

Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. zur Unterstützung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)

Die Empfehlungen (DV 6/21) wurden am 7. Dezember 2022 vom Präsidium des Deutschen Vereins verabschiedet.

Inhalt

Einleitung: Ziele, Adressaten und Struktur der Empfehlungen	3
A. Psychische Erkrankungen bei Leistungsberechtigten im SGB II und die Bedeutung von Erwerbsarbeit für diesen Personenkreis	4
1. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung und bei Leistungsberechtigten im SGB II	4
2. Heilungschancen bei psychischen Störungen und der Umgang betroffener Personen mit ihrer Beeinträchtigung oder Erkrankung	6
3. Nur ein Teil der psychisch Kranken ist in Behandlung und hat psychosoziale Unterstützung	7
4. Erwerbsarbeit mildert psychische Störungen und fördert die Stabilisierung – Personen mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung wollen arbeiten – ihre Beeinträchtigung oder Erkrankung erschwert das	7
B. Handlungsprinzipien und Handlungsstrategien im Umgang mit psychisch beeinträchtigten und erkrankten Leistungsberechtigten im SGB II – Empfehlungen des Deutschen Vereins	9
1. Fachkräfte in den Jobcentern für psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen sensibilisieren und befähigen, psychische Probleme zu erkennen – Basiskompetenz	9
2. Klärungsprozesse und Brücken in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und zu psychosozialen Hilfen – Clearing-Stelle und komplexe Leistungen	11
3. Erwerbsfähigkeit feststellen – Zuständigkeitswechsel bei Erwerbsminderungsrente gestalten	13
4. Die Unterstützung von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Leistungsberechtigten an einer Recovery-Perspektive ausrichten	14
5. Der Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung entgegenwirken	16
6. Eingliederungsleistungen im SGB II nach Bedarfen von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Leistungsberechtigten ausgestalten	17
7. Supported Employment und Individual Placement and Support – Integration psychisch beeinträchtigter oder erkrankter Personen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt	20
8. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nutzen und unterstützen	24
9. Soziale Unterstützung und Soziale Teilhabe	28
10. Teilhabeplanung und individuelle Hilfeplanung	29
11. Teilhabeplanung in die regionale Planung und Koordination von Leistungen für psychisch beeinträchtigte und erkrankte Personen integrieren	31
12. Versorgung psychisch erkrankter Menschen im kommunalen Netzverbund	32
13. Aufsuchend arbeiten – im Sozialraum präsent sein	33
14. Planung und Koordination von Leistungen für den Einzelfall und kontinuierliche persönliche Ansprechpartner	34
Anlage: Das System der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Deutschland	36
1. Hausärztliche und fachärztliche ambulante Behandlung durch niedergelassene Vertragsärzte einschließlich Psychotherapie und weitere ambulante Leistungen	36
2. Krankenhäuser zur Behandlung psychisch kranker Menschen	37
3. Öffentlicher Gesundheitsdienst	38
4. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	39
5. Erwerbsarbeit und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in die Versorgung einbeziehen	40

Einleitung: Ziele, Adressaten und Struktur der Empfehlungen

Ein erheblicher Anteil der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im SGB II ist von psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen betroffen.¹ Psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen haben für die Betroffenen oft Auswirkungen in mehreren Lebensbereichen. Sie sind häufig Ursache von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung. Es ist eine Herausforderung für das Gesundheitswesen und die sozialen Hilfesysteme, die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen zu ermöglichen und zu sichern. Erforderlich sind dazu eine frühzeitige niederschwellige Bedarfserkennung sowie die nahtlose Umsetzung von präventiven, kurativen und rehabilitativen Leistungen.

Jobcenter können dazu beitragen, dass Leistungsberechtigte das umfangreiche Versorgungssystem erreichen und Leistungen aus diesem System in Anspruch nehmen. Sie können in vielen Fällen auch dazu beitragen, dass das früher geschieht, als es ohne Kontakt der betreffenden Personen zum Jobcenter der Fall gewesen wäre. Die Wirksamkeit von Behandlung und psychosozialer Unterstützung wird dadurch verbessert.

Die Teilhabe am Arbeitsleben, insbesondere die reguläre Erwerbstätigkeit, gilt als stabilisierender Faktor für die Bewältigung einer psychischen Beeinträchtigung oder Erkrankung. Durch die bedarfsgerechte Ausgestaltung von Eingliederungsleistungen und die Vermittlung in Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben können Jobcenter dazu beitragen, dass dieser Faktor zum Tragen kommt.

Mit diesen Empfehlungen will der Deutsche Verein ein stärkeres Bewusstsein dafür befördern, dass ein erheblicher Teil der Leistungsberechtigten psychisch erkrankt ist und für diese Personengruppe passgenaue Ansätze der Betreuung und Förderung gefunden und realisiert werden müssen. Menschen mit psychischen Erkrankungen im Rechtskreis des SGB II sollen wirksamer als bisher bei der persönlichen Stabilisierung und der Integration in den Arbeitsmarkt unterstützt werden. Das setzt voraus, dass Fachkräfte in den Jobcentern das ansprechen und Leistungsbeeinträchtigte einfach und zuverlässig in einen Clearing-Prozess vermitteln können, der nicht Teil des Jobcenters ist und über besondere fachliche Kompetenz verfügt.

Die Träger der Grundsicherung sollen Hinweise dafür erhalten, wie sie darauf hinwirken können, dass aus psychischen Beeinträchtigungen keine dauerhaften psychischen Erkrankungen entstehen.

Diese Empfehlungen richten sich vorrangig an die Träger der Grundsicherung und die Jobcenter, außerdem an den Bund, die Länder, die Krankenkassen, die Deutsche Rentenversicherung und die freien Träger.

In diesen Empfehlungen wird zunächst dargestellt, wie die Betroffenheit von psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen bei Leistungsberechtigten im SGB II einzuschätzen ist und welche Bedeutung Erwerbsarbeit für diesen Personenkreis hat (Teil A). Dann werden Handlungsprinzipien und Handlungsstrategien benannt und erläutert, die aus Sicht des Deutschen Vereins im Umgang mit psy-

¹ Allein bei der AOK hatten im Jahr 2021 über 791.000 Personen, die ALG-II bezogen, mindestens eine psychiatrische Diagnose, vgl. Kapitel A.1 dieser Empfehlungen mit weiteren Daten und Nachweisen.

Ihr Ansprechpartner
im Deutschen Verein:
Dr. Andreas Kuhn.

chisch beeinträchtigten und erkrankten Personen im SGB II umgesetzt werden sollten (Teil B). Die Umsetzung dieser Handlungsprinzipien und Handlungsstrategien bietet eine hohe Gewähr dafür, dass Jobcenter im Umgang mit Leistungsberechtigten psychische Beeinträchtigungen oder Erkrankungen beachten und unterstützend tätig werden. Als Anlage enthalten diese Empfehlungen eine zusammenfassende Darstellung des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems in Deutschland. Diese soll insbesondere den Leitungs- und Fachkräften in den Jobcentern eine erste Orientierung über das Versorgungssystem bieten.

A. Psychische Erkrankungen bei Leistungsberechtigten im SGB II und die Bedeutung von Erwerbsarbeit für diesen Personenkreis

1. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung und bei Leistungsberechtigten im SGB II

Psychische Störungen kommen häufig vor. Nach der letzten repräsentativen Untersuchung zur psychischen Gesundheit in Deutschland erfüllen 27,7 % der Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren im Laufe von 12 Monaten vor der Untersuchung die Kriterien für mindestens eine Diagnose nach der ICD-10², das sind 17,8 Millionen Personen. Dabei sind nicht alle in der ICD-10 codierten psychischen und Verhaltensstörungen berücksichtigt worden. U.a. die Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen fehlt.

Mit insgesamt 15,3 % stellen Angststörungen mit Abstand die größte Störungsgruppe dar. Auf diese entfallen im Erhebungsjahr 2013 hochgerechnet 9,8 Millionen Personen, die von einer Angststörung betroffen sind. Erst nach den Angststörungen folgen Depressionen (unipolare) mit einem Anteil von 7,7 %. Das entspricht 4,9 Millionen Betroffenen.

In der zitierten Studie wurde festgestellt, dass in der Bevölkerung mit mindestens einer Diagnose nach der ICD-10 der Anteil bei niedrigem sozioökonomischem Status deutlich höher ist als bei mittlerem oder hohem sozioökonomischem Status (37,9 %, 27,6 %, 22,0 %). In dieser Studie wurden die Befragten jedoch nicht nach Transferbezug unterschieden.

Aus Krankenkassendaten lässt sich der Anteil an Versicherten mit einer psychiatrischen Diagnose innerhalb eines Jahres nach Erwerbsstatus differenziert ermitteln. Nach Daten der Techniker Krankenkasse liegt dieser Anteil bei ALG-II-Bezug im Jahr 2006 bei 36,7 %, bei Berufstätigen bei 21,8 %. Unter den Versicherten der AOK ist der Anteil bei ALG-II-Bezug von 32,6 % im Jahr 2007 auf 40,2 % im Jahr 2011 gestiegen.³ Dieser Anteil liegt im Jahr 2021 bei 44,0 % und umfasst rund

2 Jacobi, F. u.a.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH), in: Der Nervenarzt 2014, S. 77–87, hier: S. 81. Für Deutschland liegen keine aktuellen Daten zur Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung vor. Beim RKI wird im Rahmen eines Projektes von 2019 bis 2021 eine „Mental Health Surveillance“ aufgebaut. Eine Erhebung von Daten zum genannten Zweck hat bisher nicht stattgefunden; vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/mhs_inhalt.html (22. November 2022).

3 Schubert, M. u.a.: Menschen mit psychischen Störungen im SGB II, IAB-Forschungsbericht, Nürnberg 2013, Kap. 5.1, S. 31–35. In die Krankenkassendaten sind die Diagnosen aller zwölf Gruppen Psychischer und Verhaltensstörungen der ICD-10 eingeschlossen.

791.000 Personen, im Jahr 2011 waren es rund 651.000 Personen. Im Durchschnitt der zehn Jahre nach 2011 liegt der Anteil bei 44.5 %.⁴

Ein erheblicher Anteil der Leistungsberechtigten im SGB II hat also im Laufe eines Jahres mindestens eine psychische Störung erlebt. Dieser Anteil liegt deutlich über dem von Berufstätigen und auch dem Anteil in der Allgemeinbevölkerung. Außerdem nehmen die psychischen Störungen unter den Leistungsberechtigten im SGB II erheblich zu.

Auch unter den Menschen mit einer anerkannten Schwerbehinderung ist ein deutlicher Zuwachs der Menschen mit einer psychischen Behinderung zu verzeichnen. Im Zeitraum 2009 bis 2017 erhöhte sich ihre Anzahl um 49 % von 433.000 auf 644.000 Personen; die Anzahl der Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung insgesamt hat im selben Zeitraum um 9 % zugenommen. Gründe für diese Entwicklung finden sich zum einen in den immer größer werdenden Alltagsbelastungen vieler Menschen, insbesondere im Berufsleben.⁵

Die Politik zur Eindämmung der Corona-Pandemie hat besonders Kinder und Jugendliche psychisch belastet und beeinträchtigt. Die zweite Befragungswelle der bundesweiten sog. COPSY-Studie fand von Dezember 2020 bis Januar 2021, also während des zweiten sog. Lockdowns in Deutschland statt, der bis Mai 2021 verhängt wurde, und hat folgende Ergebnisse: Vier von fünf der befragten Kinder und Jugendlichen fühlen sich belastet, sieben von zehn Kindern geben in der zweiten Befragung eine geminderte Lebensqualität an, fast jedes dritte Kind leidet an psychischen Auffälligkeiten, Ängste und Sorgen haben bei den Kindern im Vergleich zur ersten Befragung noch einmal deutlich zugenommen.⁶ Im Januar 2021 machte die Universitätsklinik Essen darauf aufmerksam, dass die Anzahl der Suizide von Kindern und Jugendlichen im zweiten Lockdown deutlich gestiegen sei. Diese Einschätzung wird von anderen Kinder- und Jugendpsychiatern bestätigt.⁷ In einzelnen Bundesländern werden die stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungskapazitäten erhöht.⁸ Bisher gibt es jedoch keine Studie für Deutschland, die die psychischen Folgen der Eindämmungspolitik an Diagnosen nach der ICD-10 aufzeigt.⁹

4 Das Wissenschaftliche Institut der AOK – WIdO – hat uns dazu freundlicherweise die Daten der AOK mitgeteilt.

5 Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2021, BT-Drucks. 19/27890, 9. März 2021, S. 44.

6 UKE Hamburg: COPSy-Studie: Kinder und Jugendliche leiden psychisch weiterhin stark unter Corona-Pandemie, Pressemitteilung vom 10. Februar 2021. COPSy steht für Corona und Psyche. Federführend bei der COPSy-Studie ist das Universitäts-Klinikum-Eppendorf in Hamburg.

7 Vgl. z.B. <https://www.spiegel.de/gesundheit/coronavirus-was-hinter-der-studie-zu-mehr-suizidversuchen-bei-kindern-und-jugendlichen-im-zweiten-lockdown-steckt-a-60f03d2b-2086-4711-ad60-42a820d4b2cb> (24. August 2022).

8 Z.B. in Baden-Württemberg, vgl. <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-bekaempft-psychische-folgen-der-corona-pandemie-fuer-kinder-und-jugendliche/?cHash=f3e2999bbdf50cbb5da865e5458fcff&type=98> (24. August 2022).

9 Der Kinder- und Jugendreport 2022, der im Auftrag und mit Daten der DAK erstellt wurde, hat zwar Erkrankungshäufigkeiten auf der Basis von Kodierungen nach der ICD-10 ermittelt; vgl. Vandage GmbH, August 2022. Es wurden einerseits drastische Steigerung der Häufigkeit von Depressionen, Angststörungen und Essstörungen bei Mädchen festgestellt, andererseits leicht rückläufige Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Jungen. Der systematische Unterschied der Ergebnisse bei Mädchen und Jungen wird in diesem Report jedoch nicht aufgeklärt. Der Report ist also nicht nur kein Ersatz für eine systematische Studie der Häufigkeit psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2020 und 2021, er zeigt vielmehr an, dass eine solche Studie dringend erforderlich ist, um ihr Erleben und Verhalten in diesen Jahren zu erfassen und verstehen zu können.

2. Heilungschancen bei psychischen Störungen und der Umgang betroffener Personen mit ihrer Beeinträchtigung oder Erkrankung

Psychische Beeinträchtigungen treten zunächst oft als Episode auf. Wiederholen sich diese Episoden und werden diese nicht als solche erkannt und behandelt, kann daraus eine manifeste psychische Erkrankung entstehen. Generell gilt, dass Heilungschancen deutlich erhöht werden, wenn eine Chronifizierung der Erkrankung verhindert wird. Je früher eine Erkrankung erkannt und behandelt wird, desto größer sind die Heilungschancen.

Deshalb kann die frühzeitige Beachtung und Rückmeldung psychischer Auffälligkeiten ein großes Wirkungspotenzial haben. Psychische Störungen, die schon über einen längeren Zeitraum aufgetreten und chronisch sind, können in ihren Auswirkungen auf den Lebensalltag und die Lebensführung deutlich gemildert werden. Es ist für viele betroffene Personen möglich, in hohem Maße selbstständig und selbstbestimmt zu leben und auch erwerbstätig zu sein. Es kommt auch bei ihnen darauf an, sie nicht primär als defizitär zu betrachten, sondern insbesondere auch ihre Stärken zu berücksichtigen.

Die betroffenen Personen gehen jedoch sehr unterschiedlich mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen um. Das kennzeichnet auch die Grundsituation in den Jobcentern.

Es kommen Personen in den Leistungsbezug oder sind im Leistungsbezug des SGB II, die eine psychiatrische Behandlung abgeschlossen haben, aktuell in Therapie sind und die Unterstützung erhalten, die sie brauchen. Diese Personen haben eine Anbindung an das Versorgungssystem und setzen sich mit ihrer Beeinträchtigung oder Erkrankung auseinander. Sie durchlaufen einen Genesungsprozess oder sind zumindest so stabilisiert, dass sie durch Beratung und Eingliederungsleistungen des Jobcenters unterstützt werden können.

Einige von ihnen teilen ihre Beeinträchtigung oder Erkrankung im Kontakt mit dem Jobcenter mit, andere nicht. Die Kenntnis dieser Lebensumstände einer Person ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass die Beratung und Vermittlung von Förderungsmaßnahmen bedarfsgerecht erfolgen kann.

Ebenso kommen Personen in den Leistungsbezug oder sind im Leistungsbezug, die einen Bedarf, auch erheblichen Bedarf an psychiatrischer Behandlung, Psychotherapie und psychosozialer Unterstützung haben, aber bisher nichts davon in Anspruch nehmen wollen oder konnten. Diese Personen sind bisher möglicherweise ohne fachspezifische Hilfe zurechtgekommen. Sehr wahrscheinlich wird aber in vielen Fällen eine Erwerbsintegration nur gelingen, wenn eine Behandlung und/oder Therapie der psychischen Beeinträchtigung oder Erkrankung stattfindet. Fachkräfte des Jobcenters können dazu einen Anstoß geben und den erforderlichen Veränderungsprozess unterstützen.

