der Interaktion mit Kolleg*innen und Vorgesetzten, Taktung von Trainingsmaßnahmen, Arbeitstempo etc.
- Welche persönliche Unterstützung ist notwendig? Hierbei kann es sich um ein personalisiertes „On-Boarding“ in ein neues Arbeitsumfeld, Hilfe bei der Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, etc.
- Welche zusätzlichen Bildungsmaßnahmen oder Trainings sind erforderlich? Das könnte sich auf durch krankheitsbedingte Unterbrechungen entstandene Lücken in berufsrelevanten Kenntnissen beziehen aber auch auf psychosoziale Trainings.
- Welche Rahmenbedingungen müssen geschaffen werden, um eine erfolgreiche Integration in Ausbildung oder Arbeit zu gewährleisten? Das betrifft beispielsweise auch die Wohnsituation und den Weg zum Arbeitsort.

Aus den Antworten auf diese Frage wird ein Inklusionsplan entwickelt. Hier ist professionelle Unterstützung besonders wertvoll.

Die gelisteten Aktionen können je nach vorhandenem Wissen um Unterstützungsmöglichkeiten und Ansprechpartnern schon konkret ausformuliert sein oder als Aufgaben zur Suche nach solchen formuliert sein. Letzteres wird in den meisten Fällen nicht ganz zu vermeiden sein – was auch bedeutet, dass der Inklusionsplan immer in Entwicklung bleibt und nach neu gefundenen Lösungen und sich neu ergebenden Herausforderungen aktualisiert werden muss. Eine regelmäßige Revision zu vorab vereinbarten Zeitpunkten ist auch zur Erfolgskontrolle empfehlenswert

Welche Netzwerke stehen bereits zur Verfügung?

Die Identifizierung von Netzwerkpartnern ist integraler Bestandteil jeder Inklusionsplanung. Es mag Bedarfe geben, die leicht ohne Hilfe von außen gedeckt werden können – aber in den meisten Fällen muss auf externe Expertise und Ressourcen zurückgegriffen werden. Mögliche bzw. wahrscheinliche Netzwerkpartner wurden schon erwähnt. Es muss nun eruiert werden, wer in welchem Fall wie helfen kann.

Manchmal sind Informationen leicht zugänglich und online abrufbar. So haben viele Landratsämter gute Verzeichnisse über die psychosozialen Unterstützungsangebote im Kreis auf ihren Websites. Manchmal ist es einfacher und schneller, über die bestehenden Kontakte und Netzwerke, die der junge Mensch mitbringt, spezifische Lösungen abzufragen. Oft sind im persönlichen Umfeld informell Betreuende oder Ehrenamtliche, die „behördenerfahren“ sind, oder es besteht ein guter Draht zur Betreuung in einer Bildungsmaßnahme oder bei der Arbeitsagentur etc. Auf diese kann als erste „Netzwerklotsen“ zugegangen werden, denen eine zentrale Rolle bei der Navigation des Netzwerks zukommen kann. Im weiteren Verlauf kann diese Rolle auf eine*n engagierte*e Mentor*in im Betrieb oder auf den jungen Menschen mit psychischer Erkrankung selbst übergehen.

Wie können diese Netzwerke effektiv genutzt, gestärkt, ausgebaut und navigiert werden?

Wenn relevante Netzwerkpartner identifiziert wurden, stellt sich die Frage, wer an sie herantreten sollte. Diese Frage ist wichtig, da hier mehrere Aspekte zu beachten sind. Der wichtigste ist die individuelle Selbstbestimmung und Selbstverantwortung des jungen Menschen, um den es letztlich geht. Soweit wie möglich und sinnvoll, sollten Kontaktaufnahmen über ihn laufen. Es ist daher wichtig, dass er dazu ermutigt wird und wenn nötig entsprechende Hilfestellung dabei erhält. Solche Hilfe könnte beispielsweise in der Vorbereitung eines Gesprächs bei der Arbeitsagentur durch das Zusammenstellen einer Liste mit relevanten Punkten zur Besprechung beinhalten. Oder durch technische Unterstützung, um einen Video-Call vom Arbeitsplatz aus zu tätigen. Es ist aber durchaus keine Seltenheit, dass zumindest zu Beginn mehr Unterstützung notwendig ist, bspw. wenn der junge Mensch wegen einer Sozialangst nicht so einfach auf ihm nicht bekannte Kontakte in einschüchternd wirkenden Behörden mit Anfragen zugehen kann. Dann sollten Begleitende (informell Betreuende, Sozialarbeiter*innen etc.) in der Rolle von Fürsprechenden auf jeden Fall darauf achten, dass sie immer wieder Rücksprache mit der jungen Person halten, um sicherzustellen, dass deren Sicht nicht übergangen wird. Das gilt auch, wenn sie gar nicht selbst Teil des Gesprächs sein kann, etwa bei der Beantragung einer Arbeitgeberleistung wie des Ausbildungszuschusses durch den Betrieb.

Die nächste Frage ist, was es bei der Interaktion mit unterschiedlichen Netzwerkpartnern zu beachten gilt. Netzwerke existieren nicht in Isolation – durch die Vernetzung zur Inklusion erweitern Sie Ihr bereits bestehendes Netzwerk und schließen es an weitere vorgängig bestehende Netzwerke an (die der neuen Netzwerkpartner). Diese Netzwerke werden unterschiedlichster Art sein. Sie können zentral, dezentral oder verteilt sein. Sie können hierarchisch oder egalitär sein, formell oder informell. Das heißt nicht, sie sind „besser“ oder „schlechter“, sondern einfach: sie haben unterschiedliche Vor- und Nachteile, die man beim Steuern durch sie berücksichtigen muss. Während beispielsweise bürokratische, formell und hierarchisch organisierte Behörden weniger flexibel sein mögen, findet man in ihnen relativ klar definierte Zuständigkeiten und Abläufe. Ressourcen mögen nicht in einer individuell ideal zugeschnittenen Form abrufbar sein, aber es handelt sich meist um rechtlich geregelten Ansprüche bei denen ein höheres Maß an „Berechenbarkeit“ und „Zurechenbarkeit“ gegeben ist (während sich die individuelle Anpassung etwas „zäher“ gestalten kann). Andererseits sind die eher informellen und verteilten Netzwerke, wie sie oft in der Sozialen Arbeit bestehen schwieriger zu durchschauen und es ist schwieriger die richtige Ansprechperson zu finden. Aber oft können die in ihnen Eingebundenen flexibler und schneller reagieren und durch die Vielzahl und Zugänglichkeit ihrer Kontakte schneller und individuell angepasster auf spezifische Situationen reagieren und Ressourcen unterschiedlicher Angebote und Institutionen mit einander kombinieren. Es ist daher wichtig, dass man in verschiedenen Netzwerkformaten „konversationsfähig“ bleibt und sich vorab klarmacht, nach welcher Logik die einzelnen Organisationen, Institutionen und Agenturen funktionieren. Nicht nur, weil unterschiedliche Behörden, Organisationen, Verbände etc. unterschiedlich sind, sondern auch weil diese oft in sich selbst unterschiedliche Netzwerktypen vereinigen. Um hier „Einarbeitungszeit“ zu sparen, macht es Sinn die Aufgabe der „Netzwerknavigation“ an eine*n „Lots*in“ zu delegieren, also jemanden mit Vorerfahrung in den entsprechenden Netzwerken. Das kann jemand aus dem Umfeld des jungen Menschen mit psychischer Erkrankung sein, ein*e betreuende*r Sozialarbeiter*in, der/die Behindertenbeauftragte Ihres Unternehmens etc. Diese*r sollte dann wie gesagt darauf achten, dass die junge Person mit psychischer Erkrankung immer mit an Bord ist – und letztlich irgendwann selbst die Lotsenfunktion übernehmen kann.

B.2.3.3. NETZWERKKOMPETENZEN

Um effektiv und effizient mit Netzwerken zu arbeiten sind spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten notwendig. Diese Einsicht hat sich über die letzten Jahre in der Diskussion um Grund- und Weiterbildung von professionellen Berater*innen ergeben.

Es wird immer mehr zur Selbstverständlichkeit, dass Beratende nicht nur individuell beraten sondern proaktiv und präventiv in Netzwerken tätig werden. Sie müssen daher in der Lage

sein, nachhaltige Netzwerkbeziehungen aufzubauen und zu pflegen. Diese Einsicht kann analog auf andere professionell am Arbeitsmarkt und im Personalwesen Tätige übertragen werden. Die folgenden Kompetenzen sind dem Kompetenzrahmen für Berater des Nationalen Forums für Beratung in Deutschland entnommen. Sie wurden unter der Prämisse entwickelt, dass kompetente Beratende bereit und fähig sind, „das fachliche Netzwerk (sowohl organisationsintern als auch organisationsübergreifend) sowie das weitere gesellschaftliche Umfeld in Bezug auf sach- und adressatengerechte Informationen, Kooperationen und Vernetzungen zu nutzen und weiterzuentwickeln“ (Schiersmann & Weber 2013: 297-298).

Diese Kompetenz wird durch eine Anzahl von Indikatoren beschrieben und spezifiziert: Beratende

- verschaffen sich ein aktuelles Bild der für sie relevanten Umwelt (z.B. parallele Angebote, andere Anbieter, Ämter, Wirtschaft).
- entwickeln im Rahmen ihres Verantwortungsbereichs passende Kooperationen und Aktivitäten, die für das Gelingen und die Qualität der Beratung relevant sind;
- wirken beim Aufbau von Beratungsnetzwerken, deren Pflege und Nutzung mit
- beteiligen sich an interdisziplinärer Zusammenarbeit sowie in angemessenem Rahmen an wissenschaftlichen und forschungsbezogenen Aktivitäten.

Beratende kennen:

- Konzepte und Strategien des Netzwerkens;
- Kooperationsmöglichkeiten sowie relevante Umwelten (z.B. Ansprechpartner bei Ämtern, Bildungsträger, Unternehmen, Ministerien, politische Entscheidungsträger);
- Netzwerke im Beratungsfeld (Berufsverbände, Agentur für Arbeit, Kammern etc.).

Diese Beschreibung sollte als weiter Rahmen für Netzwerkkompetenzen verstanden werden. Je nach konkreter Rolle ist es sinnvoll, darauf zu reflektieren und zu klären, welche der Aspekte mehr oder weniger relevant ist. Im Kontext der Unterstützung junger Menschen mit psychischer Erkrankung sollten noch weitere Aspekte in Betracht gezogen werden:

- Der junge Mensch mit psychischer Erkrankung muss als Schlüsselakteur im Netzwerk gesehen werden – als Experte seiner Lebenswelt.

- Netzwerke sind für verschiedene Bereiche der Unterstützung relevant: direkte Unterstützung des betroffenen jungen Menschen, Unterstützung des Arbeitsumfelds, finanzielle Unterstützung;
- Es können sowohl die persönlichen Netzwerke der Person mit psychischer Erkrankung genutzt werden, also auch zu professionellen Netzwerken im Sozialwesen, Behörden und Wirtschaft angeschlossen werden. Oft ist eine Vielfalt unterschiedlicher Verbindungen der Schlüssel zur erfolgreichen Unterstützung eines Inklusionsprozesses.
- Letztlich muss das Ziel sein, im Sinne des Empowerments, der jungen Person selbst möglichst viele der Netzwerkaufgaben anzuvertrauen. Da dies aus unterschiedlichen Gründen oft nicht vollständig möglich ist, ist es wichtig einerseits eine Fürsprecher-Rolle einzunehmen, und andererseits diese nur mit Einverständnis und in steter Rücksprache mit ihr auszufüllen.
- Professionelle in Sozialwesen, in Behörden und Wirtschaft spielen eine Schlüsselrolle im Aufbau von tragfähigen Netzwerken zur Unterstützung der jungen Menschen, mit denen sie arbeiten. Dabei kann es sich um formale oder informelle, lokale oder regionale, zentrale oder verteilte Netzwerke handeln. Sie können so Akteur*innen zusammenbringen und sie in den Inklusionsprozess produktiv involvieren.
- Um Netzwerke effektiv und effizient zu planen und zu navigieren, muss man sich mit ihren jeweiligen Eigenschaften und Eigenheiten auseinandersetzen. Ein Verständnis der unterschiedlichen Netzwerke ist hilfreich bei deren Verknüpfung, ihrem Ausbau und ihrer Nutzung.

B.3. DISKRIMINIERUNG UND STIGMA

KAMIL BRZEZIŃSKI & JAKUB OWCZAREK, POMOST

B.3.1. EINLEITUNG

Trotz weltweit zunehmenden Wissens um psychische Erkrankungen gibt es immer noch schädliche Stereotype von und Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung [1]. Diese resultieren in einer oft weitverbreiteten Stigmatisierung dieser Menschen. Der klassische Theoretiker des Konzepts „Stigma“, Erving Goffman [2], beschreibt es als eine „Zuschreibung einer Eigenschaft, die zutiefst abwertend ist“ (*attribute that is deeply discrediting*)– betont aber, dass es nicht die zugeschriebene Eigenschaft an sich ist, die abwertet, sondern die Weise, wie diese in konkreten Sozialbeziehungen definiert ist. Und heutzutage haben psychiatrische Diagnosen oft eine solche abwertende Wirkung [3]

Das Konzept der Stigmatisierung beschreibt negative gesellschaftliche Haltungen gegenüber einer spezifischen Menschengruppe auf Grundlage bestimmter Merkmale ihrer Mitglieder[4]. Ein Beispiel einer solchen Gruppe sind Menschen mit Behinderung und Menschen mit psychischer Erkrankung. Die Stigmatisierung dieser Menschengruppe zeigt sich in negativen, mit einander zusammenhängen und sich überschneidenden Haltungen, die andere ihnen gegenüber an den Tag legen. Zu diesen gehören:

- Distanzierung (Widerwille, mit ihnen in zu interagieren)
- Entwertung und Stereotypisierung (Verbreitung negativer, vereinfachter und schädlicher Stereotype)
- Delegitimierung (Entrechtung, Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten in einem bestimmten Feld) [3]

Diese Haltungen bestehen wiederum aus drei Komponenten:

- Kognition (Urteile und Meinungen)
- Affekt (Emotionen und Gefühle)
- Verhalten

Die Intensität jeder einzelnen Komponente in individuellen Haltungen variiert. Zum Beispiel bestehen Entwertung und Stereotypisierung vor allem in kognitiven Strukturen, Distanzierung ist mehr mit Berührungsängsten assoziiert (also der affektiven Komponente), während die Einschränkung von Handlungsmöglichkeiten ein Ergebnis von intentionalem Verhalten darstellt.

Gemäß der Konzeptionalisierung des Phänomens der Stigmatisierung durch Link und Phelan [5], besteht eine stigmatisierende Haltung aus fünf Komponenten:

- Isolierung einer Unterscheidung, z.B. eines körperlichen „Defekts“, und Markierung (*labelling*) der Person oder Personen, bei der/denen diese Differenz bemerkt wurde,
- Zuschreibung unerwünschter Eigenschaften auf die derart markierten Personen, meist mit Bezug auf schon existierende Stereotype,
- Absonderung der Gruppe markierter Personen („die“) von der eigenen Gruppe („wir“),
- Statusverlust und Diskriminierung der markierten Personen, bspw. durch Einschränkung der Beschäftigungsmöglichkeiten, Zugang zu medizinischer Versorgung etc.; woraus nicht nur soziale sondern auch ökonomischer Abstieg folgt.

Die Zuschreibung negativer, verallgemeinernder und vereinfachender Eigenschaft auf eine Menschengruppe im Prozess von Stigmatisierung erfolgt durch den Gebrauch von Stereotypen. Nach Hayward und Bright bestehen diese in Bezug auf Menschen mit psychischer Erkrankung meist aus vier Behauptungen:

- Die Person mit psychischer Erkrankung sei gefährlich.
- Die Person mit psychischer Erkrankung sei zumindest teilweise selbst an der Erkrankung schuld.
- Die Person leide an einer Krankheit, die chronisch und schwer zu behandeln sei.
- Die Person sei unberechenbar und nicht in der Lage, soziale Rollen auszufüllen [6].

Leider werden Menschen mit psychischer Erkrankung oft durch Stigmatisierung dauerhaft daran gehindert, Rollen in Familie und Beruf zu übernehmen und damit der Möglichkeit beraubt, soziale Beziehungen aufzubauen, was letztlich zu sozialem Ausschluss führt. Das *labelling* von Menschen mit psychischer Erkrankung als minderwertig und nutzlos schränkt ihre Handlungsmöglichkeiten ein und, als Ergebnis einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung, zersetzt dann ihre intellektuellen und sozialen Kompetenzen, womit die soziale Isolation dann weiter verschärft wird.

Diskriminierung und Entrechtung, das Gefühl, stigmatisiert und isoliert zu werden, kann auch gegen andere und sich selbst gerichtete aggressive Selbstverteidigungsreaktionen auslösen [3].

Stigmatisierung hat ernste Auswirkungen auf die Struktur des Selbst – auf das Selbstbild und auf die Selbstachtung. Das liegt daran, dass der Ausdruck stigmatisierender Haltungen eine negative soziale Interaktion darstellt und, so eine Grundeinsicht der klinischen Psychologie, das Selbstbewusstsein in allen Entwicklungsstadien eng mit der Qualität der interpersonalen Beziehungen zusammenhängt. Dieser Zusammenhang ist kausal und beidseitig, d.h. aus negativer Interaktion resultierende geringe Selbstachtung erhöht selbst die Wahrscheinlichkeit sozialer Zurückweisung und Isolation [3].

B.3.2. DAS AUSMASS DES PROBLEMS

Der WHO zufolge, stellen psychische Erkrankungen derzeit eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit und die Hauptursache von Behinderung dar [8]. Während nur etwa ein Drittel der betroffenen Personen angemessene therapeutische Unterstützung erhalten, verursachen psychische Erkrankungen aufgrund bspw. von Arbeitsunfähigkeiten und Schwierigkeiten, familiären Verpflichtungen nachzukommen, erhebliche ökonomische und soziale Belastungen. Nach einer Schätzung der WHO litten 2015 110 Millionen Menschen an psychischen Erkrankungen. Das sind zwölf Prozent der gesamten europäischen Bevölkerung. Wenn man den Missbrauch psychoaktiver Substanzen dazu nimmt, kommt man auf 15 % - wenn man neurologische Erkrankungen wie Demenz oder Epilepsie hinzu nimmt sogar auf 50 % [8]. Diese Statistik zeigt, wie verbreitet psychische Erkrankungen sind. Eine wichtige Maßnahme, um mit diesen umzugehen, ist die Bekämpfung von Stigmatisierung der Erkrankten, da diese Inklusion und Rehabilitation stark behindert.

