

Reinhardtstraße 13, 10117 Berlin
Karlstraße 40, 79104 Freiburg
Telefon 030 284 447-404
www.caritas.de

Caritas Behindertenhilfe
und Psychiatrie e.V.
Reinhardtstraße 13
10117 Berlin
Telefon 030 284447-822
Telefax 030 284447-828
cbp@caritas.de

Stellungnahme

des Deutschen Caritasverbandes und des Fachverbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie

**zur Vorbereitung des Dialogforums zum Thema
„Schnittstelle der Behandlung zur Teilhabe an Arbeit,
Beschäftigung und Bildung“ am 17.04.2024 im Rahmen der
Fortführung des Psychiatriedialogs – Seelische Gesundheit
in den Lebensphasen und Lebenslagen**

Berlin, den 28. März 2024

Der Deutsche Caritasverband e.V. und der Fachverband Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (CBP) nehmen die Gelegenheit zur Stellungnahme gern gemeinsam wahr. Der CBP ist ein anerkannter Fachverband im Deutschen Caritasverband. Die Mitglieder des CBP unterstützen die selbstbestimmte Teilhabe von ca. 200.000 Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen am Leben in der Gesellschaft.

0. Zusammenfassung

Die Caritas schlägt zur Verbesserung der Versorgung an der „Schnittstelle“ der Behandlung zur Teilhabe an Arbeit, Beschäftigung und Bildung“ folgende Maßnahmen vor, die noch näher erläutert werden:

- frühzeitige Bedarfserkennung im SGB V verankern und refinanzieren, Kooperation ausbauen;
- Behandlungsleistungen (Heilbehandlung und med. Rehabilitation) stärker im Hinblick auf individuelle Ziele zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgestalten;
- auf die gesonderte Prüfung einer abstrakten „Rehabilitationsfähigkeit“ ist in allen Systemen zu verzichten;
- Flexibilisierung und Vernetzung der Angebote zur Behandlung und Teilhabe, individuelles Teilhabemanagement einführen;
- Ausbau ambulanter, mobiler und aufsuchender Rehabilitationsangebote – auch als Anschlussrehabilitation;
- Recovery-Perspektive und Supported Employment;
- Einführung einer „teilweisen Arbeitsunfähigkeit“, um Teilhabe an beruflicher Bildung Arbeitsleben bereits neben der Heilbehandlung zu ermöglichen;
- weiterer Ausbau des Budgets für Arbeit;
- frühzeitige und verbindliche Beteiligung von Integrationsfachdiensten;
- Assistenzleistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 78 SGB IX) flankierend einsetzen;
- Vernetzung mit Anbietern der WfbM (Eingangsbereich) und „Zuverdienstmöglichkeiten“ als Optionen, wenn sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nicht oder noch nicht gelingt.

1. Ausgangslage

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind oft neben den Herausforderungen durch die Symptome ihrer Erkrankung auch mit dem Risiko sozialer Ausgrenzung konfrontiert (vgl. Deutscher Bundestag 2021, S. 90). Ein Teil von ihnen ist vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen. Laut einer Umfrage der Bundesregierung gaben 35 Prozent (im Alter von 16 bis unter 65 Jahren) mit schweren seelischen oder psychischen Problemen an, nicht erwerbstätig zu sein. Weitere 14 Prozent meldeten Arbeitslosigkeit (vgl. ebd., S. 241 und 244). Psychische Erkrankungen gehen daher oft mit einem erhöhten Armutsrisiko einher (vgl. Steinhart 2017, S. 6).¹ Kinder und Jugendliche mit psychischer Erkrankung weisen häufig lange Fehlzeiten in Schule und beruflicher Bildung auf und können Lernrückstände, die aufgrund der oft langwierigen medizinischen Behandlung entstehen, kaum noch aufholen. Auch für sie ist das Armutsrisiko erhöht.