Die Daten der Krankenkassen weisen darauf hin, dass die Aufmerksamkeit für psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen und die Unterstützung dieser Personen im SGB II beträchtliches Wirkungspotenzial hat. Nach den Daten der Krankenkassen sind bei Personen im ALG-II-Bezug Depressionen und Angststörungen

mit Abstand die häufigsten Einzeldiagnosen.¹⁰ Diese Störungen haben in vielen Fällen eine gute Prognose, wenn sie frühzeitig behandelt werden.

3. Nur ein Teil der psychisch Kranken ist in Behandlung und hat psychosoziale Unterstützung

In Europa haben 30 bis 50 % der psychisch Erkrankten Behandlungskontakte zu Psychiatern oder Psychotherapeuten. In Deutschland berichten 68 % der Personen mit einer psychiatrischen Diagnose, keinen regelmäßigen Kontakt zum Gesundheitssystem zu haben. Je mehr Diagnosen psychisch Erkrankte haben, desto größer ist der Anteil unter ihnen mit Kontakt zum Gesundheitssystem. Bei vier und mehr Diagnosen steigt dieser Anteil auf 40 %.¹¹

Es lässt sich folglich feststellen, dass nur ein Teil der psychisch Kranken in Behandlung ist und/oder psychosoziale Unterstützung in Anspruch nimmt.

Im Vergleich zur Allgemeinmedizin ist die Inanspruchnahme psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischer Fachversorgung gering. Dafür gibt es mehrere Gründe. Der Hausarzt ist weiterhin die erste Anlaufstelle bei psychischen Beschwerden, betroffene Personen empfinden die allgemeinmedizinische Versorgung als wenig stigmatisierend. Möglicherweise halten sich Hausärzte jedoch mit einer Überweisung in eine fachärztliche Versorgung zurück.¹² Die Diagnoserate psychischer Erkrankungen im primären Versorgungssystem wird immer noch niedrig eingeschätzt.¹³ Wie das Stigma, führt die niedrige Diagnoserate zu einer Verzögerung der Erstbehandlung mit der Konsequenz einer potenziellen Verschlechterung des Verlaufs. Gleichzeitig müssen Patienten in vielen Fällen sehr lange Wartezeiten in Kauf nehmen, um einen Psychotherapieplatz zu bekommen.

Der Deutsche Verein geht davon aus, dass es einen Optimierungsbedarf hinsichtlich der Behandlungsrate gibt. Die Jobcenter können zu dieser Optimierung beitragen. Das ist umso besser möglich, wenn die Kapazitäten der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Fachversorgung in ausreichendem Maße vorhanden sind.

4. Erwerbsarbeit mildert psychische Störungen und fördert die Stabilisierung – Personen mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung wollen arbeiten – ihre Beeinträchtigung oder Erkrankung erschwert das

Psychische Störungen können eine Ursache für Arbeitslosigkeit wie auch eine Folge von Arbeitslosigkeit sein. Psychische Störungen sind ein relevanter Faktor dafür, wie betroffene Personen am Arbeitsleben teilhaben.

10 Vgl. Schubert, M. u.a.: Menschen mit psychischen Störungen im SGB II, IAB-Forschungsbericht, Nürnberg 2013, S. 33 und S. 34 Tabelle 5. Nach den Daten, die uns das Wissenschaftliche Institut der AOK – WidO – zur Verfügung gestellt hat, waren im Jahr 2021 48 % ihrer versicherten Personen mit ALG-II-Bezug von einer depressiven Episode betroffen, 27 % hatten eine Angststörung; da bei den Einzeldiagnosen Mehrfachzählungen möglich sind, summieren sich die Anteile aller Einzeldiagnosen auf mehr als 100 %.

11 Jacobi u.a. (Fußn. 2), S. 83.

12 Gaebel, W. u.a.: Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen, in: Deutsches Ärzteblatt, November 2013, S. 799–808, hier: S. 805.

13 Gaebel, W. u.a.: Stigma erschwert Behandlung und Integration, in: Deutsches Ärzteblatt 12/2004, S. 553–555, hier: S. 554.

Teilhabe an der Erwerbsarbeit und das dadurch erzielbare Einkommen bestimmen in hohem Maße die Lebenssituation der Menschen in Deutschland. Es ist ein Leitgedanke der Grundsicherung für Arbeitsuchende, dass Erwerbsintegration die wirksamste Form der Inklusion ist.

Die Teilhabe am Arbeitsleben und am Arbeitsmarkt hat gerade für psychisch Beeinträchtigte und psychisch Kranke große Bedeutung. Arbeit verschafft ein Gefühl für sozialen Status und Identität, von persönlichem Erfolg und persönlicher Sicherheit durch die gelungene Bewältigung von äußeren Anforderungen und die Erfüllung der Erwartungen anderer. Arbeit ermöglicht soziale Kontakte und Unterstützung, auch, sich in normalen sozialen Rollen zu engagieren und somit einer chronischen Krankenrolle entgegenzuwirken. Arbeit ist ein leicht identifizierbares Kriterium für Genesung und ein Mittel zur Tagesstrukturierung.¹⁴

Angemessene, den Neigungen und Fähigkeiten eines Menschen entsprechende Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung fördert dementsprechend die persönliche und psychische Stabilisierung, mildert eine psychische Erkrankung, erhöht die Lebenszufriedenheit und reduziert den Bedarf an psychiatrischer Behandlung und Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.¹⁵

Für einen großen Teil der Menschen mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung hat Erwerbsarbeit in ihrem Lebensverlauf einen zentralen Stellenwert. Sie verbinden damit Anerkennung und Bestätigung, ein besseres Selbstwertgefühl und eine größere soziale Teilhabe. Vorherige berufliche Erfahrungen erlebten die Betroffenen im Allgemeinen als gesundheitsförderlich und stabilisierend. Sie wünschen sich eine berufliche, bevorzugt eine unbefristete Beschäftigung.¹⁶ Die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen wollen arbeiten. Es besteht ein erhebliches Potenzial für die Erwerbsintegration von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Personen.¹⁷

Aus Sicht des Deutschen Vereins sollten die Fachkräfte in den Jobcentern die Betroffenen ermutigen, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen und gemeinsam mit ihnen einen adäquaten Arbeitsplatz zu finden.

14 Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg.): Individuelle Wege ins Arbeitsleben, Bonn 2004, S. 23.

15 Aktion Psychisch Kranke e.V. (Hrsg.): Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme, Bonn 2007, S. 8.

16 Gühne, U. u.a.: Für die meisten psychisch kranken Menschen hat Arbeit einen hohen Stellenwert, <https://www.iab-forum.de/fuer-die-meisten-psychisch-kranken-menschen-hat-arbeit-einen-hohen-stellenwert/> (22. November 2022), S. 6.

17 Gühne, U./Riedel-Heller, S.: Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland, Berlin 2015, S. 4 und 19. 71 % der Patienten im Alter zwischen 18 und 65 Jahren einer Psychiatrischen Klinik, die ohne Arbeit oder reguläre Ausbildung waren, gaben in einer Befragung an, dass Arbeit für sie ein relevantes Thema sei, vgl. Jäckel, D. u.a.: Arbeitsbezogene Teilhabebeeinträchtigungen und Unterstützungsbedarf von Patienten in der (teil-)stationären psychiatrischen Versorgung, in: Psychiat Prax, Online-publiziert am 20. März 2020. In einer Studie bayrischer Kliniken der Psychiatrie und Psychotherapie gaben 58 % der befragten Patienten an, großes Interesse an einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu haben, von denen mit einem Arbeitsplatz waren es fast 80 %, von denen ohne Arbeitsplatz 66 %, vgl. Gühne, U. u.a.: Employment status and desire for work in severe mental illness: results from an observational, cross-sectional study, in: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiologie 2021, S. 1657–1667.

B. Handlungsprinzipien und Handlungsstrategien im Umgang mit psychisch beeinträchtigten und erkrankten Leistungsberechtigten im SGB II – Empfehlungen des Deutschen Vereins

Angesichts der hohen Bedeutung von psychischen Erkrankungen plädiert der Deutsche Verein dafür, dass Jobcenter es sich zur Aufgabe machen, den Umgang mit psychisch beeinträchtigten oder kranken Leistungsberechtigten weiter umsichtig und professionell zu gestalten.¹⁸

Dabei sind die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende auf die Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern und verschiedenen Leistungserbringern angewiesen, wenn sie Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Erkrankungen unterstützen. Jobcenter können befördern, dass Leistungsberechtigte das Versorgungssystem für psychisch beeinträchtigte und erkrankte Personen in Anspruch nehmen. Die Ergebnisse der Unterstützung hängen jedoch maßgeblich von der Qualität des Versorgungssystems ab.

Der Deutsche Verein benennt und erläutert in diesen Empfehlungen folgende 14 orientierende und motivierende Handlungsprinzipien sowie praktisch wirksame Handlungsstrategien, die dazu beitragen sollen, Leistungsberechtigte mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende wirksam zu unterstützen.

1. Fachkräfte in den Jobcentern für psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen sensibilisieren und befähigen, psychische Probleme zu erkennen – Basiskompetenz

Die Fachkräfte in den Jobcentern haben immer mit einzelnen Personen und ihren individuellen Biografien zu tun. In vielen Fällen zeigen Personen Eigenheiten in der Kommunikation und auch im Verhalten. Biografische Daten wie Brüche im Lebenslauf und häufige Stellenwechsel und die aktuellen Lebensumstände können auf psychische Beeinträchtigungen oder eine psychische Erkrankung hindeuten. Es ist jedoch ebenso möglich, dass das nicht der Fall ist.

Wenn Leistungsberechtigte von sich aus darauf hinweisen, dass sie von einer psychischen Beeinträchtigung oder Erkrankung betroffen sind, dann können Fachkräfte das aufgreifen und versuchen, die Relevanz für die aktuelle Situation des Betroffenen zu klären. Wenn Leistungsberechtigte sich nicht zu ihrer psychischen Verfassung äußern, aber Auffälligkeiten bei der Kontaktaufnahme oder im Gesprächsverlauf wahrgenommen werden, ist zu entscheiden, diese anzusprechen oder das nicht zu tun.

Der Deutsche Verein plädiert dafür, dass die Fachkräfte der Jobcenter ermutigt und unterstützt werden, ihre Erfahrungen und Beobachtungen im Hinblick auf mögliche psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen einzuordnen. Möglichst alle Fachkräfte in den Jobcentern sollten eine Basiskompe-

¹⁸ Das am 24. November 2022 vom Bundestag verabschiedete Bürgergeld-Gesetz unterstützt dieses Plädoyer des Deutschen Vereins. Insbesondere der mit dem Gesetz in das SGB II neu eingeführte § 16k – ganzheitliche Betreuung – bietet den Jobcentern zusätzliche Möglichkeiten, auf die Bedarfe von psychisch beeinträchtigten und erkrankten erwerbsfähigen Leistungsberechtigten einzugehen.

tenz für das Verständnis von psychischen Erkrankungen und ihre Folgen für das Erleben und Verhalten von Betroffenen haben. Sie sollten in der Lage sein, eine entsprechende Beobachtung in der Beratung adäquat ansprechen zu können. Die Beobachtungen und Vermutungen sollten in Kollegialen Beratungen und Fallkonferenzen oder Supervisionen besprochen werden können.

Aus Sicht des Deutschen Vereins sollte es eine Basisqualifikation für die Fachkräfte der Jobcenter geben¹⁹, die ein Grundverständnis psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen²⁰ sowie der Möglichkeiten ihrer Behandlung ebenso vermittelt wie ein Grundverständnis des bio-psycho-sozialen Modells, das die WHO in der ICF ausgearbeitet hat.²¹ Darüber hinaus ist die Vermittlung der UN-Behindertenrechtskonvention geeignet, der Diskriminierung und Stigmatisierung von Personen entgegenzuwirken.

Im allgemeinen Sprachgebrauch und auch in Fachdiskussionen wird Beeinträchtigung von Erkrankung unterschieden.²² Unter Beeinträchtigungen können Verhalten und Erleben von Personen zusammengefasst werden, die die Kriterien einer Diagnose psychischer Erkrankung (noch) nicht oder nicht vollständig erfüllen. Darunter können auch die Fälle von Leistungsberechtigten gefasst werden, die die Kriterien einer Diagnose erfüllen würden, aber keine Diagnose haben. Gerade in diesen Fällen kann die Beachtung und Rückmeldung psychischer Auffälligkeiten ein großes Wirkungspotenzial haben.

Die Sensibilisierung für psychische Beeinträchtigungen oder Erkrankungen und die Befähigung, entsprechende Beobachtungen einordnen und ansprechen zu können, sind Voraussetzung dafür, dass Jobcenter ihre Potenziale der Unterstützung von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Leistungsberechtigten nutzen und ggf. in die Perspektive einer Erwerbsintegration umsetzen können.

Das Pendant zur Basiskompetenz in den Jobcentern ist eine Stelle, die eine Vermutung der Fachkraft aufgreift und für Leistungsberechtigte kurzfristig und sehr niedrigschwellig erreichbar ist. Gleichwohl wird die adäquate Umsetzung der komplexen Beratungs- und Vermittlungsaufgabe nur möglich sein, wenn dafür ein entsprechender Betreuungsschlüssel angewendet wird.²³

19 Die Führungsakademie der Bundesagentur für Arbeit z.B. bietet seit einigen Jahren ein Training unter dem Titel „Psyche verstehen“ – Menschen professionell begegnen insbesondere für Fachkräfte der Beratung und Vermittlung an, das dieser Intention entspricht.

20 Zum Verständnis psychischer Erkrankungen kann die International Classification of Disease – ICD beitragen. In Kapitel V der deutschen Version der ICD-10, die in Deutschland weiterhin angewendet wird, sind die Diagnosen der Psychischen und Verhaltensauffälligkeiten dargestellt. Eine Diagnose nach der ICD-10 ist eine Voraussetzung dafür, dass die Behandlung einer psychischen Störung nach dem SGB V abgerechnet werden kann.

21 Die International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF ist im Jahr 2005 mit dem Titel Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit auf deutsch veröffentlicht worden. Die ICF ist die allgemeine Grundlage für die Bedarfsermittlung in der Eingliederungshilfe (§ 118 SGB IX).

22 Im Modell der ICF sind Beeinträchtigungen eine Folge u.a. von Erkrankungen. Beeinträchtigt sein kann die Durchführung einer Aktivität oder die Teilhabe in einem Lebensbereich.

23 Vgl. auch: Vertikale Revisionen im Jahr 2020. Zusammenfassung der Ergebnisse gemeinsame Einrichtungen (gE) auf Bundesebene. Bericht der Bundesagentur für Arbeit nach § 49 SGB II, o.O., Oktober 2021. In diesem Bericht zitiert die Bundesagentur für Arbeit auf Seite 5 ein Projekt zur niederschweligen Unterstützung von SGB II-Bedarfsgemeinschaften in intensiver Zusammenarbeit mit dem Jugendamt. Die gE, die dieses Projekt realisierte, ist die einzige der untersuchten gE, bei der die Betreuung aller in die Prüfung einbezogenen Kundinnen und Kunden als zielführend bewertet wurde. Der von der gE infolge des Projekts anwendbare Betreuungsschlüssel von max. 40 Kundinnen und Kunden habe eine hohe Kontaktdichte ermöglicht und auch Beratungen außerhalb des Jobcenters zugelassen. Das herausragende Ergebnis wäre bei einem höheren Betreuungsschlüssel nicht erreichbar gewesen.

2. Klärungsprozesse und Brücken in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und zu psychosozialen Hilfen – Clearing-Stelle und komplexe Leistungen

Ergänzend zum Fallmanagement und zur Reha-Fachberatung in den Jobcentern sollten die Fachkräfte des Jobcenters Leistungsberechtigte auf eine Stelle hinweisen können, die sich durch einen sehr niedrigschwelligen Zugang auszeichnet und die Aufgabe hat, in einem Gespräch oder in mehreren Gesprächen mit einem Leistungsberechtigten zu klären, wie der psychische Zustand einzuschätzen ist und ob diese Person möglicherweise Behandlungs-, Therapie- und psychosozialen Unterstützungsbedarf hat. Das ist besonders in den Fällen eine wichtige Option, in denen die Fachkraft des Jobcenters psychische Auffälligkeiten feststellt, aber keine Diagnose dazu vorliegt oder eine solche der Fachkraft nicht mitgeteilt wurde. Es geht zunächst darum, ob die Einschätzung einer Fachkraft des Jobcenters bestätigt werden kann oder nicht.

Trifft die Einschätzung der Fachkraft zu, sollte das Klärungsgespräch der Beginn oder die Fortsetzung der Auseinandersetzung der betroffenen Person mit ihrer Beeinträchtigung oder Erkrankung und ihren Hilfebedarfen sein. Der nächste Schritt sollte darin bestehen, dass eine fachlich anerkannte Diagnose erstellt wird. Auf dieser Grundlage kann dann adäquate Behandlung, Therapie und Unterstützung geplant und umgesetzt werden.

Die leistungsberechtigte Person ist über die Aufgaben und den Status der Clearing-Stelle zu informieren. Wenn sie damit einverstanden ist, sollten die Ergebnisse der Klärungsgespräche der Fachkraft des Jobcenters verlässlich zurückgemeldet werden. Da hier sehr sensible personenbezogene Daten übermittelt werden, sind die datenschutzrechtlichen Bestimmungen konsequent einzuhalten. Eine Schweigepflichtentbindung sollte aber nicht Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Klärungsgespräche sein. Der Zugang sollte tatsächlich so niedrigschwellig wie möglich gehalten werden.