Auch das Phänomen der Stigmatisierung psychisch Erkrankter hat alarmierende Ausmaße. Negative Stereotype dominieren die gesellschaftliche Wahrnehmung von Menschen mit psychischer Erkrankung. Sie werden meist als gefährlich, bizarr, inkompetent und unselbständig wahrgenommen [10]. In einer in Deutschland durchgeführten Untersuchung stimmten 49,6 % der Teilnehmenden der Aussage zu, dass Menschen mit psychischer Erkrankung unberechenbar seien und ein Viertel assoziierten psychische Krankheit mit Aggression und Gewalt [11]. In den USA durchgeführte Studien zeigen, dass Menschen mit psychischer Erkrankung einer erhöhten Neigung zu Verbrechen verdächtigt werden [12-14]. Eine ebenso negative gesellschaftliche Wahrnehmung von Menschen mit psychischer Erkrankung wurde auch in einer polnischen Untersuchung festgestellt. Den Teilnehmenden zufolge seien Menschen mit psychischer Erkrankung gefährlich (70%), aggressiv (61%) und unberechenbar (85%). 31% stimmten der Aussage zu, dass Patient*innen isoliert werden sollten. Die Gefühle, die von den Teilnehmenden am meisten mit psychisch Erkrankten assoziiert wurden, sind Angst, Mitleid und Hilflosigkeit. Außerdem gaben 96% an, Menschen mit psychischer Erkrankung zu meiden und 65% würden ihnen keine Hilfe anbieten.

Stigmatisierung und negative Stereotype über Menschen mit psychischer Erkrankung führen zu Diskriminierung, d.h. ungerechtfertigte Marginalisierung und Ausschluss aus verschiedenen Bereichen, wie bspw. der Arbeitswelt. In einer in England durchgeführten Studie berichteten ein Drittel der Menschen mit psychischer Erkrankung, dass sie entlassen wurden oder auf andere Weise gezwungen waren, ihre Arbeitsstelle aufzugeben. 40% erhielten aufgrund zurückliegender psychiatrischer Behandlungen Ablehnungen im Bewerbungsprozess und 60% bewerben sich aus Angst vor Diskriminierung überhaupt nicht mehr [16]. Diese Ergebnisse reflektieren den Umstand, dass nur 20% der Menschen mit psychischer Erkrankung in England beruflich aktiv bleiben [17], obwohl 90% angeben, in den Beruf zurückkehren zu wollen [18].

Untersuchungen zu Arbeitgeber*innen zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, eine*n Rohlstuhlfahrer*in einzustellen siebenmal höher ist, als eine medikamentös behandelte Person mit psychischer Erkrankung [19].

Menschen mit psychischer Erkrankung erfahren nicht nur am Arbeitsmarkt Diskriminierung sondern auch im Gesundheitssystem. Eine Studie zeigt, dass sie, möglicherweise aufgrund von Vorurteilen und Stereotypen, von Ärzt*innen oft negativere Prognosen erhalten. Zudem werden physiologische Symptome, die Menschen mit psychischer Erkrankung berichten, von Ärzt*innen oft unterschätzt und als Somatisierung der psychischen Erkrankung zugerechnet, wodurch in dieser Gruppe physiologische Erkrankungen oft nicht diagnostiziert und behandelt werden [20]. Eine globale Umfrage von 2015 zeigt, dass nur 7% der Teilnehmenden glaubten, dass psychische Erkrankungen bewältigbar sind [21]. Andererseits zeigen einige Studien auch positive Entwicklungen in der Wahrnehmung von Menschen mit psychischer Erkrankung. Beispielsweise zeigt eine mehrjährige schottische Studie, dass der Anteil der Menschen, die der Aussage „Wenn ich psychische Probleme hätte, würde ich nicht wollen, dass andere es mitbekommen“ zustimmen langsam abnimmt – von 50% 2002 über 45% 2004 zu 41% 2006 [22]. Es ist wichtig zu beachten, dass Stigmatisierung nicht nur die Menschen mit psychischer Erkrankung selbst trifft, sondern sich auch negativ auf ihre Familien und Freunde auswirkt – in einigen Fällen sogar auf Menschen, die sie unterstützen wie Sozialarbeiter*innen und Fachkräfte im Gesundheitswesen [23, 24]. In einer Studie wird gezeigt, dass die Hälfte der Angehörigen von Menschen mit psychischer Erkrankung berichten, die Krankheit in der Familie zu verbergen.

Familienmitglieder, die nicht mit der/dem Erkrankten zusammenwohnten, neigten dabei eher zum Verbergen der Krankheit. Angehörige von Menschen, deren Erkrankung erst in den letzten sechs Monaten aufgetreten war, berichteten ebenfalls eine größere Tendenz zum Verbergen [25]. Diese Ergebnisse zeigen das Ausmaß negativer Auswirkungen von Stigmatisierung nicht nur auf den/die Patient*in selbst, sondern auch auf deren/dessen Umfeld.

Stigmatisierung und, als Folge davon, Diskriminierung von Menschen mit psychischer Erkrankung behindert oder verhindert manchmal sogar effektive Therapie, Rehabilitation und soziale Inklusion, sondern kann auch als zum Großteil dafür verantwortlich sein, dass etwa 60% der Erwachsenen mit psychischer Erkrankung überhaupt keine Therapie erhalten [26]

B.3.3. WEGE ZUR BEKÄMPFUNG VON STIGMA

Eine Auswertung der Maßnahmen seitens 14 ausgewählter europäischer Länder zur Bekämpfung der Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung zeigt, dass das Problem negativer Stereotype und Marginalisierung nicht gelöst wurde. Obwohl viele der Ansicht waren, dass “die Entwicklung effektiver Behandlungsweisen Stigmatisierung reduzieren würde [...] ist ein solcher Wahrnehmungswandel in der Psychiatrie leider nicht

eingetreten“ [27]. Der Kampf gegen die Stigmatisierung in Europa steht so noch erst am Anfang. Um das Problem zu bewältigen, scheinen umfassende Maßnahmen notwendig (beispielsweise Informations- und Aufklärungskampagnen), die eine Vielzahl sozialer Gruppen ansprechen – einschließlich der Menschen mit psychischer Erkrankung selbst. Kinder und Jugendliche können in der Zukunft psychisch erkranken und zum Ziel von Stigmatisierung werden – sie können aber auch selbst zu Stigmatisierenden und Diskriminierenden werden. Fachkräfte, auch im Gesundheitswesen, Sozialarbeiter*innen und andere professionell Unterstützende sollten ebenso angesprochen wie die gesamte Gesellschaft. Maßnahmen sind notwendig, da „eine Zunahme von Bewusstsein über seelische Gesundheit und psychische Erkrankung Stigma und Diskriminierung signifikant reduzieren kann.“ [27]

B.3.3.1. VERSTEHEN, UM ZU ÜBERWINDEN

Wie erwähnt hat Stigmatisierung besondere Auswirkungen auf die Struktur des Selbst – Selbstbild und Selbstachtung.

Die Autor*innen des schottischen „See Me“ Programms weisen darauf hin dass „Selbst-Stigma kommt oft durch schon bestehende Vorurteilshaltungen zustande“ [28]. Das kann dann dazu führen

„... dass Menschen nicht daran glauben, dass sie solche Dinge tun können wie eine Arbeitsstelle zu erhalten oder eine Weiterbildung zu machen. Es kann zur Folge haben, dass sie sich zurückziehen, Gefühle wie Wut und Frustration, geringe Selbstachtung und kein Vertrauen in ihre Zukunft haben.“

Die Autor*innen des Artikels zur Bekämpfung von Stigma wiederum betonen dass:

„häufig auftretende psychiatrische Störungen werden immer noch zu oft schlecht verstanden werden. Sie werden in Gesellschaft, die hohe Standards an Leistung und Wettbewerbsfähigkeit abfordert, als Grund zur Scham oder als Zeichen von Schwäche empfunden.“ [27]

In dieser Hinsicht erscheint es zentral, umfassende pädagogische, therapeutische und Workshop-Maßnahmen zu ergreifen, die Menschen mit psychischer Erkrankung und ihren Familien zu ermöglichen, ihre Situation zu verstehen, zu akzeptieren und als nächsten Schritt ihre Selbstachtung und Selbsteinschätzung zu stärken. Auf der Website des Programms „See Me“¹² wird dies folgendermaßen formuliert: „Um [Stigma] anzugehen müssen wir junge Menschen davon überzeugen, dass es okay ist, nicht okay zu sein, und dass man darüber sprechen kann.“ Deswegen sollten umfassende pädagogische und therapeutische Unterstützungsangebote diese Menschen davon überzeugen, dass sie am normalen

¹² See Me“ ist Schottlands Programm zur Überwindung der Stigmatisierung psychischer Krankheit und zur Bekämpfung der Diskriminierung psychisch Erkrankter. Mehr Informationen zu diesem Programm sind über die Website www.seemescotland.org erhältlich.

gesellschaftlichen Leben teilnehmen können und dass sie Stigmatisierung überwinden können. Der Evaluationsbericht des Programms „See Me“ zeigt, dass

„Evidenz von Freiwilligen in der *Social Movement*¹³ zeigt, dass das Programm sie auf effektive Weise mit Selbstvertrauen, Fähigkeiten, Wissen und Instrumenten ausstattet, um individuell und kollektiv Selbst-Stigma, Stigma und Diskriminierung entgegenzutreten. Die Freiwilligen gaben an, dass das See-Me-Training ihnen dabei geholfen hat mehr Selbstvertrauen in Situationen zu entwickeln, in denen sie Stigma und Diskriminierung durch das Teilen ihrer Geschichten und Erfahrungen entgegenzutreten, was sie zuvor nicht getan hatten.“

Hier sollte auch die englische Initiative „Time to Change“ erwähnt werden, eine Kampagne der Nichtregierungsorganisationen Mind und Rethink Mental Illness, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Diskriminierung zu beenden, der sich Menschen mit psychischer Erkrankung ausgesetzt sehen [29]. „Time to Change“ ist auch eine soziale Bewegung, die seit 2007 für folgende Ziele eintritt:

- Die Ansichten und Verhalten gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung in der Öffentlichkeit verbessern;
- die Diskriminierung reduzieren, welche Menschen mit psychischer Erkrankung in ihren persönlichen Beziehungen, ihrem gesellschaftlichen Leben und am Arbeitsplatz erfahren;
- sicherzustellen, dass noch mehr Menschen mit psychischer Erkrankung aktiv Stigma und Diskriminierung in ihren Gemeinden, Arbeitsplätzen, Schulen und online entgegenzutreten können;
- eine nachhaltige Kampagne zu schaffen, die weit in die Zukunft reicht. [30]

Forschung und Analysen zeigen, dass Maßnahmen wie die von Time to Change angestoßenen, zu einer Änderung der Haltungen in der englischen Gesellschaft beitragen [31, 32]. Einer der aktuellsten Evaluationsberichte zeigt, dass zwischen 2008 bis 2015 [30]

- um die 4,1 Millionen Einstellungen sich zum Besseren gewandelt haben;
- mehr Menschen (Verbesserung um 11%) bereit sind, mit einem Menschen mit psychischer Erkrankung weiter zu leben, arbeiten und eine Beziehung aufrechtzuerhalten;
- Menschen mit psychischer Erkrankung weniger Erfahrungen mit Diskriminierung während der letzten zwölf Monate berichten.
- es 2016 das erste Mal mehr positive als negative Zeitungsberichterstattung über seelische Gesundheit gab [30, 33]

¹³ „See Me“ unterstützt eine wachsende soziale Bewegung – mehr dazu auf der Website www.seemescotland.org/movement-for-change/

Diese Resultate sind das Ergebnis umfassender Maßnahmen die unter „Time to Change“ ergriffen wurden und darin bestehen:

- jungen Menschen, Lehrer*innen und Eltern zu helfen, ihr Wissen, ihre Einstellungen und ihr Verhalten zu verbessern;
- Unternehmen dabei zu helfen, offenere Arbeitsplätze zu gestalten
- Organisationen und Individuen dabei zu unterstützen, lokal Wandel durch Netzwerke zu bewirken;
- Forschung und Evaluationen durchzuführen [30].

Maßnahmen zur Bekämpfung von Selbst-Stigmatisierung können verschiedener Art und Form sein. Einen interessanten Weg stellt die Kunsttherapie dar. Beispielsweise trifft sich in Belgien die Gruppe „Rôles-Mops“

„zu Theater-Workshops, in welchen die (ehemaligen) Nutzer*innen psychiatrischer Dienste andere die für das Problem sensibilisiert sind ein Projekt entwickeln, das der Öffentlichkeit präsentiert werden soll. Was diese Sessions so besonders macht ist der Umstand, dass das Publikum während der Aufführung intervenieren kann, um Änderungen zu provozieren, Reflektionen anzuregen oder die Repräsentation von psychischer Krankheit zu ändern.“ [27]

Es kann angenommen werden, dass öffentliches Aufführen das Selbstvertrauen stärkt und so Auswirkungen auf den Aufbau eines positiven Selbstbildes hat. Zudem lenkt eine polnische Forscherin [34] die Aufmerksamkeit auf die hilfreiche Rolle des Empowerment und der Narration (narrative Interviews), indem sie schreibt:

„Im Fall psychisch kranker Menschen könnte Empowerment durch die Nutzung von Narrativen dazu dienen, dass sie sich selbst im Verhältnis zur Krankheit beobachten können. Es geht um ein Empowerment der/des Patient*in zur Biographiearbeit. Biographiearbeit besteht darin, die Vergangenheit zu vergegenwärtigen, Lebensgeschichten zu wiederholen, zu interpretieren und umzudefinieren (Reimann, Schutze, 2013). Es ist ein Prozess der Entwicklung von Selbst-Verständnis, welches die Basis reflektierter und zweckhafterer Strategien bildet (Bjorkenheim, Levalahti, Karvinen-Nilnikoski, 2006. (...)) Von einer Teilnehmenden beschriebene biographische Erfahrungen zeigen, dass sie ihre Einstellung zur Krankheit in der Periode der Verlaufsrationalisierung geändert hat, als sie Anstrengungen zur tiefen Selbstreflexion unternahm.“

Zusammengefasst scheint es, dass eine Schlüsselmaßnahme im Kampf gegen Stigmatisierung ist, die eigene Situation zu verstehen und zu akzeptieren, was die Basis für den Aufbau einer höheren Selbstachtung bilden kann. Als Ergebnis kann das Stigma abgeschüttelt werden – insbesondere wenn dies in Kombination mit gesellschaftlichem Aktivismus geschieht, der die

breitere gesellschaftliche Wahrnehmung adressiert. Der Wandel gesellschaftlicher Einstellungen muss jedoch auch Ziel breiterer Initiativen sein.

B.3.3.4. AKZEPTANZ AUFBAUEN

Einstellungen werden hauptsächlich von der primären Umwelt (Familie, Schule) während des Prozesses der Sozialisation geprägt. Im Ergebnis sind die dort erworbenen Einstellungen im späteren Leben schwer zu ändern. Expert*innen, die sich mit dem Problem des Stigma auseinandersetzen, zufolge werden „Stereotype von psychischer Krankheit [...] auf die junge Generation übertragen und Stigma wird durch die Medien verstärkt“ [27]. Aus diesem Grund ist ein wichtiger Aspekt der Bekämpfung von Stigmatisierung, die junge Generation so früh wie möglich hierzu aufzuklären. Es ist wichtig, die Diskriminierung von Kindern mit psychischer Erkrankung durch Gleichaltrige zu verhindern. Aufklärung ist auch wichtig, um jungen Menschen wo nötig zu helfen, schnell von einer psychischen Krankheit zu genesen. Forschungen zufolge, die als Teil des schottischen „See Me“ Programms durchgeführt wurde, geben nur 37% der jungen Menschen, dass sie mit jemandem darüber sprechen würden, wenn sie Schwierigkeiten mit ihrem seelischen Gesundheitszustand hätten [28]. In diesem Zusammenhang sind auch an Schüler*innen gerichtete Programme und Informationskampagnen zu psychischen Erkrankungen ein wichtiges Element des Kampfs gegen Stigma. Solche Kampagnen wurden in Österreich, Belgien, Tschechien und auch Norwegen durchgeführt. Das Ziel des norwegischen Programms war es

„Wissen zu befördern über die Methoden, die Schüler*innen helfen ihre seelische Gesundheit zu schützen, über Orte, an denen sie Hilfe finden können, und über Möglichkeiten, sich gegenseitig zu unterstützen. Spezifisches pädagogisches Material wurde produziert und an den Schulen verteilt.“ [27] „Die Kampagne beinhaltete auch den Einsatz von Broschüren und Faltblättern sowie Medienmaßnahmen. Anzeigen, die Fotos von alltäglich aussehenden Menschen in alltäglichen Situation mit T-Shirts mit Aufschriften wie ‚Jede*r kann psychisch erkranken‘, erhielten einige Aufmerksamkeit.“ [27]

Darüber hinaus wurden auch in Rumänien Antidiskriminierungskampagnen durchgeführt, in denen „Schüler*innen direkt an der Implementierung der Kampagne ‚Schizophrenie soll kein Grund für Diskriminierung sein‘ beteiligt waren“ [27]. Diese wenigen Beispiele zeigen die Bedeutung von an junge Leute gerichteten Maßnahmen zur seelischen Gesundheit und ihre wichtige Rolle im Kampf gegen Stigma und bei der Schaffung von Akzeptanz für Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden.

B.3.3.3. VERSTEHEN, UM ZU HELFEN

Es scheint wie eine selbstverständliche Annahme, dass medizinisches Personal, Therapeut*innen und Fachkräfte, die Menschen mit psychischer Erkrankung helfen, sich der Schwierigkeiten dieser Menschen voll bewusst seien. Forschung unter medizinischem Personal sowie Medizinstudierenden in Kroatien hat jedoch gezeigt, dass „(...) ihre Einstellung und ihr Wissensbestand zeigte einen hohen Grad an Stigmatisierung und Fehlverständnis von psychischen Gesundheitsproblemen“. Deshalb wurde entschieden, Änderungen im Medizinstudium einzuführen: „Das Anti-Stigma Programm für Medizinstudierende bestand aus einem interaktiven zweistündigen Seminar, das Vorlesungen ebenso beinhaltete wie unterstützten Kontakt mit Personen, die Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht haben.“ [27]. Auch in Tschechien werden Menschen mit psychischer Erkrankung nicht nur in der Gemeinschaft sondern auch im Gesundheitswesen stigmatisiert. Als Konsequenz wurden auch hier einige Maßnahmen zur Bekämpfung von Stigma ergriffen, basierend auf

„(...) Leitlinien für die Behandlung in der Psychiatrie wie auch Leitlinien für Allgemeinärzt*innen (Depression, Angststörungen). Die Leitlinien wurden nicht nur zur Verbesserung der Standards in der Behandlung erstellt, sondern auch um ein tieferes Verständnis von Patient*innen mit unterschiedlichen Diagnosen zu fördern und psychiatrisches Labelling zu reduzieren (welches Stigmatisierung verursachen oder verstärken könnte)“ [27]

Diese Beispiele aus Mittel- und Osteuropa zeigen, dass Informations- und Aufklärungsprogramme nicht nur an Kinder und Heranwachsende gerichtet werden sollten, sondern auch an Fachkräfte, deren Aufgabe es ist, Menschen mit psychischer Erkrankung zu helfen. In diesem Fall scheint die tschechische Lösung in Form von Leitlinien ein guter Weg, bei medizinischem Personal das Verständnis für an psychischen Erkrankungen leidende Menschen zu vertiefen.