¹ "Branchenanalyse ambulante Psychiatrie" von Katharina Schöneberg und Katrin Vitols, Hans-Böckler-Stiftung, Nummer 291, Juli 2023

Viele Betroffene benötigen aus verschiedenen Bereichen des Versorgungssystems Unterstützung – gleichzeitig oder nacheinander, jedenfalls nahtlos miteinander verbunden. Es ist eine Herausforderung, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bei der Rückkehr in Schule, berufliche Bildung und Arbeitsleben zu unterstützen oder sie im Bildungsweg oder im Arbeitsleben zu halten. Hierfür ist in der Regel eine zügige und engmaschige Begleitung erforderlich.

Um für den Personenkreis die Teilhabe an Schule, Arbeitsleben und beruflicher Bildung umfassend und nachhaltig zu fördern, muss der in § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX formulierte Auftrag umgesetzt werden. Die Leistungsträger sollten Leistungen zur Teilhabe im Rahmen der für sie geltenden Rechtsvorschriften nach Lage des Einzelfalls so vollständig, umfassend und in gleicher Qualität erbringen, dass Leistungen eines anderen Trägers möglichst nicht erforderlich werden.

Zudem müssen Zugangswege und Versorgungsketten optimiert werden und die medizinische und berufliche Rehabilitation besser koordiniert werden. Rehabilitationsmaßnahmen müssen langfristig angelegt sein und eine enge Verzahnung von medizinischer Behandlung und sozialpsychiatrischen Unterstützungsangeboten gewährleisten, um erzielte Fortschritte langfristig zu sichern.

2. Gesetzlicher und untergesetzlicher Regelungsrahmen

Das Regelungssystem des SGB IX richtet sich ausschließlich an die Rehabilitationsträger nach § 5 SGB IX. In seinem Zusammenspiel mit den Leistungsgesetzen der einzelnen Rehabilitationsträger ist es komplex und wird der Stellungnahme deshalb zusammenfassend vorangestellt.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in den §§ 49 ff. SGB IX geregelt. Während § 49 SGB IX in seinem Absatz 1 die Ziele der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben benennt, enthält Absatz 3 einen nicht abschließenden Katalog an Leistungen (angezeigt durch das Wort „insbesondere“), die im Rahmen der Teilhabe am Arbeitsleben erbracht werden.

Die Absätze 4 bis 8 enthalten weitere ergänzende Hilfen. In den §§ 50 – 62 SGB IX werden bestimmte Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben weiter konkretisiert.

In den Leistungsgesetzen der einzelnen Träger, die für die Teilhabe am Arbeitsleben im Einzelfall zuständig sein können, ist geregelt, welche konkreten Leistungen aus dem Katalog der §§ 49 ff. SGB IX die einzelnen Rehabilitationsträger erbringen.

Träger der Teilhabe am Arbeitsleben sind gem. § 6 SGB IX:

- nach Absatz 1 Nr. 2 die Bundesagentur für Arbeit. Vorschriften über die Leistungen der Bundesagentur für Arbeit zur Teilhabe am Arbeitsleben finden sich in den §§ 112 bis 118 SGB III
- nach Absatz 1 Nr. 3 die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung: Die Vorschriften über die Leistungen der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben finden sich in den Vorschriften § 35 SGB VII.

- nach Absatz 1 Nr. 4 die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und die Träger der Altershilfe für Landwirte: Die Vorschriften über die Leistungen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zur Teilhabe am Arbeitsleben finden sich in den Vorschriften §§ 16 SGB VI und § 10 ALG.
- nach Absatz 1 Nr. 5 die Träger der Kriegsopferversorgung und die Träger der Kriegsopferfürsorge im Rahmen des Rechts der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden (seit dem 01.01.2024 § 63 XIV);
- nach Absatz 1 Nr. 6 die Träger der öffentlichen Jugendhilfe: Diese erbringen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach § 35a SGB VIII bei seelischer Behinderung von Kindern und Jugendlichen.
- nach Absatz 1 Nr. 7 die Träger der Eingliederungshilfe: Die Vorschriften über die Leistungen der Träger der Eingliederungshilfe zur Teilhabe am Arbeitsleben finden sich in §§ 111 SGB IX.