Die Gespräche oder Sprechstunden sollten in einer Räumlichkeit des Jobcenters stattfinden können, um auch organisatorisch die Schwelle der Inanspruchnahme so niedrig wie möglich zu halten und Vertrauensschutz zu gewährleisten. Die auf der Stelle tätigen Personen sind nicht im Jobcenter beschäftigt, sondern bei einer anderen Institution und durch eine anerkannte psychologische/psychiatrische Expertise ausgewiesen.

Eine solche Clearing-Stelle ist der erste Partner der Fachkräfte der Jobcenter bei der Unterstützung von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Leistungsberechtigten.

Diese Stelle kann auf verschiedene Arten organisiert und finanziert werden. Möglich wäre der Einsatz psychosozialer Betreuung nach § 16a Nr. 3 SGB II oder die Inanspruchnahme des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung könnte abgestimmt werden, „Offene Sprechstunden“ nach § 11 Psychotherapie-Richtlinie im Jobcenter anzubieten. Mit einer möglichst ortsnahen Klinik oder Krankenhausabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie könnte eine entsprechende Kooperation vertraglich vereinbart werden. Die Kliniken werden darin unterstützt, Arbeit und Beschäftigung in die Behandlung ihrer

Patienten einzubeziehen und dafür eine Perspektive nach der stationären Behandlung zu schaffen.

Das Idealmodell einer Clearingstelle Psychische Beeinträchtigung oder Erkrankung umfasst deutlich mehr als die Klärung einer psychischen Auffälligkeit. Eine solche Stelle bietet den Jobcentern und Leistungsberechtigten auch

- Anamnese und Diagnostik in Einzelgesprächen: insbesondere Erkennen von behandlungsbedürftigen psychischen Störungen, Prüfung des Behandlungs- und Versorgungsstatus und Empfehlungen zu Behandlung, Therapie, psychosozialer Unterstützung,
- Vermittlung von passenden Leistungen im vorhandenen Versorgungssystem, auch solcher Leistungen, die außer den psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Leistungen (dringend) erforderlich sind (z.B. Suchtberatungsstelle, Schuldnerberatung, Zahnarzt, Selbsthilfe),
- Beratung und Prozessbegleitung: Behandlungsmotivation, Psychoedukation, Überbrückung von Wartezeiten durch Gruppenangebote und Kurzinterventionen (Entspannungstraining – Stressbewältigung, Training kognitiver oder sozialer Kompetenzen), Krisenmanagement,
- Information der Fachkräfte im Jobcenter – wenn Schweigepflichtentbindung vorliegt: Fallbesprechungen, Abstimmung der geplanten Interventionen und Vermittlungen ins Versorgungssystem und zu anderen Hilfen,
- Qualifizierung der Fachkräfte des Jobcenters durch Vermittlung von Wissen über psychische Störungen und durch Training spezieller Gesprächsführung.²⁴

Das Versorgungssystem in Deutschland bietet für die sehr unterschiedlichen Bedarfe von psychisch Beeinträchtigten und Erkrankten wirksame Hilfen an. Die Erreichbarkeit von Hilfen ist jedoch oftmals organisatorisch so schwierig, dass schon daran die Inanspruchnahme von Hilfe scheitert. Bei Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung kann es erforderlich sein, die Vermittlungsleistungen in das Versorgungssystem um Hausbesuche und die Begleitung bei Arzt- oder Behördenterminen zu erweitern.²⁵

Eine so aufgestellte Clearing-Stelle umfasst Leistungen, die aus verschiedenen Haushaltstiteln zu finanzieren und für die verschiedene Leistungsträger zuständig sind. Deshalb muss die Finanzierung einer Clearing-Stelle mit einem komplexen Set an Leistungen im Detail geprüft und geregelt werden.²⁶

24 Vgl. zu diesem Leistungs-Set <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/unsere-angebote/fuer-firmen-und-organisationen/psychosoziales-coaching-1588> (23. November 2022), zu weitergehenden Informationen: https://www.deutscher-verein.de/de/uploads/vam/2018/f-3335-18/alt_ua_psychosozialescoaching.pdf (23. November 2022). Ein ähnliches Konzept erarbeitet das Bundesamt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – BAuA – zur Früherkennung psychischer Krisen und Erkrankungen in Betrieben, vgl. Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb (PSiB), https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeit-und-Gesundheit/Betriebliches-Gesundheitsmanagement/Psychosomatische-Sprechstunde-im-Betrieb/Psychosomatische-Sprechstunde-im-Betrieb_node.html (22. November 2022) und BAuA (Hrsg.): Die Rückkehr gemeinsam gestalten – Wiedereingliederung nach psychischen Krisen, Dortmund 2021, insb. S. 10 und 13.

25 Die Zusammenarbeit des Jobcenters Mainz mit der dort ansässigen Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen – gpe – ist ein Beispiel dafür, wie eine solche Unterstützung organisiert werden und funktionieren kann, vgl. <https://gpe-mainz.de/downloads/fuer-psychisch-erkrankte.html> (22. November 2022).

26 In einem Schreiben vom 30. März 2022 an die Länderministerien mit Zuständigkeit für die Grundsicherung für Arbeitsuchende, an die Kommunalen Spitzenverbände und die Bundesagentur für Arbeit weist das Bundesministerium für Arbeit und Soziales darauf hin, bei der Ausgestaltung und Durchführung von Maßnahmen zur Stabilisierung von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Leistungsberechtigten oder zu ihrer Vermittlung in das therapeutische Hilfesystem den rechtliche Rahmen des SGB II zu beachten und die Finanzierung aus den korrekten Haushaltstiteln sicherzustellen.

Der Deutsche Verein plädiert dafür, dass in jedem Jobcenter mindestens ein Clearing der Fälle stattfindet, bei denen eine psychische Beeinträchtigung oder Erkrankung vermutet wird. Der Deutsche Verein regt an, dass jedes Jobcenter prüft, ob und wie das gesamte Leistungsspektrum Klärung, Diagnostik, Vermittlung, Prozessbegleitung und Information sowie Qualifizierung der Fachkräfte erbracht werden kann.

Der Deutsche Verein würde es begrüßen, wenn alle Jobcenter ihren Leistungsberechtigten mit einer schweren psychischen Erkrankung die einem Jobcenter maximal mögliche Unterstützung vermitteln. Dafür ist die erweiterte und personalisierte Prozessbegleitung ein wichtiges Element.

3. Erwerbsfähigkeit feststellen – Zuständigkeitswechsel bei Erwerbsminderungsrente gestalten

Eine Voraussetzung für den Bezug von Arbeitslosengeld II besteht darin, erwerbsfähig zu sein. Im Klärungsprozess nach Kapitel 2 oder allein aufgrund vorgelegter Dokumente kann die Frage aufkommen, ob die Erwerbsfähigkeit nach § 8 Abs. 1 SGB II gegeben ist, wenn eine schwere psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Dann muss in einem eigenen Verfahren die Erwerbsfähigkeit festgestellt werden.

In diesem Fall erstellt der Ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit oder das Gesundheitsamt eine gutachterliche Stellungnahme, die begründet einschätzt, ob die Erwerbsfähigkeit im oben genannten Sinne gegeben ist oder nicht. Wenn aus der gutachterlichen Stellungnahme hervorgeht, dass die Erwerbsfähigkeit nicht gegeben ist, erstellt der zuständige Träger der Rentenversicherung zur abschließenden Feststellung der Erwerbsfähigkeit eine eigene gutachterliche Stellungnahme oder wird dazu vom Sozialhilfeträger beauftragt, um zu prüfen, ob ein Anspruch auf Erwerbsminderungsrente oder Leistungen der Sozialhilfe nach SGB XII besteht. Die gutachterliche Stellungnahme des Rentenversicherungsträgers ist für alle beteiligten Träger bindend (§ 44a Abs. 2 SGB II). In einer erheblichen Anzahl von Fällen schätzen die gutachterlichen Stellungnahmen des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit und des Rentenversicherungsträgers die Erwerbsfähigkeit einer Person unterschiedlich ein.

Der Deutsche Verein teilt das Anliegen, die Verunsicherung von Leistungsberechtigten durch lange Wartezeiten und mögliche widersprüchliche Entscheidungen bei der Feststellung von Erwerbsfähigkeit zu vermeiden.²⁷

Ähnliches gilt, wenn psychisch erkrankte Leistungsberechtigte eine Erwerbsminderungsrente erhalten. Diese wird zunächst immer längstens für drei Jahre geleistet (§ 102 Abs. 2 SGB VI). Ab Beginn der vollen Erwerbsminderungsrente endet der Leistungsbezug im SGB II und der Kontakt zum Jobcenter, sofern der Leistungsrechtigte nicht als Mitglied einer Bedarfsgemeinschaft über den Bezug von Sozialgeld nach dem SGB II weiter durch das Jobcenter betreut wird. Die Träger der

²⁷ Der Koalitionsvertrag 2021 – 2025 der Parteien der Bundesregierung sieht vor, dass die Feststellung der Erwerbsfähigkeit standardisiert und ausschließlich von der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt wird, vgl. Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Freie Demokratische Partei (FDP) (Hg.): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Berlin, 7. Dezember 2021, S. 61.

Rentenversicherung haben erkannt, dass hier relevanter Bedarf und wirksames Potenzial für Unterstützung außer Acht gelassen wurden. Sie haben es sich zur Aufgabe gemacht, Personen, die eine zeitlich befristete Erwerbsminderungsrente erhalten, aktiv bei der beruflichen Wiedereingliederung zu unterstützen (Return-to-Work-Perspektive).²⁸

Der Deutsche Verein regt an, dass sich Rentenversicherungsträger und Jobcenter für die Rückkehr von Leistungsberechtigten ins Erwerbsleben ähnlich wie bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben miteinander abstimmen.

4. Die Unterstützung von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Leistungsberechtigten an einer Recovery-Perspektive ausrichten

Wie bei anderen Krankheiten auch, ist es generell das Ziel der Behandlung und Unterstützung, psychische Krankheiten zu heilen. Und ebenso wie bei anderen chronischen Krankheiten gelingt das bei chronisch gewordenen psychischen Krankheiten oftmals nicht. Hinzu kommt, dass ein erheblicher Anteil von Patienten, deren psychische Störung als klinisch geheilt galt, Krankheitsrückfälle erleidet.

Es ist deshalb sinnvoll, nicht ausschließlich die vollständige Genesung durch Behandlung und Unterstützung zu fokussieren, sondern den Betroffenen auch ganz besonders dabei zu helfen, die persönlichen und sozialen Folgen einer psychischen Erkrankung zu überwinden und zu einem erfüllten, sinnhaften und selbstbestimmten Leben zurückzufinden. Dazu gehört auch, dass sie einen positiven Beitrag in der Gesellschaft leisten können. Diese Perspektive der Versorgung psychisch Kranker ist der Kern des Konzeptes, das in der Psychiatrie und psychosozialen Versorgung als „Recovery“ bezeichnet, entwickelt und umgesetzt wird.²⁹ Hilfe und Unterstützung zielen hierbei auf die Teilhabe der Betroffenen am sozialen Leben trotz möglicherweise weiter bestehender Krankheitszeichen, das schließt insbesondere auch die Teilhabe am Arbeitsmarkt ein.³⁰ Teil des Hilfenetzwerkes sind sog. Peers, Personen mit Psychiatrieerfahrung oder sog. „Genesungsbegleiter“.

Die Umsetzung jedes konkreten Recovery-Konzeptes erfordert es, dass alle Beteiligten des Versorgungs- und Unterstützungssystems personenzentriert und ressourcenorientiert mit den betroffenen Personen zusammenarbeiten. Die Hilfe richtet sich nach den für den einzelnen betroffenen Menschen wesentlichen Werten, Lebenszielen und Bedürfnissen. Recovery beinhaltet für die Betroffenen die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Sinns im Leben.³¹

Die Selbsthilfe von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und vielen Engagierten ist eine inzwischen weit verbreitete Form, in der Recovery praktisch umgesetzt

28 Hesse, B. u.a.: Psychische Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung – zentrale Handlungsfelder, in: RV-aktuell 8/2019, S. 194–199, hier: S. 196 f.

29 Vgl. Schrank, B./Amering, M.: „Recovery“ in der Psychiatrie, in: Neuropsychiatrie, Nr. 1/2007, S. 45–50, hier: S. 45 f.

30 Gühne, U./Riedel-Heller, S.: Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland, Berlin 2015, S. 4.

31 Dachverband Gemeindepsychiatrie e.V. (Hrsg.): Recovery für die Seele. Das Recovery-Konzept und seine Bedeutung für die Inklusion von psychisch erkrankten Menschen, Köln 2016, S. 4. Der Dachverband Gemeindepsychiatrie unterscheidet „persönliche Recovery“ und „klinische Recovery“.

wird. Wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen an Selbsthilfegruppen teilnehmen, sind sie nicht länger nur Patienten. Sie nehmen ihren Lebens- und Gesundheitsweg selbst in die Hand. Es kann sehr hilfreich sein, wenn Fachkräfte im Jobcenter Selbsthilfegruppen von psychisch Erkrankten und ihren Angehörigen kennen und betroffene Leistungsberechtigte darauf aufmerksam machen, dass es diese gibt.³²

Erfolgsparameter einer Recovery-Perspektive sind: Selbstwirksamkeitserleben, Lebensqualität, Empowerment und Hoffnung.

Die Nutzer psychiatrischer Hilfe haben das Recht, selbstständig informierte Entscheidungen über alle Aspekte ihrer Behandlung zu treffen. Je nach ihren eigenen Werten und Einstellungen müssen professionelle Helferinnen und Helfer sich weg entwickeln von ihrer Rolle als außenstehende Experten für Krankheiten, hin zu Begleitern und Unterstützern auf individuellen Lebenswegen, die gleichwertige Partnerschaften mit ihren Klienten aufbauen und sinnhaft nutzen. Versorgungseinrichtungen müssen vernetzt arbeiten und sich flexibel auf den individuellen Unterstützungsbedarf sowie auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Person im jeweiligen Lebensfeld zum jeweiligen Zeitpunkt einstellen.³³

Der Deutsche Verein plädiert dafür, dass sich die Jobcenter im Umgang mit psychisch beeinträchtigten und psychisch kranken Leistungsberechtigten am Recovery-Konzept orientieren und dieses Konzept auch in der Qualifikation für die Basiskompetenz im Umgang mit psychischen Auffälligkeiten vermittelt wird. Analog zur Behandlung sollte die Vermittlung und Unterstützung nicht eine bedarfsdeckende Erwerbsintegration fokussieren, sondern Erwerbsintegration und auch soziale Teilhabe ermöglichen, die dem Bedarf und den Möglichkeiten der betroffenen Person entsprechen. Die Umsetzung dieser Orientierung erfordert eine Qualifizierung und einen erfahrungsgeleiteten Lernprozess der Fachkräfte in den Jobcenter.

Die Umsetzung dieser Orientierung kann ein Arbeitsbündnis zwischen Fachkraft und Leistungsberechtigten fördern, ist aber auch darauf angewiesen, dass ein solches Bündnis zustande kommt. Psychische Erkrankungen sind in jedem Fall ein wichtiger Grund dafür, dass Meldetermine und Pflichten gegenüber dem Jobcenter nicht eingehalten werden können. Bei psychischen Erkrankungen liegt ein Härtefall vor. In diesen Fällen erfolgt keine Leistungsminderung.

Eine Umsetzung der Recovery-Perspektive durch die Jobcenter lässt sich im vorhandenen System der Zielvereinbarung nach § 48b SGB II nicht abbilden. Dazu müsste die persönliche Stabilisierung von Personen als eine Zieldimension in das SGB II eingeführt und diese ebenso wie die im § 48b Abs. 3 SGB II benannte „Soziale Teilhabe“ im Kennzahlensystem nach § 48a SGB II berücksichtigt werden.

32 Auf der Website der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen – NAKOS, nakos.de, sind vielfältige Informationen zu „Selbsthilfe und seelische Gesundheit“ zu finden, u.a. Adressen von Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen.