B.3.3.4. GESELLSCHAFTLICHE EINSTELLUNGEN VERÄNDERN

Wie oben gezeigt, ist die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen überall in Europa immer noch ein bedeutendes Problem [27]. Das heißt aber nicht, dass Stigmatisierung unausweichlich ist. Wir haben bereits Initiativen in England und Schottland erwähnt. Forschung zeigt, dass die Einstellungen in der britischen Gesellschaft zu Menschen mit psychischer Erkrankung sich zwischen 1994 und 2014 leicht gebessert haben [31, 32]. Eine TNS BRMB Studie für das britische Gesundheitsministerium kam zu folgendem Ergebnis:

„Gefragt, ob auf seelische Gesundheit bezogenes Stigma und Diskriminierung sich während des letzten Jahres verändert haben, sagte etwas über zwei Fünftel (42%) der

Befragten, dass sie sich verändert hätten, und etwas unter Sechs in Zehn (59%), dass es sich nicht geändert hätte oder dass sie es nicht wüssten. Es gab zwischen 2010 und 2014 eine signifikante Zunahme des Anteils der Befragten, die sagten es hätte sich geändert, von 32% 2010 zu 42% 2014, wobei der Anteil derer, die sagten, Stigma und Diskriminierung seien während dem letzten Jahr zurückgegangen im gleichen Zeitraum von 17% auf 27% gestiegen ist.“ [32].

Die Studie zeigt auch einen gewissen Grad von Effektivität der ausgedehnten gesellschaftlichen Kampagnen zur Bekämpfung von Stigma. Diesen gelingt es, eine zunehmende Anzahl von Menschen zu erreichen:

„Im Dezember 2011 gaben 21% der Befragten an, dass sie die gezeigte Anzeige¹⁴ gesehen hatten und 8%, dass sie ähnliche Anzeigen gesehen hatten. 2012 stieg dies auf 32%, welche die Anzeige gesehen hatten und 11%, die ähnlichen Anzeigen gesehen hatten.“ [32].

Anders gesagt, weist diese Erfahrung darauf hin, dass eine umfassende Aufklärungs- und Informationskampagne (zum Beispiel die See Me oder die Time to Change Initiativen) gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen ändern können. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass in einigen europäischen Ländern solche Kampagnen durchgeführt werden (in Zeitschriften, Radio, Fernsehen, Plakaten), und dass einige von ihnen landesweit Aufmerksamkeit erhalten [27]. Um jedoch nachhaltigen Wandel in den gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung zu erreichen, sind dauerhafte und umfassende Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen notwendig. Ein Beispiel einer solchen Initiative ist das globale Programm „Open the Doors“¹⁵. Dieses 1996 wurde von der World Psychiatric Association ins Leben gerufen, um mit Schizophrenie verbundenes Stigma und Diskriminierung zu bekämpfen [35]. In Genf diskutierten Psychiater*innen aus 20 Ländern mit Vertreter*innen von Patient*innengruppen „Wege die Barrieren zu guter Behandlung anzugehen, die Schwierigkeiten bei der Reintegration und wie die Menschenrechte derer, die mit der Krankheit leben, und ihrer Familien am besten geschützt werden können“ [36]. Das Ergebnis dieser Diskussion war die Entscheidung, ein Programm zu implementieren, dessen Ziele es ist:

¹⁴ Aus der Time to Change Anzeigenkampagne zu seelischer Gesundheit

¹⁵ Mehr Informationen zum Programm gibt es auf der Website www.openthedoors.com/english/index.html

- das Bewusstsein von und Wissen über das Wesen der Schizophrenie und der Behandlungsmöglichkeiten zu vergrößern;
- gesellschaftliche Einstellungen gegenüber jenen, die Schizophrenie haben oder hatten, und ihren Familien zu verbessern;
- Maßnahmen zur Eliminierung von Diskriminierung und Vorurteilen zu schaffen.

Viele Länder haben sich an diesem Programm beteiligt, einem Beispiel guter Praxis in der Bekämpfung von Stigma.

Obwohl im Kampf gegen Stigmatisierung vor allem einen starken Bedarf an langfristigen und nachhaltigen Programmen besteht, sind zweifellos auch Initiativen wie der Welttag der Seelischen Gesundheit sehr wichtig und notwendig. Der Welttag wird seit 1992 jeweils am 10. Oktober von der World Federation for Mental Health ausgerichtet [37]. An diesem Tag werden auf der ganzen Welt Veranstaltungen zur Förderung seelischer Gesundheit und zur Prävention psychischer Krankheit abgehalten. Diese Initiative beschränkt sich zwar auf einen Tag im Jahr, stellt aber aufgrund der erreichten großen Öffentlichkeitswirkung dennoch einen wichtigen Beitrag zum Wandel der gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen dar.

B.3.4. ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Kampf gegen Stigmatisierung umfassende und nachhaltige Maßnahmen in vielen Bereichen notwendig sind, die sich auf verschiedene Gruppen beziehen: Menschen mit psychischer Erkrankung, ihre Familien und Freunde, und die allgemeine Öffentlichkeit. Um eine tolerante Gesellschaft zu schaffen, bedarf es pädagogischer Programme, die sich an Kinder richten. Kontinuierliche Weiterbildung des medizinischen Personals ist ebenso wichtig. Auf der Makroebene sind Maßnahmen von entscheidender Bedeutung, die darauf abzielen die Einstellungen aller Mitglieder der Gesellschaft gegenüber Menschen mit psychischer Erkrankung zu ändern.

B.3.5. LITERATUR

1. Babicki, M., et al., Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce. *Psychiatria Polska*, 2018. **52**(1): p. 93-102.
2. Goffman, E., *Piętno : rozważania o zranionej tożsamości*. 2005, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
3. Jackowska, E., Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatria Polska*, 2009. **43**(6): p. 655-670.

4. Semple, D., et al., Oksfordzki podręcznik psychiatrii. 2007, Lublin: Czelej.
5. Link, B.G. and J.C. Phelan, Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology, 2001. **27**(1): p. 363-385.
6. Angermeyer, M.C. and H. Matschinger, The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. Schizophr Bull, 2004. **30**(4): p. 1049-61.
7. Thornicroft, G., Most people with mental illness are not treated. The Lancet, 2007. **370**(9590): p. 807-808.
8. WHO. Mental Health: Fact Sheet. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/404851/MNH_FactSheet_ENG.pdf.
9. Kelland, K. Nearly 40 percent of Europeans suffer mental illness. Available from: <https://www.reuters.com/article/us-europe-mental-illness/nearly-40-percent-of-europeans-suffer-mental-illness-idUSTRE7832JJ20110904>.
10. McDaid, D. Countering the stigmatisation and discrimination of people with mental health problems in Europe. 2008.
11. Angermeyer, M.C. and H. Matschinger, The stigma of mental illness in Germany: a trend analysis. Int J Soc Psychiatry, 2005. **51**(3): p. 276-84.
12. Link, B.G. and F.T. Cullen, Contact with the mentally ill and perceptions of how dangerous they are. J Health Soc Behav, 1986. **27**(4): p. 289-302.
13. Phelan, J.C. and B.G. Link, The growing belief that people with mental illnesses are violent: the role of the dangerousness criterion for civil commitment. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 1998. **33 Suppl 1**: p. S7-12.
14. Link, B.G., et al., Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. American Journal of Public Health, 1999. **89**(9): p. 1328-1333.
15. Mroczek, B., et al., Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie. Family Medicine & Primary Care Review, 2014: p. 263-265.
16. J, R. and B. S, Not just sticks & stones: a survey of the stigma, taboos and discrimination experienced by people with mental health problems. 1996, London: Mind Publications.
17. Social Exclusion Unit Mental Health and Social Exclusion. 2004, Office of the Deputy Prime Minister: London.
18. Grove, B., Mental health and employment. Shaping a new agenda. Journal of Mental Health, 1999. **8**: p. 131-140.
19. Koser, D.A., M. Matsuyama, and R.E. Kopelman, Comparison of a physical and a mental disability in employee selection: An experimental examination of direct and moderated effects. North American Journal of Psychology, 1999. **1**(2): p. 213-222.
20. Thornicroft, G., D. Rose, and A. Kassam, Discrimination in health care against people with mental illness. International Review of Psychiatry, 2007. **19**(2): p. 113-122.
21. Seeman, N., et al., World survey of mental illness stigma. J Affect Disord, 2016. **190**: p. 115-121.
22. Hunter, D., M. Barry, and A. McCulloch, A Review of Scotland's National Programme for Improving Mental Health and Wellbeing 2003-2006. 2008.
23. Corrigan, P.W., A.C. Watson, and F.E. Miller, Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. J Fam Psychol, 2006. **20**(2): p. 239-46.
24. Gonzalez-Torres, M., et al., Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members: A qualitative study with focus groups. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2007. **42**.

25. Phelan, J.C., E.J. Bromet, and B.G. Link, Psychiatric Illness and Family Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 1998. **24**(1): p. 115-126.
26. The Stigma of Mental Illness. Available from: <https://www.mentalhelp.net/aware/the-stigma-of-mental-illness/>.
27. Beldie, A., et al., Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2012. **47 Suppl 1**: p. 1-38.
28. Understanding Mental Health Stigma and Discrimination. Available from: <https://www.seemescotland.org/stigma-discrimination/understanding-mental-health-stigma-and-discrimination/>.
29. Attitudes for a new generation: Time to Change Children and Young People's Programme; October 2011 to March 2015 (report). Time to Change: London.
30. Our Impact 2018/2019 (report). Time to Change: London.
31. Evans-Lacko, S., C. Henderson, and G. Thornicroft, Public knowledge, attitudes and behaviour regarding people with mental illness in England 2009-2012. *British Journal of Psychiatry*, 2013. **202**(s55): p. s51-s57.
32. Attitudes to Mental Illness – 2014 Research Report. 2015, TNS BMRB.
33. Anderson, C., et al., Changes in newspaper coverage of mental illness from 2008 to 2016 in England. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 2020. **29**: p. e9.
34. Kamińska I., Doświadczenia biograficzne osób chorych psychicznie a proces upełnomocnienia, in Empowerment w pracy socjalnej: praktywka i badania partycypacyjne, Granosik M. and Gulczyńska A., Editors. 2014, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich: Warszawa. p. 126-127.
35. Hochman, K., Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007. **16**(1): p. 38-39.
36. Open the Doors Training Manual. 2005, the WPA global programme to reduce stigma and discrimination because of schizophrenia.
37. World Mental Health Day History. Available from: <https://wfmh.global/world-mental-health-day/>.

B.4. JUNGE MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN EMPOWERN

Margo Laitira & Mara Kourtoglou, PEPSAEE

B.4.1. WAS IST EMPOWERMENT?

Aus einer eher sozioökonomischen Perspektive, besteht das Empowerment junger Menschen wesentlich in der Schaffung von für sie vorteilhaften Bedingungen, um sich selbst und ihre Talente zu entwickeln und aktiv am gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Leben und am Arbeitsmarkt teilhaben zu können [1,2].

Aus einer eher persönlichen Perspektive heißt Empowerment, einer Person mehr Kontrolle über das eigene Leben bzw. ihre gegenwärtige Situation zu geben [3]. Aber was heißt das konkret? Empowert zu sein kann unterschiedliche Dinge für unterschiedliche Menschen bedeuten. Es kann bedeuten, stärker zu werden, oder selbstbewusster, oder seine Rechte einzufordern, oder seinen Träumen zu folgen, oder für den eigenen Lebensunterhalt zu sorgen und so viele andere Dinge, die darin persönliche Bedeutung haben, dass sie eine Person das Gefühl von Empowerment geben können.

Die Welt verändert sich für einen jungen Menschen mit der psychischen Erkrankung: es tun sich soziale Barrieren auf; es entstehen Gefühle der Einsamkeit und Unbeweglichkeit, Gefühle von Ambivalenz zwischen Selbstbestimmung und Abhängigkeit und mehr.

Auf den folgenden Seiten werden wir erkunden, was Empowerment für junge Menschen mit psychischer Erkrankung bedeuten kann und was sie selbst tun können um mehr Power, mehr Kontrolle über das eigene Leben zu erlangen.

B.4.2. WISSEN IST POWER

Wenn wir darüber rätseln, welchen Bildungs- oder Berufsweg wir gehen sollten, kann es hilfreich sein, darüber nachzudenken, was wir von uns selbst wissen: unsere Wünsche, Fähigkeiten, Talente, Qualifikationen. Wenn wir uns selbst besser kennen, können wir herausfinden und verstehen, was wir wollen. Wenn wir wissen, was wir wollen, dann ist es einfacher eine Handlungsplan zu entwerfen, um unsere Ziele zu erreichen. Uns selbst zu kennen, uns unserer Fähigkeiten und, Stärken bewusst zu sein, kann bedeuten, dass wir Power haben, denn wir können sie bewusst und frei auf eine Weise einsetzen, die uns selbst nützt. Andererseits kann auch das Wissen um unsere Grenzen uns Power geben: die Power uns in einigen Bereichen zu verbessern, aber auch die Weisheit zu erlangen, bestimmte Situationen, von denen wir wissen, dass sie uns Schwierigkeiten bereiten, zu vermeiden.

Es gibt verschiedenen Weisen, wie wir uns besser kennenlernen können. Berufsberater*innen können uns dabei helfen, unsere Talente, Fähigkeiten und Grenzen zu identifizieren. Wir können mit ihnen Wege besprechen, unsere Talente und Fähigkeiten zu nutzen und zu verbessern. Es gibt auch die Möglichkeit, über Selbsttest die beruflichen Neigungen, Stärken und Schwächen zu erkunden, beispielsweise über die Online Angebote der Bundesagentur für Arbeit:

<https://www.arbeitsagentur.de/bildung/welche-ausbildung-welches-studium-passt>.

Es kann auch hilfreich sein, uns mit Freunden auszutauschen, um eine Vorstellung davon zu bekommen, was wir mögen, was unsere starken Seiten sind, und worin wir uns verbessern können.

Ein weiteres Wissen, das uns Power geben kann, sind Informationen über bestehende Möglichkeiten. Manchmal haben wir das Gefühl, nicht weiterzukommen, weil wir überhaupt nicht wissen, welche Optionen wir überhaupt haben. Wenn wir erfahren, welche Wege uns offenstehen, dann sind wir in der Lage zu entscheiden, was gut für uns ist. Wir können sehen, welche Kriterien wir erfüllen müssen, um bestimmte Wege gehen zu können, welche davon wir schon erfüllen und welche Fähigkeiten wir noch verbessern müssen.

Wenn wir also uns selbst und die Berufswelt besser kennen, dann können wir informierte Entscheidungen treffen, die besser zu uns passen. Wenn wir uns für Bildungs- oder Berufswege entscheiden, die wir mögen und die zu unseren Talenten und Fähigkeiten passen, dann haben wir eine besser Chance, diese Wege auch durchzuhalten und auf ihnen Spaß zu haben.

B.4.3. UNTERSTÜTZUNG IST POWER

Es kann sein, dass die Entscheidung über einen Bildungs- oder Berufsweg uns wie eine unüberwindliche Aufgabe erscheint. Wenn wir das Gefühl haben, damit alleingelassen zu sein, dann erscheint die Aufgabe noch größer und angsteinflößender. Manchmal kann es das Gefühl der Isolation sein, das uns die Power nimmt, und nicht die große Entscheidung an sich.

Unterstützung zu haben, kann uns auf verschiedene Weise helfen:

- Wir können unsere Gedanken und Sorgen teilen
- Wir können nützliches Feedback erhalten
- Wir können Ideen erhalten, auch von Leuten, die das Gleiche durchgemacht haben

Wie können wir die Unterstützung erhalten, die wir brauchen?

Familien sind eine wertvolle Quelle von Unterstützung. Es kann hilfreich sein, an Familienmitglieder, aus dem engeren oder weiteren Familienkreis, zu denken, die uns in unserem Vorhaben unterstützen könnten. Familienmitglieder können uns dadurch helfen, dass sie uns zuhören, wir mit ihnen unsere Gedanken und Sorgen teilen können, unsere Ideen

mit ihnen durchsprechen können, und von ihnen Vorschläge, Fürsorge und Akzeptanz erhalten.

Auch Freunde und Peer Groups können uns Unterstützung bieten. Es ist gut, mit Leuten in unserem Alter zu sprechen, die uns, unsere Sorgen und Ansichten gut verstehen können. Einige von ihnen haben vielleicht ganz ähnliche Erfahrungen gemacht und es ist nützlich zu sehen, was sie dabei empfunden und gedacht haben, wie sie klargekommen sind, was sie für Vorschläge und Ideen haben. Und zu sehen, wie andere zu einem Ziel gekommen sind, kann auch vermitteln, dass die Aufgabe vielleicht doch nicht so unüberwindbar ist.

Ein starkes Team zu haben, das uns unterstützt, kann das Gefühl der Isolation verringern und uns dadurch empowern.

Es kann natürlich sein, dass Familienmitglieder wenig Verständnis für psychische Erkrankungen aufbringen. Und nicht jede*r hat einen ausgedehnten Freundeskreis. Es gibt jedoch auch professionelle Unterstützungsangebote – auch Psychotherapeut*innen können als Unterstützer*innen agieren.

B.4.4. NETWORKING IST POWER

Networking ist der Prozess, in dem wir mit anderen Leuten, die ähnliche Interessen oder Ziele haben, interagieren um berufliche und/oder soziale Kontakte zu pflegen.

Die Vorteile des Networking können vielfältig sein:

- Verminderung des Gefühls von Isolation

Zusätzlich zur Unterstützung durch Familie, Freunde, Psychotherapeut*innen etc., können Netzwerke helfen, das Gefühl, allein dazustehen, vermindern. Teil einer Gruppe von Leuten zu sein, die in ähnlichen Lagen sind wie wir, ähnliche Anliegen und Probleme haben, kann auch gut gegen Stress sein: Wir erfahren, dass es viele gibt wie uns, die versuchen ihren Platz in Ausbildung und Beruf zu finden und ein besseres Leben führen wollen. Wir können unsere Geschichten, Erfahrungen und Sorgen teilen und dabei erleben, dass wir nicht allein mit ihnen sind.

- Informationen und Wissen über aktuelle Entwicklungen

Networking kann uns dabei helfen, mehr für uns interessante Informationen und Wissen über Bildung, Ausbildung und Arbeit zu sammeln. Wir kommen mit Leuten zusammen, die schon in dem uns interessierenden Bereich lernen oder arbeiten und können so mehr darüber erfahren: über Berufe, die damit verbundenen Aufgaben, die Vorzüge und Nachteile, die Bezahlung, Entwicklungsmöglichkeiten etc. Wir können erfahren was Berufsbildungswerke, Ausbildungsbetriebe, Universitäten und Hochschulen, Berufskollegs

und -fachschulen etc. uns bieten können oder was für Betriebe und Unternehmen es gibt, die für uns interessant sein könnten.