Eine erfolgreiche Rehabilitation hängt wesentlich von der individuellen Betreuung und Unterstützung der Betroffenen ab. Diese wird durch ein Zusammenspiel von medizinischer Behandlung, Psychotherapie, physiotherapeutischen Maßnahmen, beruflicher Wiedereingliederung und sozialer Unterstützung erreicht, um eine ganzheitliche Versorgung sicher zu stellen.

Die Gesetzliche Krankenversicherung ist als Rehabilitationsträger nicht für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig.

Die einzige Vorschrift mit einer Verbindung zum Arbeitsmarkt ist § 74 SGB V, die stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Sie setzt Arbeitsunfähigkeit voraus, soll längstens sechs Monate dauern und ist in ihrer Ausgestaltung nicht auf die besonderen Bedarfe von psychisch erkrankten Menschen ausgerichtet. Es geht vielmehr darum, innerhalb eines überschaubaren Zeitraumes die Wiederaufnahme der zuvor ausgeübten Tätigkeit zu erleichtern. Die Maßnahme ist zeitlich beschränkt.

§ 43 SGB IX stellt für den Personenkreis der Menschen mit Behinderung und der von Behinderung bedrohten Menschen im Sinne des § 2 Abs 1 SGB IX durch einen Verweis auf die Geltung der §§ 12 Abs. 1 und 3 sowie 19 SGB IX die Verbindung zwischen der Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation nach dem SGB V und der frühzeitigen Bedarfserkennung sowie dem (trägerübergreifenden) Teilhabeplanverfahren her.

Die Ziele der medizinischen Rehabilitation werden mit dieser Vorschrift auch auf die Krankenbehandlung ausgedehnt und die Vorschriften über den Teilhabeplan (§ 19 SGB IX) gelten auch für die Krankenbehandlung. Die „Rehabilitationskette“ soll bereits bei der Akutbehandlung beginnen und einen reibungslosen Übergang beinhalten (BT-Drs. 18/9522, 249). Das bedeutet, dass – zumindest für diesen Personenkreis – bereits gesetzlich normiert ist, dass die Prüfung etwaiger Rehabilitationsbedarfe und die Einbeziehung von anderen Rehabilitationsträgern (§ 19 SGB IX) schon im Rahmen der Krankenbehandlung, beginnen kann.

In der Praxis findet das nicht statt. Vielmehr ist die Krankenbehandlung ausschließlich auf die Behebung (Heilung) des gesundheitlichen Problems ausgerichtet und eine frühzeitige Erkennung von (potenziellen) Teilhabebedarfen findet ebenso wenig statt, wie das Hinwirken auf einen Antrag bei einem dafür zuständigen Rehaträger.

Die „**Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie**“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen

Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V – PPP-RL) regelt verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung.

Die **Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess** der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) regelt Einzelheiten zur Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger untereinander und zur Gestaltung des Rehabilitationsprozesses. Die gesetzlichen Krankenkassen und der GKV-Spitzenverband waren an der Erarbeitung der Gemeinsamen Empfehlung beteiligt.

Mit der **Gemeinsamen Empfehlung Integrationsfachdienste** der BAR haben sich diejenigen Rehaträger, die für Teilhabe am Arbeitsleben zuständig sind und die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) unter Beteiligung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e. V. (BAG UB), der Verbände von Menschen mit Behinderungen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen von Frauen mit Behinderungen sowie der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände auf einheitliche und verbindliche Kriterien zur Beauftragung und Finanzierung von Integrationsfachdiensten geeinigt.

Die „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)“² sehen unter anderem eine Clearing-Stelle vor. Das ist eine Möglichkeit zur niedrighschwelligem Abklärung von Behandlungs- und Therapiebedarfen oder Bedarfen zur psychosozialen Unterstützung bei bürgergeldberechtigten Personen, bei denen eine psychische Beeinträchtigung vermutet wird. Diese Clearingstellen können die Verbindung zur Heilbehandlung ebenso wie zu Teilhabeleistungen aus verschiedenen Systemen sein und sollen aus unterschiedlichen Haushaltstiteln finanziert werden. Die Empfehlungen sehen zudem vor, den Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen an der Recovery-Perspektive auszurichten und nicht die vollständige Genesung zur Voraussetzung von Unterstützung zur Teilhabe am Arbeitsleben zu machen.

Es wird vorgeschlagen, sich bei der Abfassung von Empfehlungen für diesen Personenkreis im Rahmen des Psychiatriedialogs auf die Empfehlungen des Deutschen Vereins Bezug zu beziehen.

3. Themenfeld 1: Stärkung teilhabe- und beschäftigungsorientierter Behandlungsangebote

a) Frühzeitige Bedarfserkennung im SGB V verankern, Kooperation ausbauen

Ein unmittelbarer, ortsnaher und unkomplizierter Zugang zu medizinischer, therapeutischer und sozialpädagogischer Unterstützung ist für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung von entscheidender Bedeutung. Die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität gelingt, wenn verschiedene Angebote strukturiert erbracht werden. Die frühe umfassende

² [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 \(SGB II\)](#):22, 11;

Erkennung des individuellen Bedarfs an Teilhabe am Arbeitsleben durch die zunächst zuständige Krankenkasse ist oft eine notwendige Voraussetzung, um einen möglichst baldigen (Wieder-)Einstieg ins Berufsleben zu gewährleisten.

Werden potenzielle Teilhabebedarfe nicht früh genug, nach Möglichkeit schon während der Heilbehandlung erkannt, bleibt es später weitgehend dem Zufall überlassen, ob und wann Versicherte bei der Rückkehr Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung erlangen. Aktuell werden potenzielle Teilhabebedarfe gerade im Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht früh genug erkannt.

Die strikte Trennung zwischen Krankenbehandlung nach SGB V und Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach SGB IX hat insbesondere bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen oft zur Folge, dass sie während der Dauer der Krankenbehandlung einen vorher bestehenden Arbeitsplatz verlieren oder aber durch die mitunter große Zeitspanne, die die Behandlung der Erkrankung in Anspruch nimmt, den Anschluss an den Arbeitsmarkt verlieren.

Dieses Problem betrifft Menschen mit psychischen Erkrankungen in besonderem Maße, weil die psychischen Erkrankungen lange und mitunter wiederkehrende Behandlungsphasen erfordern.

§ 43 SGB IX erstreckt sich auf die Regelungen zu den Zielen der Rehabilitation, zur frühzeitigen Bedarfserkennung und zum Teilhabeplan auf die Krankenbehandlung. Innerhalb des SGB IX läuft diese Vorschrift jedoch ins Leere, da dort „Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe“ geregelt sind. Eine Vorschrift, die die Krankenkassen in dieser Weise an die Rehabilitationsziele, die frühzeitige Bedarfserkennung und an das Teilhabeplanverfahren bindet, muss daher im SGB V selbst stärker verankert werden. Um die Behandlungsangebote teilhabe- und beschäftigungsorientierter zu gestalten, ist es notwendig, dass die Krankenkassen ihre Verantwortung für den Rehabilitations- und Teilhabeprozess deutlicher erkennen.

Regelungsvorschlag:

Wie auch bei der Schnittstelle zwischen Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation, gilt auch für die Schnittstelle zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, dass es sachgerecht ist, die Empfehlung 3.10 des Ersten Psychiatriedialogs zu ergänzen und das Gebot der „Frühzeitigen Bedarfserkennung“ aus § 12 Absatz 1 Satz 1 SGB IX in einem § 11 Abs 2 Satz 4 SGB V auf das System der Gesetzlichen Krankenversicherung zu übertragen:

§ 11 Abs. 2 SGB V würde dann lauten:

„Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht. Die Leistungen nach Satz 1 werden unter Beachtung des Neunten Buches erbracht, soweit in diesem Buch nichts anderes bestimmt ist.

Die Krankenkassen stellen, auch soweit sie nicht als Rehabilitationsträger tätig sind, sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten beim zuständigen Rehabilitationsträger hingewirkt wird.“

Ein Kooperationsgebot, wie es bereits mit der Empfehlung 3.11. des Dialogprozesses beschrieben ist, muss für Menschen mit psychischen Erkrankungen um die Verpflichtung ergänzt werden, Bedarfe nach anderen Leistungssystemen mit der versicherten Person

gemeinsam zu erörtern. Das Ergebnis dieser Erörterung ist zu dokumentieren und der versicherten Person (bzw. ihrem Bevollmächtigten oder rechtlichen Betreuer) und den Kooperationspartnern zur Verfügung zu stellen.