33 Schrank, B./Amering, M.: „Recovery“ in der Psychiatrie, in: Neuropsychiatrie, Nr. 1/2007, S. 45–50, hier: S. 48.

5. Der Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung entgegenwirken

Obwohl viele Menschen in Deutschland eigene Erfahrungen mit einer psychischen Erkrankung machen und die Behandlungsmöglichkeiten deutlich besser geworden sind, ist die Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung keine Marginalie, sondern hat weitreichende Bedeutung für die Lebenssituation und auch für den Krankheitsverlauf und die Heilungschancen. Nach wie vor sieht ein großer Teil der Bevölkerung in psychisch Kranken ein Gefährdungspotenzial, ein großer Teil der Bevölkerung hält sie für leistungsschwach oder leistungsunfähig und ist der Meinung, dass diese Personen selbst für ihre Lage verantwortlich sind, u.a., dass sie sich nicht genügend anstrengen, um gesund zu werden. Sie gehen auf Distanz zu psychisch Kranken und auch deren Familien und protestieren, wenn in ihrem Umfeld Einrichtungen des betreuten Wohnens entstehen. So können sich psychisch Kranke nur sehr schwer oder gar nicht in das öffentliche Leben integrieren.³⁴ Wer ein Stigma trägt, der kann machen, was er will: Soziale Wertschätzung und Vertrauen sind nun nur unter sehr erschwerten Bedingungen zu erlangen.³⁵

Viele psychisch Kranke verinnerlichen die Vorurteile über sie und reagieren u.a. damit, dass sie ihre Erkrankung für sich behalten oder sich aus ihrem sozialen Umfeld zurückziehen. So verlieren sie eine Ressource, die ihnen Halt geben und Unterstützung bieten kann. Hinzu kommt, dass die Behandlungsinstitutionen von großen Teilen der Bevölkerung ebenfalls stigmatisiert und diskreditiert werden. Ein großer Teil der psychisch Kranken nimmt aus Scham keine ärztliche Hilfe in Anspruch und lebt mit der Angst, durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zusätzlich stigmatisiert zu werden. Die häufig lange Zeitspanne zwischen dem Auftreten einer psychischen Erkrankung und dem Aufsuchen professioneller Hilfe ist deshalb nicht nur durch strukturelle Defizite des Gesundheitssystems bedingt, sondern auch durch Stigmatisierung.³⁶

Es erfordert hohe Sensibilität, wenn Fachkräfte im Jobcenter eine leistungsbeeinträchtigte Person auf ein auffälliges Verhalten ansprechen. Genau diese Ansprache kann aber geeignet sein, der Selbststigmatisierung entgegenzuwirken. Dass eine Ansprache so wirkt, setzt eine vorurteilsfreie Einstellung zu psychischen Erkrankungen voraus. Die Basisqualifikation sollte dazu beitragen, dass das möglich ist.

Der Deutsche Verein begrüßt es, dass die Bundesregierung eine „bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen“ starten will.³⁷ Jobcenter sollten diese Initiative aufgreifen und selbst durch Informationen in Flyern und auf ihrer Website aktiv zur Entstigmatisierung beitragen.

34 Gaebel, W. u.a.: Stigma erschwert Behandlung und Integration, in: Deutsches Ärzteblatt 12/2004, S. 553–555. Eine der wenigen empirischen Studien, die es zur Stigmatisierung psychisch Kranker in Deutschland gibt, zeigt auf, dass im Vergleich von 2013 zu 1990 die Ablehnung von Menschen mit Schizophrenie deutlich zugenommen hat, während sich die Einstellungen zu Menschen mit Depression zumindest nicht verbesserten, vgl. Schomerus, G.: Ablehnung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, in: Psychotherapeut 2014, S. 250–252.

35 Esser, H.: Soziologie – Spezielle Grundlagen, Band 1: Situationslogik und Handeln, Frankfurt am Main/New York 2002, S. 117.

36 Gaebel, W./Zäske, H./Baumann, A.: Stigma erschwert Behandlung und Integration, in: Deutsches Ärzteblatt, 12/2004, S. 253–255.

37 Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) u.a. (Hg.) (Fußn. 27), S. 67.

6. Eingliederungsleistungen im SGB II nach Bedarfen von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Leistungsberechtigten ausgestalten

Alle Eingliederungsleistungen nach §§ 16, 16a ff. SGB II können grundsätzlich für psychisch beeinträchtigte oder psychisch kranke erwerbsfähige Leistungsberechtigte erbracht werden. Es hängt einerseits vom Bedarf dieser Personen und der jeweils individuellen psychischen Verfassung ab, ob eine Eingliederungsleistung erbracht werden sollte und ggf. welche geeignet ist, die Erwerbsintegration dieser Person zu fördern. Andererseits hängt es von der Ausgestaltung bzw. Gestaltbarkeit einer Eingliederungsmaßnahme ab, für welche psychisch erkrankte Person diese geeignet ist. Jenseits dieser spezifischen Bedingungen und Anforderungen gilt sicher auch für psychisch beeinträchtigte und kranke Leistungsberechtigte, dass sie an einer Maßnahme nur dann bereitwillig teilnehmen, wenn sie darin einen persönlichen Mehrwert für sich sehen und die Zuweisung dahin einvernehmlich vereinbart ist.

Es kommt der Teilnahme von psychisch beeinträchtigten oder kranken Personen entgegen, wenn Diskontinuität akzeptiert wird und in der Maßnahme berücksichtigt ist, und wenn die Fachkräfte im Jobcenter wiederholte neue Vereinbarungen und Zuweisungen generell als Teil der Unterstützung dieser Zielgruppe verstehen. Es ist zumindest für einen Teil der Zielgruppe bedarfsgerecht und für die Teilnahme förderlich, wenn in der Maßnahme von vornherein vorgesehen und mit den Teilnehmenden vereinbart ist, dass diese aufgesucht werden, wenn sie der Maßnahme fernbleiben. Auch während einer Maßnahme sollte die zuständige Fachkraft im Jobcenter für die teilnehmende Person erreichbar und Ansprechpartner sein.

Das SGB II enthält vier Eingliederungsleistungen, die besonders dafür geeignet sind, auf Bedarfe von psychisch beeinträchtigten oder kranken Leistungsberechtigten einzugehen und sie in ihrer persönlichen Stabilisierung wie im Prozess einer nachhaltigen Erwerbsintegration zu unterstützen: psychosoziale Betreuung nach § 16a Nr. 3 SGB II, Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II, freie Förderung nach § 16f SGB II und Teilhabe am Arbeitsmarkt nach § 16i SGB II.

(1) Psychosoziale Betreuung nach § 16a Nr. 3 SGB II soll psychisch beeinträchtigte oder erkrankte Personen in der Alltagsbewältigung und Lebensführung unterstützen, bei der Einhaltung von Terminen (u.a. der Behandlung und Therapie), beim Wohnen etc. Der Deutsche Verein plädiert dafür, dass diese Unterstützung bei Bedarf aufsuchend und vor Ort begleitend stattfindet.

Ergeben sich im Prozess der psychosozialen Betreuung Hinweise auf einen Bedarf an Leistungen zur Sozialen Teilhabe nach SGB IX, sollten die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Betreuung beim zuständigen Reha-Träger fortgesetzt werden kann.

Der Deutsche Verein setzt sich dafür ein, dass die psychosoziale Betreuung weiter bedarfsgerecht und flächendeckend ausgebaut wird.

(2) Jobcenter können erwerbsfähigen Leistungsberechtigten sog. Arbeitsgelegenheiten zuweisen. Die zu erfüllenden Anforderungen an die Ausgestaltung wie auch Optionen der Ausgestaltung der Arbeitsgelegenheiten sind in § 16d SGB II geregelt. Die Zuweisung in eine Arbeitsgelegenheit soll dazu beitragen, dass Leistungs-

berechtigte ihre Beschäftigungsfähigkeit erhalten oder wiedererlangen, die erforderlich ist, damit sie in den regulären Arbeitsmarkt vermittelt und dort tätig werden können. Das sollte auch die Befähigung zu einer weitergehenden Qualifizierung einschließen.

In § 16d Abs. 8 SGB II wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Personalkosten erstattet werden können, die entstehen, wenn eine besondere Anleitung, eine tätigkeitsbezogene Unterweisung oder eine sozialpädagogische Betreuung notwendig sind.

Der Deutsche Verein setzt sich dafür ein, dass Arbeitsgelegenheiten speziell für den Bedarf psychisch beeinträchtigter und kranker erwerbsfähiger Leistungsberechtigter ausgestaltet werden und dem individuellen Bedarf dieser Personen angepasst werden können. Das kann bedeuten, Arbeitszeiten flexibel zu handhaben und eine Assistenzleistung anzubieten.

Arbeitsgelegenheiten sollten gezielt so ausgestaltet werden, dass sie auf Bedarf an Tagesstrukturierung, persönlicher Stabilisierung und sinngebender Betätigung eingehen.

Innerhalb von fünf Jahren können erwerbsfähige Leistungsberechtigte maximal drei Jahre in Arbeitsgelegenheiten tätig sein und unterstützt werden, wenn der Förderbedarf besteht, die Voraussetzungen erfüllt werden und der Nachrang der Arbeitsgelegenheiten gegenüber anderen Eingliederungsleistungen beachtet wird (§ 16d Abs. 6 SGB II).

Aus Sicht des Deutschen Vereins verfügen die Jobcenter mit den Arbeitsgelegenheiten über ein großes Potenzial, psychisch beeinträchtigte oder kranke Leistungsberechtigte zu unterstützen. Um die positive Wirkung zu gewährleisten, müssen mit den Leistungsberechtigten Anschlussperspektiven gefunden und vereinbart werden.

(3) Jobcenter können prüfen, ob die Freie Förderung nach § 16f SGB II dafür eingesetzt werden kann, Leistungsberechtigten mit einer psychischen Erkrankung die Teilnahme an einer Ausbildung zum Genesungsbegleiter zu ermöglichen.

Seit 2011 wird diese Ausbildung, für die in einem EU-geförderten Leonardo da Vinci-Projekt ein sog. EX-In-Curriculum entwickelt wurde, vom Verein EX-IN Deutschland e. V. angeboten und in Deutschland implementiert. Der Verein unterstützt an 34 Standorten in Deutschland die Weiterbildung Psychiatrieerfahrener zu Genesungsbegleitern. Der Verein sorgt für die Qualitätsstandards der Ausbildung. Die inhaltliche Gestaltung ist an allen Standorten ähnlich. Im Zentrum der einjährigen Ausbildung stehen zum einen die Reflexion der eigenen Erfahrungen und zum anderen der Erwerb von Fähigkeiten und Wissen für die Arbeit aus der Erfahrenenperspektive.³⁸

Den Teilnehmern wird ein erfolgreicher Abschluss der Ausbildung mit einem Zertifikat bestätigt. Etwa die Hälfte der Absolventen gelangt in eine regelmäßige Beschäftigung, eine sozialversicherungspflichtige Anstellung oder in eine geringfügige Beschäftigung. Der Arbeitsmarkt würde weit mehr Absolventen aufnehmen, aber nicht alle streben eine Beschäftigung als Genesungsbegleiter an. Diese sind

³⁸ Vgl. z.B. Ackers, S./Bojic, V.: Ex-In: Ausbildung von Psychiatrie-Erfahrenen als GenesungsbegleiterInnen, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 4/2017, S. 77 ff.

in der ambulanten psychiatrischen Pflege, im unterstützten Wohnen oder in der stationären Behandlung tätig.³⁹

Der Deutsche Verein regt an, dass die Jobcenter prüfen, ob Leistungsberechtigten mit einer psychischen Erkrankung eine Ausbildung zum Genesungsbegleiter angeboten werden kann, wenn diese das wollen und eine berufliche Perspektive damit für sich verbinden.

Aus Sicht des Deutschen Vereins ist die Ausbildung zum Genesungsbegleiter eine gute Möglichkeit, die freie Förderung nach § 16f SGB II aufzuwerten, so wie es sich die Parteien der Regierungskoalition zur Aufgabe für die 20. Legislaturperiode gemacht haben.⁴⁰

(4) Seit dem 1. Januar 2019 können Jobcenter erwerbsfähigen Leistungsberechtigten durch finanzielle Förderung eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ermöglichen (§ 16i Abs. 2 SGB II) und diese Erwerbsintegration durch „ganzheitliche beschäftigungsbegleitende Betreuung unterstützen“ (vgl. § 16i Abs. 4 SGB II).⁴¹

Voraussetzung für die so ermöglichte Teilhabe am Arbeitsmarkt ist auf Seiten des Leistungsberechtigten, dass dieser erwerbsfähig und älter als 25 ist, mindestens sechs Jahre innerhalb der letzten sieben Jahre Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II erhalten hat und in dieser Zeit nur kurzzeitig sozialversicherungspflichtig oder geringfügig beschäftigt oder selbstständig tätig war (§ 16i Abs. 3). Diese Voraussetzungen erfüllt mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine erhebliche Anzahl von Personen mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung im SGB II. Vielen von diesen Personen gelingt es nicht, längerfristig oder überhaupt im allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Die öffentlich geförderte Teilhabe am Arbeitsmarkt bietet psychisch beeinträchtigten oder erkrankten erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im SGB II eine neue Chance der Erwerbsintegration.

Die Erwerbsintegration soll durch „ganzheitliche beschäftigungsbegleitende Betreuung“ unterstützt werden. Auch das ist eine Regelung, die psychisch Beeinträchtigten oder Erkrankten entgegenkommt. Da sich psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen durch wiederkehrende Episoden und teilweise gravierende Schwankungen im Verhalten und Erleben auszeichnen, können gerade diese Personen bei der Erwerbsintegration durch ein Coaching unterstützt werden, das auf ihre individuellen Bedarfe eingeht und gegenüber dem Arbeitgeber oder in einer konkreten Arbeitssituation eine vermittelnde und klärende Rolle einnimmt.⁴² Vorausgesetzt, dieses personenzentrierte Coaching wird von der betroffenen Person gewollt.

39 DGPPN (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2. Aufl., Heidelberg 2019, S. 88 f. siehe auch: <https://ex-in.de/ex-in-genesungsbegleitung/> (23. November 2022), Ausbildungsprogramm für Psychiatrieerfahrene zur Qualifizierung als Ausbilder und Genesungsbegleiter, ed. HPM van Haster, Amsterdam o.J.

40 Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) u.a. (Hg.) (Fußn. 27), S. 60.

41 Der Deutsche Verein hat diese neue Eingliederungsleistung des SGB II begrüßt und in zwei Empfehlungen Vorschläge für die Umsetzung des § 16i SGB II gemacht. Vgl. Teilhabe am Arbeitsmarkt für alle! Empfehlungen des Deutschen Vereins für ein neues Regelinstrument im SGB II vom 15. Mai 2018, NDV 2018, 289 ff; Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Umsetzung der Förderung nach § 16i SGB II „Teilhabe am Arbeitsmarkt“ vom 20. März 2019, NDV 2019, 151 ff.

42 Der Deutsche Verein hat in den zweiten Empfehlungen zur Umsetzung des § 16i SGB II konkrete Vorschläge dafür gemacht, wie das Coaching individuell auszugestalten ist, vgl. ebenda, S. 4–6.

Der Deutsche Verein setzt sich dafür ein, dass eine förderberechtigte Person mit einer psychischen Beeinträchtigung oder Erkrankung bei der ganzheitlichen beschäftigungsbegleitenden Betreuung ein Wahlrecht hat.⁴³ Sie sollte Coaches kennenlernen und auswählen können, mit welchem Coach sie zusammenarbeiten möchte. Es sollte auch möglich sein, einen Coach aus wichtigen Gründen zu wechseln und mit dem Coach zu vereinbaren, in welcher Form das Coaching stattfinden soll (z.B. am Arbeitsplatz oder durch Videoberatung).

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die „Chancen auf eine passgenaue Zuweisung“ erhöht werden, wenn die leistungsberechtigte Person mindestens zwei Monate vor der Beschäftigungsaufnahme von einer Fachkraft betreut wurde (§ 16i Abs. 3 Satz 2 SGB II).

Aus Sicht des Deutschen Vereins ist eine „passgenaue Zuweisung“ vor allem davon abhängig, wie es gelingt, zusammen mit der leistungsberechtigten Person festzustellen, welcher Arbeitsplatz am besten für die Teilhabe am Arbeitsmarkt geeignet wäre und wie dieser gefunden wird.

Der Gesetzgeber hat auch bei der Teilhabe am Arbeitsmarkt den Vorrang nicht geförderter Beschäftigung oder Ausbildung statuiert. „Die Agentur für Arbeit soll die Arbeitnehmerin oder den Arbeitnehmer umgehend abberufen, wenn sie diese Person in eine zumutbare Arbeit oder Ausbildung vermitteln kann“ (§ 16i Abs. 6 SGB II). Unabhängig davon, wie wahrscheinlich oder unwahrscheinlich es ist, dass dieser Fall eintritt, plädiert der Deutsche Verein auch an dieser Stelle nachdrücklich dafür, dass eine Alternative zur Teilhabe am Arbeitsmarkt zusammen mit der betroffenen Person beraten und entschieden wird. Ein bedeutsamer Faktor für eine eigenständige Lebensführung und auch für Beschäftigungsfähigkeit sind produktive Selbstwirksamkeitserfahrungen. Diese müssen unterstützt und gefördert, sie sollten nicht unterminiert werden.

Der Deutsche Verein plädiert auch dafür, dass der Klärungsprozess, so wie in Kapitel 2 dieser Empfehlungen beschrieben, mit der Beratung über eine Förderung nach § 16i SGB II einhergeht, wenn die Voraussetzungen für diese Förderung erfüllt werden.

7. Supported Employment und Individual Placement and Support – Integration psychisch beeinträchtigter oder erkrankter Personen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt

Auch aus der Perspektive von Behandlung und Therapie ist die Integration von psychisch Kranken in den Arbeitsmarkt ein wichtiges Ziel. Aus dieser Perspektive haben ein gesicherter Arbeitsplatz und eine berufliche Perspektive stabilisierende Effekte für die betroffenen Personen.

Ein Ansatz, der die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt priorisiert, ist das Supported Employment (SE). Psychisch kranke Personen sollen möglichst schnell und zielstrebig einen Arbeitsplatz finden und dann in der Erwerbsarbeit

⁴³ Im Projekt Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke der Aktion psychisch Kranke war die Entscheidung des Leistungsberechtigten für einen bestimmten Jobcoach eines der Kernelemente im Konzept für Jobcoaching im SGB II, das in dieses Projekt definiert und in einem Jobcenter (ARGE) erprobt wurde, vgl. Krüger, U. u.a.: Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme, Bonn 2010, S. 74–77.

die Kompetenzen erwerben, die sie brauchen, um den Arbeitsplatz zu erhalten. Alle Personen haben im SE einen Job-Coach, der ihnen u.a. bei der Arbeitsplatzsuche hilft und sie dabei unterstützt, den Arbeitsplatz zu erhalten.