- Quelle von Unterstützung

Networking hilft uns, Leute unseres Alters mit ähnlichen Interessen zu treffen, Bekanntschaften zu machen, Freundschaften zu schließen und berufliche Kontakte zu knüpfen.

Wie können wir networken? Die Welt von heute bietet uns viele Gelegenheiten zum Networking:

- Job- und Ausbildungsmessen

Solche Messen werden von Industrie- und Handelskammern, Gemeinden, Schulen, Arbeitsagenturen etc. veranstaltet, um Unternehmen und potenzielle Bewerber*innen auf Arbeits- und Ausbildungsstellen zusammenzubringen. Unternehmen informieren über berufliche Möglichkeiten und oft kann man sich dort sogar schon direkt bewerben. Diese Messen werden meist online angekündigt und in Schulen, Jugendzentren und anderen Orten beworben. Auch Berufsberater*innen machen auf sie aufmerksam

- Social Media

Im Internet gibt es verschiedene Gruppen, in denen sich Leute über soziale Medien treffen und ihre Interessen, auch ihre beruflichen Interessen, diskutieren.

- Informationsveranstaltungen

Viele Organisationen und Institutionen halten gezielt Informationsveranstaltungen für junge Leute ab. Das können Open Days bei Bildungseinrichtungen von Universitäten bis Berufsschulen sein, Beratungs-Events der Arbeitsagenturen an Schulen, Bewerbungstage bei Firmen etc.

B.4.5. EIGENE ENTSCHEIDUNGEN TREFFEN IST POWER

Wenn wir alle notwendigen Informationen haben, über uns und über Bildung und Beruf, dann haben wir alles, was wir brauchen um Entscheidungen zu treffen, die zu uns passen. Unsere eigenen Entscheidungen zu treffen, verleiht uns ein Gefühl von Power, da wir nicht auf andere angewiesen sind, uns in einem so wichtigen Bereich wie Ausbildung und Beruf, die Entscheidung abzunehmen. Meine eigene Entscheidung zu treffen zeigt mir, dass ich hierfür das notwendige Selbstvertrauen an den Tag lege. Die Fähigkeit, unabhängig zu entscheiden, hängt sehr eng mit Selbstachtung zusammen.

B.4.6. PLANEN IST POWER

Manchmal wissen wir, was wir wollen, aber der Weg zum Ziel erscheint uns als ein viel zu großes Vorhaben. Es ist hilfreich, wenn wir nicht gleich an den großen Plan denken, sondern ihn in viele kleine Pläne zerlegen. Einen Plan in kleinere Schritte aufzuteilen bringt viele Vorteile:

- Wir können uns auf den jeweils nächsten Schritt konzentrieren
- Der Plan erscheint nicht so überwältigend
- Wir haben bei jedem gemachten Schritt ein kleines Erfolgserlebnis, das uns Kraft und Motivation für den nächsten Schritt verleiht
- Wenn wir dann auf die vielen erledigten Schritte zurückblicken können, können wir sehen, wie viel wir eigentlich leisten können und fühlen uns dadurch empowert.

B.4.7. SELBSTSORGE IST POWER

Um Kraft und Motivation zu haben, ist es wichtig, sich körperlich gesund zu halten und nach sich zu schauen. Wenn wir uns gesund fühlen, sind wir in besserer Stimmung und haben mehr Antrieb, gute Dinge für uns selbst zu erreichen.

Wir können uns um unseren Körper kümmern durch:

- Gute Ernährung

Gesund zu essen, eine ausgeglichene Ernährung ist gut für unseren Körper. Wir können ein*e Ernährungsberater*in um Rat bitten oder bei seriösen Quellen im Internet recherchieren (z.B. bei der Deutschen Gesellschaft für Ernährung <https://www.dge.de/ernaehrungspraxis/vollwertige-ernaehrung/10-regeln-der-dge/>)

- Bewegung

Regelmäßige Bewegung hält den Körper stark, entwickelt Durchhaltevermögen, kann die Nebenwirkungen von Medikamenten mindern und uns mehr Energie verleihen. Wir sollten dabei möglichst eine Bewegungsform oder Sportart wählen, die uns Spaß macht, damit wir langfristig dabeibleiben.

Und natürlich sollte wir uns um unsere seelische Gesundheit kümmern, wie beispielsweise durch Achtsamkeit, Stressmanagement, ausreichend Schlaf... und immer:

- Den Empfehlungen von Ärzt*innen und Therapeut*innen folgen
- Aktivitäten machen, die uns Freude bereiten

B.4.8. LITERATUR

- [1] Benkler, Y., Archer, M. . (2018), Towards a Participatory Society: New Roads to Social and Cultural Integration, *The pontifical Academy of Social Sciences, Libreria Editrice Vaticana*, Vatican City, 424 - 481.
- [2] Buheji, M. (2019). Discovering Pathways for Eliminating NEET and Youth Future Type of Poverty. *International Journal of Human Resource Studies*, 9(3), 320-340.
- [3] Morton, M. H., & Montgomery, P. (2013). Youth empowerment programs for improving adolescents' self-efficacy and self-esteem: A systematic review. *Research on social work practice*, 23(1), 22-33.
- [4] Robertson, P. J. (2016). Identifying and measuring capabilities for career development in NEET young people. *Recherches sociologiques et anthropologiques*, 47(47-2), 83-99.

B.5. ARBEITEN MIT FAMILIEN UND ANDEREN INFORMELL BETREUENDEN

Alessia Valenti, CESIE

B.5.1. WIE KÖNNEN FAMILIEN UND ANDERE INFORMELL BETREUENDE DIE ARBEITSMARKTINTEGRATION VON JUNGEN MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN UNTERSTÜTZEN?

Inklusion in Schule, Ausbildung und/oder Arbeit ist ein Weg, die psychosoziale Rehabilitation von Menschen mit psychischer Erkrankung zu unterstützen. In dieser Hinsicht ist die Rolle der Familie (Eltern, Kinder, Geschwister, Partner*innen, erweiterte Familie) und anderer informell Betreuender (Freunde und andere, die dem Menschen mit psychischer Erkrankung nahestehen, wie etwa Nachbarn, Kolleg*innen, Lehrer*innen) eine schwierige. Das wird aber meist nicht erkannt, sodass es den Einzelnen und ihrem guten Willen überlassen wird, wie sie ihre Rolle ausfüllen. Familien und informell Betreuende werden in der Regel für ihren Beitrag nicht kompensiert, und meist werden die ihnen durch ihre Unterstützungsleistung entstehenden Kosten auch nicht übernommen. Während sie viele Aufgaben übernehmen, die eigentlich professionell erbracht werden sollten, erhalten sie wenig Anerkennung für den von ihnen geleisteten Beitrag.

Es handelt sich um eine Aufgabe, die Hingabe, Opferbereitschaft und großen Aufwand erfordert. Die Person mit psychischer Erkrankung ist oft auf die Unterstützung der Familie oder anderer informell Betreuender angewiesen, welche selbst weder hierfür ausgebildet sind noch angemessene Unterstützung erhalten, die Folgeeffekte der Care-Arbeit auf die Familie und die Unterstützung des Menschen mit psychischer Erkrankung selbst zu bewältigen. Das kann zu Ermüdungserscheinungen führen, die nicht nur physiologischer sondern auch psychologischer und emotionaler Natur sind. Das vorherrschende Gefühl ist eines der Hilflosigkeit.

Unterstützung für Familien und andere informell Betreuende von Menschen mit psychischer Erkrankung fehlt nicht nur zur Hilfe bei Alltagsaktivitäten, bei der Sicherstellung des Befolgens von therapeutischen Plänen, bei der Begleitung und Überwachung (etwa zur Vermeidung und Bewältigung von Krisen), sondern gerade auch bei der Beratung zu Bildung und Beruf.

Das Einbeziehen von Familien und anderen informell Betreuenden in den Bereichen Bildung und Beruf kann einen wertvollen Beitrag darstellen, wenn man bedenkt, dass viele Forschende aufzeigen, wie groß der elterliche Einfluss auf den Berufsweg ist. Young et al. (1988) und Young

und Freisen (1992) identifizieren zehn Kategorien elterlicher Intention aus, die berufliche Entwicklung befördern können:

1. Erwerb von Fähigkeiten;
2. Erwerb spezifischer Werte und Überzeugungen;
3. Schutz vor unerwünschten Erfahrungen;
4. Steigerung unabhängigen Denkens und Handelns;
5. Minderung des Denkens in stereotypen Geschlechterrollen;
6. Vermittlung der Familienbeziehungen;
7. Ermöglichen menschlicher Beziehungen;
8. Förderung der Charakterentwicklung;
9. Entwicklung persönlicher Verantwortung; und
10. Erreichung persönlicher Entwicklungsziele

Über die Überwachung von Symptomen und des Befolgens von Behandlungsplänen, Unterkunft, Unterstützung im Alltagsleben und die Organisation von Behandlung, Medikation oder Klinikaufhalten, können Familienmitglieder und andere informell Betreuende

- als Coaches fungieren und Maßnahmen hinsichtlich Schule, Ausbildung und Beruf ermutigen und unterstützen;
- bei Krisen intervenieren;
- als Fürsprecher der Person mit psychischer Erkrankung auftreten
- Informationen über ein Menschen mit psychischer Erkrankung bereitstellen, um medizinisches Personal beim Verstehen als ganzer Person beizutragen.

Trotzdem kann es eine Herausforderung sein, Familienmitglieder und andere informell Betreuende für das Ziel der Integration in Bildung und Beruf zu gewinnen. Es ist wichtig, dabei den Unterschied bei ihrem Engagement eine verhaltensbezogene und eine affektive Komponente zu differenzieren. Verhalten bezieht sich auf Handlungen, Dinge wie die Begleitung zu Therapiesitzungen oder Unterstützung bei den Aufgaben im Behandlungsprozess etc.; die affektive Komponente bezieht sich auf die emotionale Investition und Verbindlichkeit bezüglich der Behandlung, die vermittelte Zuversicht, dass Ausbildung und Arbeit für den betreuten Menschen mit psychischer Erkrankung gute und lohnende Ziele sind. Informell Betreuende mit einzubeziehen kann die Neuausrichtung von Erwartungen erfordern, was auch das Angebot konkreter Informationen zu den Auswirkungen von Ausbildung und Arbeit auf mögliche Sozialleistungen und die Krankenversicherung einschließt.

Es ist essentiell, dass in der Arbeit mit Familien und anderen informell Betreuenden von Menschen mit psychischer Erkrankung, die Definition von „beruflicher Entwicklung“ als Summe von bezahlter wie unbezahlter Arbeit, Rollen in Bildung und Freizeit über den gesamten Lebensverlauf detailliert erkundet wird. Manchmal ist es nicht unmittelbar möglich,

konkrete Schritte in Richtung regulärer Erwerbsarbeit zu unternehmen. Die Erkenntnis, dass berufliche Entwicklung auch formelle und informelle Bildungserfahrung, ehrenamtliche Tätigkeiten, Hobbies und Sport einschließen kann, eröffnet informell Betreuenden die Möglichkeit mit der betreuten Person eine ganzheitlichere Sicht der Zukunft zu entwickeln. Es kann sein, dass mehr Zeit investiert werden muss, um informell Betreuende dazu zu ermutigen, die Interessen des Menschen mit psychischer Erkrankung und wie diese an unterschiedlichen beruflichen Entwicklungen anschließen können.

Die Vorstellung, einen Menschen mit psychischer Erkrankung bei der Entwicklung seiner eigenen Aspirationen und beruflicher Entscheidungen zu unterstützen kann einigen Familien und informell Unterstützenden schwer zu vermitteln sein. Zu denen, die Probleme durch Verdrängung zu bewältigen suchen oder aufgrund von (Selbst-)Stigmatisierung keine Hoffnung entwickeln können, kommen die hinzu, die in ihrer Rolle bereits derart überlastet sind, dass sie nicht die Energie aufbringen können, sich Aktivitäten zu widmen, deren Ausgang sie als ungewiss erachten. Viele können so zu einer Überzeugung gelangen, dass eine berufliche Entwicklung wegen der psychischen Erkrankung schlicht unmöglich sei. Sie sind bereit, andere Aktivitäten zu unterstützen, etwa die Teilhabe an unmittelbar bereichernden kulturellen oder Freizeitaktivitäten, an therapiebegleitenden Aktivitäten wie Selbsthilfegruppen oder Informationsveranstaltungen, aber sie fürchten beim Thema berufliche Entwicklung eine Zunahme an Frustrationserlebnissen, die dem Genesungsprozess abträglich wären. Viele Familien und andere informell Betreuende werden besondere Arrangements und Hilfen benötigen, die ihnen ermöglichen, sich aktiv in die Gestaltung des Bildungs- und Berufswegs der betreuten Person einzubringen und ihr dabei zu helfen, das für sich Beste aus Schule, Ausbildung und Beruf zu machen. In Ländern, in denen es an Unterstützung im Bildungssystem fehlt, hohe Jugendarbeitslosigkeit herrscht, sind Familien und andere informell Betreuende verständlicherweise skeptisch hinsichtlich solcher Ansinnen und benötigen Zeit, sich mit der Idee anzufreunden und den Prozess ernst zu nehmen. Viele Familien werden zudem von Gefühlen wie Verlust, Sorge, Hoffnungslosigkeit geplagt sein. Es ist daher wichtig sehr sensibel mit dieser Situation umzugehen.

Jeder Versuch, Familien und informell Betreuende für die Unterstützung einer (Wieder)Eingliederung des jungen Menschen mit psychischer Erkrankung in Schule, Ausbildung und/oder Beruf zu gewinnen muss daher vorbereitet werden durch:

- Kommunikation: relevante und leicht verständliche Informationen (wobei in der Formulierung der soziale und kulturelle Hintergrund der Adressaten berücksichtigt werden muss und generell Umgangssprache benutzt werden sollte, und an Fachbegriffen gespart und wo sie nötig sind, sie gut und verständlich erklärt werden müssen)

- Angepasste Unterstützung: individuelle Arbeitspläne und -programme, schrittweises Herangehen, Anpassung an die vorhandenen Zeitarrangements und besonderen Bedürfnisse aller Beteiligten
- Lehr- und Beratungshilfen: leicht verständliches und einfach zu nutzendes Material, verschiedene methodische Ansätze, Übersetzer*innen, Hilfsmittel
- Entlastende Unterstützung: um Familien und informell Betreuenden Auszeiten zu ermöglichen und bei bestehenden Aufgaben zu helfen
- Selbsthilfegruppen: Austausch von Erfahrungen, Etablierung sozialer Netzwerke, emotionale Unterstützung, Ermutigung
- Gemeindefarbeit: berufliche Beratung und Unterstützung bei der Ausbildungs- bzw. Arbeitssuche muss mit anderen professionell erbrachten Unterstützungsleistungen, die bereits in Anspruch genommen werden (z.B. Psychotherapie, Jugendhilfe etc.), integriert werden.

Familien und andere informell Betreuende können mangelnde Kenntnisse über das Bildungssystem und den Arbeitsmarkt haben. Bei der Besprechung der Arbeitswelt im Wandel sollten beruflich Beratende ein Bild über die Situation der Betreuenden haben (und ob eventuell auch bei diesen psychische Erkrankungen vorliegen) und sicherstellen, dass die von ihnen vermittelte Information zugänglich und angemessen ist. Es sollten keine Vorannahmen über ihre Erfahrungen gemacht werden. Familien und informell Betreuende haben möglicherweise wenig oder keine Kenntnisse über die Bandbreite der dem jungen Menschen mit psychischer Erkrankung offenstehenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten. Genug Zeit für die Erkundung dieser Optionen einzuräumen, kann einem besseren Verständnis dienlich sein. Zusätzliche Zeit kann notwendig sein, um die verschiedenen Zugänge zu und Wege durch Schule, Ausbildung und Beruf zu erklären. Es sollten auch Informationen über lokale Unterstützungsangebote zugänglich gemacht werden.

Unterstützung schließt auch ein, Familien und informell Betreuenden Informationen zur Verfügung zu stellen, WIE sie mit dem jungen Menschen mit psychischer Erkrankung über seine Fähigkeiten, Interessen und berufliche Planung sprechen können, und MIT WEM über Unterstützungsangebote gesprochen werden kann. Turner, Steward und Lapan (2004) schalten die folgenden Maßnahmen zur Entwicklung der beruflichen Interessen vor:

- Familien und informell Betreuende befähigen, bildungs- und berufsbezogene Verhaltensweisen zu entwickeln.
- Familien und informell Betreuenden bewusst machen, dass Ängste betreffend Bildungs- und Berufsplanung normal sind,
- Familien und informell Betreuenden Hinweise zum Zielfindungsprozess mit der betreuten Person anbieten

Herangehensweisen an berufliche Beratung unter Einbeziehung von Familien und Betreuenden können in drei Modelle gefasst werden:

- a) Informations-fokussierte Interventionen
- b) Lern-Interventionen
- c) Beratung/Therapie

Informations-fokussierte Interventionen

Allgemein Informations-fokussierte Interventionen sind eine verbreitete Praxis, die nicht notwendigerweise nur auf Familien oder informell Betreuende ausgerichtet ist. In solchen Interventionen wird ihnen keine spezifische Rolle zugewiesen, außer dass sie eine Verantwortung für die Person mit psychischer Erkrankung übernehmen, während der/die professionell Beratende sich auf die Bereitstellung von Information beschränkt. Eine Informations-fokussierte Intervention kann die Form einer Gruppenveranstaltung, einer Einzelsitzung, eines Handbuchs, einer Website, einer Email oder eines Telefonats nehmen. Diese Interventionen gehen von den professionell Beratenden aus und haben zum Ziel, Bewusstsein und Wissen über die Situation, die Optionen und Probleme hinsichtlich der Planung der beruflichen Entwicklung von Menschen mit psychischer Erkrankung zu schaffen. Die Rolle der Familienmitglieder oder informell Betreuenden ist hier vorwiegend passiv.

Lern-Interventionen

Lern-Interventionen helfen Familien oder informell Betreuenden, den Menschen mit psychischer Erkrankung zu unterstützen und zielen darauf ab, die Qualität der Bildungsplanung und beruflichen Entwicklung zu verbessern. Die Intervention besteht aus einer Reihe von Sitzungen, auch Gruppensitzungen, unter professioneller Anleitung oder Moderation. Die Rolle von Familienmitgliedern oder informell Betreuenden soll hier aktiv sein und sich darauf richten, die Person mit psychischer Erkrankung zu „unterrichten“, zu „coachen“ oder zu „beraten“. Die Intervention kann aber auch präventiv oder rehabilitativ erfolgen, wenn der/die Betreuende besondere Bedürfnisse oder Bedarfe hat (z.B. aufgrund eines niedrigen Bildungsstands)

Beratung/Therapie

Beratung oder Therapie ist darauf ausgelegt, bestimmte Probleme anzugehen, die die seelische Gesundheit der Familie oder der/des informell Betreuenden betreffen, wie zum Beispiel einschneidende biographische Brüche. Die Intervention nimmt die Form einer Abfolge von Gesprächen unter Anleitung professionell ausgebildeter Berufsberater*innen. Die Rolle des Familienmitglieds oder informell Betreuende*r ist die eine*r Klient*in.