An den vorgeschlagenen Ergänzungen am Ende des ersten Psychiatricdialogs (Empfehlung 3.11) zu § 2 Abs.1 Satz 1 SGB V und § 70 und 135 d SGB V (Förderung gemeindepsychiatrischer Verbände) wird ausdrücklich festgehalten. Sie werden durch die hier vorgeschlagene Änderung nicht entbehrlich.

Regelungsvorschlag:

Die frühzeitige Bedarfserkennung sowie das Hinwirken auf die Antragstellung bei einem Rehaträger müssen in die Aufgabenbeschreibungen der verschiedenen Berufsgruppen in der PPP-Richtlinie aufgenommen und in der Anlage 1 mit entsprechenden Zeitwerten hinterlegt werden.

Nur auf diese Weise wird auch die Refinanzierung dieser Aufgaben sichergestellt und die Kliniken tatsächlich dazu verpflichtet, diese Aufgaben wahrzunehmen.

Entsprechend muss die Refinanzierung der Leistungen auch für die ambulante Behandlung geregelt werden.

b) Behandlungsleistungen stärker im Hinblick auf individuelle Ziele zur Teilhabe am Arbeitsleben ausgestalten

Die Behandlungsmaßnahmen selbst müssen stärker an den individuellen Teilhabezielen ausgerichtet und folglich inhaltlich flexibilisiert werden.

Die Basis dafür können Bedarfsermittlungsverfahren bei allen Rehaträgern mit der Orientierung an die ICF-Systematik als gemeinsame Sprache bilden, § 13 SGB IX. Die Teilhabebeeinträchtigungen sind gem. § 2 SGB IX (Behinderungsbegriff) als Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen Einschränkungen der Körperfunktionen und Strukturen (wozu auch die psychischen Funktionen gehören) im Zusammenspiel mit (individuellen) den individuellen Kontextfaktoren zu verstehen. Die Rehaträger stehen damit erst am Anfang.

Teilhabebeeinträchtigungen lassen sich aus diesem Verständnis nur durch einen integrierten und kooperativen Prozess beheben oder verringern, der diese Ebenen gleichzeitig in den Blick nimmt.

Bereits 2020 wurde dieser Ansatz der Arbeitshilfe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) „Rehabilitation und Teilhabe psychisch erkrankter und beeinträchtigter Menschen“ zugrunde gelegt.

Wenn die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet wären, festgestellte Teilhabebedarfe bereits im Rahmen der Anamnese mit zu erheben, könnten Behandlungsleistungen (z.B. Psychotherapie, Ergotherapie oder Soziotherapie) bereits stärker an diesen Bedarfen ausgerichtet werden.

Therapeutische Maßnahmen könnten individuell und kleinschrittig auch die Ziele und Lösungsoptionen im Bereich Teilhabe am Arbeitsleben in den Blick nehmen. Dazu passende Angebote aus dem Versorgungssystem könnten vermittelt werden. Die Notwendigkeit, sich an entsprechenden regionalen Netzwerken zu beteiligen, würde sich schon aus dem Umstand ergeben, dass die Krankenkassen die notwendigen Leistungen zur Teilhabe an Arbeit und (beruflicher) Bildung nicht selbst erbringen können. Auf diese Weise wäre eine gezielte Versorgung aufgrund der individuellen Problemlagen und eine bessere Verzahnung der Leistungen im Sinne der Erreichung individueller Teilhabeziele möglich.

Regelungsvorschlag:

Es wird ein § 27 Abs 1b SGB V eingeführt mit folgendem Wortlaut:

„Festgestellte Bedarfe für Teilhabeleistungen aller Rehabilitationsträger sind bei der Ausgestaltung der Leistungen zur Heilbehandlung zu berücksichtigen.“

Analog dazu sind auch die Leistungen anderer Rehaträger daraufhin zu überprüfen, ob sie Bedarfe zur Teilhabe am Arbeitsleben hinreichend berücksichtigen und individuelle Wege in die berufliche Bildung bzw. in die Teilhabe am Arbeitsleben bahnen.

Ein Beispiel dafür ist die psychosomatische/psychotherapeutische Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Nach Abschluss dieser Maßnahme werden die Teilnehmenden, die überwiegend an Depressionen oder Angststörungen leiden, zu oft übergangslos zurück an ihren früheren Arbeitsplatz geschickt. Das Nachsorgeangebot IRENA wird ausschließlich in stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt.

Zugleich stehen diese Maßnahmen Menschen mit den Diagnosen Schizophrenie, Psychose, bipolare Störung oder Borderline Störung oft gar nicht offen und es ist – solange die Diagnose besteht – völlig unklar, auf welche Weise und zu welchem Zeitpunkt sie Angebote zur Teilhabe am Arbeitsleben wahrnehmen können.

4. Themenfeld 2: Individuelle Wege in Arbeit, Beschäftigung und Bildung im Verbund

Auf die gesonderte Prüfung einer abstrakten „Rehabilitationsfähigkeit“ ist in allen Systemen zu verzichten. Das moderne und an der UN-Behindertenrechtskonvention orientierte Verständnis von Behinderung, sowie § 4 SGB IX (Rehaziele) verlangen, dass sich die Rehabilitationsangebote an den Teilhabebeeinträchtigungen orientieren und nicht der Mensch am Angebot. Es bedarf daher personenbezogener Leistungen die sich ausreichend auf die Bedarfe der Betroffenen ausrichten. Dazu gehört zwingend die Berücksichtigung der „Recovery-Perspektive“. Eine vollständige Heilung darf nicht länger Voraussetzung für weiter gehende Teilhabeleistungen sein.

Sämtliche Angebote für psychisch erkrankte Menschen zur Teilhabe an Arbeit, Beschäftigung und Bildung sind so flexibel auszugestalten, dass sie Menschen auch in unterschiedlichen Phasen ihrer Erkrankung aufnehmen und bedarfsgerecht versorgen können. Das gilt auch für die Kinderrehabilitation nach § 15 a SGB VI, die noch nicht ausreichend auf die speziellen Bedarfe von Kindern mit psychischen Erkrankungen ausgerichtet ist.

Aufgrund der besonderen Dynamik im Verlauf psychischer Erkrankungen ist es notwendig, für die Menschen einen Versorgungskreislauf zu schaffen, der Leistungen für psychisch erkrankte Menschen bei Bedarf aus einem regional vernetzten Verbund erbringt und auch „Rückfalloptionen“ zulässt. Ein **individuelles Fallmanagement** kann gewährleisten, dass bei komplexem Leistungsbedarf Zugangsprobleme und -verzögerungen vermieden werden und bei Einbindung mehrerer Rehabilitationsdienstleister bzw. bei einem Wechsel der Zuständigkeit Brüche im Rehabilitationsverlauf – die den Rehabilitationserfolg gefährden können – verhindert werden.

Bundesweit gibt es derzeit nur ca. 65 spezielle Rehabilitationseinrichtungen für psychisch erkrankte Menschen.³ Sie bieten bereits jetzt auf die Teilnehmenden zugeschnittene medizinische, berufliche und psychosoziale Leistungen an. Das Angebot steht aber nicht flächendeckend zur Verfügung und muss dringend ausgebaut und sicher finanziert werden.

Bei der Entwicklung von Leistungsangeboten muss darauf geachtet werden, Maßnahmeabbrüche (oft verbunden mit Frühberentung) zu vermeiden, die der psychischen Erkrankung geschuldet sind. Vielmehr sind die Angebote an den Bedarfen psychisch erkrankter Menschen auszurichten.

Es gibt bereits jetzt im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung modularisierte Angebote, die in Abhängigkeit von der augenblicklichen Leistungsfähigkeit zunächst in Teilen wahrgenommen und später vervollständigt werden können.

Der Ausbau ambulanter, mobiler und aufsuchender Rehabilitationsangebote – auch als Anschlussrehabilitation – ist für Menschen mit psychischer Erkrankung von besonderer Bedeutung.

Menschen mit psychischer Erkrankung muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Maßnahmen nach krankheitsbedingtem Abbruch (wenigstens) einmal zu wiederholen.

Zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung ist die **Unterstützte Beschäftigung (Supported Employment)** eine gut validierte Maßnahme. Der betroffene Mensch kommt, eine ausreichende Motivation und psychische Stabilität vorausgesetzt, ohne (längere) Vorbereitungszeit bereits in der ersten Phase der Rehabilitation auf den ersten Arbeitsmarkt. Durch direkten Kontakt des Leistungserbringers mit Vorgesetzten und Kollegen (sog. Job Coaching) gelingt dort eine professionelle Unterstützung. („Erst platzieren, dann qualifizieren“). Ziel ist eine permanente Beschäftigung in einem normalen Arbeitsverhältnis⁴. Die Möglichkeiten dazu müssen besser genutzt und ausgebaut werden.

Die Verstetigung und Verallgemeinerung von gelungenen RehaPro-Projekten wäre ein erster wichtiger Schritt, um die bei trägerübergreifender Versorgung von psychisch erkrankten Menschen gemachten Erfahrungen allen Versicherten nutzbar zu machen.

Mit dem [Zweiten Förderaufruf](#) wurden zuletzt unter anderem folgende interessante Projekte unterstützt:

- L.IGA (S.12 der Vorstellung der Modellprojekte zum Zweiten Förderaufruf)
Jobcenter kooperiert mit verschiedenen Akteuren für eine bestmögliche Verzahnung von Behandlung und Teilhabe am Arbeitsleben z.B. den (psycho-)sozialen Strukturträgern und der Rehabilitationsklinik für psychisch erkrankte Menschen (RPK), mit Ex-in Genesungsbegleitern;
- LeiTAR -Mobile Reha (ebd., S.14)
aufsuchendes und niedrigschwelliges Angebot unter Beteiligung von peers;
- BrueBau (ebd., S.22)
Peers als Lots:innen die bei Bedarf die Feststellung der Erwerbsfähigkeit organisieren, bedarfsgerechte Arbeitsstellen akquirieren, die Vermittlung begleiten, Feedback geben

³ Rehadat, [RPK-Rehaeinrichtungen | REHADAT-Adressen](#)

⁴ DGPPN. Hrsg. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen; Empfehlung Nr. 13, Heidelberg: Springer; 2012 und Kap. 5.5.4.. der BAR Arbeitshilfe

- PsyDi (ebd., S. 29)
radikal vereinfachter Beantragungprozess; Arzt überweist direkt in eine psychosomatische-psychotherapeutische Reha

Themenfeld 3: Arbeitsplatzergänzung bei psychischen Erkrankungen – inklusiver Arbeitsmarkt

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung haben oftmals das Bedürfnis, ihre vorhandenen Ressourcen einzubringen und einer Erwerbstätigkeit oder sinnvollen Tätigkeit nachzugehen. Dadurch kann ihre psychische Stabilität gefestigt werden und sie gelangen zu einem geregelten Tagesablauf. Es ist dabei notwendig, beginnende Krisen, drohende Überlastungen oder Konflikte am Arbeitsplatz unverzüglich anzugehen und frühzeitig zu lösen.

Die Caritas empfiehlt die folgenden Instrumente:

- Angesichts der mitunter langen Dauer der medizinischen Behandlung ist die Möglichkeit einer „Teilweisen Arbeitsunfähigkeit“ im Entgeltfortzahlungsgesetz und der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vorzusehen. Maßnahmen der medizinischen Behandlung oder der medizinischen Rehabilitation könnten dann parallel zu einem laufenden Arbeitsverhältnis durchgeführt werden, das dann zum Teilzeit-Arbeitsverhältnis würde.
- Der weitere Ausbau des Budgets für Arbeit für Menschen, die vorübergehend nur unterhalb der Grenze von drei Stunden am regulären Arbeitsmarkt teilnehmen können oder die während einer laufenden Krankenbehandlung vorübergehend teilweise erwerbsgemindert sind, könnte Arbeitgebern zu einem Ausgleich der vorübergehenden oder längerfristigen „Minderleistung“ verhelfen. Ein bestehendes versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis könnte auf diese Weise erhalten und zu gegebener Zeit mit stufenweiser Wiedereingliederung (§ 74 SGB V) und betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) zum Vollzeit- oder Teilzeitarbeitsverhältnis ausgebaut werden.
- Integrationsfachdienste verfügen über eine breite Expertise, wenn es darum geht, bestehende Barrieren auf einem Arbeitsplatz am ersten Arbeitsmarkt abzubauen. Sie werden gem. § 192 Abs.1 SGB IX bei der Durchführung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben schwerbehinderter Menschen im Sinne des § 2 Abs.2 und 3 SGB IX beteiligt. Sie werden im Auftrag der Integrationsämter oder der Rehaträger tätig, (§ 194 SGB IX).
Diese Beteiligung ist allerdings derzeit nicht verpflichtend.
Integrationsfachdienste „können“ im Rahmen ihrer Aufgabenstellung „auch zur beruflichen Eingliederung von behinderten Menschen, die nicht schwerbehindert sind, tätig werden. Hierbei wird den besonderen Bedürfnissen seelisch behinderter oder von einer seelischen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.“ (§ 192 Abs.4 SGB IX).

In der Praxis werden Integrationsfachdienste nicht systematisch beauftragt, weil ihr Einsatz für die Rehaträger und Integrationsämter nicht verpflichtend ist.

Regelungsvorschlag:

§ 192 Abs. 1 SGB IX wird wie folgt neu gefasst:

Integrationsfachdienste sind Dienste Dritter, die bei der Durchführung der Maßnahmen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben **zu beteiligt sind**.

Entsprechend ist auch § 193 Absatz 1 SGB IX zu ändern:

„Die Integrationsfachdienste **werden** zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen am Arbeitsleben (Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer möglichst dauerhaften Beschäftigung) **beteiligt**, indem sie...“

§ 192 Abs. 4 Satz 2 SGB IX ist zu konkretisieren:

Menschen mit seelischer Behinderung oder Menschen, die von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben einen Anspruch auf die Beteiligung des Integrationsfachdienstes.

Darüber hinaus sollten Integrationsfachdienste auch längerfristig bzw. wiederholt nutzbar sein, um gemeinsam mit dem Arbeitgeber zu klären, welche Veränderungen vorgenommen werden können, um die Teilhabe am Arbeitsleben zu befördern oder zu erhalten. (z. B. Anpassung der Arbeitszeit, Arbeitstage, Schichten, Tätigkeiten, Arbeitsplatzwechsel, Umschulung u.v.m.).

- Das betriebliche Eingliederungsmanagement muss sich mehr auf die Bedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen einstellen. Es ist bei psychischen Erkrankungen mit einer Einzelberatung/Coaching zur Unterstützung des betroffenen Menschen zu ergänzen.
- Die für die Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehaträger sollten sich an der Finanzierung von „Zuverdienstmöglichkeiten“ beteiligen. Sie bieten ein sehr flexibles tagesstrukturierendes Angebot und werden derzeit häufig kommunal und/oder durch die Träger der Eingliederungshilfe finanziert. Sie geben Menschen mit psychischer Erkrankung die Möglichkeit, sich der Teilhabe am Arbeitsleben langsam ohne Druck zu nähern. Diese Angebote könnten mit der geänderten Finanzierung zu „therapeutischen Zuverdienstmöglichkeiten“ ausgebaut werden, die bei Bedarf auch eine Perspektive auf den ersten Arbeitsmarkt eröffnen.
- Gelingt der Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt nicht, ist der Eingangsbereich der WfbM eine gute Option, um andere mögliche Tätigkeitsfelder zu erschließen und bestehende Ressourcen zu nutzen.
- Menschen mit schweren und chronischen psychischen Erkrankungen haben oft 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. Eine wirksame Unterstützung können **Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX** sein. Krankenkassen und Rehaträger 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.⁵

Berlin, den 28. März 2024

⁵ [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 \(SGB II\): 2022,28](#)