Die standardisierte und am meisten untersuchte Umsetzung des Supported Employment ist Individual Placement and Support (IPS). Diese Umsetzung gilt inzwischen auch in Deutschland als evidenzbasierte Version des SE.⁴⁴

Beim Individual Placement Support müssen acht Kernprinzipien realisiert werden:

1. Es werden gezielt Betriebe und Ausbildungsstellen gesucht, die den Präferenzen der IPS-Teilnehmenden entsprechen. Primäres Ziel ist eine auskömmliche und dauerhafte Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine reguläre Ausbildung.
2. Voraussetzung ist der Wunsch der Teilnehmenden nach einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder einer regulären Ausbildung. Keine interessierte Person wird aus Gründen der Rehabilitationsfähigkeit, der Erkrankungsform oder –schwere ausgeschlossen. Auch Substanzkonsum und Straftaten in der Vergangenheit sind keine Ausschlussgründe.
3. Arbeits- bzw. ausbildungsbezogene und klinische Leistungen werden integriert erbracht. Ein IPS-Jobcoach gehört maximal zwei Behandlungsteams an und nimmt regelmäßig an Besprechungen der interdisziplinären Behandlungsteams teil.
4. Die Beschäftigung oder Ausbildung sind an den Präferenzen der Teilnehmenden ausgerichtet. Die Teilnehmenden haben eine Wahlfreiheit.
5. Die Suche nach einem Arbeits- oder Ausbildungsplatz erfolgt rasch (i.d. R. innerhalb von 30 Tagen).
6. Die Teilnehmenden werden in ihrer beruflichen Weiterentwicklung systematisch unterstützt.
7. Die Teilnehmenden werden hinsichtlich Sozialversicherungsleistungen und finanzieller, auch ausbildungsbezogener Hilfen beraten.
8. Die Unterstützung ist unbefristet und orientiert sich an den individuellen Bedarfen.⁴⁵

Maßgeblich für die Wirksamkeit von IPS sind die Programm-Treue und die Kompetenz der Job-Coaches. Je ausgeprägter die Programmtreue, desto erfolgreicher ist IPS, gemessen an der primären Zielsetzung. Die Programm-Treue wird mit 25 Items erfasst. Acht davon betreffen die Ausgestaltung des Job-Coaching. Das sind u.a. die Anzahl der Personen, die ein Coach betreut, die Ausübung als Beruf, die Zuständigkeit von Anfang bis Ende eines IPS, die Integration in ein gemeindepsychiatrisches Team, aufsuchend zu arbeiten.⁴⁶

44 Vgl. DGPPN (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2. Aufl., Heidelberg 2019, Kap. 10.4 Evidenzkapitel: Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben, S. 157–193.

45 Jäckel, D./Mölsnang, A.: Berufliche Teilhabe als Ziel in der klinischen Versorgung – Evidenz und Praxis, in: Aktion Psychisch Kranke, Weiß, P./Brie, P. (Hrsg.): Psychische Gesundheit fördern – Teilhabe an Arbeit sichern, Bonn 2021, S. 178–188, hier: S. 182 f.

46 Vgl. Gühne, U./Riedel-Heller, S.: Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland, Berlin 2015, S. 29.

IPS-Jobcoaches haben Erfahrung mit der psychiatrischen Versorgung und der Arbeitswelt. Sie unterstützen sowohl die Teilnehmenden als auch deren Vorgesetzte und Mitarbeitende. Sie stellen mit diesen eine vertrauensvolle und tragfähige Arbeitsbeziehung her, sie übernehmen Aufgaben des Case-Managements und sind Knotenpunkt zwischen den verschiedenen beteiligten Berufsgruppen. Sie sind sensibilisiert für die Initiierung von Kriseninterventionen. Sie sind Teammitglied im klinischen Behandlungsteam oder der psychiatrischen Institutsambulanz, sie begleiten die Teilnehmenden zum Jobcenter oder zur Agentur für Arbeit, wenn diese das wünschen.⁴⁷ Eine ähnliche Konfiguration von Jobcoaching wurde im Projekt Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke der Aktion psychisch Kranke geplant und in einem Jobcenter erfolgreich erprobt.⁴⁸

IPS wird inzwischen weltweit an verschiedenen Standorten umgesetzt. Eine Vielzahl randomisierter Studien mit einem Kontrollgruppenvergleich hat eine hohe Wirksamkeit des IPS nachgewiesen, die auch in Metastudien bestätigt wird.⁴⁹ An zwei Standorten wird IPS in Deutschland mit einer hohen Programmtreue und professionellem Jobcoaching umgesetzt, in Reichenau⁵⁰ und in Berlin.⁵¹ Teilnehmende sind Personen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Ergebnisse, die an diesen beiden Standorten seit 2015 bzw. seit 2016 erzielt werden, bestätigen, dass IPS in Deutschland mit einer ähnlichen hohen Wirksamkeit umgesetzt werden kann, wie dies die Studien insbesondere in den USA erwiesen haben.⁵²

Im Bundesprogramm Rehapro werden zwei Projekte gefördert, die IPS in Deutschland modellhaft erproben. Seit März 2020 wird in der Stadt Leipzig das Modellprojekt Individual Placement and Support für psychisch erkrankte – LIPSY realisiert; der Förderzeitraum reicht bis Januar 2025. Dieses Projekt zeichnet sich dadurch aus, dass der Zugang zum IPS über das Jobcenter erfolgt. Im Jobcenter finden eine Identifikation potenzieller Projektteilnehmer sowie ein psychologisches Assessment statt.⁵³ Seit Januar 2020 gibt es das Modellprojekt IPS-Coaching – Zurück ins Berufsleben (IPS ZIB) der Deutschen Rentenversicherung Nord und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. An diesem Projekt nehmen u.a. fünf Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie teil. Während der Akutbehandlung in der Klinik wird Patienten ein Coaching für den Weg zurück ins Berufsleben angeboten, das auch nach Arbeitsaufnahme und insgesamt bis zu zwei Jahren in Anspruch genommen werden kann. In diesem Projekt soll die Wirksamkeit von IPS untersucht werden.⁵⁴

47 Jäckel/Mößnang (Fußn 45), S. 183 f.

48 Vgl. Krüger, U. u.a.: Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme, Bonn 2010, S. 74–77.

49 Vgl. DGPPN (Hrsg.): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, 2. Aufl., Heidelberg 2019, Kap. 10.4 Evidenzkapitel: Arbeitsrehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben S. 157–193.

50 Vgl. ZfP Reichenau: SE (zfp-reichenau.de), Flügel, S./Nischk, D.: Mehr Inklusion! Supported Employment in der Praxis, in: Aktion Psychisch Kranke/Weiß, P./Brie, P. (Hrsg.): Psychische Gesundheit fördern – Teilhabe an Arbeit sichern, Bonn 2020, S. 189–192.

51 Vgl. Job-Coaching Klinik für Psychiatrie Berlin-Kreuzberg | Vivantes, Jäckel, D./Mößnang, A.: Berufliche Teilhabe als Ziel in der klinischen Versorgung – Evidenz und Praxis, in: Aktion Psychisch Kranke/Weiß, P./Brie, P. (Hrsg.): Psychische Gesundheit fördern – Teilhabe an Arbeit sichern, Bonn 2021, S. 178–188.

52 Im Jahr 2022 wird eine Studie zur Wirksamkeit von IPS für Deutschland vorbereitet, die die Kriterien für eine hohe Evidenz erfüllen soll, vgl. Deutsches Register Klinische Studien, DRKS-ID: DRKS00018107, Registrierungsdatum im DRKS: 21.01.2021.

53 Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.): Rehabilitation fördern, stärken, besser machen! Modellprojekte im Bundesprogramm rehapro, 2. Aufl., Berlin 2020, S. 20 f. und Alberti, M.: Modellprojekt LIPSY – neue Chancen zur Teilhabe, in: Aktion Psychisch Kranke/Weiß, P./Brie, P. (Hrsg.): Psychische Gesundheit fördern – Teilhabe an Arbeit sichern, Bonn 2020, S. 249–261.

54 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (Fußn. 53), S. 49.

Rund 30 % der Personen, die von 2015 bis 2019 am IPS in Reichenau teilnahmen und einen Arbeitsplatz suchten, hatten ein reguläres sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis, das mindestens auf ein Jahr befristet war und über den Beobachtungszeitraum hinausreichte; unter den Personen, die ihren Arbeitsplatz erhalten wollten, waren es 83 %.⁵⁵ IPS adressiert einen Bedarf an niedrigschwelliger, langfristiger, ambulanter Unterstützung direkt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. In Reichenau konnte nur ein Drittel der interessierten Personen in das Projekt aufgenommen werden.⁵⁶

Das Modellprojekt hat die häufig geäußerte Befürchtung nicht bestätigt, dass die Konfrontation mit dem Arbeitsmarkt viele Menschen mit psychischen Erkrankungen überfordern könnte. „IPS (ist) nicht mit einer erhöhten Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen assoziiert. Im Gegenteil, eine berufliche Tätigkeit war über verschiedene Studien mit höherer Lebenszufriedenheit, höherem Selbstwertgefühl und selteneren Hospitalisierungen verbunden.“⁵⁷

Der Deutsche Verein regt an, dass die Teilhabe am Arbeitsmarkt nach § 16i SGB II für eine Anwendung für psychisch beeinträchtigte oder kranke Leistungsberechtigte im SGB II modifiziert wird. Es sollte geregelt werden, dass eine leistungsberechtigte Person der Teilhabe am Arbeitsmarkt zugewiesen werden kann, wenn eine klassifizierte psychische Beeinträchtigung oder Erkrankung vorliegt und eine ausreichende Motivation sowie psychische Stabilität gegeben sind. Das Jobcoaching wird für diese Personengruppe um die Elemente erweitert, die sich bei IPS als besonders relevante Wirksamkeitsfaktoren erwiesen haben. Die Rekrutierung von Jobcoaches sollte in Abstimmung mit beteiligten Kliniken bzw. Psychiatrischen Instituts-Ambulanzen (PIAs) und dem Integrationsfachdienst erfolgen. Die Zusammenarbeit mit einer psychiatrischen Klinik und deren PIA (für die psychisch schwer erkrankten Personen) wird in einer Verfahrensabsprache oder anderen verbindlichen Vereinbarung geregelt. Bei den weniger schwer erkrankten Personen wird die Leistung nach § 16i SGB II in das Teilhabeplanverfahren eingebunden; dieses Verfahren wird für alle psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Personen angewendet, die an der Teilhabe am Arbeitsmarkt teilnehmen. Der Deutsche Verein weist ausdrücklich darauf hin, dass die Zuschüsse zum Arbeitsentgelt nach § 16i SGB II die Umsetzung von IPS erheblich befördern würden.

Unterstützte Beschäftigung (UB) nach § 55 SGB IX unterscheidet sich deutlich vom Individual Placement Support. UB ist eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Sie richtet sich an Leistungsberechtigte mit besonderem Unterstützungsbedarf, das können u.a. psychisch schwer kranke Personen sein. Ziel ist es, den Teilnehmenden eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung zu ermöglichen und, wenn sie in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sind, dieses zu erhalten. Das erste Ziel soll durch eine individuelle betriebliche Qualifizierung erreicht werden, die in drei Phasen stattfindet (Einstiegsphase,

55 Nischk, D./Hörsting, A.-K.: Leben und Arbeiten mit psychischer Beeinträchtigung im Landkreis Konstanz: Zur Praktikabilität und Effektivität von „Individual Placement and Support“(IPS) – Projektbericht 2015–2020, o.O, o.J. Tabelle 2, S. 25.

56 Nischk/Hörsting (Fußn. 55), S. 17 f.

57 Nischk/Hörsting (Fußn. 55), S. 10.

Qualifizierungsphase und Stabilisierungsphase)⁵⁸ und maximal zwei Jahre dauert; eine Verlängerung um ein Jahr ist möglich. Der erfolgreiche Abschluss dieser Qualifizierung besteht in der Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Wenn es zur Erhaltung des Arbeitsplatzes erforderlich ist, erhalten die betroffenen Personen Leistungen der Berufsbegleitung. Hauptsächlicher Träger dieser Leistungen ist das zuständige Integrationsamt.⁵⁹ Erreicht und sichergestellt werden soll ein optimales Passungsverhältnis zwischen den Fähigkeiten der beschäftigten Person und den Anforderungen des Beschäftigungsverhältnisses. Der Leistungserbringer der Berufsbegleitung ist dabei als unparteiischer Unterstützer des zu sichernden Arbeitsverhältnisses tätig und berät und informiert den Menschen mit Behinderungen und seinen Arbeitgeber gleichberechtigt.⁶⁰

Die Unterstützte Beschäftigung nach § 55 SGB IX stimmt mit IPS darin überein, dass das Training oder die Qualifizierung im Betrieb stattfinden. Im Unterschied zu UB ist es nicht das Ziel des IPS, im Anschluss an das Training oder die Qualifizierung einen passenden Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gefunden zu haben, sondern nach einer möglichst kurzen Vorbereitungsphase, z.B. in Form einer Arbeitserprobung, einen passenden Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu haben, der durch Training und Qualifizierung erhalten wird. UB ist 2009 als Alternative zur Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) eingeführt und im SGB IX normiert worden. Referenz für die „Zielgruppe“ ist auch heute noch, dass ein Mensch mit Behinderung nicht oder nicht mehr das besondere Angebot einer Werkstatteleistung benötigt.⁶¹ Bei IPS gilt zunächst die Annahme, dass jede interessierte Person auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt integriert werden kann. Erst wenn sich herausstellt, dass das nicht zutrifft und auch andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht infrage kommen, um den Weg dahin zu ebnen, wird aus IPS in eine WfbM vermittelt. Jobcoaching in Form von Leistungen zur Berufsbegleitung ist eine mögliche zusätzliche Folge-Leistung der UB, für die eigens ein Antrag gestellt werden muss und die in den allermeisten Fällen voraussetzt, dass die beantragende Person einen Schwerbehindertenstatus hat. Bei IPS ist Jobcoaching eine umfassende personenzentrierte und koordinierende Leistung, mit der die Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt beginnt – und die so lange erbracht werden kann, wie eine Person mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung diese braucht.

8. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nutzen und unterstützen

Auch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in Deutschland ein sehr ausdifferenziertes System mit mehreren Zuständigkeiten und unterschiedlichen Anspruchsregelungen. Sie sind geregelt in Kapitel 10 des SGB IX. Personen mit

58 Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Hrsg.): Gemeinsame Empfehlung Unterstützte Beschäftigung nach § 55 Abs. 6 SGB IX gemäß § 26 Abs. 6, 7 SGB IX, Frankfurt am Main 2020, S. 9 f.

59 Außerdem können die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die Träger der Kriegsopferversorgung und -fürsorge zuständig sein.

60 Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Fußn. 58), S. 11 f.

61 Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (Fußn. 58), S. 7. Die BAG UB sei 1994 gegründet worden, „um Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt für Personen mit Unterstützungsbedarf und somit auch Alternativen zur Arbeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) zu schaffen und diese kontinuierlich weiter zu entwickeln“, Bungert, J.: Jobcoaching und Unterstützte Beschäftigung – Bilanz und Perspektiven, in: Aktion Psychisch Kranke/Weiß, P./Brie, P. (Hrsg.): Psychische Gesundheit fördern – Teilhabe an Arbeit sichern, Bonn 2021, S. 275–289, hier: S. 275.

körperlichen, geistigen, seelischen und Sinnesbeeinträchtigungen sollen darin unterstützt werden, ihren Arbeitsplatz zu erhalten oder eine neue berufliche Perspektive zu realisieren und einen neuen Arbeitsplatz zu finden. Sie sollen ihre Erwerbs- oder Beschäftigungsfähigkeit so verbessern, dass eine Integration auf dem allgemeinen oder dem besonderen Arbeitsmarkt möglich ist.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen u.a. die Übernahme von Kosten für technische Hilfen am Arbeitsplatz, Maßnahmen, berufliche Eignungen und Belastbarkeit abzuklären oder den Berufseinstieg bzw. Berufswechsel durch Bildungsmaßnahmen vorzubereiten, die berufliche Fortbildung oder Umschulung, vermittlungsunterstützende Leistungen wie das Bewerbertraining oder die Übernahme von Kosten für die An- und Abreise zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber.⁶²

Für Leistungsberechtigte im SGB II sind in der Regel die Bundesagentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung die Träger der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Bei der Bundesagentur für Arbeit waren im Jahr 2019 die meisten Rehabilitanden mit Leistungsbezug im SGB II Personen mit einer psychischen Behinderung (38 %), gefolgt von Personen mit einer Lernbehinderung (34 %). Die Personen mit einer der sieben weiteren Behinderungsarten machen dementsprechend einen relativ geringen Anteil der Rehabilitanden des SGB II aus.⁶³

Von 2008 bis 2014 lag der Anteil der Rehabilitanden mit psychischen Störungen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben der Deutschen Rentenversicherung relativ konstant bei rund 13 %. Damit stehen psychische Störungen hinter orthopädischen Erkrankungen sowie Krankheiten des Verdauungssystems und des Stoffwechsels auf Platz drei der Bewilligungsdiagnosen.⁶⁴ Die Statistik der Deutschen Rentenversicherung wertet die Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht nach Einkommensarten oder Transferbezug von Rehabilitanden aus.