	Informations-fokussierte Interventionen	Lern-Interventionen	Beratung/Therapie
--	--	----------------------------	--------------------------

ZIEL	Informieren Bewusstsein schaffen und Kenntnisse vermitteln	Familien oder informell Unterstützenden präventiv oder rehabilitativ helfen	Spezifische Probleme der Person mit psychischer Erkrankung und ihrer Betreuenden angehen
GERICHTET AN	Alle	(Bestimmte) Familienmitglieder oder informell Betreuende der Person mit psychischer Erkrankung (oder beide zusammen)	Bestimmte Situation: Familie oder informell Betreuende*r zusammen mit Person mit psychischer Erkrankung
ROLLE DER BETREUENDEN UND PERSONEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG	Keine besondere Rolle	Trainer*in, Coach oder Berater*in des Menschen mit psychischer Erkrankung; Sowohl Betreuende*r wie auch Person mit psychischer Erkrankung sind aktiv involviert	Klient*innen; Sowohl Betreuende*r wie auch Person mit psychischer Erkrankung sind aktiv involviert
FORMAT	Single meeting; Einzelne Veranstaltungen mit Familienmitgliedern oder informell Betreuenden; Informationsmaterial, schriftliche Informationen (Print oder Online) Kontakte zu Unterstützungsangeboten Unidirektional	Kleingruppen angeleitet von ausgebildeten Fachpersonal. Interaktiv	Gruppensitzungen zu spezifischen Situationen, angeleitet bei professionellen Berater*innen. Interaktiv

FREQUENZ	One-off Veranstaltungen	Reihe von Sitzungen	Reihe von Sitzungen
VERANLASST VON	Beratungs- /Unterstützungsdienstleistungen anbietende Organisation oder Institution	Beratungs- /Unterstützungsdienstleistungen anbietende Organisation oder Institution; Angebot zugeschnitten auf spezifische Bedarfe der Teilnehmenden	Familie oder informell Betreuende*

B.5.2. ZENTRALE ÜBERLEGUNGEN

Es handelt sich um einen für einige schwieriges Umdenken. Oft glauben Familien und informell Betreuende, dass der/die von ihnen Betreute aufgrund der Erkrankung keine Chance auf berufliche Entwicklung hat – und nun werden sie dazu aufgefordert genau eine solche als Option anzuerkennen.

Gespräche mit Familien und informell Betreuenden müssen frühzeitig ansetzen, um das Verständnis für die Bedeutung beruflicher Entwicklung zu verbessern.

Auch die Erkundung passender Bildungs- und beruflicher Optionen muss früh begonnen werden.

Familien und informell Betreuenden sollte bewusst gemacht werden, dass sie mit ihren Erfahrungen und Aufgaben nicht alleine sind. Sie müssen ermutigt werden, Netzwerke und Unterstützungsangebote zu nutzen.

Es ist unerlässlich, die Familien und informell Betreuenden, mit denen man arbeitet gut kennenzulernen und sie „von dort abzuholen, wo sie stehen“.

Hierzu bedarf es der Kreativität und alternativer Herangehensweisen. Es bedarf der Anpassung und Entwicklung, der Ermutigung von Entdeckung und der Kultivierung von Hoffnung.

B.5.2.3. LITERATUR

- Schultheiss, D. E. P., Palma, T. V., Predragovich, K. S. and Glasscock, J. M. J. (2002) Relational influences on career paths: Siblings in context, in Journal of Counseling Psychology, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.49.3.302>
- Schultheiss, D. E. P., Palma, T. V., Predragovich, K. S. and Glasscock, J. M. J. (2002) *Relational influences on career paths: Siblings in context*, in Journal of Counseling Psychology, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.49.3.302>

- Turner, S. L., Steward, J. C., & Lapan, R. T. (2004). *Family Factors Associated With Sixth-Grade Adolescents' Math and Science Career Interests*. *The Career Development Quarterly*, 53(1), 41–52. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0045.2004.tb00654.x>
- Young, R. A., Friesen, J. D. and Pearson, H. M. (1988) *Activities and interpersonal relations as dimensions of behavior in the career development of adolescents*, in *Youth and Society*, <http://dx.doi.org/10.1177/0044118X88020001002>

TEIL C: INSTRUMENTE UND AKTIVITÄTEN

Hier aufgeführt finden Sie die gesamte Liste der im Projekt entwickelten oder adaptierten Aktivitäten. Die auf Deutsch zu Verfügung stehenden sind gelb unterlegt. Für die anderen Aktivitäten verweisen wir auf die englischsprachige Fassung ([Toolkit Part C](#)).

FÜR JUNGE MENSCHEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG KONZIPIERTE AKTIVITÄTEN

1. **Was willst du tun?**
2. The wheel of competences (MH NEETs variant)
3. **Selbstachtungs-Tagebuch**
4. A message from a guardian angel
5. Positive Notebook
6. **Basic clearing nach der SymFoS Methode**
7. **Persönliches Manifest**
8. What do you believe about Yourself?
9. Emotional Hijack
10. Competence Assessment Cards for Low Skilled Adults
11. Career Circles methodology
12. Building my CV
13. Self-monitoring card
14. Going camping
15. **Berufliche Optionen in Peer-Beratung evaluieren**

FÜR INFORMELL BETREUENDE UND JUNGE MENSCHEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG KONZIPIERTE AKTIVITÄTEN

16. Gratitude journal
17. A letter from the future
18. My World Triangle
19. Balance tool
20. Create my own superheroes team

21. **Eine eigene Entscheidung treffen: Was sind deine Kriterien? Definiere deinen Lösungsraum!**
22. Collecting and evaluating information from the internet
23. **Wer unterstützt dich in deinem Netzwerk?**
24. Dominoes
25. **Wo stehe ich? Meine Prozess-Checkliste.**

FÜR FACHKRÄFTE IM SOZIAL- UND GESUNDHEITSWESEN UND BERUFLICH BERATENDE KONZIPIERTE AKTIVITÄTEN

26. The wheel of competences (MH Pro & Career Counsellors variant)
27. **Auswertung persönlicher Zielerreichung**
28. A message from a guardian angel
29. Scaling questions– a few small steps to a positive change
30. **Die Wunderfrage**
31. Creating a map of my strengths and weaknesses in career counselling with MH NEETs
32. **Eine Netzwerkkarte mit Arbeitgebern schaffen**
33. **MACH DIR EIN BILD!**
34. Biographical line
35. **Der systemische Stuhl**
36. You' re asking the question now!

FÜR JUNGE MENSCHEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG KONZIPIERTE AKTIVITÄTEN

C. 1. WAS WILLST DU TUN?

C. 1.1. ZIEL DER AKTIVITÄT

Diese Übung erlaubt dir, bewusst zu werden, welche Aktivitäten du gerne unternimmst und wie sie mit deinen Neigungen zusammenhängen und dir einen positiven Sinn geben können.

C. 1.2. THEORETISCHER BEZUG

Die Annahme, auf der diese Aktivität beruht, ist dass ein Individuum mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Aktivität (wie beispielsweise einer Arbeit) nachgehen, wenn sie drei Kriterien erfüllt, und zwar wenn:

- sie zu den Fähigkeiten und Neigungen einer Person passt,
- sie ähnlicher Natur ist wie die anderen Aktivitäten, denen die Person bereits nachgeht und welche ihr Freude machen,
- sie für die Person eine Bedeutung hat, so dass sie das Gefühl vermittelt, etwas Sinnvolles und Wichtiges zu tun.

C. 1.3. BESCHREIBUNG

Anleitung: Schreibe so viele Antworten auf die folgenden Fragen auf ein Stück Papier. Nimm dir Zeit – keine Eile. Du kannst deine Antworten gerne auch später ergänzen.

Fragen:

1. Was bedeutet mir etwas? Was gibt mir das Gefühl, etwas Nützliches und Sinnvolles zu tun oder sein?
2. Was macht mich glücklich? Was tue ich gerne?
3. Was sind meine Neigungen? Was kann ich gut?

Nachdem du die Antworten zu den obigen Fragen aufgeschrieben hast, suche nach Überschneidungen in den Antworten in den drei Bereichen. Du kannst hierzu drei überschneidende Kreise zeichnen und die Antworten den Überschneidungen zuordnen – die Aktivitäten, die du in die Schnittfläche aller drei Kreise tun kannst, werden die sein, die dir am meisten Freude machen. Je mehr Freude dir eine Aktivität macht, desto leichter wird es dir fallen durch ein „Ich will“, durch Motivation, das „Ich kann nicht“, „sollte“, „müsste“ zu überwinden.

C. 3. SELBSTACHTUNGS-TAGEBUCH

C. 3.1. ZIEL DER AKTIVITÄT

Diese Übung zielt darauf ab, die individuelle Selbstachtung dadurch zu stärken, indem die Aufmerksamkeit von Fehlschlägen auf Erfolgserfahrungen gelenkt wird. Dadurch, dass du darüber Tagebuch führst, was du täglich erreichst, gewöhnst du dir an, darauf zu achten, was dir gelingt statt immer daran zu denken, was alles schiefgeht. Deine Wahrnehmung wird damit ausbalancierter und hinsichtlich deiner Stärken und Fähigkeiten positiver.

C. 3.2. THEORETISCHER BEZUG

Forschung zeigt, dass Menschen mit niedriger Selbstachtung oft dazu tendieren, mehr auf ihre Schwächen und was ihnen misslingt zu achten, als auf das, was ihnen gelingt und was sie erreichen. Die folgende Übung soll diese Gewohnheit, durch eine umgekehrte Routine auszugleichen, indem die Aufmerksamkeit auf das gelenkt wird, was uns Tag für Tag und Woche für Woche gelungen ist, was wir erreicht haben. Auf diese Weise wird unser Gefühl, kompetent und handlungsfähig zu sein gestärkt, was wiederum positive Auswirkungen auf unser Wohlbefinden hat.

C. 3.3. BESCHREIBUNG

Die Aufgabe ist, für eine Woche ein Tagebuch über alles was gelingt und erreicht wird, zu führen. Wenn es der Person gut getan hat, das Tagebuch zu führen, kann sie es weiter führen. Unten findet sich eine Vorlage zum Notieren von Erfolgserlebnissen.

Selbstachtungs-Tagebuch

Mon.	Etwas, das ich heute gut gemacht habe	
	Heute hatte ich Spaß, als...	
	Ich war stolz, als	
Die.	Heute habe ich ... erreicht	
	Ich hatte eine positive Erfahrung, als	
	Etwas, was ich für jemanden getan habe ist...	
Mit.	Ich habe habe mich heute mit mir wohl gefühlt	
	Ich war stolz, auf jemanden, als	
	Heute war ein interessanter Tag, weil	
Don.	Ich war stolz, als	
	Etwas Positives, das ich gesehen habe	
	Heute habe ich ... erreicht	
Fre.	Etwas, was ich heute gut gemacht...	
	Erfahrung mit (Person, Ort, Sache)	
	Ich war stolz auf jemand, als	
Sam.	Heute hatte ich Spaß, als...	
	Etwas, was ich für jemanden getan habe ist...	
	Ich habe habe mich heute mit mir wohl gefühlt, als	
Son.	Etwas Positives, das ich gesehen habe	
	Heute war ein interessanter Tag, weil	
	Ich war stolz, als	

C.6. BASIC CLEARING WITH SYMFO S METHODOLOGY

C.6.1. ZIEL DER AKTIVITÄT

Es handelt sich um eine Intervention zur beruflichen Orientierung eine*r Teilnehmenden mit Unterstützung eine*r beruflich Beratenden und einer Peer Group von drei oder vier weiteren Teilnehmenden. Die Intervention bereitet weitere Schritte im Prozess der professionellen beruflichen Beratung vor.

C.6.2 THEORETISCHER BEZUG

SymFoS is based on the original approach of Wilfried Schneider, therapist, creator of the methodology and Symbol work trainer (www.psychologische-symbolarbeit.de). Symbol work is seen as an additional language for people to express themselves. Traditional methods for education and career counselling often require advanced writing and reading skills of the clients. Therefore, these kinds of interventions can be ineffective with people who, for various reasons, have difficulties expressing in words their situation, their needs and their goals for the future. The SymFoS methodology has been developed and tested as a comprehensive and inclusive method for education and job counselling that overcomes barriers using a set of symbols.

SymfoS assumes a belief in a client's developmental capabilities and aims at reinforcing the client's personal strengths. Development is possible in any situation, and clients are capable of assuming responsibility for their own development.

Systemic-oriented counsellors assume the autonomy of the person seeking help and advice and view this person as a 'self-expert'. The unique experience of the individual is understood to be the subjective processing of his personal history and emotional and cognitive experiences of relationships. In the fields of therapy and counselling, systemic practice is oriented towards the concerns of the client (customer) and dispenses with pathologizing and setting normative goals. Within the framework of care-oriented, social-pedagogical

procedures, systemic practice links into the resources of the individual involved in order to achieve ethically justifiable conditions.

C.6.3. BESCHREIBUNG

A. SymfoS – Materialien und Setting

Die Symbole

[Zur Orientierung verweisen wir auf den Initiator der SymfoS Methode Winfried Schneider:
<http://www.schneider-therapiekoffer.de/therapiekoffer4.htm>]

Beschaffung der Symbole:

- Flohmärkte, 1-Euro-Shops, Second-Hand-Läden, Ebay
- Billige Reisesouvenirs, ungenutzte Spielzeug etc.
- Kleine Äste, Kieselsteine, etc.

Auswahlkriterien für Symbole:

- Die Symbole sollten gut in die Hand passen (zwischen 1 cm und 7,5 cm) und nicht zu stark hinsichtlich der Größe variieren.
- Es sollten nicht zu viele Repräsentationen menschlicher Gestalt darunter sein (und wenn, dann relativ „schematische“ Figuren, wie beispielsweise Charaktere aus Märchen) – in der Regel sollten Personen durch Gegenstände repräsentiert werden
- Symbole sollten nicht zu eindeutig sein. So sind beispielsweise rein „zeichenhafte“ Gegenstände wie religiöse oder politische Symbole vermieden werden.

Anzahl der Symbole:

- Es sollten mindestens 80 Symbole zur Verfügung stehen
- Der Übersichtlichkeit wegen, sollten nicht mehr als 300 Symbole benutzt werden.

Setting:

Räumlichkeiten sollten nicht zu „formal“ und nicht zu eng sein. Es sollte möglich sein, den Boden zu nutzen (Decken und Kissen sind von Vorteil). Eine ungezwungene Arbeitsweise auf Augenhöhe sollte auch von den Raum-Arrangements befördert werden. Physische Barrieren wie Tische und Stühle sollten vermieden werden

Teilnehmende sollten ihre Position im Raum selbst bestimmen können. Sie sollten regelmäßig daran erinnert werden, dass sie sich jederzeit melden können, sollten sie sich unwohl, unbehaglich o.ä. fühlen.

Die Symbolarbeit der Teilnehmenden sollte auf keinen Fall von anderen berührt werden – nur die Teilnehmenden selbst können ihre Symbolanordnung ändern, Dinge fürs Gespräch herausgreifen etc.

SymfoS – Basic Clearing

Im Kontext von Work4Psy wird das Basic Clearing Assessment Tool aus der SymfoS Methodik dazu verwendet, verborgene Ressourcen und Potenziale junger Menschen mit psychischer Erkrankung auf dem Weg in Ausbildung und Arbeit zu erkunden, mit ihnen Bedürfnisse und Ziele zu klären und konkrete Schritte fürs weitere Vorgehen zu planen.

Das Basic Clearing hat hier zwei Ziele:

- 1) Jungen Menschen mit psychischer Erkrankung soll ermöglicht werden, klare Ziele zu definieren und Schritte zur Erreichung zu planen. Hindernisse und Herausforderungen sollen identifiziert werden und eigene Fähigkeiten und Ressourcen, die zur Überwindung bzw. Bewältigung genutzt werden sollen explizit gemacht und gestärkt werden.
- 2) Der Beratungsfachkraft wird die Möglichkeit eröffnet, die Perspektiven und Potenziale des jungen Menschen einzuschätzen und Unterstützungsbedarfe in verschiedenen Bereichen (finanziell, therapeutisch, beruflich etc.) zu identifizieren und zu koordinieren.

SymfoS Basic Clearing kann als Methode in Einzelberatungen eingesetzt werden. In Work4Psy wird es mit einer starken Komponente der Einbeziehung von Peers („Buddies“) angewendet. Der Gewinn dabei ist einerseits für die junge Person, um deren Orientierung es geht, dass durch die Beteiligung von Gleichgestellten in beratender Funktion der nicht-autoritäre Aspekt der Methode betont wird und die Betroffenen-Perspektive aufgewertet wird. Die Buddies erleben sich als unterstützend und ihre eigene Sicht als wertvoll. Zudem lernen sie die Methode, mit der sie ihre eigene Entscheidung unterstützen oder absichern können in Außenperspektive kennen, was die spätere Anwendung erleichtert.

Im Zentrum der Sitzung ist die Arbeitsvorlage („Work Pad“), auf der die Symbole angeordnet werden.

Die Arbeitsvorlage (Work Pad)

Die Arbeitsvorlage ist wie ein Atom strukturiert, mit einem Ziel im Zentrum, das von relevanten Aspekten aus dem Leben des/der Jugendlichen umgeben ist.

Hierbei werden – ausgehend von der persönlichen Zielsetzung folgende Themenbereiche bearbeitet: 1.) Schule bzw. weiterführende Ausbildungen 2.) Arbeitserfahrungen und

ehrenamtliche Tätigkeiten 3.) Wohnsituation 4.) Gesundheitliche Situation 5.) Hilfesystem / Unterstützung aus der Familie, von Freunden bzw. professionelles Hilfesystem 6.) Weitere Aspekte, die von den Klient*innen als wichtig erachtet werden (s. Abbildung unten)



Abbildung 3: Aspekte des Basis Clearing

Arbeitsvorlage nach SymfoS – Basic Clearing - <https://cesie.org/media/symfos-basic-clearing-de.pdf>

Zuerst wird die Benennung des Ziels, Auswahl von Symbolen für jeden Aspekt, Evaluation der Situation für jeden Aspekt, Beratung,

Basic Clearing – Fünf Schritte

Zunächst wird das Work Pad von dem/der Jugendlichen, um deren Ziele es geht, mit Symbolen befüllt. Das geschieht in drei Schritten:

- I.) Zielsetzung

Die Jugendliche benennt ihr Ziel. Sie wählt ein Symbol, das das Ziel repräsentieren soll und legt es in die Mitte des Plans. Das Ziel wird der Beratungsfachkraft gegenüber beschrieben. Falls es nicht verständlich formuliert ist, wird es über Rückfragen geklärt und nochmal artikuliert

II.) Für jeden Aspekt ein Symbol finden

Für jeden der Aspekte wird ein Symbol gewählt, das den jeweiligen Lebensbereich repräsentieren soll. Wenn für einen Bereich kein Symbol gefunden wird, ist das zur Kenntnis zu nehmen – auch hierüber lässt sich in der Beratung sinnvoll sprechen.

III.) Bewerten der Situation

Jeder Bereich wird nun in seiner Beziehung aufs Ziel bewertet. Zur Visualisierung werden „Brücken“ zwischen den Aspekten und dem Ziel gelegt. Es gibt drei Arten der Verbindung:

- a) „fester Boden“ – eine „Brücke“ aus braunem oder grauem dicken Karton um Sicherheit und Zutrauen zu symbolisieren,
- b) „dickes Eis“ – eine „Brücke“ aus weißem Papier zeigt einerseits eine feste Verbindung, aber auch die Gefahr „abzurutschen“ (wahrscheinlich kommt man rüber, aber es kann auch was schiefgehen) und
- c) „dünnes Eis“ – eine Verbindung aus durchsichtiger Folie zeigt Unsicherheit und Fragilität, die Erwartung einer hochgefährlichen Überquerung.

IV.) Beratung in fünf Phasen

Die Klärung in der Beratungsgruppe erfolgt dann in fünf Schritten: Präsentation, Verständnisfragen, Rückspiegelung der Wahrnehmung, Interpretation, Reflektion für weitere Schritte

a) Präsentation

Der/die Jugendliche erklärt die Symbolarbeit auf dem Work Pad: Um welches Ziel geht es? Wofür stehen die Symbole? Warum sind die einzelnen Bereiche jeweils bewertet wie sie es sind?

Die anderen hören aufmerksam zu und achten dabei auch auf Stimmungslagen, Mimik und Gestik u.ä. [Je nach Zusammensetzung der Teilnehmenden empfiehlt es sich eventuell vorab Rollen zu verteilen – A. achtet auf die Bereiche x und y, B. auf die Brücken, C. auf die Mimik und Gestik etc.]

b) Verständnisfragen

In einer ersten Runde werden Fragen ausschließlich zum Verständnis und zu Tatsachen gestellt. Interpretationen werden zunächst nicht angeboten.

c) Rückspiegelung der Wahrnehmung

Die Teilnehmenden besprechen, wie sie die Präsentation wahrgenommen haben. Der/die Jugendliche deren/dessen Ziel besprochen wird, kommentiert nicht. Dabei geht es wiederum noch nicht um die Interpretation, sondern nur darum, zu benennen, was aufgefallen ist (z.B. „ich war überrascht, dass...“ „deine Stimme hat bei dem Thema geklungen“, etc.)

d) Interpretationen und Vorschläge

Wieder hört die/der Präsentierende nur zu. Die anderen stellen Hypothesen auf, versuchen die dargestellte Situation zu verstehen. Die Beratungsfachkraft gibt Input durch Fragen wie: „Wo liegt das Kernproblem?“, „Was könnte man ändern?“, „Welche Ressourcen stehen hier zur Verfügung, woraus kann man was machen?“ etc.

e) Reflektion für weitere Schritte

Nun ist es endlich an der/dem Präsentierenden, zu kommentieren. Zunächst sollte er/sie frei sagen, wie er/sie sich bei den Wahrnehmungen und Interpretationen der anderen gefühlt hat. Danach wird, geführt von der Beratungsfachkraft, strukturiert vorgegangen und folgende Fragen beantwortet:

- Was war dir schon bewusst?
- Was war unbekannt/neu/unerwartet?
- Was hat gestimmt und was nicht?
- Gab es etwas, was unangenehm zu hören war?
- Gibt es Dinge, die du dir jetzt vornehmen kannst? Was willst du anders machen?

Dann kann in der Gruppe über weitere Schritte, Unterstützungsmöglichkeiten etc. gesprochen werden.

V) Handlungsplan

Der/die Präsentierende füllt dann (ohne Mitwirkung der anderen) einen Handlungsplan aus (s. Abbildung). Dieser wird dann mit der Beratungsfachkraft zu einem späteren Zeitpunkt besprochen und in regelmäßigen Abständen revidiert.



Handlungsplan

Ziel:

Bereich	Stärke/Barriere
Bildung	
Beruf	
Wohnen	
Unterstützung	
Gesundheit	
Was noch? bitte ergänzen: _____	

Aktionen	
Schritt 1:	
Schritt 2:	
Schritt 3:	

Art der Intervention	<input type="checkbox"/> Information	<input type="checkbox"/> Berufsberatung
	<input type="checkbox"/> ganzheitliche Unterstützung in folgendem Bereich: _____	

C.7. PERSÖNLICHES MANIFEST

C.7.1. ZIEL DER AKTIVITÄT

Diese Aktivität hilft den Teilnehmenden, ihre zentralen Werte und Überzeugungen, die spezifischen Ideen und Prioritäten, für die Sie stehen, zu identifizieren und wie sie ihr Leben planen und es nach dem Ziel leben, das sie am meisten wertschätzen.

Dadurch, dass ihr persönliches Manifest schreiben, erhalten die Teilnehmenden eine klare Vorstellung und schriftliche Repräsentation, wo sie im Moment stehen und wo sie sein möchten und, als wichtigster Punkt, warum sie dort sein möchten. Dieses Manifest fungiert damit sowohl als Erklärung persönlicher Prinzipien und Aufruf, aktiv zu werden.

Diese Aktivität zielt darauf ab, Selbstbewusstsein, Selbstdarstellung, kritisches Denken und Entscheidungsfähigkeit der Teilnehmenden zu stärken.

C.7.2. THEORETISCHER BEZUG

Ein „Manifest“ ist ein Statement von Ideen und Absichten. Ein „persönliches Manifest“ beschreibt deine zentralen Werte und Überzeugungen, die spezifischen Vorstellungen und Prioritäten, für die du stehst, und wie du vorhast, dein Leben zu führen. Ein Manifest ist ein Statement, das aufzeigt, wo du stehst, wo du hinkommen möchtest, und warum du dort hinkommen möchtest. Es sowohl eine Erklärung deiner persönlichen Prinzipien und ein Aufruf, aktiv zu werden.

Ein persönliches Manifest kann ein effektives Mittel sein, Selbstbewusstsein und Handlungsfähigkeit zu stärken. Es kann helfen, sich auf die wahren persönlichen und beruflichen Aspirationen zu besinnen und die einzelnen Schritte zu identifizieren, um erfolgreich ans Ziel zu gelangen.

C.7.3. BESCHREIBUNG

Material

- A4 Papier oder Schreibheft
- Kugelschreiber oder Füller

Vorgehen:

Die Teilnehmenden schreiben ihr eigenes persönliches Manifest. Um den Schreibprozess in Gang zu setzen, beantworten sie die folgenden Fragen:

Ask the participants to write down their own Personal Manifesto. To get started you can guide them to ask themselves the following questions:

- Was sind deine stärksten Überzeugungen?
- Was inspiriert dich?
- Wie willst du dein Leben führen?
- Welche Beziehungen sind dir wichtig?
- Wie würdest du dich selbst definieren?
- Nach welchen Grundsätzen möchtest du leben?

C.15. BERUFLICHE OPTIONEN IN PEER-BERATUNG EVALUIEREN

C.15.1 ZIEL DER AKTIVITÄT

Diese Aktivität soll die berufliche Entscheidungsfindung unter Beachtung individueller und gemeinsamer Ziele und Bedürfnisse unterstützen.

C.15.2. THEORETISCHER BEZUG

Berufliche Beratung als Beitrag zu mehr sozialer Gerechtigkeit (*career guidance for social justice* -Hooley & Sultana 2016) basiert auf der Annahme, dass berufliche Entscheidungen nicht nur aus dem Blickwinkel persönlicher Ziele betrachtet werden sollte, sondern in ihren Auswirkungen auf andere. Aus dieser Perspektive wird jungen Menschen, insbesondere wenn sie einer vulnerablen Gruppe angehören, ein Herangehen empfohlen, das schon allein durch die Rückbindung von Entscheidungen an eine Gruppe auch potentiell positive Auswirkungen auf die seelischen Gesundheit hat (und von kommunitaristischen Interventionen gestützt werden sollte, s. Ribeiro et al. 2015: 201ff.). So können individuelle Entscheidungen durch kollektive Anerkennung validiert und gestärkt werden.

C.15.3. BESCHREIBUNG

Die Aktivität passt an einen Punkt, an dem die Teilnehmenden (idealerweise vier – drei sind auch möglich) eine Anzahl ansprechender und realistischer beruflicher Optionen identifiziert haben. Die Teilnehmenden sollten sich aus vorausgegangenen Sitzungen oder Aktivitäten kennen. Die Aktivität ist sequenziell angelegt und kann nach Bedarf beliebig oft wiederholt werden.

Die Teilnehmenden werden in Gruppen zu vier oder zu dritt eingeteilt. Jeweils ein Gruppenmitglied stellt der Gruppe eine berufliche Option, die für sie/ihn in Frage kommen könnte vor:

- worin besteht die berufliche Tätigkeit?

- was sind die Voraussetzungen für den Zugang?
- was sind die Gründe, warum der Beruf in Betracht gezogen wird?

Die Teilnehmenden setzen sich dann an einen Tisch und füllen eine Placemat (s. u.) aus. Jede*r Teilnehmende beantwortet folgende Fragen in dem zugeteilten Feld (die Placemat wird immer dann 90° weitergedreht, wenn alle im vor ihnen liegenden Feld eine Antwort formuliert haben:

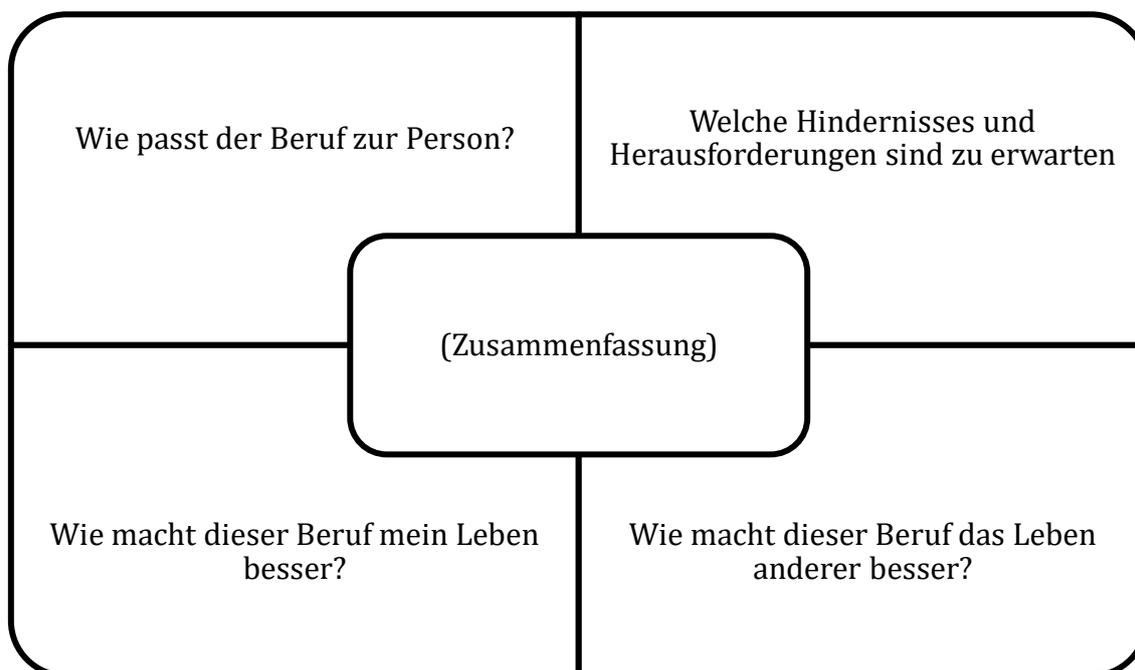
- Wie passt dieser Beruf zur Person?
- Welche Hindernisse und Herausforderungen könnten sich auf dem Weg dahin ergeben? Wie könnten sie gemeistert werden?
- Wie würde die Person individuell von der beruflichen Wahl profitieren?
- Wie würde die Person durch die Tätigkeit zum Gemeinwohl beitragen?

Die Antworten können auf die jeweils schon von den anderen gegebenen Antworten aufbauen. Die Antworten der den Beruf vorstellenden Person sind dabei nicht als privilegiert zu behandeln - diese*r Teilnehmende sollte instruiert werden, sich vorzustellen, es gehe nicht um sei/ihn selbst, sondern eine*n Bekannte*n.

Die Teilnehmenden benutzen unterschiedlich farbige Stifte, damit die Einträge zuordenbar sind (falls dies nicht möglich ist, können die Antworten auch durch Namenskürzel getaggt werden.)

Wenn jede*r alle vier Fragen beantwortet hat, wird (möglichst mit Moderation) 15 Minuten besprochen, was aus jedem Feld die jeweils wichtigsten Punkte sind. Diese werden dann in der Mitte aufgelistet. Die Placemat wird dann der/dem Teilnehmer*in überlassen, deren/dessen Option thematisiert wurde.

Schema Placemat für Peer Beratung



C.15.5 QUELLEN

Crocker, Jennifer/Knight, Katherine M. (2005): ‚Contingencies of Self-Worth‘, in: *Current Directions of Psychological Research*, Vol.14, no.4, pp.200-204

Freire, Paulo (1993): *Pedagogy of the Oppressed*, London: Penguin

Hooley, Tristram/Sultana, Ronald G. (2016): ‚Career Guidance for Social Justice‘, in: *Journal of the National Institute for Career Education and Counselling*, No.36, pp.2-11.

Ribeiro, Marcelo Alfonso/da Coneição Coropos Uvaldo, Maria/Fonseca da Silva, Fabiano (2015): ‚Some Contributions from Latin American Career Counselling for Dealing with Situations of Psychosocial Vulnerability‘, in: *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, vol.15, pp.193-204.



AKTIVITÄTEN, DIE FÜR INFORMELL BETREUENDE UND/ODER JUNGE MENSCHEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG KONZIPIERT WURDEN

C.21. EINE EIGENE ENTSCHEIDUNG TREFFEN: WAS SIND DEINE KRITERIEN? DEFINIERE DEINEN LÖSUNGSRAUM!

C.21. 1. ZIEL DER AKTIVITÄT

Die Aktivität soll jungen Menschen helfen herauszufinden, welche Kriterien ihnen in ihren beruflichen Entscheidungen wichtig sind. Sie soll auch helfen, Einschränkungen und Hindernisse dabei zu identifizieren. Die Methode dient auch, eine breiter angelegte Reflexionsfähigkeit zu fördern, indem sie die Entwicklung von Strategien zur selbständigen Problemlösung und Entscheidungsfindung unterstützt.

C.21. 2. THEORETISCHER BEZUG

Berufliche Entscheidungen können nicht rein rational erfolgen: „Problematisch wird die Entscheidung bei unvollkommenen Informationen über die tatsächlich eintretenden Umweltsituationen bzw. über die Entscheidungsergebnisse.“ (Kirsch 2013, S. 40). Der subjektive Kontext (zum Beispiel Erfahrungen am Arbeitsplatz) „prägt gleichzeitig den ‚Lösungsraum‘, in dem der Problemlöser nach Lösungen des Problems sucht.“ Gründe für unzureichend strukturierte Entscheidungen sind, unter anderem, inadäquate Problemlösungsmethoden und unzureichende Information (ebd.). Die Methode, die hier kurz vorgestellt wird, ermöglicht eine alternative Herangehensweise: Entscheidungen werden nicht aufgrund von möglichst vollständiger Information getroffen, sondern durch Anwendung einer begrenzten Anzahl relevanter Kriterien (z.B. „Welche Voraussetzungen muss ich erfüllen?“, „Was ist mir wichtig?“) innerhalb eines konkretisierten Lösungsraums gewählt („Welche der vorliegenden möglichen Lösungen passt am besten zu mir?“ (Ertelt & Schulz, 2019). „Der Lösungsraum eines Entscheidungsproblems wird durch die Entscheidungsvariablen und ihre Ausprägungen definiert. Die zur Problemlösung erarbeiteten Varianten sollten diesen Lösungsraum möglichst gut abstecken.“ (Grüning & Kühn 2013, S. 259).

C.21.3. BESCHREIBUNG

Anleitung

Um den Problemlösungsprozess eine*r Klient*in zu unterstützen, fordert die/der Berater*in sie/ihn auf, Voraussetzungen, Kriterien und Einschränkungen zu identifizieren – sowohl die, welche direkt artikuliert werden können, als auch welche, die noch zu aufzudecken sind. Dabei wird wie folgt vorgegangen:

1. Die/der Klient*in beschreibt die Entscheidung, die er/sie zu treffen hat, z.B. Auswahl eines Ausbildungsberufs.
2. Die/der Klient*in wird aufgefordert darauf zu reflektieren, wie sie/er in der Vergangenheit Entscheidungen getroffen hat. Gibt es bestimmte Problemlösungsstrategien, die sich als erfolgreich erwiesen haben? Wenn ja: Kann diese schon bestehende Herangehensweise so weiterentwickelt werden, dass sie bei dem vorliegenden Problem hilfreich ist?
3. Es werden Kriterien gesammelt, die die Auswahl möglicher Optionen einschränkt. Kriterien beziehen sich einerseits auf *Fakten*, z.B. vorliegende Kenntnisse und Fähigkeiten, und andererseits auf *Werte*, wie Wünsche, Neigungen, soziale Erwartungen etc.
4. Die gesammelten Kriterien und Voraussetzungen werden auf ein A3 Blatt um ein Feld in der Mitte, das den zu konkretisierenden Lösungsraum repräsentiert, notiert.
5. Wenn die Kriterien und Einschränkungen definiert sind, werden mögliche Lösungen durchgespielt, um zu sehen, wie gut sie in den Lösungsraum passen.

Materialien

- Papier
- Bleistift

C.21.4. QUELLEN

Ertelt, B. J., & Schulz, W. E. (2019). Das integrative Modell von Ertelt und Schulz. In Handbuch Beratungskompetenz (S. 199-266). Wiesbaden Springer-Gabler.

Grünig, R., & Kühn, R. (2013). Entscheidungsverfahren für komplexe Probleme: Ein heuristischer Ansatz (4. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer Gabler.
<http://doi.org/10.1007/978-3-642-31460-5>

Kirsch, W. (2013). Einführung in die Theorie der Entscheidungsprozesse. Wiesbaden: Springer-Verlag.

C.23. WER UNTERSTÜTZT DICH IN DEINEM NETZWERK?

C.23.1 ZIEL DER AKTIVITÄT:

Die Methode hilft jungen Menschen, ihr Netzwerk besser zu verstehen und in ihm Menschen zu identifizieren, die ihnen als Unterstützer*innen oder Fürsprecher*innen helfen können. Solche Hilfe kann zum Beispiel in praktischer Unterstützung beim Umgang mit Behörden oder bei Gesprächen bei Beratungsstellen bestehen. Die Rolle als Unterstützende können Menschen aus dem persönlichen Umfeld übernehmen, oder Menschen aus ihren beruflichen oder Bildungskontexten. Sie können bei spezifischen Aufgaben helfen oder ihre

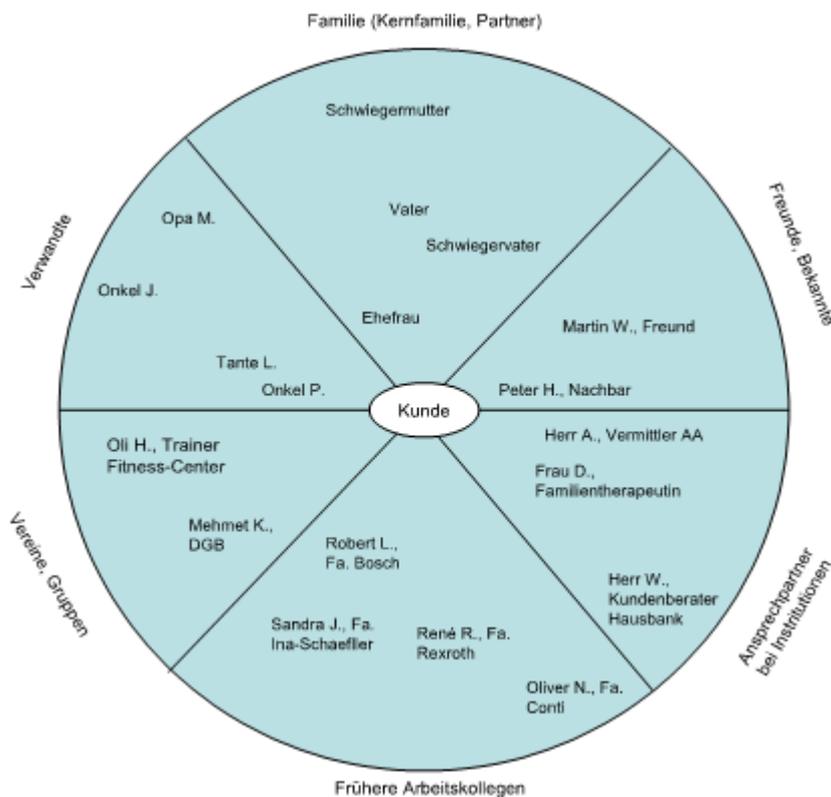
C.23.2. THEORETISCHER BEZUG:

- Fürsprache und soziale Intervention als Teil der professionellen Rolle von beruflich Beratenden ist beispielsweise in den Standards des NICE Netzwerks (2016) beschrieben. Die hier vorgestellte Methode ist eine vereinfachte Form der Netzwerkanalyse (Bundesagentur für Arbeit 2013, p. 192), die hier zur Identifizierung von möglichen Unterstützer*innen eingesetzt wird.

C.23.3 BESCHREIBUNG

- Die Methode kann von der jungen Person selbständig oder zusammen mit informell Betreuenden oder beruflich Beratenden angewandt werden.
- Ziel ist, das eigene Netzwerk zu kartieren und aus ihm heraus mögliche Unterstützung zu identifizieren. Jedes Segment symbolisiert einen Lebensbereich, in die junge Person Menschen kann, wie zum Beispiel Familie/Verwandtschaft, Freunde und Bekannte, Behörden, Gesundheitssystem, Schule, Arbeitsplatz, Vereine etc. Das Netzwerk wird dann in den folgenden drei Schritten analysiert:
 1. **Kartierung:** Die Namen von Menschen, die zurzeit oder eventuell zukünftig Unterstützung leisten, werden in die jeweiligen Segmente eingetragen. Dabei ergibt sich auch die Gelegenheit, auf die Beziehung zu den Menschen in den unterschiedlichen Segmenten zu reflektieren.

2. **Zuordnung:** Die drängendsten Probleme werden identifiziert und die Graphik wird dann dazu genutzt, darüber nachzudenken, welche Personen in welchen Segmenten am ehesten bei der Lösung helfen könnten. Daraus ergibt sich die Gelegenheit, darüber nachzudenken, welches deren Beziehungen, Ressourcen und Kompetenzen sind und wie diese für die Lösung des bestehenden Problems relevant sein können.
3. **Planung:** Wenn Personen als potenzielle Unterstützer*innen identifiziert wurden, wird die Frage gestellt, wie sie am besten um Hilfe angegangen werden können und wie ihr spezifischer Beitrag aussehen könnte. Wie können ihre Beziehungen, Ressourcen und Kompetenzen eingesetzt werden? Dazu muss bedacht werden, was ihre spezifischen Gründe sein könnten, den jungen Menschen zu unterstützen, was wiederum beeinflusst, auf welche Weise sie für das Unterstützungsnetzwerk „rekrutiert“ werden können. .



- **Diagramm:** Beispiel einer Netzwerkkarte mit aktuellen und möglichen Kontakten (Bundesagentur für Arbeit, 2013, S. 199)

Material

- Papier
- Stifte

C.23.4, QUELLEN

- NICE (2016). *European Competence Standards for the Academic Training of Career Practitioners. NICE Handbook Volume 2*. Opladen: Barbara Budrich.
- Straus, F. (2007). Netzwerk und Beratung. In F. Nestmann et al. (Hg.) (2007): *Handbuch der Beratung*, Band 1: Tübingen: dgvt.
- Bundesagentur für Arbeit (2013). *BeKo - gut Beraten. Methoden und Techniken*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

C.25. WO STEHE ICH? MEINE PROZESS-CHECKLISTE

C.25.2. ZIEL DER AKTIVITÄT

Die Aktivität soll helfen, den Fortschritt im Prozess der beruflichen Rehabilitation zu verfolgen, die nächsten Schritte zu identifizieren und notwendige Schritte, die in der Vergangenheit unterlassen wurden, nachzuholen. Die Aktivität soll zdem jungen Menschen und ihren Betreuenden das Bewusstsein verleihen, dass sei einerseits (a) auf einem *langen* Weg sind, der aber andererseits (b) *bewältigbar* und erfolgversprechend ist.

C.25.3 THEORETISCHER BEZUG

Nach der konstruktivistischen Theorie der beruflichen Entwicklung (*career construction theory*) muss man in einem zunehmend flexiblen und unberechenbaren Arbeitsmarkt mit immer weniger dauerhaften Laufbahnen sein Selbst als ein Projekt auffassen, das immerzu an sich schnell wandelnde Umstände angepasst werden muss (Savickas 2013). Sollte dies allgemein zutreffen, dann trifft es um so mehr für Menschen zu, deren beruflichen Entscheidungen und Planungen von chronischer Krankheit und/oder Behinderungen unterbrochen oder erschwert wurden, wodurch eine flexible personenzentrierte Planung notwendig wird (Marrone et al. 1997). Wir folgen hier dem Ansatz des Kölner Instrumentarium (Haerlin/Plößl 2018), das unserer Einschätzung nach zu einer solchen Planung beiträgt, indem es die unterschiedlichen Aspekte und Schritte auf dem Weg (zurück) in den Beruf in die individuelle Planung integriert.

C.25.4 BESCHREIBUNG

Der junge Mensch mit psychischer Erkrankung geht selbständig oder gemeinsam mit eine*r informell Betreuenden die untenstehende Liste durch und markiert, inwieweit die einzelnen Punkte in zufriedenstellender Weise abgearbeitet wurden. Für die Punkte, bei denen noch

Fragen offen sind oder Aufgaben zu erledigen sind, wird dann eine Aufgabenliste angelegt, auf der Aktionen, mögliche Ansprechpartner etc. vermerkt werden.

Punkte zur Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation:

- *Orientierung: Bin ich mir meiner Lebensziele im Klaren? Habe ich eine Vorstellung davon, welche beruflichen Optionen zu meinen Talenten und Entwicklungsmöglichkeiten passen würden? Weiß ich über die unterschiedlichen Unterstützungsangebote Bescheid, über die mir mein beruflicher Weg, meine Ausbildung, mein Studium etc. ermöglicht werden kann?*
- *Belastbarkeit: Wie belastbar bin ich hinsichtlich Arbeitszeit und Arbeitsdichte? Wo sind meine (derzeitigen) Grenzen? Wurde dies schon professionell begutachtet? Weiß ich, was ich tun kann, um meine Fähigkeit, mit Stress umzugehen zu verbessern? Weiß ich, wo ich dabei Unterstützung erhalten kann und nehme ich diese in Anspruch?*
- *Berufliche Grundkompetenz: Habe ich die notwendigen Fähigkeiten, um eine Ausbildung, ein Studium oder eine Erwerbsarbeit aufzunehmen? Wenn nicht: Wie kann ich diese erwerben und wer kann mir dabei helfen?*
- *Beratung: Habe ich professionelle Unterstützung bei der Einschätzung meiner Situation, meiner Bedarfe und meiner Möglichkeiten erhalten?*

Punkte während der beruflichen Rehabilitation:

- *Planung: Habe ich eine klare Vorstellung davon, wie das angestrebte Ergebnis des Rehabilitationsprozesses aussehen wird? Weiß ich, worin die einzelnen Schritte zu diesem Resultat bestehen?*
- *Vorbereitung: Bin ich auf meinen nächsten Schritt in Ausbildung und Beruf vorbereitet? Weiß ich, was mich erwartet? Weiß ich, was ich brauche? Sind meine Bedarfe erfasst worden?*
- *Ausbildung: Ist die Ausbildung auf meine derzeitige Belastbarkeit angepasst und passt sie zu meinen langfristigen beruflichen Entwicklungszielen, meine Fähigkeiten und meinen Neigungen? Kann ich mithalten? Erhalte ich die nötige Unterstützung?*

- *Berufliche Entscheidung: Habe ich eine klare Vorstellung davon, für welche Tätigkeiten und Positionen ich durch meine Ausbildung befähigt sein werde? Kenne ich meinen Arbeitsmarkt?*

Übergang in den Beruf

- *Vermittlung: Bin ich ausreichend informiert darüber, welche offenen Stellen zu mir passen? Werde ich in meiner Stellensuche kompetent und professionell unterstützt? Kann ich erfolgreiche Bewerbungen schreiben und mich in Vorstellungsgesprächen gut präsentieren? Kann mir jemand dabei helfen (z.B. ein Job Coach, mein*e Arbeitsvermittler*in, jemand im privaten Umfeld)*

- *Onboarding: Wie komme ich in meinem neuen Arbeitsplatz an? Wie werde ich in die Abläufe, Aufgaben und das neue soziale Umfeld eingeführt?*

- *Stabilisierung: Ist geplant, meine Lage in regelmäßigen Abständen zu begutachten und einzuschätzen. Wer sind meine Ansprechpartner*innen bei Problemen am Arbeitsplatz?*

Es ist nicht immer notwendig, alle zurückliegenden Schritte durchgeführt zu haben – manchmal kommt man auch so klar. Aber es ist wichtig, darüber nachzudenken, ob das auch tatsächlich der Fall ist. Man sollte auf jeden Fall überlegen, inwieweit gegenwärtige Probleme und Unsicherheiten vielleicht damit zusammenhängen, dass einer der Schritte nicht durchgeführt wurde – und dann selbständig oder mit fremder Hilfe versuchen, den unterlassenen Schritt nachzuholen oder auszugleichen.

C.25.5. QUELLEN

Haerlin, C., Plößl, I. 2018. *Berufliche Beratung Psychisch Kranker*. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Marrone, J, Hoff, D., Helm, D. T. 1997. Person-centered Planning for the Millennium: We're Old Enough to Remember when PCP Was Just a Drug, *Journal of Vocational Rehabilitation* 8, 1: 285-297

Savickas, M. L. 2013. Career Construction Theory and Practice, in: Brown, S. D., Lent, R. W. (eds): *Career Development and Counseling: Putting Theory and Research to Work*, Hoboken, NJ, 147-183



AKTIVITÄTEN, DIE FÜR FACHKRÄFTE IM GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN UND FÜR BERUFSBERATER*INNEN KONZIPIERT WURDEN

C.27. AUSWERTUNG PERSÖNLICHER ZIELERREICHUNG

C.27.1. ZIEL DER AKTIVITÄT

Diese Aktivität unterstützt die Nachhaltung von Zielen in einem ausgewählten Lebensbereich (bspw. im Beruf). Regelmäßige Rückblicke, wie man dem Ziel Schritt für Schritt näher kommt, helfen dabei, die Motivation aufrechtzuerhalten und Vorgehensweisen anzupassen, indem man sieht, was gut funktioniert hat und was weniger gut. Dabei werden auch wichtige Details und Daten im Gedächtnis gehalten.

C.27.2 THEORETISCHER BEZUG

Ziele und der Prozess der Zielsetzung sind fundamental wichtig, um motiviert zu bleiben und etwas zu erreichen. Zielsetzung und -erreichung funktioniert am besten, wenn regelmäßig man eindeutiges Feedback erhält, und auf dieser Grundlage Vorgehen und Ziele neu bewertet und wenn nötig revidiert. Die Auswertung persönlicher Zielerreichung ist ein Instrument, um Fortschritte bewusst und unvoreingenommen auszuwerten

.

C.27.3. BESCHREIBUNG

Man definiert ein paar wesentliche Fragen, die helfen, den Fortschritt bei der Zielerreichung zu verfolgen, zum Beispiel:

- Welche Aufgaben habe ich über den letzten Monat erledigt?
- Was sind meine Ziele für den kommenden Monat?
- Welche Probleme gab es? Sind diese gelöst worden?
- Was muss noch erreicht werden? Was benötige ich, um diese Ziele zu erreichen?

Man kann Fragen jederzeit weitere Fragen hinzufügen, die den individuellen Zielerreichungsprozess individuell abbilden.

C.30. DIE WUNDERFRAGE

C.30.1. ZIEL DER AKTIVITÄT:

Die Wunderfrage ist eine der bekanntesten Methoden der Lösungsorientierten Kurztherapie. Es handelt sich dabei um Fragen, durch die die/der Klient*in dazu eingeladen wird, sich den Moment visuell vorzustellen, in dem sein Problem gelöst wird.

„Dies ist die spektakulärste Technik, die in der Lösungsorientierten Kurztherapie eingesetzt wird. Sie aktiviert die kreativen Kräfte der/des Klient*in, sowohl kognitiv wie auch motivational. Sie erlaubt der/dem Klient*in die herbeigesehnte Zukunft zu visualisieren, sich ein Leben ohne Probleme vorzustellen. Sie gibt Gelegenheit, die Situation „zu spüren“, wenn die Schwierigkeit, mit der der/die Klient*in vorspricht, verschwunden sein“ (Kosman 2013).

Yvonne Dolan (2000) zufolge ist die Wunderfrage (eingeführt von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg) der erster Schritt, der/dem Klient*in die Brücke in die erwünschte Zukunft zu bauen.

C.30.2. THEORETISCHER BEZUG:

Die Aktivität beruht auf der Lösungsorientierten Kurztherapie (LOKT), die von Steve de Shazer und Insoo Kim Berg mit Kolleg*innen seit den späten 1970ern in Milwaukee entwickelt wurde. Die LOKT ist zukunftsgerichtet, zielorientiert und konzentriert sich auf Lösungen statt auf die Probleme, die die Klient*innen dazu veranlasst haben, therapeutische Hilfe zu suchen.¹⁶ Nach Luc Isebaert (2016) ist die LOKT „(...) wie viele Formen der Familientherapie aus einem Klima der theoretischen und praktischen Skepsis und einem intensiven Interesse an den Mechanismen therapeutischen Wandels hervorgegangen. Es gab eine Wachsende Desillusionierung mit der psychodynamischen Therapie, und aus dieser Unzufriedenheit ging der Wunsch hervor, neue Formen zu finden, Therapie mit weniger Zeitaufwand durchzuführen.“

Yvonne Dolan (2000) weist darauf hin, dass „die Fragen in der Lösungsorientierten Kurztherapie gestellt werden, positiv ausgerichtet sind und aus einer zielorientierten Haltung heraus gestellt werden. Die Absicht ist, einen Perspektivwechsel zuzulassen, indem Klient*innen in zu Hoffnung und Optimismus geführt werden, und sie auf einen Weg des positiven Wandels zu leiten. Resultate und Fortschritte werden durch den Fokus auf die

¹⁶ <https://solutionfocused.net/what-is-solution-focused-therapy/>

Veränderungen erreicht, die zur Zielerreichung und verbessertem Wohlbefinden notwendig sind“¹⁷.

C.30.3. BESCHREIBUNG:

a) Lesen Sie Ihre*r Klient*in folgenden Text vor

Stellen Sie sich vor, dass mitten in der Nacht, während Sie schliefen, ein Wunder geschehen ist und das Problem oder die Probleme, mit denen Sie zur Zeit zu kämpfen haben, entweder gelöst wurden oder Sie einen zufriedenstellenden Weg gefunden haben, mit ihnen fertig zu werden. Gestatten Sie sich, jeden Zweifel, allen Zynismus oder alle Skepsis fallen zu lassen und nehmen Sie einfach wahr, was Ihnen in den Sinn kommt während Sie die Vorstellung dieses Wunders erkunden. Was wäre anders?

Weil Sie geschlafen haben, als das Wunder geschah, haben Sie es nicht bemerkt und wachten am nächsten Morgen ohne davon zu wissen auf. Während des Tages begannen Sie nach und nach Anzeichen zu bemerken, dass etwas anders ist, dass die Probleme, mit denen Sie gestern noch zu kämpfen hatten, jetzt gelöst waren“¹⁸.

b) Der nächste Schritt ist nun, die ersten Anzeichen zu identifizieren, die auf das geschehene Wunder hinweisen – Sie können dem/der Klient*in die folgenden Fragen stellen:

- Was wäre das erste, kleine beobachtbare Anzeichen, durch das Sie vermuten könnten, dass ein Wunder geschehen ist und die Dinge nun anders stehen?
- Was würde anderen zuerst an Ihrem Verhalten auffallen, das anzeigt, dass in Ihrem Leben ein Wunder geschehen ist?
- Was würde den Menschen, mit denen Sie zusammenleben, auffallen?
- Was würde den Menschen, die mit Ihnen lernen/studieren/arbeiten auffallen?“¹⁹

¹⁷ <https://positivepsychology.com/solution-focused-therapy-techniques-worksheets/>

¹⁸ Dolan Y., 2000, One Small Step. Moving Beyond Trauma and Therapy to a Life of Joy, iUniverse,

¹⁹ Ibid.

- c) Falls Ihr*e Klient*in Schwierigkeiten hat, die Fragen zu beantworten, können Sie ihr/ihm vorschlagen, sich vorzustellen, dass sie/er sich am Tag nach dem Wunder einen Film anschaut:

“Stellen Sie sich vor, Sie hätten ein Video von sich selbst, dass in dem Moment losgeht, als mitten in der Nacht das Wunder geschah. Was würden Sie an Ihrem Verhalten bemerken, wenn Sie sich das Video von sich selbst am ersten Tag (und der ersten Nacht) nach Ihrem Wunder anschauen? Was wäre das erste Bild oder die erste Szene, wo sich andeutet, dass Ihr Wunder geschehen ist? Was wäre die nächste?”²⁰

- d) Stellen Sie sicher, dass Sie sich auf die Veränderungen im Verhalten Ihre*r Klient*in konzentrieren. Diese sind meist die wirkungsvollsten, da es sich um spezifische Dinge handelt, die Ihr*e Klient*in als Handlungen wählen kann.
- e) **Make it real!** – Um die Imagination wahr werden zu lassen, muss Ihr*e Klient*in die kleinen Veränderungen im Verhalten vollziehen, die anzeigen, dass sich etwas geändert hat. Sie können die folgende Frage stellen::

- Was wäre der kleinstmögliche Schritt, den Sie unternehmen können, um Ihrer Vision des Lebens nach dem Wunder näher zu kommen?

Sie können ergänzen:

- “Fangen Sie klein an, mit einem Schritt, arbeiten Sie sich Tag für Tag heran, beginnend mit dem leichtesten Verhalten, das ein Zeichen für Ihr Wunder wäre. Überfordern Sie sich nicht zu Beginn, das könnte Sie einschüchtern und Ihre Erfahrung sabotieren oder infrage stellen“.

- f) **Die nächsten kleinen Schritte** –während der kommenden Treffen können Sie nach den möglichen nächsten kleinen Schritten Fragen, die den/die Klient*in der Vision nach dem Wunder näher bringen würden:

²⁰ Ibid.

- Was wäre der nächste Hinweis auf Ihr Wunder gewesen?

Sie können auch die “Wunderbrücken-Karte”²¹ (s.u.) anwenden: Fordern Sie den/die Klient*in auf, den Punkt auf der Wunderbrücke zu markieren, an dem sie/er sich gerade befindet. Sie können dann weitere Fragen stellen:

- Was müssten Sie tun, um auf der Wunderbrücke einen weiteren kleinen Schritt voranzukommen?
- Welcher nächste kleine Schritt würde einen Fortschritt darstellen?
- Was könnten Sie in den nächsten paar Tagen tun?



Source: <https://pixabay.com/pl/>

²¹ Ibid.

C.32. EINE NETZWERKARTE FÜR DIE ZUSAMMENARBEIT MIT ARBEITGEBER*INNEN

C.32.1. ZIEL DER AKTIVITÄT

Die Aktivität soll dem/der beruflich Beratenden helfen, hinsichtlich der Netzwerkarbeit mit Arbeitgeber*innen Lücken in ihrer/seiner Praxis zu identifizieren, Punkte zu erkennen, die der Aufmerksamkeit bedürfen, und Bereiche anzuerkennen, in denen seine/ihre Stärken liegen

C.32.2 THEORETISCHER BEZUG

Beruflich Beratende, die mit jungen Menschen mit psychischer Erkrankung arbeiten, müssen fähig sein, Netzwerke mit potenziellen Arbeitgeber*innen aufzubauen, um die Inklusion in Ausbildung und Arbeit der jungen Menschen zu erleichtern und um den Auswirkungen der Stigmatisierung entgegenzuwirken.

C.32.3. BESCHREIBUNG

Kreuzen Sie die Aussage, die auf Sie zutrifft, an.

	Habe ich noch nicht dran gedacht	Habe ich schon dran gedacht, aber noch nichts unternommen	Habe daran gedacht und schon etwas unternommen	Habe daran gedacht und bin voll dabei
Teilnahme an Seminaren/Konferenzen über Themen wie Human Resource Management (HRM) und Corporate Social Responsibility (CSR), um mit Arbeitgeber*innen in Verbindung zu kommen				
Teilnahme in HRM und CSR Web-Portalen und sozialen Netzwerken (auch Karrierenetzwerken), um mit Firmen in Kontakt zu kommen und sie in meine Netzwerke zu integrieren				
Teilnahme an oder Organisation von Job-, Ausbildungs- oder Karrieremessen oder -tagen				
Einladung von Arbeitgeber*innen in meine Institution/Organisation				

C.32.4 TIPPS

Überdenken Sie, was Sie von den Tätigkeiten, in denen Sie weniger teilnehmen, bislang abgehalten hat. Werden Sie von bestimmten Überzeugungen zurückgehalten? Werden Ihnen von Ihrer Organisation oder Institution Hindernisse in den Weg gestellt (wie bspw. umständliche bürokratische Prozeduren)? Gibt es Dinge, die Sie tun können, um Ihnen solche Schritte zu erleichtern (z.B. Gespräche mit Vorgesetzten, nähere Beschäftigung mit potenziellen Partnern). Haben Sie sich über die Dinge, die Sie schon tun, schon mit Kolleg*innen ausgetauscht – wenn nicht: Könnten Sie diese vielleicht motivieren, Ihrem Beispiel zu folgen?

C.33. MACH DIR EIN BILD!

C.33.1 ZIEL DER AKTIVITÄT:

Diese Aktivität soll jungen Menschen helfen, ihre Intuition bei der Bewertung von beruflichen Optionen zu entwickeln, indem sie ihre erzählerische und bildliche Vorstellungskraft dazu nutzen, sich in berufliche Situationen zu projizieren, wobei sie ihre Imagination jedoch in verlässlichen Informationen verankern.

C.33.2. THEORETISCHER BEZUG:

Bildliche Darstellung kann Kernaspekte von Berufen sehr kompakt und treffend einfangen (Klevenow 2020), weil ikonische Repräsentation einer Tätigkeit die wesentlichen Elemente fokussiert und kondensiert. Die Herstellung oder Zusammenstellung von Bildern in einer vorgestellten beruflichen Entwicklung kann so produktiv in einer narrativen, ich-erzählenden aktiven Imagination zur Anwendung kommen, welche die sich ergebenden Konsequenzen in der Erzählung durchspielt (Reynolds 1989). Sie kann dazu dienen, Aspekte in die Bewertung einer beruflichen Situation der ansonsten der Erfahrung verschlossen bliebe.²² Eine bildlich gestützte aktive Imagination ergänzt beispielsweise Cochrans narrativen Ansatz des *emplotting*, der Einbettung des Individuums als 'Hauptdarsteller einer beruflichen Erzählung die sinnvoll, produktiv und erfüllen ist' (Cochran 1997: 55).

²² Das ist häufig ein Problem mit Praktika: Die tatsächliche berufliche Situation wird nicht erfahren, da es hierzu normalerweise einer längeren Einarbeitung bedürfte, was darin resultiert, dass Praktikant*innen meist monotone einfache Arbeit leisten, die wenig mit dem zu erkundenden Beruf zu tun hat (Klevenow 2020)

C.33.4 BESCHREIBUNG

Ziel

Die Teilnehmenden imaginieren sich in unterschiedliche Berufe. Hierzu

- visualisieren sie den Beruf
- platzieren sich selbst in diese Visualisierung
- und präsentieren der Gruppe ihre Vorstellung als eine Ich-Erzählung

Vorgehen

Teilnehmende arbeiten für sich, stellen ihr Ergebnis aber in einer Gruppe von vier bis sechs anderen vor. Die Aktivität sollte von eine*r beruflich Beratenden angeleitet werden, die/der über gutes berufskundliches Wissen verfügt.

Jede*r Teilnehmende wählt einen der Berufe, die zuvor in der Beratung oder in Eignungstests als mögliche Optionen zur weiteren Erkundung identifiziert wurden.

In eigenständiger Arbeit stellen die Teilnehmenden ein Portfolio über den Beruf zusammen. Dieses kann aus folgendem bestehen:

- Materialien (Broschüren, Anzeigen, Aufgeschrieben etc.) aus vorgängiger Beschäftigung mit dem Beruf
- Weiteres Material aus der Online Recherche, wobei Websites genutzt werden, die von der/dem beruflich Beratenden als zuverlässig und informativ identifiziert wurden (z.B. Seiten der IHK, Universitäten, Arbeitsagentur, Berufsverbänden)
- Weiteres Material aus der Stadtbücherei, dem Berufsinformationszentrum (BiZ), etc.

Aus diesen Materialien sucht der/die Teilnehmende Bilder heraus, die zwei bis vier Kernaktivitäten des Berufs zeigen. Eine Tischlerin könnte dabei gezeigt werden, wie sie Holz nach Zeichnung mit einer Stichsäge zuschneidet, wie sie eine Küchenplatte einfügt etc.. Ein Vermessungstechniker kann bei der Arbeit draußen mit dem Theodolit gezeigt werden, bei der Erstellung von Plänen mit CAD etc. Eine Pharmazeutisch-technische Assistentin kann dabei gezeigt werden, wie sie einen Kunden über Nebenwirkungen berät, eine Salbe nach Rezept herstellt oder am Computer die Lagerbestände vorrätiger Medikamente überprüft.

Teilnehmende ordnen die Bilder in ein Narrativ, der Highlights und Routinen eines Arbeitstages darstellt. Sie reisen dann in ihrer Vorstellung durch diesen Tag und schreiben für jede Situation wesentliche Aspekte auf:

- Was muss hier getan werden – worin besteht die Tätigkeit?
- Warum ist diese Tätigkeit wichtig? Für wen ist sie wichtig?
- Welche Fähigkeiten, Kenntnisse und Qualifikationen braucht man, um die Tätigkeit gut auszuführen?
- Welche Werkzeuge, Maschinen, Geräte und Materialien werden gebraucht?
- In welchem Umfeld findet die Tätigkeit statt (Was geht um sie herum vor? Ist man allein oder mit anderen zusammen? Ist es laut oder leise? Drinnen oder draußen? Etc.)

Der/die beruflich Beratende unterstützt die Teilnehmenden darin, einzuschätzen wie realistisch die Darstellung ist.

Für jedes Bild stellen sich die Teilnehmenden vor, selbst die abgebildete Person zu sein und machen Notizen zu folgenden Aspekten:

- Mir würde diese Tätigkeit (keinen) Spaß machen, weil...
- Die Tätigkeit würde mich (nicht) stolz machen, weil...
- Die Tätigkeit wäre für mich (nicht) leicht zu erlernen, weil...

Im letzten Schritt wird das Ergebnis den anderen Teilnehmenden präsentiert – und zwar im Stil einer Führung durch das Museum eines Arbeitstages des potentiell zukünftigen Berufs. Hierzu werden die Bilder in einer „Galerie“ an beweglichen Pinnwänden aufgehängt. Die Bilder werden eingeführt in etwa: “Hier seht ihr eine wichtige Tätigkeit des Berufs, den ich vielleicht in Zukunft ausführen werden. Es handelt sich dabei um... “ etc. um entlang der oben genannten Aspekte fortzufahren. Die Teilnehmenden stellen Fragen zur Tätigkeit und zur Einschätzung, und sagen wie sie selbst diesen Beruf fänden.

Material/Ressourcen

Internetzugang, Drucker, Papier and Stifte, Klebstoff, Informationsmaterial zu Berufen unterschiedlicher Provenienz, bewegliche Pinnwände.

C.33.5 QUELLEN

Cochran, Larry (1997): *Career Counseling: A Narrative Approach*, Thousand Oaks, Cal.: Sage

Klevenow, Gert-Holger (2020): 'Arbeit 4.0 – Folgerungen für die Berufsorientierung', in: Thomas Freililing/Ralph Conrads/Anne Müller-Osten/Jane Porath (eds): *Zukünftige Arbeitswelten: Facetten guter Arbeit, beruflicher Qualifizierung und sozialer Sicherung*, Wiesbaden: Springer, pp.159-176

Reynolds, Steven L. (1989): 'Imagining Oneself To Be Another', in: *Noûs*, Vol.23, no.5, pp.615-633

C.35. SYSTEMISCHER STUHL

C.35.1 ZIEL DER AKTIVITÄT:

Ziel der Aktivität ist es, eine Gelegenheit für selbst-kritische und selbst-wertschätzende Reflektion auf die Arbeit mit Klient*innen zu geben. Teilnehmende können eine Außensicht auf ihre Arbeit und die Weise, wie sie diese mit ihrer Persönlichkeit füllen, gewinnen. Dadurch wird eine Grundlage für eine respektvolle und unterstützende Gruppendiskussion über die Gestaltung künftiger Praxis geschaffen.

C.35.2. THEORETISCHER BEZUG:

Systemische Beratung. Sozialwissenschaftlich ist die Grundlage in der Zentralität von Rollen- und Perspektivenübernahme als Schlüsselfunktion in menschlicher Interaktion und in der Bildung und Aufrechterhaltung einer sozialen Selbst-Identität gegeben, wie sie klassisch von Helmuth Plessner und von George Herbert Mead analysiert wurden.

Morenos berühmter "leerer Stuhl" und sein späterer Einsatz in der Gestalttherapie müssen vor diesem Hintergrund verstanden werden (Stammler 2019). Die Methode trägt dazu bei, die von Cunliffe (2004) eingeforderte professionelle, kritisch reflexive Haltung zu festigen (*critical-reflective practitioner*).

C.35.3 BESCHREIBUNG

Ziel

Die professionelle Fachkraft berichtet, wie ihrem Eindruck nach, sie von Klient*innen hinsichtlich Haltung und Handeln wahrgenommen wird.

Vorgehen

In einer Reflexionsübung stellen sich Teilnehmende der Gruppe vor, indem sie sich neben einen leeren Stuhl stellen. Sie nehmen die Rolle eine*r Klient*in an, und stellen sich vor, dass sie selbst (als professionelle Fachkraft) auf dem leeren Stuhl sitzen. Dann stellen sie das auf dem Stuhl sitzende Selbst in der dritten Person, aus der Klient*innen-Perspektive vor. „Ich stelle Ihnen/Euch xy vor. Sie/er ist mein*e Sozialarbeiter*in ...“ o.ä.

In der Vorstellung beantworten sie die folgenden Fragen

- Warum ist es gut, von xy betreut/beraten/therapiert zu werden – wie hat xy mir geholfen?
- Was läuft nicht so gut – wie könnte xy sein/ihr Vorgehen, Verhalten und Haltung gegenüber der/dem Klient*in verbessern?

Es folgt dann zunächst eine Runde, in der Verständnisfragen gestellt werden. Danach gibt die Gruppe wertschätzendes Feedback. Dabei sollen positive Aspekte unterstrichen werden und aus diesen heraus Vorschläge abgeleitet werden, wie die selbst angesprochenen Defizite überwunden, ausgeglichen, umgedeutet etc. werden können.

Material

Stühle

C.35.4. QUELLEN

Cunliffe, Ann L. (2004): 'On Becoming a Critically Reflexive Practitioner', in: *Journal of Management Education*, Vol.28, no.4, pp.407-426

Staemmler, Frank M. (2019): 'Gestalt therapy, Dialogical Self Theory, and the "empty chair"', in: Agnieszka Konopka/Hubert J. M. Hermans/Miguel M. Gonçalves (eds.): *Handbook of Dialogical Self Theory and Psychotherapy*, Abingdon: Routledge

DAS WORK4PSY CONSORTIUM

HdBA

Hochschule der
Bundesagentur für Arbeit

University of Applied Labour Studies



Die **Hochschule der Bundesagentur für Arbeit (HdBA)** ist ein wichtiger Anbieter von Studiengängen und Weiterbildungen für Studierende und Praktiker im Bereich der Berufsorientierung und -beratung. Die HdBA beteiligt sich regelmäßig an Projekten, die sich auf junge Menschen mit besonderen sozialen und gesundheitlichen Problemen konzentrieren, wie z.B. Programme für die Berufsausbildung (BEB), Assistierte Ausbildung (AsA), Beratung als innovative Prävention von Ausbildungsabbrüchen (PraeLab), etc.

Die **Pan-Hellenic Association for the Psychosocial Rehabilitation & Work Re-integration (PEPSAEE)** verfügt über ein breites Fachwissen auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit und insbesondere auf dem Gebiet der Berufsberatung/Arbeitsintegration von Menschen mit psychischen Erkrankungen, da sie das einzige Büro für unterstützte Beschäftigung für Menschen mit psychischen Problemen in Griechenland unterhält. Im vergangenen Jahr wurden mehr als 150 psychisch Kranke von spezialisierten Berufsberatern betreut, und mehr als 40 % von ihnen befinden sich jetzt in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis. PEPSAEE hat auch innovative Projekte zu diesem Thema durchgeführt, wie z. B. "Bridges for Employment", ein mehrstufiges Projekt, das auf die berufliche Integration von Patienten mit psychischen Problemen abzielt..



CESIE ist ein europäisches Zentrum für Studien und Initiativen, das sich auf die Erforschung sozialer Bedürfnisse und Herausforderungen und den Einsatz innovativer Lernansätze konzentriert. Auf diese Weise verbindet CESIE aktiv Forschung mit Aktion durch den Einsatz von formalen und nicht-formalen Lernmethoden und hat an einer Reihe von Projekten teilgenommen, die (a) die Entwicklung von innovativen Ansätzen und Instrumenten zur Förderung der Eingliederung von Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen (Projekte: MENS; ALdia; CREATE; EQUIL), (b) die Entwicklung und Umsetzung von Ausbildungsaktivitäten zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit (Projekte: STARTUP; SUCCESS; SCIENT; ARISE; SERCO) und (c) die Entwicklung von Berufsbildungsprogrammen (Projekte: VIRTUS; CAPE; CREATE; Journeys; ArtS).



POMOST ist sehr aktiv im Bereich der Rehabilitation von jungen Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Region Lodzkie in Polen. Das Tageszentrum von POMOST beherbergt 26 Personen. Das Ziel der beruflichen Rehabilitation von NEETs mit psychischen Erkrankungen wird auch durch innovative Projekte wie "Focus on Job" erreicht, das darauf abzielt, ein Modell der Zusammenarbeit zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen, Jobcoaches und Arbeitgebern aufzubauen. POMOST ist Teil einer Initiative/Koalition von Non-Profit-Organisationen, Unternehmen und Institutionen. Die Initiative verfolgt das Ziel, unterstützte Beschäftigung als Standardbestandteil der Rehabilitation in die polnische Sozialpolitik gegenüber Menschen mit psychischen (und anderen) Behinderungen einzubinden.



Vsl "eMundus" verfügt über ein breites Fachwissen bei der Entwicklung verschiedener IKT-Anwendungen. Die Aufgabe von eMundus besteht darin, die Entwicklung der Wissensgesellschaft aktiv zu fördern, indem es Dienstleistungen im Zusammenhang mit Bildungsaktivitäten, Informationstechnologie, Innovation und praktischen Anwendungen in Bildung und sozialen Aktivitäten, Ökologie, gesunder Lebensweise und harmonischer Bildung entwickelt und ausbaut, um eine qualitativ hochwertige Zusammenarbeit und Einheit zwischen verschiedenen Generationen und unterschiedlichen Gruppen in der Gesellschaft zu gewährleisten.