Nach § 9 SGB IX sind die Jobcenter aufgefordert, mögliche Rehabilitationsbedarfe zu erkennen. Unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen sollen die Jobcenter prüfen, ob Leistungen zur Teilhabe erforderlich sind, um die Selbstbestimmung der antragstellenden Person und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder diesen entgegenzuwirken. Dabei soll den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen werden (§ 1 SGB IX).

Wenn Rehabilitationsbedarfe erkannt werden, sollen Jobcenter auf eine Antragstellung beim voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger hinwirken (§ 9 Abs. 4). Jobcenter sind auch verpflichtet, Ansprechstellen nach § 12 Abs. 1 Satz 3

62 Vgl. § 49 Abs. 3 SGB IX sowie detaillierte Darstellungen im „TeilhabeKompass. Berufliche Integrationsmaßnahmen in Deutschland – insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“, hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V., Berlin 2017 und die von derselben Gesellschaft herausgegebene „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, 2. Aufl., Heidelberg 2019, S. 373–380.

63 Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Berufliche Rehabilitation. Monatsstatistik, Januar 2020, Nürnberg April 2020.

64 Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.): Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, Berlin 2014, S. 22. Die Quote der Inanspruchnahme von LTA bei Menschen mit psychischen Störungen schätzt die Deutsche Rentenversicherung als gering ein, vgl. Hesse, B. u.a. (Fußn. 28), S. 198.

SGB IX zu benennen. Ansprechstellen sollen Informationsangebote bereitstellen und vermitteln, die eine frühzeitige Erkennung von Rehabilitationsbedarf und einen Antrag auf Rehabilitationsleistungen unterstützen. Jobcenter können die Informationsangebote durch die Bundesagentur für Arbeit bereitstellen und vermitteln lassen (§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGB IX). Geht ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe bei einem Jobcenter ein oder veranlasst und unterstützt das Jobcenter das Stellen eines Antrags, der zunächst formlos gestellt werden kann, muss das Jobcenter innerhalb von 14 Tagen ermitteln, wer der zuständige Rehabilitationsträger ist.⁶⁵ Das gilt unabhängig davon, welche Teilhabeleistung beantragt wird.

Jobcenter sollen alle Leistungen zur Behandlung und Teilhabe berücksichtigen, für die bei Leistungsberechtigten ein Bedarf bestehen könnte. Bei psychisch auffälligen Leistungsberechtigten ist zunächst darauf hinzuwirken, dass der Bedarf an Behandlung und psychosozialer Versorgung geklärt wird. Das ist in den Abschnitten A. 1 und A. 2 dieser Empfehlungen ausgeführt. Wenn Leistungsberechtigte zu dieser Klärung nicht bereit sind, sollten die Fachkräfte ansprechen, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben unter bestimmten Voraussetzungen in Anspruch genommen werden können und diese ein Mittel sind, um festzustellen, welche berufliche Tätigkeit ausgeübt werden kann oder die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zu ermöglichen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden nur erbracht, wenn bestimmte versicherungsrechtliche und auch persönliche Voraussetzungen erfüllt werden. Für die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen (Bedarfsermittlung) ist bei der Deutschen Rentenversicherung immer eine sozialmedizinische Stellungnahme erforderlich; die Bundesagentur für Arbeit kann Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben auch ohne eine sozialmedizinische Stellungnahme bewilligen.

Zum einen muss die Erwerbsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen erheblich gefährdet oder gemindert und durch die Leistung zur Teilhabe eine positive Entwicklung zu erwarten sein. Eine positive Erfolgsprognose liegt vor, wenn durch die Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben die Minderung der erheblich gefährdeten Erwerbsfähigkeit abgewendet oder eine bereits geminderte Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder zumindest eine wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.⁶⁶ Das muss in einem angemessenen Zeitraum möglich und mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit erreichbar sein.

Zum anderen kann eine Rehabilitationsmaßnahme nur dann erfolgen, wenn die antragstellende Person fähig ist, aktiv an der Maßnahme teilzunehmen, wenn sie ausreichend motiviert und belastbar ist. Insbesondere bei psychisch schwer kranken Personen ist die Prognose oft unsicher, ob diese Voraussetzungen erfüllt werden.

Außerdem müssen sich die Antragstellenden ohne bestehendes Arbeitsverhältnis darauf einlassen, dass die Auswahl der Maßnahme nicht nur aufgrund festgestellter Eignung und Neigung erfolgt, sondern auch unter Berücksichtigung von Lage

⁶⁵ Vgl. BSG vom 4. April 2019, B 8 SO 12/17 R, Rdnr. 21, S. 7 f.

⁶⁶ Verfahrensabsprache der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages über die Zusammenarbeit im Bereich der Leistungen der Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben, 1. August 2022, S. 2.

und Entwicklung des Arbeitsmarktes, mit der eine realistische Erwartung der Eingliederung in den Arbeitsmarkt verbunden ist.

Es muss folglich auch damit gerechnet werden, dass ein Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben abgelehnt wird. Das kann zu Klärungsbedarf mit den antragstellenden Leistungsberechtigten führen.

Ebenso wie für die Vermittlung in das Behandlungs- und Versorgungssystem brauchen Jobcenter für die passgenaue Vermittlung in die Teilhabe am Arbeitsleben nach dem SGB IX eine Stelle, die den möglichen individuellen Bedarf an diesen Leistungen einschätzen kann und den zuständigen Rehabilitationsträger für den jeweiligen Leistungsberechtigten ermittelt; das ist bei Leistungsberechtigten des SGB II in der Regel die Bundesagentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung. Die Fachkräfte der Jobcenter können das nicht selbst leisten. Die Ansprechstelle in einem Jobcenter kann die Vermittlung in die Teilhabe am Arbeitsleben lediglich unterstützen. Die Teams Berufliche Rehabilitation der Bundesagentur für Arbeit oder das entsprechende Team in einem Jobcenter sind diese Stellen. Auch diese sollten für Leistungsberechtigte des SGB II niedrigschwellig erreichbar sein. Die Rehabilitationsträger ermitteln mit eigenen Verfahren den Rehabilitationsbedarf der antragstellenden Person.

Der Deutsche Verein würde es sehr begrüßen, wenn Fachkräfte der Rentenversicherung vermehrt Beratungssprechstunden im Jobcenter anbieten. Es würde die Zusammenarbeit fördern und Leistungsberechtigten den Zugang zu Rehabilitationsleistungen erleichtern.

Die Teams für Rehabilitation können ferner darauf hinwirken und Leistungsberechtigte ggf. unterstützen, dass diese einen Antrag auf Anerkennung eines Behinderungsgrades stellen.

Es ist möglich, dass psychisch beeinträchtigte oder erkrankte Leistungsberechtigte eine Behandlung ablehnen, aber zustimmen, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Die Fachkraft des Jobcenters sollte in diesen Fällen darauf hinwirken, dass die leistungsberechtigte Person bereit ist, mit dem zuständigen Reha-Träger zu klären, ob eine Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben geeignet ist. Es sollte auch berücksichtigt werden, dass eine solche Maßnahme die Einsicht in eine Behandlung und psychosoziale Versorgung fördern kann. Möglicherweise können diese Personen in eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (RPK) vermittelt werden, die sowohl medizinisch-therapeutische Behandlung als auch in besonderem Maße Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anbietet, z.B. Individuell Placement Support.

Der Deutsche Verein spricht sich dafür aus, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Leistungsberechtigten als Teil eines komplexen Unterstützungsprozesses angesehen werden. Es kann sein, dass über Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation der Weg in eine bedarfsdeckende Erwerbstätigkeit geebnet wird, es ist aber auch möglich, dass erst darüber die Bereitschaft wächst, das psychiatrische und psychosoziale Versorgungssystem in Anspruch zu nehmen. Diese Flexibilität in der Herangehensweise entspricht einer personenzentrierten Unterstützung von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Menschen und setzt die An-

forderung um, dass besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohten Menschen Rechnung getragen wird (§ 1 SGB IX).

Jobcenter können während eines laufenden Antrags auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben die in § 5 Abs. 5 SGB II aufgeführten Eingliederungsleistungen des SGB II erbringen. Das kann angezeigt sein, um diese Zeit zu überbrücken, bis eine Entscheidung über den Antrag vorliegt, aber auch Teil einer längerfristigen Teilhabepanung sein. Diese sollte berücksichtigen, dass ein Reha-Antrag abgelehnt werden kann.

Nach § 5 Abs. 5 SGB II können Eingliederungsleistungen nach SGB II auch bei der Realisierung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden.

Jobcenter haben nun die Möglichkeit, Wartezeiten, die mit einem Antrag auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einhergehen, konstruktiv zu gestalten und an diese Aktivitäten anzuknüpfen, wenn Leistungsberechtigte nicht an einer Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben teilnehmen können.

9. Soziale Unterstützung und Soziale Teilhabe

Die Angehörigen und das private Umfeld haben oft erheblichen Einfluss auf die Stabilität und Belastbarkeit von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Personen. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF geht davon aus, dass der Umgang von Familie, Freunden, Vorgesetzten oder Kollegen mit einer psychisch erkrankten Person und auch ihre Einstellungen zu deren Erkrankung Teilhabe erschwert oder fördert.

Die Beratung von betroffenen Bedarfsgemeinschaften mit mehreren Personen kann ein Beitrag dazu sein, die Teilhabe zu ermöglichen oder zu fördern. Es hängt von der eingeübten Praxis und den Kompetenzen der Fachkräfte sowie von den vorhandenen Ressourcen ab, ob eine Beratung von betroffenen Bedarfsgemeinschaften durch das Jobcenter geleistet werden kann.

Insbesondere Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen haben Schwierigkeiten, geregelte Wohnverhältnisse aufrecht zu erhalten, alltägliche Aufgaben zu bewältigen und den Tagesablauf oder die Freizeit zu strukturieren und zu gestalten. Sie haben aber den Wunsch, dazu in der Lage zu sein. Die Befähigung dazu hat dementsprechend einen hohen Stellenwert in der Behandlung und Psychotherapie.⁶⁷

Eine wirksame Unterstützung können Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX sein. Jobcenter können Leistungsberechtigte darin unterstützen, beim zuständigen Reha-Träger einen Antrag auf diese Leistungen zu stellen. Dafür kommen mehrere Reha-Träger in Betracht. Der angegangene Reha-Träger wird dann eine Zuständigkeitsklärung und ggf. Bedarfsermittlung durchführen.

⁶⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (Hrsg.): Teilhabekompass. Soziale Integrationsmaßnahmen – insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, Berlin 2021, S. 7. Der Teilhabekompass bietet eine differenzierte Darstellung einzelner Leistungen, die im Kapitel 13 – Soziale Teilhabe – des SGB IX benannt sind.

Jobcenter können auch mit Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe zusammenarbeiten, um Leistungsberechtigte bei der Tagesstrukturierung, sozialen Kontakten und der Verbesserung ihrer Erwerbsfähigkeit zu unterstützen.

Der Deutsche Verein setzt sich dafür ein, dass eine Kooperation zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Sozialraum vereinbart wird.

10. Teilhabeplanung und individuelle Hilfeplanung

Jobcenter unterstützen Leistungsberechtigte mit psychischen Beeinträchtigungen und Erkrankungen durch Vermittlung in das Behandlungs- und Versorgungssystem, durch Eingliederungsleistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende und indem sie diesen Personen den Zugang zu Leistungen der Teilhabe am Arbeitsleben und zu Leistungen der Sozialen Teilhabe vermitteln.

Aus Sicht des Deutschen Vereins sollten Fachkräfte der Jobcenter nicht nur weiterhin Ansprechpartner der Leistungsberechtigten sein, wenn diese Eingliederungsleistungen des SGB II in Anspruch nehmen, sondern auch, wenn diese in psychiatrischer Behandlung sind und an psychosozialen Therapien teilnehmen oder Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und andere Teilhabe-Leistungen nutzen.

Wenn für eine Rehabilitation voraussichtlich Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind, erstellen die beteiligten Rehabilitationsträger einen Teilhabeplan. In § 19 SGB IX ist detailliert geregelt, unter welchen Voraussetzungen das zu geschehen hat und welche Informationen und Dokumente ein Teilhabeplan enthalten muss. Die Teilhabeplanung umfasst den gesamten Rehabilitationsprozess. Ausgehend von der Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung erstreckt sie sich über die konkrete Leistungsentscheidung und eine umfassende Leistungserbringung bis hin zu einer nachhaltigen Integration.⁶⁸ Die Rehabilitationsträger legen den Teilhabeplan bei der Entscheidung über den Antrag zugrunde; entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation wird der Teilhabeplan dann angepasst.

Durch das Teilhabestärkungsgesetz wurde die Regelung der Teilhabeplanung um die Vorschrift ergänzt, dass der leistende Rehabilitationsträger das zuständige Jobcenter an der Teilhabeplanung beteiligt, soweit zum Zeitpunkt der Antragstellung Leistungen nach dem SGB II beantragt sind oder erbracht werden (und die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine Teilhabeplanung erfüllt werden) (§ 19 Abs. 1 Satz 2). Jobcenter sind nach wie vor nicht Rehabilitationsträger. Sie haben aber seit 1. Januar 2022 die Gewähr, sich aktiv u.a. an der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs beteiligen und Leistungen zur Eingliederung für Leistungsberechtigte des SGB II in ein Rehabilitationsverfahren einbringen zu können.⁶⁹

68 Bundesagentur für Arbeit: Fachliche Weisungen Rehabilitation und Teilhabe Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX § 19 SGB IX Teilhabeplan, Nürnberg 2021, S. 6.

69 Die Verfahrensabsprache über die Zusammenarbeit im Bereich der Leistungen der Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben fordert die Jobcenter auf, sich aktiv an einem Teilhabeplanverfahren zu beteiligen, Abstimmungsentwurf, 14. März 2022, S. 4.

Eine leistungsberechtigte Person kann sich die Erstellung eines Teilhabeplans wünschen. Die Bundesagentur für Arbeit empfiehlt deshalb für den Bereich ihrer Rehabilitationszuständigkeit, in jedem Fall einen Teilhabeplan zu erstellen.⁷⁰

Der Teilhabeplan soll in schriftlicher Form erstellt werden, das Verfahren ist formal-administrativ ausgerichtet. Es besteht die Möglichkeit, den Rehabilitationsbedarf durch gemeinsame Beratung in einer Teilhabeplankonferenz festzustellen, wenn die Leistungsberechtigten dem zustimmen. Die Voraussetzungen und Bedingungen sowie die Teilnahme an einer Teilhabeplankonferenz sind in § 20 SGB IX geregelt. Die Leistungsberechtigten, die beteiligten Rehabilitationsträger und die Jobcenter können dem verantwortlichen Rehabilitationsträger die Durchführung einer Teilhabeplankonferenz vorschlagen. Auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten können Leistungserbringer an der Teilhabeplankonferenz teilnehmen. Leistungsberechtigte können sich durch Bevollmächtigte und Beistände vertreten lassen oder auf ihren Wunsch auch durch Vertrauenspersonen in der Teilhabeplankonferenz unterstützt werden. Der § 20 SGB IX fordert abschließend dazu auf, die Leistungsberechtigten auf die Angebote der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung besonders hinzuweisen.

Die Verfahrensabsprache der Deutschen Rentenversicherung mit den Trägern der Grundsicherung sieht vor, dass der Rentenversicherungsträger, die Agenturen für Arbeit oder die Jobcenter unabhängig von einer Teilhabeplankonferenz auch Fallkonferenzen einberufen können. Fallkonferenzen sind nicht an die formalen Anforderungen des § 20 SGB IX gebunden und können einzelfallbezogen organisiert werden.⁷¹

Wenn psychisch erkrankte Menschen Kompetenzen für die Teilhabe am Arbeitsleben erwerben wollen, dann sind sie gefordert, sich mit ihren persönlichen Einschränkungen und erforderlichen persönlichen Veränderungen auseinanderzusetzen. Das empfinden Betroffene oft als Belastung. Die Bereitschaft dazu und die Motivation werden im Prozess der Hilfeplanung mit aufgebaut. Dazu muss ein interaktiver und kommunikativer Prozess der Beteiligten stattfinden. Formal-administrative Verfahren und Entscheidungen gehen an diesem Bedarf vorbei.

Aus Sicht des Deutschen Vereins muss zwischen individueller Hilfeplanung und institutionalisierter Hilfeplanung unterschieden werden.

Hilfeplanung ist ein Prozess, in dem es darum geht, einen vorhandenen Zustand oder eine Situation zu beschreiben, in der sich eine Person befindet, sowie zu klären und zu vereinbaren, welcher Zustand oder welche Situation durch welche Aktivitäten erreicht werden soll. Zugrunde liegt die Annahme, dass sich durch planbare Aktivitäten die Differenz zwischen dem aktuellen Zustand und dem gewünschten Zustand aufheben oder verringern lässt. Im Prozess der Hilfeplanung werden die Bedarfsermittlung und die Ziele konkretisiert, es ist immer auch ein Verständigungs- und Aushandlungsprozess.⁷² Die Unterstützung einer Person so

70 Der Rehabilitationsprozess der Bundesagentur für Arbeit. Grundlagen und Verantwortlichkeiten für Kund*innen der Agenturen für Arbeit und Jobcenter, Nürnberg 2021, S. 12 f.

71 Verfahrensabsprache der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund, der Bundesagentur für Arbeit, des Deutschen Landkreistages und des Deutschen Städtetages über die Zusammenarbeit im Bereich der Leistungen der Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Abstimmungsentwurf, 14. März 2022, S. 7.

72 Vgl. Freigang, W.: Hilfeplanung, in: Michel-Schwartz, B. (Hrsg.): Methodenbuch Soziale Arbeit, 2. Aufl., Wiesbaden 2009, S. 103–120.

zu organisieren, ist in den verschiedenen Rechtskreisen möglich, Hilfe ist als eine übergeordnete Kategorie zu verstehen.⁷³

In Kliniken, in der ambulanten Versorgung, in der Reha-Beratung oder im Fallmanagement des Jobcenters sollte mit den psychisch erkrankten Personen ein möglichst umfassender und vorausschauender Hilfeplan erarbeitet werden. Um eine solche Planung zu unterstützen und zu dokumentieren, wurde der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP – entwickelt und angewendet. In dieser Planung werden Behandlung, Wohnen und Arbeit systematisch erfasst und für die praktische Arbeit mit psychisch erkrankten Personen transparent dargestellt. Auf Grundlage des IBRP werden außerdem Ziele definiert, sodass die Wirksamkeit von Hilfen über die Feststellung der Erreichung von Zielen eingeschätzt werden kann.⁷⁴

Der Deutsche Verein plädiert dafür, dass der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan – IBRP – für die individuelle Teilhabeplanung bei Leistungsberechtigten mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung genutzt und ggf. weiterentwickelt wird. Im Kooperationsplan des Jobcenters⁷⁵ sind die im IBRP für die Arbeitssituation vereinbarten Ziele aufzunehmen. Aus Sicht des Deutschen Vereins sollte die Teilhabeplanung auch immer die Behandlung und Therapie sowie die Eingliederungsleistungen des SGB II mit umfassen und nicht auf Rehabilitationsleistungen eingegrenzt sein.

Die meisten psychisch erkrankten Menschen haben nicht den Wunsch, ihre Anliegen in einer Teilhabe- oder Fallkonferenz mitzuteilen. Individuelle Hilfepläne müssen in solchen Konferenzen von denen vorgestellt werden, die diese mit den betroffenen Personen erarbeitet haben. Diese Informationen können eine Grundlage dafür sein, den Behandlungs-, Rehabilitations- und Unterstützungsprozess abzustimmen und eine erreichte Integration zu sichern.

Der Deutsche Verein plädiert dafür, dass auf der Basis individueller Hilfepläne in Teilhabe- oder Fallkonferenzen die Leistungen zur Deckung von Hilfebedarfen abgestimmt und vereinbart werden. Der Deutsche Verein setzt sich dafür ein, dass Leistungsberechtigte möglichst nur ein Bedarfsermittlungsverfahren durchlaufen müssen. Bei psychisch erkrankten Personen kann die Ermittlung verschiedener Hilfebedarfe in der Regel in der Klinik stattfinden.

11. Teilhabeplanung in die regionale Planung und Koordination von Leistungen für psychisch beeinträchtigte und erkrankte Personen integrieren

Auf Länderebene ist in den Hilfe- und Schutzgesetzen für psychisch erkrankte Menschen (PsychKGs bzw. Psych KHGs) und den Gesetzen zum öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) geregelt, wer für die Planung und Koordination von Hilfen zuständig ist. In mehreren Bundesländern sind das Gemeindepsychiatrische Verbände. Solche Verbände existieren in einigen Regionen auch in Bundesländern, in

73 Hilfeplanung wurde in der Kinder- und Jugendhilfe mit dem § 36 SGB VIII als Soll-Vorschrift eingeführt, ist aber auch dort nicht näher bestimmt.

74 Vgl. Krüger, U. u.a.: Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme, Bonn 2010, S. 148–156. In der Praxis wird dieses Instrument der individuellen Hilfeplanung auch als BPR – Behandlungs- und Rehabilitationsplan – bezeichnet.

75 Vgl. Art. 1 Nr. 16 Regierungsentwurf Bürgergeld-Gesetz vom 14. September 2022 (§ 15 SGB II).

denen diese nicht vorgeschrieben sind. In den anderen Bundesländern sind Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften für die Koordination und Planung von Hilfen zuständig. Die Träger der Grundsicherung oder Jobcenter werden in den Gesetzen nicht explizit als zu Beteiligende benannt, sind aber zumindest in einigen Regionen in den benannten Gremien vertreten.

Der Deutsche Verein regt an, dass die Jobcenter in die Gremien dieser Verbände und Arbeitsgemeinschaften berufen werden und dort aktiv mitwirken.

In den Gemeindepsychiatrischen Verbänden und in den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften koordinieren und planen die Leistungserbringer zusammen mit den Leistungsträgern die Hilfeangebote im Einzelfall und in der Region.

Der Deutsche Verein schlägt vor, die Teilhabeplanung für die Personengruppe der psychisch kranken Menschen in diese Gremien zu integrieren. Das setzt voraus, dass die Planung und Koordination regelmäßig stattfindet und verbindlich ist, außerdem, dass die Reha-Träger in diesen Gremien mitarbeiten.

Gemeinsame Planung und Fallberatung sind für die Beteiligten effektiv, soweit die Ergebnisse für die eigene Arbeit nutzbar sind. Leistungsberechtigte profitieren davon, wenn Hilfepläne und ggf. auch die Versorgung und die Leistungen zur Teilhabe vor Ort verbessert werden. Für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten bedarf es einer finanziellen Entschädigung, wenn diese regelmäßig an der Planung und Beratung teilnehmen sollen.

Jobcenter sind auf das vorhandene Versorgungs- und Unterstützungssystem verwiesen, vor allem auf die vor Ort vorhandenen Angebote und Kapazitäten. Je besser diese den Bedarf decken, desto effektiver können Jobcenter ihr Potenzial der Vermittlung von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Leistungsberechtigten in dieses Versorgungssystem ausschöpfen.

12. Versorgung psychisch erkrankter Menschen im kommunalen Netzwerk

Am 2. September 2021 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie beschlossen, in der dargestellt wird, wie eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf aussehen kann. Diese Richtlinie wurde am 17. Dezember 2021 im amtlichen Teil des Bundesanzeigers veröffentlicht.⁷⁶

Diese Richtlinie beschreibt eine Form der integrierten Behandlung und Versorgung von psychisch schwer kranken Personen. Basis dieser Behandlung und Versorgung ist ein Netzwerk von Fachärzten (für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie) sowie von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Der Netzwerk ist verpflichtet, Kooperationsverträge mit einem Krankenhaus sowie mindestens einem Erbringer psychosozialer Leistungen nach dem SGB V zu schließen. Darüber hinaus soll der Netzwerk u.a. mit dem

⁷⁶ Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf vom 2. September 2021, BAnz AT 17.12.2021 B3.

Sozialpsychiatrischen Dienst, Leistungserbringern der Eingliederungshilfe und Leistungserbringern zur Teilhabe am Arbeitsleben zusammenarbeiten, um das Versorgungsziel zu erreichen. Die Versorgung der Patienten erfolgt auf Basis eines Gesamtbehandlungsplans unter Leitung eines Bezugsarztes oder eines Bezugspsychotherapeuten. Die Koordination der Versorgung der einzelnen Patienten erfolgt durch eine Person, die einer von acht definierten nicht-ärztlichen Berufsgruppen angehören muss.

Diese Konstruktion einer integrierten Behandlung und Versorgung soll einen einfacheren Zugang zu Komplexbehandlungen und eine bessere Abstimmung der verschiedenen Leistungen ermöglichen. Es soll ermöglicht werden, dass auch psychisch schwer erkrankte Personen ambulant behandelt werden und in ihrer Häuslichkeit leben können. Stationäre Behandlungen sollen verringert werden. Die Patienten sollen durch die koordinierende Person stärker in der Versorgung gehalten und bei der Wahrnehmung der Behandlungsleistungen gestützt werden. Es wird eine Zusammenarbeit über die Sozialgesetzbücher hinweg angestrebt.

Der Deutsche Verein setzt sich dafür ein, dass diese Richtlinie von allen angesprochenen Netzwerkpartnern vor Ort umgesetzt wird. Der Deutsche Verein stellt aber auch fest, dass die niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten so ausgelastet sind, dass ihre Möglichkeiten sehr begrenzt sind, sich einem Netzverbund anzuschließen, der die Richtlinie umsetzt. Jobcenter müssen darüber informiert sein, damit sie ihr Vermittlungspotenzial optimal ausschöpfen können. Das ist gewährleistet, wenn Jobcenter in den Gemeindep psychiatrischen Verbänden und Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften mitwirken.

Jobcenter können auch einen Beitrag zur angestrebten Versorgung nach dieser Richtlinie leisten.

Der Deutsche Verein regt an, die Leistungsträger der Grundsicherung für Arbeitsuchende in die Liste der Leistungsorganisationen nach § 3 Abs. 5 der Richtlinie aufzunehmen, die der Netzverbund als Partner für die Erreichung der Versorgungsziele berücksichtigen soll. Jobcenter sollten ein Angebot dafür machen, dass die Akteure des Behandlungs- und Versorgungssystems, auch niedergelassene Allgemeinmediziner, die Fachkräfte des Jobcenters kennenlernen können.

Darüber hinaus sollten Jobcenter abwägen, ob sie in kommunalen Koordinations- und Steuerungsgremien mitwirken, um das örtliche psychiatrische und psychosoziale Versorgungssystem zu verbessern.

13. Aufsuchend arbeiten – im Sozialraum präsent sein

Akute psychische Belastung, Schwankungen und auch der Ausfall von Leistungsfähigkeit sind ein Grund für Meldeversäumnisse und Kontaktabbrüche ebenso wie für das Fernbleiben und die vorzeitige Beendigung von Maßnahmen.

Das Jobcenter sollte in diesen Fällen die Option haben, Leistungsberechtigte in ihrem Wohnumfeld oder in ihrer Häuslichkeit aufzusuchen. Der Deutsche Verein

hat die Voraussetzungen und Bedingungen dafür differenziert dargestellt.⁷⁷ Auch beim Jobcoaching sollte es unter den dort genannten Voraussetzungen und Bedingungen diese Option geben.

Der Deutsche Verein setzt sich nachdrücklich dafür ein, dass Jobcenter Leistungsberechtigten eine Beratung im häuslichen Umfeld oder in der Häuslichkeit anbieten, die durch mehrfache Meldeversäumnisse und/oder Teilnahmeabbrüche bei Maßnahmen aufgefallen sind. Jobcenter sollten Leistungsberechtigte aufsuchen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit weiter leistungsberechtigt sind und den Kontakt zum Jobcenter abgebrochen haben. Es sollte geklärt werden, ob eine psychische Beeinträchtigung oder Erkrankung vorliegen.

Bieten Jobcenter Information und Beratung vor Ort in einem öffentlichen Raum, einer Beratungsstelle oder eine Tagesstätte an, die psychisch Beeinträchtigte und Erkrankte aufsuchen, erleichtert auch das die Zusammenarbeit mit diesen Leistungsberechtigten. Der Deutsche Verein hat das in seinen Empfehlungen zur Präsenz von Jobcentern in Sozialräumen als generelle Handlungsstrategie von Jobcentern dargestellt.⁷⁸

Der Deutsche Verein regt an, dass Jobcenter klären, wo es besonders gut geeignete Möglichkeiten gibt, psychisch Beeinträchtigten oder Erkrankten vor Ort ein niedrigschwelliges Informations- und Beratungsangebot zu machen.

14. Planung und Koordination von Leistungen für den Einzelfall und kontinuierliche persönliche Ansprechpartner

In allen Teilen des sozialrechtlich gegliederten Leistungssystems, das für psychisch beeinträchtigte und kranke Personen relevant ist, gibt es institutionalisierte Lösungen für die Planung und Koordinierung von Leistungen.⁷⁹

Viele psychisch Kranke sind auf verschiedene Leistungen angewiesen und haben mit mehreren Leistungsträgern zu tun. Sie brauchen persönliche Ansprechpart-

77 Empfehlungen des Deutschen Vereins zu aufsuchender Arbeit als eine Handlungsmöglichkeit in der Grundversicherung für Arbeitsuchende – SGB II, NDV 2020, 262 ff. Auch in den sog. LZA-Schwerpunktregionen der Bundesagentur für Arbeit ist aufsuchende Arbeit ein innovativer Ansatz; eine Region organisiert die Zusammenarbeit mit Leistungsberechtigten durch aufsuchendes Coaching, vgl. Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.): Laborräume, Multiplikatoren, Ideengeber. Die LZA-Schwerpunktregionen stellen sich vor, Nürnberg 2019, S. 15. Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung ist es ein zentrales Handlungsfeld im Umgang mit psychisch erkrankten Versicherten, aktiv zugehende Kommunikationsstrukturen aufzubauen und dabei auch die Behandler einzubeziehen, vgl. Hesse, B. u.a. (Fußn. 28), S. 198.

78 Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Präsenz von Jobcentern in Sozialräumen, NDV 2021, 323 ff. Vgl. auch LZA-Schwerpunktregionen stellen sich vor (Fußn. 77). Die Deutsche Rentenversicherung stellte fest, dass – über den vorhandenen Leistungskatalog hinaus – psychisch leistungsgeminderte Personen einen spezifischen Bedarf für niedrigschwellige, niederfrequente, wohnortnahe LTA-Angebote haben, vgl. Hesse, B. u.a. (Fußn. 28), S. 198.

79 Da dazu keine Studien vorliegen seien hier einige der Lösungen benannt: Fallmanagement wurde im SGB II als eine reguläre Form der Beratung und Unterstützung von Leistungsberechtigten eingeführt. Ähnliches gilt für die Eingliederungshilfe, die ein eigenes Fallmanagement implementiert hat, insbesondere für das Gesamtplanverfahren. Die Deutsche Rentenversicherung verständigte sich im Jahr 2018 auf ein trägerübergreifendes Konzept zum Fallmanagement. Fallmanagement sei ein zentrales Element in der Versorgung psychisch erkrankter Versicherter, vgl. Hesse, B. u.a. (Fußn. 28), S. 198. Auch im Rahmen von rehapro-Projekten werden Fallmanagementkonzepte weiterentwickelt; ein besonders umfangreiches Projekt hat den Titel „Koordination individueller Teilhabe“ – KIT. An diesem rehapro-Projekt sind 14 Rentenversicherungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bund beteiligt, vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.) (Fußn. 53), S. 74 f. Krankenhäuser haben Sozialdienste, die für Übergänge in verschiedene Versorgungssysteme zuständig sind (Versorgungsmanagement nach § 11 Abs. 4 SGB V).

ner, die sie beraten und dabei unterstützen, die für sie passenden Leistungen zu finden und zu bekommen. Innerhalb der einzelnen Leistungssysteme sind dafür die Voraussetzungen vorhanden. Die Leistungsberechtigten haben immer wieder andere und auch mehrere Ansprechpartner.

In der Richtlinie für die Versorgung psychisch kranker Menschen im kommunalen Netzverbund ist die Koordination von Leistungen ein zentraler Bestandteil, aber auf die Behandlung, Therapie und Unterstützung in diesem Netzverbund begrenzt.⁸⁰

Die Aktion psychisch Kranke hat in Anlehnung an den IPS-Jobcoach die „koordinierende Bezugsperson“ konzeptionell definiert und in die Praxis umgesetzt. In diesem Konzept ist die koordinierende Bezugsperson eine psychiatrische Fachkraft, die mit dem Klienten in kontinuierlichem Kontakt steht. Sie ist Ansprechpartner für den Klienten und sonstige beteiligte Therapeuten. Die koordinierende Bezugsperson ist u.a. zuständig für die Hilfeplanung und bringt diese in Hilfeplan-konferenzen ein.⁸¹

Der Deutsche Verein regt an, eine etwas einfachere Variante der „koordinierenden Bezugsperson“ zu implementieren: ein kontinuierlicher persönlicher Ansprechpartner, zu dem ein Vertrauensverhältnis aufgebaut und der einfach erreichbar ist. Dieser sollte auch Ansprechpartner für die beteiligten Ärzte, Therapeuten und Sozialarbeiter sein. Er sollte über alle Leistungen informiert sein, die bei einem Leistungsberechtigten erbracht werden. Ein so konfigurierter persönlicher Ansprechpartner kann längerfristige Prozesse der Behandlung, Versorgung und Teilhabeförderung von psychisch Erkrankten unterstützen und stabilisieren.

Der Deutsche Verein schlägt vor, dass Jobcenter den Integrationsfachkräften oder dem Fallmanagement ermöglichen, diese Aufgabe ggf. zu übernehmen oder darauf hinwirken, dass psychosoziale Betreuung das leisten kann. Aus Sicht des Deutschen Vereins sollte es im Rahmen von Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX ermöglicht werden, dass langfristig psychisch Erkrankten kontinuierlich persönliche Ansprechpartner zur Verfügung stehen.

Aus Sicht des Deutschen Vereins haben Jobcenter die Möglichkeit, die vorge-sehene Eingliederungsleistung „Ganzheitliche Betreuung“ nach § 16k SGB II⁸² für die Planung und Koordination von Leistungen für ausgewählte Fälle von Leistungsberechtigten mit psychischer Beeinträchtigung oder Erkrankung einzusetzen. Ein Coach mit dieser Aufgabe könnte der kontinuierliche Ansprechpartner für die betroffenen Leistungsberechtigten sein.

80 Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (Fußn. 76). Die Koordination der Versorgung im Netzverbund umfasst acht Aufgaben, u.a. die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern, die Vereinbarung von Terminen, das Aufsuchen der Patienten im häuslichen Umfeld, den wöchentlichen telefonischen oder persönlichen Kontakt, die Erarbeitung eines individuellen Rückmeldesystems (§ 10).

81 Krüger, U. u.a.: Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme, Bonn 2010, S. 32.

82 Vgl. Art. 1 Nr. 22 Regierungsentwurf Bürgergeld-Gesetz vom 14. September 2022 (§ 16k SGB II).

Anlage: Das System der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung in Deutschland

Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen benötigen für eine möglichst umfassende Teilhabe in den verschiedenen Lebensbereichen oft eine umfangreiche Gesundheitsversorgung einschließlich der Unterstützung bei der Inanspruchnahme und der Umsetzung der Behandlungsanweisungen im Alltag. Dies gilt nicht nur für die psychischen Erkrankungen, sondern auch für somatische Erkrankungen, die bei Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich häufiger als in der Gesamtbevölkerung auftreten.

Dazu stehen zahlreiche Angebote im Rahmen des Gesundheitssystems und der Rehabilitation zur Verfügung, Solche Leistungsangebote umfassen die Krankenbehandlung, d.h. die Erkennung, die differenzierte Zuordnung zu Krankheitsbildern (Differentialdiagnostik) und die Behandlung psychischer Krankheiten und anderer Krankheiten. Ferner kann dazu die Bewältigung von Krankheitsfolgen gehören.

Diese Leistungen werden jedoch nicht immer hinreichend genutzt. Jobcenter können daran mitwirken, dass Leistungen der Gesundheitsversorgung von psychisch beeinträchtigten und erkrankten Leistungsberechtigten besser in Anspruch genommen werden. Dazu sind Kenntnisse der Leistungsangebote notwendig, auch im Hinblick darauf, wo sie im Sozialraum zur Verfügung stehen und insbesondere, wie sie für die Klienten zugänglich sind oder zugänglich gemacht werden können.

Die Versorgungsangebote werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

1. Hausärztliche und fachärztliche ambulante Behandlung durch niedergelassene Vertragsärzte einschließlich Psychotherapie und weitere ambulante Leistungen

Hausärzte, z. B. niedergelassene praktische Ärzte sind meist eine erste und oft kontinuierliche, wichtige Anlaufstelle für psychisch belastete und erkrankte Menschen. Sie betreuen ihre Patienten oft langfristig, übernehmen die Behandlung zahlreicher Erkrankungen und koordinieren diese, wenn andere Fachärzte hinzugezogen werden. Ggf. können sie auch Hausbesuche machen. Jeder Klient mit einer psychischen Erkrankung sollte über einen verlässlichen Hausarzt verfügen. Nicht selten benötigen Menschen mit psychischer Erkrankung längere Zeit oder auch Unterstützung, bis sie einen für sie geeigneten Hausarzt gefunden haben.

Für die fachgerechte Diagnostik und Behandlung einer psychischen Erkrankung werden Fachärzte für Psychiatrie oder psychosomatische Medizin benötigt. Insbesondere Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung sollten sich regelmäßig und kontinuierlich in fachärztlicher Behandlung befinden. Dafür benötigen manche Ermutigung und Unterstützung.

Die Aufgaben der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfassen insbesondere Diagnostik, Beratung, Psychotherapie, Pharmakotherapie, Notfallbehandlung und Krisenintervention, auch unter Einbeziehung von Bezugspersonen. Für den Verlauf einer psychischen Erkrankung und die Vermeidung von

Folgen in den verschiedenen Lebensbereichen hat eine gute fachärztliche Betreuung eine sehr hohe Bedeutung. In bestimmten Fällen kann die Versorgung auch durch psychiatrische Institutsambulanzen, ggf. als Hausbesuch, erfolgen.

Die Fachärzte können auch ambulante Soziotherapie und psychiatrische häusliche Krankenpflege verordnen; Hausärzte dürfen dies nur im besonderen Bedarfsfall und nur kurzzeitig.

Die ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V kann koordinierend und motivierend tätig werden (zwei bis drei Kontakte im Monat, bis zu drei Jahre) und die häusliche psychiatrische Pflege pflegerisch zum Beispiel bei der Medikamentenvergabe unterstützen.

Ambulante Ergotherapie kann von allen Vertragsärzten verordnet werden und arbeitet beschäftigungs- und arbeitstherapeutisch, u.a. auch stabilisierend, motivierend und alltagspraktisch sowie im Sinne eines Hirnleistungstrainings. Die Behandlung kann als Hausbesuch verordnet werden. Es handelt sich um eine sehr niedrighschwellige Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeit.

Im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung gehört die Psychotherapie (Einzel- und Gruppentherapie) zu den Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung von zugelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbracht werden. Verankert ist dort auch der Leistungsumfang nach Therapie-Einheiten.⁸³

Mit der Novellierung der Psychotherapie-Richtlinie haben Patienten künftig einen Anspruch auf eine psychotherapeutische Sprechstunde (max. sechs Sprechstundeneinheiten à 25 Minuten) als zeitnahen niedrighschwelligen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung oder Klärung, ob andere Hilfen notwendig sind. Zudem kann eine Krisenintervention ohne Antrag geleistet werden (max. 24 à 25 Minuten).

Neu hinzu kommt auch die Versorgung im Netzverbund, die ermöglichen soll, dass auch schwer psychisch kranke Personen besser oder überhaupt ambulant versorgt werden können (s.o. Kapitel 12).

Der Deutsche Verein begrüßt das Vorhaben der Bundesregierung, die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung flächendeckend auszubauen.⁸⁴

2. Krankenhäuser zur Behandlung psychisch kranker Menschen

Sofern die angeführte ambulante Behandlung nicht ausreicht und eine Krankenhausbehandlung notwendig ist, bieten Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zur Behandlung psychisch erkrankter Menschen ein Spektrum an stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsmöglichkeiten an. Die Krankenhausbehandlung psychisch erkrankter Menschen umfasst neben der medizinischen Grundversorgung und der Pharmakotherapie auch Psychotherapie, Arbeits- und Beschäftigungstherapie, sozio- und milieutherapeutische Angebote sowie Bewegungstherapie durch die entsprechenden Berufsgrup-

⁸³ Unterschieden werden Kurzzeittherapien, die einen Umfang von max. 48 Einheiten à 50 Minuten haben können, und Langzeittherapie, die max. 300 Einheiten à 50 Minuten umfassen können. Die durchschnittliche Inanspruchnahme liegt bei 20 Einheiten.

⁸⁴ Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) u.a. (Hg.) (Fußn 28), S. 67.

pen in einem multidisziplinären Team. In der stationären Behandlung ist eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung auf Stationen in Einzel- oder Mehrbettzimmern sichergestellt. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt aktuell 24 Tage.

Die Krankenhausaufnahme erfolgt als Notaufnahme oder durch eine Einweisung durch niedergelassene Ärzte. Sofern eine Selbst- oder Fremdgefährdung krankheitsbedingt vorliegt, kann auch eine Unterbringung gegen den Willen der Betroffenen im Krankenhaus erfolgen.

Tagesklinische (teilstationäre) Krankenhausbehandlung erfüllt eine Brückenfunktion zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Die Behandlung in einer Tagesklinik kommt in Betracht an Stelle oder nach stationärer Behandlung, wenn durch stationäre Behandlung eine erste Stabilisierung eingetreten ist, ein Aufenthalt während der Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende in häuslicher Umgebung möglich, aber eine ambulante Behandlung nicht oder noch nicht ausreichend ist.

Psychiatrische Institutsambulanzen – PIA (§ 118 SGB V) sind an psychiatrische Krankenhäuser bzw. Abteilungen angegliedert. Schwerpunktmäßig bieten sie – insbesondere im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung – psychisch erkrankten Menschen, die vom niedergelassenen Facharzt im Hinblick auf den komplexen Behandlungsbedarf nicht ausreichend versorgt werden können, die erforderliche vorsorgende, beratende, intervenierende und nachgehende Behandlung und Unterstützung an, die auch Hausbesuche umfasst.

Psychiatrische Krankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Abteilungen können seit 2018 in medizinisch geeigneten Fällen anstelle einer vollstationären Behandlung in gleichem Umfang eine stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld erbringen. Bisher wird dieses Angebot nur in geringem Umfang vorgehalten.

3. Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist den Ländern zugeordnet. In den Landesgesetzen für den öffentlichen Gesundheitsdienst und teilweise in den *Psychisch Kranken Hilfe- und Schutzgesetzen* der Länder sind die Aufgaben der Gesundheitsämter in Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen festgeschrieben. Diese umfassen die Beratung bei psychischen Erkrankungen, Hilfen bei Krisen, die Koordination von Hilfen und die gesundheitliche Versorgung, sofern nicht andere Leistungsträger vorrangig zuständig sind. Krankenkassenleistungen gehen der öffentlichen Gesundheitsdienstleistung vor. In der Regel halten die Gesundheitsämter sozialpsychiatrische Dienste zur Erbringung der Leistungen vor.

Der Sozialpsychiatrische Dienst arbeitet als Teil des örtlichen Versorgungssystems mit allen daran beteiligten Personen und Institutionen zusammen. Der Sozialpsychiatrische Dienst erbringt auch besondere Leistungen wie Hausbesuche. Jobcenter können hier Information erhalten und sich auch beraten lassen.

4. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

In der Rehabilitation steht die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit bezogen auf Verrichtungen im Alltag, relevante Tätigkeiten bzw. im Arbeitsleben und in der sozialen Kommunikation im Mittelpunkt. Medizinische Rehabilitation soll diese Zielsetzung durch Behandlung, Heil- und Hilfsmittel sowie psychologische und pädagogische Hilfen erreichen und wird als Antragsleistung gewährt. Zuständig sind je nach individuellen Voraussetzungen die Rentenversicherung (nur bei positiver Erwerbsprognose), die Krankenversicherung und die Unfallversicherung.

Die medizinische Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen erfolgt aktuell in

- psychosomatisch und psychotherapeutisch ausgerichteten Rehabilitationskliniken oder ambulanten Rehazentren (selten),
- in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch erkrankte und beeinträchtigte Menschen (RPK).

Psychosomatisch und psychotherapeutisch ausgerichtete Rehabilitationseinrichtungen wenden sich mit ihren Konzepten vorrangig an einen Personenkreis mit affektiven Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, somatoformen Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie Anpassungsstörungen im Rahmen kritischer Lebensereignisse. Überwiegend sind die Angebote stationär ausgerichtet mit einer durchschnittlichen Dauer von vier bis sechs Wochen. Die Nachhaltigkeit kann durch eine anschließende Leistung zur Rehabilitationsnachsorge unterstützt werden.

Für schwer psychisch Kranke (z.B. mit Schizophrenie), bei denen eine Erwerbstätigkeit (noch) nicht in Aussicht steht, gibt es derzeit kein Angebot der medizinischen Rehabilitation.

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch erkrankte und behinderte Menschen (RPK) sind Einrichtungen, die insbesondere schwerer psychisch beeinträchtigten Menschen die Möglichkeit einer integrierten medizinisch-beruflichen Rehabilitation eröffnen.

Ziel der RPK ist es, die Fähigkeiten des psychisch erkrankten Menschen zur Wiedereingliederung durch Aktivierung, körperliche und psychische Stabilisierung, Training der Fähigkeiten zur selbstständigen Lebensführung sowie Heilung, Besserung und Verhütung der Verschlimmerung von Krankheit zu erreichen. Die Rehabilitationsleistung kann je nach individuellem Bedarf ganztags ambulant oder stationär durchgeführt werden und bis zu zwei Jahren dauern, sofern eine positive Erwerbsprognose erreicht werden kann. Die Phase der medizinischen Rehabilitation kann dabei bis zu neun Monate dauern und setzt eine positive Erwerbsprognose nicht zwingend voraus.

Die Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation bzw. von RPK erfordert einen Antrag des Versicherten. Die Antragstellung erfolgt in der Regel durch die Verordnung eines Vertragsarztes. Der zuständige Reha-Träger ermittelt dann den Bedarf.

Bei der Antragstellung und auch bei der Bedarfsermittlung sind die Betroffenen häufig überfordert und benötigen Unterstützung. Diese sollte u.a. das Jobcenter leisten.

Für die Bewilligung einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Rehabilitation wird von der Rentenversicherung z.B. grundsätzlich eine diagnosespezifische (fach-)ärztliche bzw. psychotherapeutische Vorbehandlung gefordert. Weil in vielen Regionen keine oder nur unzureichende Therapiemöglichkeiten für psychisch Kranke zur Verfügung stehen und psychische Erkrankungen selbst häufig die Fähigkeit beeinträchtigen, sich aktiv um eine adäquate Behandlung zu kümmern, hat die Rentenversicherung ihre Leitlinie zur sozialmedizinischen Begutachtung angepasst. Nun schließt das Fehlen einer psychotherapeutischen Vorbehandlung eine medizinische Rehabilitation nicht mehr prinzipiell aus. Das gilt insbesondere bei drohender Chronifizierung mit erheblicher Gefahr des unmittelbaren Ausscheidens aus dem Erwerbsleben. Im Einzelfall sei die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation daher auch ohne fachspezifische Vorbehandlung möglich.⁸⁵

Der Anteil der medizinischen Rehabilitationsleistungen wegen psychischer Störungen ist bei der Deutschen Rentenversicherung von 11 % im Jahr 2000 auf 16 % im Jahr 2018 gestiegen.⁸⁶ Aus einem Vergleich mit dem Anteil der psychisch Kranken beim Rentenneuzugang wegen Erwerbsminderung von 43 % im Jahr 2016 kann geschlossen werden, dass die Rehabilitationsleistungen der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen nicht gerecht werden. Die Rentenversicherung selber stellt fest, dass im Jahr 2012 von den neu berenteten Versicherten mit den besonders relevanten psychischen Störungen nur 54 % in den fünf Jahren zuvor eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Anspruch genommen hatten.⁸⁷

Die relativ geringe Quote der Inanspruchnahme von Reha-Leistungen vor dem Bezug einer Erwerbsminderungsrente ist damit zu erklären, dass die Rentenantragstellung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit meistens am Ende eines komplexen und langdauernden Prozesses steht, sodass ein Rehabilitationsangebot zu diesem Zeitpunkt in der Regel zu spät kommt. Nur noch wenige Versicherte erfüllen dann noch die Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Antragstellung für eine Rehabilitation bei Menschen mit psychischen Störungen erfolgt häufig erst in einem bereits chronischen Stadium der Erkrankung. In dieser Situation sind die Erfolgsaussichten für eine Rehabilitation und den Erhalt der Erwerbsfähigkeit möglicherweise schon so eingeschränkt, dass keine positive Erwerbsprognose mehr gegeben ist und daher nur noch eine Rehabilitation durch die Krankenversicherung infrage kommt.⁸⁸

5. Erwerbsarbeit und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in die Versorgung einbeziehen

In der Behandlung und Therapie von psychisch beeinträchtigten oder erkrankten Personen wird meistens die Wohnsituation von Patienten einbezogen, nicht jedoch Erwerbsarbeit und die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Diese einzu-

85 Hesse, B. u.a. (Fußn. 28), S. 195.

86 Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.): Reha-Bericht 2019, Berlin, S. 31 f.

87 Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (Fußn. 64), S. 24.

88 Ebenda.

beziehen, könnte jedoch für viele Betroffene ein stabilisierender und motivierender Faktor in der Behandlung und Therapie sein.

Beim Supported Employment und dem Individual Placement and Support ist Erwerbsarbeit Bestandteil der klinischen Behandlung und Therapie und hat dort einen hohen Stellenwert (s.o. Kapitel 7).⁸⁹

89 Auch aus Sicht des Bundesamtes für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – BAuA – ist es wichtig, konsequent den Arbeitsplatzbezug in die psychotherapeutische, klinische und rehabilitative Behandlung zu integrieren; vgl. BAuA (Hrsg.): Die Rückkehr gemeinsam gestalten – Wiedereingliederung nach psychischen Krisen, Dortmund 2021, insb. S. 10 f.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. – seit über 140 Jahren das Forum des Sozialen

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. ist das gemeinsame Forum von Kommunen und Wohlfahrtsorganisationen sowie ihrer Einrichtungen, der Bundesländer, der privatgewerblichen Anbieter sozialer Dienste und von den Vertretern der Wissenschaft für alle Bereiche der Sozialen Arbeit, der Sozialpolitik und des Sozialrechts. Er begleitet und gestaltet durch seine Expertise und Erfahrung die Entwicklungen u.a. der Kinder-, Jugend- und Familienpolitik, der Sozial- und Altenhilfe, der Grundsicherungssysteme, der Pflege und Rehabilitation. Der Deutsche Verein wird gefördert aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Impressum

Herausgeber:

Deutscher Verein für öffentliche und private
Fürsorge e.V.

Michael Löher, Vorstand

Michaelkirchstr. 17/18

10179 Berlin

www.deutscher-verein.de

E-Mail info@deutscher-verein.de

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend