

Gesundheit und Teilhabe von Menschen in Langzeitarbeits- losigkeit

Diakonische Anforderungen

Inhalt

3	Vorwort
4	Zusammenfassung
5	1. Einleitung und Problemaufriss
7	2. Arbeitslosigkeit, Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit
7	2.1 Arbeitslosigkeit und Gesundheit
7	2.2 Gesundheitliche Ungleichheit
8	2.3 Fokus: Psychische Folgen von Arbeitslosigkeit
8	2.4 Fokus: Personen mit Abhängigkeitserkrankungen im SGB-II-Bezug
10	3. Umgang in bestehenden Hilfesystemen mit gesundheitlich bedingten Teilhabebeeinträchtigungen
10	3.1 Kommunale Eingliederungsleistungen
10	3.2 Medizinische Rehabilitation
12	3.3 Gesundheitliche Prävention für und mit langzeitarbeitslosen Menschen im SGB-II-Bezug
14	4. Leitgedanken für die Gestaltung des sozialen Hilfesystems zur Bewältigung gesundheitlich bedingter Teilhabebeeinträchtigungen
16	5. Modell zur Gesundheitssicherung bei langzeitarbeitslosen SGB-II-Leistungsberechtigten
16	5.1 Bausteine eines Modells zur teilhabeorientierten Gesundheitssicherung
20	5.2 Umsetzung des Modells in die Praxis
22	6. Sozialpolitische und sozialrechtliche Folgerungen
24	Projektgruppenmitglieder
25	Quellenverzeichnis
27	Impressum

Vorwort

Der Verlust des Arbeitsplatzes bedeutet für die betroffenen Personen oft einen gravierenden Einschnitt in ihr Leben. Ihnen bricht ein wichtiger Teil ihres Einkommens und oftmals auch ihrer Identität weg. Ihre finanziellen Möglichkeiten und damit auch ihre soziale und kulturelle Teilhabe sind deutlich eingeschränkt. Sie verlieren Kontakte aus ihrem beruflichen Umfeld, eine mitunter sinnstiftende Tätigkeit und die gewohnte Alltagsstruktur.

Arbeitslosigkeit ist zugleich Ursache und Folge gesundheitlicher Probleme. Dies gilt für körperliche genauso wie für psychische Erkrankungen.

Die Gesundheitsversorgung von Menschen, die Leistungen nach dem SGB II erhalten, wird dieser Situation bislang nicht gerecht. Denn sie zielt vorrangig auf die Steigerung oder Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit von Leistungsbeziehenden.

Menschen, denen nur geringe oder keine Chance auf Rückkehr auf den Arbeitsmarkt zugesprochen wird, werden oft von vornherein von bestimmten Maßnahmen gesundheitlicher Rehabilitation ausgeschlossen. Kennzeichnend für die derzeitige gesundheitliche Beratung und Versorgung ist das Machtgefälle zwischen Jobcenter und Leistungsbeziehenden, nicht zuletzt deshalb, weil sie nach wie vor mit Sanktionsmöglichkeiten verbunden sind.

Was es aber braucht, ist ein ganzheitlicher Blick auf die Situation der betroffenen Personen, und eine gesundheitliche Beratung, die die Folgen ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung auch in anderen Lebensbereichen zu

mildern hilft und gesellschaftliche Exklusion vermeidet. Es geht darum, ihre individuellen Bedarfe zu berücksichtigen: an ihrer Seite, unter Wahrung ihrer Autonomie, ohne Stigmatisierung und auf Augenhöhe. Eine solche Unterstützung zur Teilhabe ist ein Recht der Betroffenen – keine Leistung, für die sie erst eine Gegenleistung erbringen müssten.

Mit diesem fachpolitischen Papier stellt die Diakonie Deutschland neben einer kritischen Bestandsanalyse ein funktionales Modell vor, das rehabilitativ ausgerichtet ist. Es setzt zudem auf kommunale Netzwerke auch mit Beteiligung von Beratungsstellen und Fallkonferenzen unter Einbeziehung der erwerbslosen Person. Kern ist die Einrichtung einer unabhängigen Clearingstelle mit Integrations- und Lotsenfunktion. Zusätzlich soll die Teilhabe an Arbeit über den Ausbau öffentlich geförderter sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung und niedrighschwelliger Angebote zur Arbeit ermöglicht werden.

Ein solcher Ansatz kann eine bedarfsorientierte und individuelle Förderung von Gesundheit und Inklusion Langzeitarbeitsloser erfolgreich ermöglichen.



Maria Loheide
Vorständin Sozialpolitik

Zusammenfassung

Arbeitslosigkeit ist eine Krisensituation und hat nachweislich negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitliche Einschränkungen wiederum erschweren die Vermittlung in den Arbeitsmarkt. Die Gesundheit vor allem von langzeitarbeitslosen Menschen ist deutlich schlechter als die von Erwerbstätigen.

Weil Arbeitslosigkeit krank macht, gilt es, auf die Bedarfe des einzelnen Menschen abgestimmte Strategien zu entwickeln, um die Sicherung und Förderung der Gesundheit mit der Teilhabe an Arbeit zu verbinden.

In diesem fachpolitischen Papier zeigt die Diakonie Probleme bei der Gesundheitssicherung von Menschen auf, die Leistungen nach dem SGB II erhalten – dies gilt insbesondere für Langzeitarbeitslose. Sie bemängelt, dass rehabilitative Bedarfe nicht erkannt werden und kommunale Eingliederungsleistungen, die keine Pflichtleistungen sind, oftmals unverbunden neben anderen gesundheitlichen Angeboten stehen. Die Prävention ist häufig ausschließlich individualpräventiv, das heißt auf den Lebensstil gerichtet, ohne die Lebenslage, die selbst ein gesundheitliches Risiko darstellt, zu verändern.

Vor dem Hintergrund einer kritischen Bewertung der Gesundheitssicherung von Langzeitarbeitslosen entwickelt die Diakonie Leitgedanken zur Gesundheitssiche-

rung von langzeitarbeitslosen Menschen, ein funktionales Modell zur Gesundheitssicherung sowie sozialpolitische Forderungen.

Ein zentraler diakonischer Leitgedanke ist, dass der langzeitarbeitslose Mensch im System der Grundsicherung als Träger von Rechten verstanden wird und Probleme und Anliegen gemeinsam auf Augenhöhe behandelt werden.

Der diakonische Vorschlag für ein funktionales Modell zur Gesundheitssicherung zeichnet sich aus durch eine rehabilitative Ausrichtung, ein umfassendes Beratungs- und Unterstützungsangebot und eine Verknüpfung mit der Teilhabe an Arbeit. Es verbindet folgende Bausteine miteinander: Netzwerkaufbau, Information, Beratung und Unterstützung, Clearing und Bedarfserkennung, rehabilitativ ausgerichtete Bedarfserhebung, Fallbegleitung, Teilhabekonferenz (bzw. Fallkonferenz), Prävention sowie Vermittlung in Beschäftigung.

Die vorstehenden Überlegungen werden in sozialrechtliche und -politische Forderungen übersetzt, um die Elemente der Rehabilitation, Prävention, Fallbegleitung und Vermittlung in Beschäftigung zu akzentuieren, aber auch die Gesundheit und Teilhabe von Menschen zu fördern, die kaum Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt haben.

1. Einleitung und Problemaufriss

Erwerbsarbeit erfüllt neben der Erzielung von Einkommen zentrale Funktionen für die Teilhabe an der Gesellschaft. Erwerbsarbeit gibt eine Zeitstruktur und Aktivität vor, geht mit sozialem Status einher, schafft soziale Kontakte über die Familie hinaus und kann eine sinnhafte Tätigkeit ermöglichen. Arbeitslosigkeit ist eine Krisensituation und hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Gesundheitliche Einschränkungen wiederum erschweren die Vermittlung in den Arbeitsmarkt.

In den diakonischen Einrichtungen, die Beschäftigungsmöglichkeiten und Hilfen für Arbeitslose anbieten, ist Gesundheit und der Umgang mit gesundheitlichen Einschränkungen der Geförderten ein dauerhaftes Thema.

Im Jahresdurchschnitt 2017 waren trotz guter wirtschaftlicher Entwicklung knapp 2,5 Millionen Menschen in Deutschland arbeitslos. Werden die Personen dazugezählt, die statistisch nicht als arbeitslos gelten, weil sie zum Beispiel an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen teilnehmen oder am Tag der Erfassung arbeitsunfähig sind, dann ergibt sich für das Jahr 2017 eine Zahl von knapp 3,5 Millionen Menschen ohne Arbeit. Im Jahresdurchschnitt 2017 waren 901.000 Personen offiziell länger als ein Jahr arbeitslos.¹ Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit im SGB II ist von 549 Tagen im Jahr 2011 auf 650 Tage in 2017 gestiegen, während die Dauer der Arbeitslosigkeit im SGB III von 235 Tagen in 2011 auf 179 Tage in 2017 gesunken ist.

In zwei Positionspapieren hat sich die Diakonie mit Fragen der Arbeitsmarktpolitik und der Existenzsicherung beschäftigt und tiefgreifende sozialpolitische Reformvorschläge formuliert. Dabei rückt die Diakonie den Menschen mit seinem Recht auf wirtschaftliche, soziale und kulturelle Teilhabe in den Mittelpunkt. Die Arbeitsmarktpolitik ist an der Förderung beruflicher und sozialer Teilhabe auszurichten, die Schutzfunktion der Arbeitslosenversicherung und der Grundsicherung für Arbeitssuchende ist zu verbessern. Um Teilhabe an Arbeit für die Menschen zu ermöglichen, die bislang vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind, ist öffentlich geförderte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auszubauen.² Soziale Beratung und Unterstützung, arbeitsmarktpolitische Förderung und die Gewährung materieller Leistungen zur Existenzsicherung sind als drei Bereiche zu trennen.

Soziale Beratung, die Vermittlung sozialarbeiterischer Hilfen und anderer Fachdienste sind freiwillig in Anspruch zu nehmen; Beratung und Unterstützung erfolgen auf der Grundlage von Freiwilligkeit nach professionellen Standards. Die Grundsicherung ist auf ein bedarfsgerechtes Niveau auszubauen, das soziale Teilhabe ermöglicht. Das sind die Leitlinien, denen die Vorschläge der Diakonie Deutschland zur Gesundheitssicherung für langzeitarbeitslose Menschen in der Grundsicherung folgen.

Langzeitarbeitslose Menschen sind erheblichen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Viele von ihnen haben gesundheitliche Probleme und sind aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Teilhabe eingeschränkt. Die Beschwerden umfassen ein breites Krankheitsspektrum. Sind Menschen lange arbeitslos, erhöht sich das Risiko, vorzeitig zu sterben. Das Risiko zu erkranken steigt zudem mit der Dauer der Arbeitslosigkeit, dem Alter und mit sinkendem sozialökonomischen Status an. Weil Arbeitslosigkeit krank macht, gilt es, auf die Bedarfe des einzelnen Menschen abgestimmte Strategien zu entwickeln, wie die Sicherung und Förderung der Gesundheit mit der Teilhabe an Arbeit verbunden werden kann.

Aber auch Erwerbsarbeit kann krank machen, insbesondere wenn sie unter prekären, besonders belastenden Bedingungen stattfindet. Auch deshalb engagiert sich die Diakonie für „gute Arbeit“. Arbeit um jeden Preis kann, auch aus gesundheitlichen Gesichtspunkten, nicht der richtige Ansatz sein.

Auch langzeitarbeitslose Menschen, für die es mittel- oder längerfristig keine Beschäftigungsaussicht gibt, haben einen Anspruch auf Teilhabe an Arbeit und eine sinnvolle Tätigkeit. Sind sie dauerhaft von Arbeit ausgeschlossen, haben sie dennoch einen Anspruch auf Teilhabe am sozialen Leben. Im Bedarfsfall sind ihnen Gesundheit und Teilhabe sichernde Beratungs-, Unterstützungs- und Rehabilitationsleistungen zu erschließen. Die Überlegungen, die in diesem Papier angestellt werden, beziehen sich im Wesentlichen auf erwerbsfähige Leistungsberechtigte im SGB II, sie sind aber auch relevant für Menschen, die keinen Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II haben oder Leistungen im Kontext der Arbeitslosenversicherung nach dem SGB III beziehen.

¹ Siehe Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Allerdings besitzt diese Zahl nur sehr eingeschränkten Aussagewert, denn sogenannte schädliche Unterbrechungen führen dazu, dass eine arbeitslose Person, beispielsweise weil sie länger als sechs Wochen krankgeschrieben ist, nach Ende der Krankheit in der Statistik als neu, erst kurzzeitig arbeitslos geführt wird. Dass in der Zwischenzeit weder Arbeit gefunden noch der Arbeitslosengeldbezug beendet wurde, ist irrelevant. Insofern ist das Ausmaß der Langzeitarbeitslosigkeit de facto größer.

² Siehe ausführlich Diakonie Text 2.2015 „Gerechte Teilhabe an Arbeit – Arbeitsmarktpolitik mit Perspektiven für Langzeitarbeitslose“ sowie Diakonie Text 5.2015 „Zehn Jahre Hartz IV – Zehn Thesen der Diakonie. Menschenwürde und soziale Teilhabe in der Grundsicherung verwirklichen“.

Der gegenwärtige Umgang mit gesundheitlich bedingter Teilhabebeeinschränkung von Langzeitarbeitslosen ist – obwohl ihnen die Leistungen der gesetzlichen Krankenbeziehungsweise Rentenversicherung zustehen – problematisch: Die Hürden zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind hoch. Beratung, Unterstützung und Begleitung sind unzureichend. Kommunale Eingliederungsleistungen, die nicht als Pflichtleistungen rechtlich verankert sind, sind häufig nicht mit anderen Leistungen und Angeboten bedarfsorientiert verbunden. Präventive Maßnahmen sind oftmals nur individualpräventiv auf die Lebensführung ausgerichtet und vor allem zielen Interventionen, wenn sie denn erfolgen, meist nicht auf die Veränderung der Lebenslage oder mehr Selbstbestimmung über das eigene Leben. Diese Kritik wird im vorliegenden Papier in Kapitel 3 ausgeführt.

Vor dem Hintergrund diakonischer Leitideen (in Kapitel 4) wird im vorliegenden Positionspapier (in Kapitel 5) ein Modell entwickelt, um die Gesundheit von langzeitarbeits-

losen Menschen teilhabeorientiert bei Wahrung ihrer Autonomie und ohne Stigmatisierung zu verbessern. Teilhabe bedeutet in diesem Zusammenhang vor allem Teilhabe an Arbeit, bedeutet aber auch, in anderen Hinsichten in das soziale Leben einbezogen zu sein.

Mit der Reform der Eingliederungshilfe (Bundesteilhabegesetz) wurden die Rehabilitationsträger stärker als bislang darauf verpflichtet, die Erwerbsfähigkeit zu sichern. Die Rolle der Jobcenter in der Rehabilitation wurde gestärkt. Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation für Arbeitssuchende werden gefördert. Die Vorschläge der Diakonie sind daher auch als Umsetzungsschritte dieser rehabilitativen Verpflichtungen zu verstehen.

Aus dem in Kapitel 5 skizzierten Modell, das Gesundheitssicherung und soziale Teilhabe verbindet, werden abschließend (in Kapitel 6) sozialpolitische und sozialrechtliche Folgerungen abgeleitet.

2. Arbeitslosigkeit, Gesundheit und gesundheitliche Ungleichheit

2.1 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslosigkeit ist zugleich Ursache und Folge gesundheitlicher Probleme. Mit der Dauer der Arbeitslosigkeit verschlechtert sich die Gesundheit und das Risiko von gesundheitlich bedingten Teilhabebeeinträchtigungen steigt. Befragungen bei Jobcentern zeigen, dass mindestens ein Drittel aller erwerbsfähigen Leistungsberechtigten an (mindestens) einer gesundheitlichen Einschränkung beziehungsweise einer ausgeprägten Erkrankung leidet, die eine Wiedereingliederung erschwert (Schubert 2010: 33). Auch das Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen ist nachweislich ungünstiger als das von Erwerbstätigen. Arbeitslose selbst schätzen ihre Gesundheit insgesamt deutlich schlechter ein als Beschäftigte.

Der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit wird auch unter einer anderen Perspektive bedeutsam: In den vergleichbaren westlichen Industriegesellschaften werden jeweils etwa gleich hohe Anteile der Erwerbsbevölkerung über statusbeschaffende Sozialleistungssysteme aus dem Arbeitsmarkt ausgegliedert. In Deutschland wird durch die Definition der Erwerbsfähigkeit im SGB II ausdrücklich darauf verzichtet, eine solche Ausgliederung über den verstärkten Einsatz des Renten- oder Krankenversicherungssystems zu organisieren. In der Folge befindet sich unter den SGB-II-Leistungsberechtigten ein vergleichsweise hoher Anteil an gesundheitlich beeinträchtigten Personen, die nach dem Gesetz zwar erwerbsfähig sind, die praktisch aber mittel- und längerfristig keine realen Chancen auf Integration in den Arbeitsmarkt haben.

Damit gewinnt der 2011 eingefügte § 1 SGB II eine besondere Bedeutung: „Die Grundsicherung für Arbeitssuchende soll es Leistungsberechtigten ermöglichen, ein Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“ Deshalb muss es bei der Arbeit der Jobcenter nicht ausschließlich oder vorrangig um Arbeitsmarktziele gehen, sondern auch um eine personenbezogene Befähigung³ zur gesellschaftlichen Teilhabe als einem wesentlichen Merkmal menschenwürdigen Lebens.⁴

2.2 Gesundheitliche Ungleichheit

Eng verknüpft mit der Thematik Arbeitslosigkeit und Gesundheit ist die gesundheitliche und soziale Ungleichheit. Die Wahrscheinlichkeit, lange und gesund leben zu können, nimmt mit der Höhe des Einkommens, der beruflichen Position und anderen soziostrukturellen Merkmalen zu. Die Ursachen von gesundheitlicher Ungleichheit liegen weitgehend außerhalb des Gesundheitssystems begründet – in unterschiedlichen Lebensbedingungen, zu denen unterschiedliche Belastungen gehören, ebenso aber Ressourcen, die helfen können, (oder auch nicht) Belastungen aufzufangen. Lebensgewohnheiten und die Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen, wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen, unterscheiden sich in den verschiedenen Schichten beziehungsweise Milieus. Entsprechend unterscheiden sich auch die Krankheits- und Sterberaten der spezifischen Milieus. Tatsächliche Lebensbedingungen erschweren oder erleichtern es also, gesund zu leben. Umgekehrt können Krankheit und gesundheitlich bedingte Teilhabebeeinträchtigungen soziale Ungleichheit verfestigen.

Bestimmte Faktoren können den Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit schwächen oder stärken, so zum Beispiel das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein sozialer Unterstützung oder die Fähigkeit von Menschen, Situationen verstehen und adäquat einordnen zu können und das eigene Leben entsprechend eigener Ziele zu gestalten (Richter/Hurrelmann 2007; Elkeles/Mielck 2013).

Der beschriebene Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit ist aus drei Gründen für das Verhältnis von Arbeitslosigkeit und Gesundheit von Belang.

Erstens steigt das Risiko von (Langzeit-)Arbeitslosigkeit, je niedriger berufsqualifizierende Abschlüsse sind und je einfacher die berufliche Tätigkeit ist. Zweitens sind insbesondere Menschen aus niedrigen beruflichen Positionen in der Phase der Arbeitslosigkeit von gesundheitlichen

³ Konzeptionell kann auf den „Capability Approach“ von Amartya Sen (2007) zurückgegriffen werden. Die Realisierung von Verwirklichungschancen, also die Umsetzung von Fähigkeiten in die Praxis, ist auf einen Möglichkeitsraum angewiesen, auf einen sozialen Rahmen mit Ressourcen und eine Infrastruktur, die die Realisierung von Fähigkeiten gestattet. Sen verbindet so subjektive mit sozialstrukturellen Aspekten.

⁴ Siehe Diakonie 02/2018 „Freiwillig aktiv statt aktiviert – Ein Diskussionsimpuls der Diakonie zum SGB II“.

Problemen betroffen. Drittens ist berufliche und soziale Teilhabe selbst eine wichtige Ressource, um Gesundheit zu fördern; sie kann einen Beitrag dazu leisten, mehr gesundheitliche Chancengleichheit zu verwirklichen.

2.3 Fokus: Psychische Folgen von Arbeitslosigkeit

Nicht nur zum körperlichen Gesundheitszustand, auch zu den psychischen Folgen von Arbeitslosigkeit liegt gesichertes Wissen vor. Ohne die Bedeutung körperlicher Erkrankungen beziehungsweise Beschwerden zu schmälern, soll an dieser Stelle auf psychische Belastungen und Störungen hingewiesen werden.

Langzeitarbeitslose haben ein mindestens doppelt so hohes Risiko für psychische Erkrankungen wie erwerbstätige Personen. Dies gilt für unterschiedliche Aspekte der psychischen Gesundheit wie etwa Angstsymptome, geringe Lebenszufriedenheit oder eingeschränktes Selbstwertgefühl. Insbesondere Depressionssyndrome sind typische Kennzeichen, die mit Arbeitslosigkeit einhergehen (Paul et al. 2016).

Das liegt daran, dass mit der Erwerbsarbeit neben dem Gelderwerb weitere zentrale Funktionen verbunden sind, wie Zeitstruktur, Aktivität, sozialer Status und soziale Kontakte über die Familie hinaus sowie die Teilhabe an gemeinschaftlichen, sinnhaften Zielen (Jahoda 1983). Aber auch der Mangel an Geld, vor allem für Wohnen und wichtige Gebrauchsgüter, beeinflusst sowohl die gesundheitsförderliche Lebensgestaltung als auch die psychische Gesundheit. In Ländern mit starker sozialer Sicherheit ist die psychische Gesundheit Arbeitsloser vergleichsweise gut (Paul et al. 2016).

Die oben genannten typischen Symptome werden verstärkt durch Gefühle der Hilf- und Ratlosigkeit oder das Gefühl, ausgeliefert zu sein, wenn der Wunsch und der Anspruch an sich selbst, erwerbstätig zu sein, nicht in die Lebenspraxis umgesetzt werden kann.

Bei erwerbslosen Personen verbinden sich der Verlust des eigenen Handlungsspielraumes und der gefühlte Verlust von Selbstwirksamkeit (erfolglose Bemühungen um einen Arbeitsplatz). Wer die Erfahrung macht, dass aktive Bemühungen erfolglos bleiben, entwickelt Enttäuschung, Frustration und Pessimismus. Je stärker die gefühlte Hilflosigkeit wird („Ich kann nichts ändern“), umso mehr sinkt die Hoffnung („Es hat alles keinen Sinn“).

(Langzeit-)Arbeitslose sind mitnichten eine einheitliche Gruppe. Sie unterscheiden sich trotz gemeinsamer Merkmale untereinander in ihren Lebensbedingungen, der Gestaltung ihres Alltags und in ihrer Gesundheit. Ressourcen zur Bewältigung der problematischen Lebenslage Arbeitslosigkeit, die Dauer der Arbeitslosigkeit, das

Alter, der sozialökonomische Status sowie die persönliche Einstellung zur Erwerbsarbeit sind wichtige Faktoren für den Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit.

2.4 Fokus: Personen mit Abhängigkeitserkrankungen im SGB-II-Bezug

Suchtstörungen gehören zu den zehn häufigsten Einzeldiagnosen im Bereich psychischer Störungen. Arbeitslosigkeit ist in der Suchthilfe ein erhebliches Problem. Der Anteil erwerbsloser Personen im ambulanten Bereich der Suchthilfen in Deutschland beträgt 39 Prozent und im stationären Bereich sind es 49 Prozent (Kipke et al. 2015). Im Vergleich zu Beschäftigten mit Abhängigkeitserkrankungen sind bei arbeitslosen Abhängigkeitserkrankten die Verläufe komplizierter und die Rückfallquoten höher.

Der Drogen- und Suchtrat der Bundesregierung sieht erheblichen Handlungsbedarf hinsichtlich der Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben und fordert für eine angemessene Beratung und Betreuung der suchtgefährdeten und (ehemals) abhängigkeitskranken Personengruppe genügend Zeit im Beratungsprozess, um individuelle Problemlagen zu erkennen, auf diese angemessen eingehen zu können und passgenaue Lösungen zu suchen. Auch Aspekte der Gesundheitsförderung sind hier dringend einzubeziehen (Bahemann et al. 2012/Müller-Simon et al. 2016).

Insbesondere das Fehlen längerfristiger Perspektiven entmutigt viele Menschen und verschlechtert ihre gesundheitliche Lage sowie die Chancen zur Wiedereingliederung in Arbeit. Die beruflichen Angebote in der Suchthilfe sind zentral für die Nachhaltigkeit der (bio-psycho-sozialen) Hilfen. Sie müssen mit Handlungsleitlinien für die Arbeitsmarktintegration und Gesundheitsförderung verbunden sein (Fachverband Drogen- und Suchthilfe e. V. 2012).

Ein wesentliches Anliegen der Diakonie ist die Kooperation zwischen Jobcenter, Suchtberatungsstelle und weiteren Akteuren in einem regionalen Netzwerk. Die Förderung der fallbezogenen örtlichen Kooperation mit den Fachstellen der ambulanten Grundversorgung Sucht gemäß § 16a SGB II ist dabei von großer Bedeutung. Elemente guter Praxis der Arbeit mit abhängigkeitskranken arbeitslosen Menschen sind:

- Suchtspezifische Sensibilisierung des Personals in den Jobcentern
- Feststellung des regionalen Bedarfs an sozialen Leistungen/an Suchtberatung in Kooperation mit den weiteren Akteuren bzw. Fachkräften der Suchthilfe

- Enge Kooperation der Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe, die die Diakonie in ihrem Modell vorschlägt (vgl. Kap. 5), mit dem System der Suchtkrankenhilfe, am besten vertraglich geregelt; Beteiligung an lokalen oder regionalen Suchthilfe-Netzwerken unterschiedlicher Akteurs-Gruppen
- Frühe Einbeziehung der kooperierenden Suchtberatungsstelle in die inhaltliche Gestaltung der Teilhabeplanung
- Ausstattung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen mit suchtspezifischer Kompetenz (Arbeitsdiagnostik, Belastungserprobung), gemeinsame Durchführung von Integrationsmaßnahmen durch Suchtberatungsstellen und Beschäftigungsträger
- Einbeziehung von Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft bei der Integrationsplanung suchtkranker Personen unter 25 Jahren, wenn mit einem systemischen Beratungsansatz gearbeitet (ganzheitliches Konzept) und mit Einrichtungen der Jugendhilfe kooperiert wird (rechtskreisübergreifende Kooperation)

3. Umgang in bestehenden Hilfesystemen mit gesundheitlich bedingten Teilhabebeeinträchtigungen

Langzeitarbeitslosen Menschen stehen, wie auch allen anderen Bürgerinnen und Bürgern, die durch die Länder, Kreise und Kommunen getragenen gesundheits- und teilhabebezogenen Angebote der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge offen. Da sie krankenversichert sind, stehen ihnen die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu.

In diesem Kapitel sollen Probleme der teilhabeorientierten Gesundheitssicherung dargestellt werden, mit denen Menschen konfrontiert sind, die Leistungen nach dem SGB II erhalten. Es handelt sich dabei um Probleme im Kontext der kommunalen Eingliederungsleistungen, des Zugangs zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zu präventiven beziehungsweise gesundheitsfördernden Leistungen.

3.1 Kommunale Eingliederungsleistungen

Das SGB II formuliert in § 16a kommunale Eingliederungsleistungen als Betreuung und Pflege von Angehörigen, Schuldnerberatung, psychosoziale Unterstützung und Suchtberatung. Dabei handelt es sich um Kann-Leistungen.

Folgende Probleme bestehen:

- Der SGB-II-Leistungsberechtigte hat keinen gesetzlichen Anspruch auf die Leistungen nach § 16a; zudem stehen die Leistungen unter der Prämisse der Eingliederung in Arbeit. Die Prämisse der Eingliederung in Arbeit wird dem Teil der SGB-II-Bezieher nicht gerecht, bei denen wenig Aussicht auf Beschäftigung besteht. Dennoch haben sie nach diakonischer Überzeugung ein Recht auf soziale Teilhabe. Deshalb müssen die Leistungen nach § 16a SGB II als Pflichtleistungen formuliert werden und auch für sie gelten.
- In der Praxis der Umsetzung der kommunalen Eingliederungsleistungen bestehen Schnittstellenprobleme, das heißt Probleme der Abstimmung zwischen medizinischer Rehabilitation nach SGB V, VI und IX (die kaum in Anspruch genommen wird), präventiven Angeboten (nach SGB V und IX), den Leistungen nach § 16a SGB II sowie den Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 45 SGB III.
- Die Maßnahmen werden zusammenhanglos nebenbeziehungsweise nacheinander erbracht, ohne dass sie in eine Integrations- beziehungsweise Teilhabestrategie

eingebettet sind. Auch sind sie nicht immer auf den individuellen Bedarf bezogen, sondern folgen häufig eher einem Programm.

In den letzten Jahren hat sich ein fachlicher Grundkonsens herausgebildet, nach dem die in § 16a SGB II formulierten Hilfen einen eigenständigen Charakter als Vorlaufmaßnahme – wenn nicht sogar als gleichberechtigte Maßnahmen neben den Eingliederungsleistungen zur Arbeitsmarktintegration – bekommen müssen. Die Dauer dieser Unterstützung muss sich am Hilfebedarf ausrichten, sie darf sich nicht an Laufzeiten von Maßnahmen und ähnlichen sachfremden Kriterien orientieren. Das Subsidiaritätsprinzip, das die Vielfalt von gemeinnützigen Anbietern fördert, ist zu achten.

In dem unten entwickelten Modell der Diakonie ist es die Aufgabe der Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe, zusammen mit dem Leistungsbeziehenden zu erkennen, welche teilhabeorientierten Leistungen zu erschließen sind. Die Bedarfsklärung kann in ein rehabilitativ ausgerichtetes Assessment überführt werden, in dessen Rahmen verschiedene Leistungen (einschließlich kommunaler Eingliederungsleistungen) für einen Teilhabeplan erschlossen werden, der in einer „Fallkonferenz“ (das kann die Teilhabekonferenz nach § 20 SGB IX sein) erörtert wird. Dieses Vorgehen setzt voraus, dass die Jobcenter, die BA und andere Stellen in einem regionalen Netzwerk kooperieren.

Im Diakonie-Modell arbeiten die Jobcenter, die Renten- und die Krankenversicherung und weitere Akteure im Netzwerk zusammen und haben Verfahrensabläufe geklärt. Die Akteure begegnen sich im Rahmen der rechtlichen Vorgaben auf Augenhöhe. Die Maßnahmen sind auf den Einzelfall bezogen.

3.2 Medizinische Rehabilitation

Werden gesundheitlich bedingte Vermittlungshemmnisse vermutet, können die ärztlichen und psychologischen Fachdienste der Arbeitsagentur eingeschaltet werden. Bei gesundheitlich bedingten Teilhabebeeinträchtigungen kann dem Leistungsberechtigten empfohlen werden, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme beim zuständigen Reha-Träger, in der Regel bei der Krankenkasse – im Falle der Suchtrehabilitation bei der Rentenversicherung – zu beantragen oder es kann eine sozialmedizinische Begutachtung erfolgen.

Die Diakonie möchte auf folgende Probleme aufmerksam machen:

- Trotz entsprechender Bestimmungen des SGB IX (schon vor der Novellierung im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes BTHG) nimmt die Bundesagentur die in § 9 SGB IX formulierte Aufgabe bislang nicht ausreichend wahr, „von Amts wegen“ zu prüfen, ob eine Teilhabeleistung voraussichtlich erfolgreich sein wird, sofern es sich um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation handelt. Für die berufliche Rehabilitation hat die BA interne fachliche Hinweise gegeben, wann welcher Fachdienst eingeschaltet wird, um einen möglichen (beruflichen) Rehabilitationsbedarf abzuklären; dies gilt auch für Fragen zur Reha-Antragstellung (bei der Berufsgenossenschaft, der BA, den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe, den Trägern der Eingliederungshilfe oder der Rentenversicherung). Das Jobcenter ist kein Rehabilitationsträger, nimmt aber gegenüber den Leistungsberechtigten die Rechte und Pflichten eines Rehabilitationsträgers wahr. Es ist für wichtige Schritte im Prozess der beruflichen Rehabilitation verantwortlich, so zum Beispiel Leistungseinschränkungen und einen möglichen Reha-Bedarf zu identifizieren sowie die die Beantragung der Reha-Leistung sicherzustellen.

Hinsichtlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gibt es in der Praxis kein bewährtes Verfahren, um Anzeichen für eine gesundheitlich bedingte Teilhabebeeinschränkung zu erkennen und die Bedarfserhebung und -feststellung trägerübergreifend, frühzeitig und nahtlos einzuleiten. Dadurch werden Rehabilitationschancen vertan und die rehabilitative Aufgabe, die Erwerbsfähigkeit zu sichern, kann nicht wahrgenommen werden. Anforderungen an eine koordinierte Leistungserbringung unterschiedlicher Träger laufen ins Leere.

- Je stärker die gesundheitlich und sozial bedingten Teilhabebeeinschränkungen sind, desto ungünstiger ist die Reha-Prognose. Damit werden aber gerade die Menschen, die den deutlichsten Bedarf an Teilhabeleistungen haben, ausgeschlossen. Dies gilt gerade für langzeitarbeitslose Menschen, denn sie werden durch Rehabilitationsträger aufgrund ihrer Langzeitarbeitslosigkeit mit einer negativen Rehabilitationsprognose versehen. Auf diese Weise werden sie von rehabilitativen Leistungen, die auch der Sicherung von Erwerbsfähigkeit dienen, ausgeschlossen. Dies ist ein Beispiel für einen sich selbst verstärkenden Teufelskreis, der aufgebrochen werden muss.
- Ein weiteres Problem ist, dass medizinisch-rehabilitative Leistungen für arbeitslose SGB-II-Bezieher in der Regel auf die Sicherung und Verbesserung ihrer Beschäftigungsfähigkeit ausgerichtet sind. Für einen Teil der Leistungsberechtigten gerät diese Ausrichtung faktisch zu einem Ausschlusskriterium. Das ist nicht mit der Zielvorgabe der Teilhabeleistungen im SGB IX vereinbar, denn die Ziele von Teilhabeleistungen (in § 4 SGB IX) sind folgende: die Behinderung zu vermeiden beziehungsweise zu mindern, ihre Folgen zu mildern;

Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden oder eine Verschlimmerung zu verhüten; die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern; die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen (vgl. SGB IX § 4 Abs. 1).

Im Zuge des BTHG wurde das allgemeine, trägerübergreifende Rehabilitationsrecht des SGB IX novelliert. Der ab dem 1. Januar 2018 geltende § 9 SGB IX (Vorrangige Prüfung von Leistungen zur Teilhabe) entwickelt die Bestimmungen des alten § 8 SGB IX (Vorrang von Leistungen zur Teilhabe) weiter. Der neue § 9 Abs. 1 SGB IX formuliert:

„Werden bei einem Rehabilitationsträger Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer Behinderung oder einer drohenden Behinderung beantragt oder erbracht, prüft dieser unabhängig von der Entscheidung über diese Leistungen, ob Leistungen zur Teilhabe voraussichtlich zur Erreichung der Ziele nach den §§ 1 und 4 erfolgreich sein können. Er prüft auch, ob hierfür weitere Rehabilitationsträger im Rahmen ihrer Zuständigkeit zur Koordinierung der Leistungen zu beteiligen sind. Werden Leistungen zur Teilhabe nach den Leistungsgesetzen nur auf Antrag erbracht, wirken die Rehabilitationsträger nach § 12 auf eine Antragstellung hin“.

§ 9 Abs. 4 SGB IX formuliert:

„(4) Absatz 1 gilt auch für die Jobcenter im Rahmen ihrer Zuständigkeit für Leistungen zur beruflichen Teilhabe nach § 6 Absatz 3 mit der Maßgabe, dass sie mögliche Rehabilitationsbedarfe erkennen und auf eine Antragstellung beim voraussichtlich zuständigen Rehabilitationsträger hinwirken sollen.“

Somit haben alle zuständigen Rehabilitationsträger im Rahmen der Beantragung von Sozialleistungen wegen oder unter Berücksichtigung einer (drohenden) Behinderung Prüf- und Hinwirkungspflichten, damit Rechtsansprüche auf Leistungen zur Teilhabe tatsächlich in Anspruch genommen werden können.

§ 12 Abs. 1 SGB IX formuliert für die Rehabilitationsträger umfassende Aufgaben der frühzeitigen Bedarfserkennung, Information, Unterstützung und Hinwirkung, unabhängig davon, ob eine Sozialleistung aufgrund einer Behinderung beantragt wird:

„Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. Die Rehabilitationsträger unterstützen die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch die Bereitstellung

und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten über

- a) Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe,
- b) die Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget,
- c) das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und
- d) Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32.

Die Rehabilitationsträger benennen Ansprechstellen, die Informationsangebote nach Satz 2 an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitationsträger vermitteln. Für die Zusammenarbeit der Ansprechstellen gilt § 15 Absatz 3 des Ersten Buches entsprechend.“

Diese Aufgabe gilt nach § 12 Abs. 2 SGB IX auch für die Jobcenter im Rahmen ihrer Zuständigkeit für Leistungen zur beruflichen Teilhabe nach § 6 Abs. 3. In der Gesetzesbegründung wird ausgeführt, „dass die Hinwirkungspflicht auch eine originäre Aufgabe der Jobcenter ist“ (Bundestags- DS. 18/9522: 236). Aus der Gesetzesbegründung ergibt sich, dass auch die Jobcenter dazu verpflichtet sind, einen möglichen Bedarf an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu erkennen, auf Antragstellungen hinzuwirken und über Teilhabeleistungen umfassend zu informieren. Diese Aufgaben sind zudem nicht beschränkt auf die Leistungen, die sich aus spezifischen Leistungsgesetzbüchern eines Reha-Trägers ergeben.

Mit ihrem Modell (Kap. 5 des Papiers) schlägt die Diakonie vor, wie die Jobcenter diesen Verpflichtungen nachkommen können.

Dessen ungeachtet sind die Bestimmungen im SGB IX für die Jobcenter deutlicher zu formulieren, als dies im geltenden Gesetzestext erfolgt (vgl. hierzu Kap. 6 des vorliegenden Papiers).

In der Bestimmung des § 22 Abs. 4 SGB IX wird formuliert, dass die Jobcenter dem für die Durchführung des Teilhabeplanverfahrens verantwortlichen Reha-Träger ihre Beteiligung an der Durchführung des Teilhabeplanverfahrens vorschlagen können. Sie sind ferner zu beteiligen, soweit es zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich ist und dies den Interessen der Leistungsberechtigten entspricht. Diese Regelung kann helfen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur beruflichen Eingliederung besser aufeinander abzustimmen.

3.3 Gesundheitliche Prävention für und mit langzeitarbeitslosen Menschen im SGB-II-Bezug

Auf der Grundlage einer Kooperationsvereinbarung zwischen der Bundesagentur für Arbeit und dem Spitzenver-

band der Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2012 engagieren sich Jobcenter und Krankenkassen in der Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit.

Die Ausrichtung der Prävention ist derzeit aus mehreren Gründen oftmals problematisch:

- In der Praxis dominiert bislang eine verhaltensorientierte Ausrichtung. Die Verhaltensprävention setzt an einigen als riskant bewerteten Elementen eines Lebensstils an und versucht diese Elemente aus dem Ganzen einer Lebensführung herauszugreifen. Aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung ist bekannt, dass es milieuspezifisch sehr unterschiedliche gesundheitliche Leitbilder und Lebensstile gibt, die ihre Attraktivität nicht durch Kurse (zum Beispiel Rückenschule) verlieren.
- Wenn die soziale Lage und die Lebensbedingungen nicht verändert werden, beschränkt sich die Prävention beziehungsweise Gesundheitsförderung oft auf die subjektive Bewältigung der Belastungen, ohne die Belastungen zu reduzieren. Werden arbeitslose Menschen jedoch in Arbeit gebracht – unter Umständen begleitet durch kurative, präventive und rehabilitative Maßnahmen – können die Jobcenter einen Beitrag zur Stabilisierung der Gesundheit leisten. Deshalb werden im Diakonie-Modell (vgl. Kap. 5) Maßnahmen, die langzeitarbeitslose Menschen in Beschäftigung vermitteln, mit Beratung, kurativen, rehabilitativen und präventiven Leistungen verbunden.
- Mit einer Fixierung auf den Lebensstil stellen sich auch Fragen bezüglich der Autonomie der betroffenen Menschen. Es kann nicht die Aufgabe der Krankenkassen und der Arbeitsverwaltung sein, Gesundheits- und Lebensmodelle zu erzwingen. Präventiv ausgerichtete Lebensstilveränderungen können aus gesundheitlichen Gründen selbstverständlich sinnvoll sein (zu denken ist etwa an die Nikotinentwöhnung). Ob eine arbeitslose Person in ihrer Lebensführung gesundheitliche Risiken eingeht, hat die Arbeitsverwaltung nicht zu bewerten. Dies ist vor allem deshalb zu betonen, weil das Verhältnis der leistungsberechtigten Person zum Jobcenter durch Machtasymmetrie und eine starke Abhängigkeit geprägt ist.
- Ernsthafte gesundheitliche Störungen, vor allem solche mit chronischer Tendenz und verbunden mit einer Teilhabebeeinträchtigung, können alleine durch verhaltensorientierte Interventionen nicht bewältigt werden, sie bedürfen komplexerer Maßnahmen.

Komplexere Strategien einer „gesundheitlich orientierten Arbeitsmarktförderung“ haben bislang Modellcharakter oder sind regional begrenzt. Hervorzuheben ist ein Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung, das die BA und die GKV in der ersten Modellphase von 2014 bis Juni 2015 an sechs Standorten umgesetzt haben und das derzeit ausgeweitet wird.

Auch komplexe präventiv beziehungsweise gesundheitsförderlich ausgerichtete Maßnahmen im Rahmen einer gesundheitlich ausgerichteten Arbeitsmarktförderung können mit Fallstricken versehen sein:

- Werden die gesundheitsbezogenen Module in Beschäftigung fördernde Maßnahmen integriert, ist die Freiwilligkeit in der Praxis nicht immer gewährleistet gewesen (BA/GKV 2016: 36), denn die Teilnahme an den Maßnahmen – mit Ausnahme des gesundheitsbezogenen Bausteins – ist verpflichtend und damit sanktionsbewährt. Der Einbau von Modulen zur Gesundheitsförderung ist deshalb problematisch.
- Das Konzept der motivierenden Gesundheitsgespräche ist problematisch, weil übergriffig, denn im Gesundheitsgespräch wird versucht, die Lebensführung der Leistungsbezieher zu beeinflussen, ohne dass die Beschäftigungsfähigkeit berührt ist.
- Ebenso problematisch wird eine medizinische Qualifizierung der Integrationsfachkräfte in den Jobcentern beurteilt. Fragen der Diagnose und Behandlung sollten den Gesundheitsberufen vorbehalten bleiben. Bei Anzeichen für eine gesundheitlich bedingte Teilhabe-einschränkung ist der beziehungsweise die Leistungsberechtigte an eine Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit, die eine Clearingfunktion wahrnimmt, zu vermitteln, die mit dem Klienten einen möglichen Bedarf abklärt beziehungsweise Schritte zur Bedarfserhebung einleitet.
- Wird von rehabilitativen Fragestellungen abgesehen, dann wird eine wichtige Dimension teilhabebezogener Gesundheitssicherung ausgeblendet. Das ist problematisch, da schwerwiegende Gesundheitsprobleme alleine kurativ oder präventiv nicht behoben werden können.
- Es wäre bedenklich, Module zur Bewältigung der Alltagspraxis durchzuführen, ohne die Betroffenen aus der Arbeitslosigkeit zu führen, wenn also schon konzeptionell von der Integration in ein (öffentlich gefördertes) Beschäftigungsverhältnis abgesehen wird. Dadurch drohen sie eine Lösung (Stressbewältigung, Stärkung von Alltagskompetenzen) nur zu simulieren, weil die Lebenslage sich nicht verändert. Ein Ziel, das mit der Modellerprobung von BA und GKV verbunden ist, ist

die „stärkere Aktivierung von Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern aus dem SGB II“ (BA/GKV 2016: 11). Auch damit droht das bekannte Paradox der Aktivierungspolitik, nämlich eine „Aktivierung“ ohne reale Teilhabe. Der präventionsfachliche Begriff des „Settingansatzes“ wird ins Gegenteil verkehrt, denn das „Setting“ Jobcenter ist hier nur von Belang, um Leistungsberechtigte ansprechen zu können.

- Damit die Autonomie des arbeitslosen Menschen nicht beschädigt wird, sind die Aufgaben der Integrationsfachkräfte zu begrenzen. Gesundheitsbezogene Aufgaben müssen fachlich unabhängig wahrgenommen werden. Dies ist auch die Voraussetzung für die Etablierung eines Arbeitsbündnisses zwischen Klient und professioneller Hilfe.
- Das oben Ausgeführte hat Auswirkungen auf die „Fallkonferenzen“, mit denen in verschiedenen Modellprojekten eine bessere Kooperation zwischen den Leistungsträgern und die Abstimmung mit den Leistungserbringern erprobt wird (bzw. wurde). Ein Antrag auf eine Teilhabeleistung sollte Ausgangspunkt der Konferenzen sein, nicht jedoch Gesundheitsstörungen, die keine Teilhabeleistungen erfordern.
- Arbeitslose Menschen brauchen kein auf sie zugeschnittenes medizinisches Versorgungssystem, wohl aber oftmals Beratung und die Erschließung gesundheitlicher Dienstleistungen, ihre Koordination und ihre Abstimmung mit der Integration in Arbeit.

In dem 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetz werden Arbeitslose explizit als Zielgruppe genannt. Es wird ein Gebot zur Kooperation formuliert: „Bei der Erbringung von Leistungen für Personen, deren berufliche Eingliederung auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen erschwert ist, arbeiten die Krankenkassen mit der Bundesagentur für Arbeit und mit den kommunalen Trägern der Grundsicherung für Arbeitsuchende eng zusammen“ (§ 20a Abs. 1 SGB V). Die genannten Institutionen stehen vor der Aufgabe, diese Bestimmung mit Leben zu füllen. Es ist zu erwarten, dass die mit dem Modellprojekt gemachten Erfahrungen hier einfließen werden. Eine identische Formulierung hat im Rahmen des BTHG-Prozesses Eingang in § 3 Abs. 3 SGB IX gefunden. Auf die Forderungen der Diakonie (siehe Kap. 6) zur Reform des Präventionsgesetzes soll hingewiesen werden.

4. Leitgedanken für die Gestaltung des sozialen Hilfesystems zur Bewältigung gesundheitlich bedingter Teilhabebeeinträchtigungen

Für die Gestaltung des sozialen Hilfesystems zur Bewältigung gesundheitlich bedingter Teilhabebeeinträchtigungen sind für die Diakonie folgende Leitgedanken maßgeblich:

Wertschätzung des Menschen in Arbeitslosigkeit

Die Gründe für Arbeits- wie Langzeitarbeitslosigkeit sind vielfältig, es gibt keinen wirtschaftlichen Mechanismus, der sichert, dass alle Menschen, die ihre Arbeitskraft anbieten, auch eine Stelle finden. Die belastende Situation und der Hilfebedarf der Menschen sind anzuerkennen. Die Absicherung des soziokulturellen, an der Menschenwürde ausgerichteten, Existenzminimums darf nicht von Wohlverhalten oder Gegenleistungen des Leistungsberechtigten abhängig sein. Eine solche Haltung hat umfassende Folgen für die Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, denn Arbeitslose werden dann als zu respektierende Träger von Rechten in der Arbeitsvermittlung, -förderung und Gesundheitssicherung verstanden.

Eine Teilgruppe der langzeitarbeitslosen Menschen wird dauerhaft nicht in Beschäftigung zu vermitteln sein. Auch sie haben einen Anspruch auf ein Leben in Würde und deshalb Teilhabe am sozialen Leben. Auch für sie sind im Bedarfsfall Leistungen der Gesundheits- und Teilhabesicherung (z.B. durch eine Fallbegleitung in komplexen Konstellationen oder medizinische Rehabilitation) zu erschließen.

Gesundheitlich bedingte Teilhabebeeinträchtigungen ernst nehmen statt Lebensstilkontrolle

Gesundheitliche Störungen, gerade chronische Krankheiten, können mit Einschränkungen der gesellschaftlichen Teilhabe, auch der Teilhabe am Arbeitsleben verbunden sein. Ob eine arbeitslose Person in ihrer Lebensführung gesundheitliche Risiken eingeht, hat die Arbeitsverwaltung nicht zu bewerten. Jedoch sollte sie bei gesundheitlich bedingten Teilhabebeeinträchtigungen professionelle Beratung, Unterstützung und ein Assessment vermitteln, die auf die Verbesserung von Gesundheit und Teilhabe abzielen.

Menschen mit komplexen Problemen und Bedarfen brauchen ein breit aufgefächertes Beratungs- und Unterstützungssystem

Bei langzeitarbeitslosen Menschen bündeln sich häufig vielfältige Probleme, etwa finanzieller, gesundheitlicher

und familiärer Art. Da häufig die einzelnen Probleme einander bedingen oder in Wechselwirkung stehen, sollten die Menschen Beratung und Unterstützung erhalten, die die Komplexität der Lage im Blick hat. Eine Ausrichtung ausschließlich auf Fragen der Arbeitsvermittlung reicht nicht aus. Eine Voraussetzung für eine umfassende Unterstützung komplexer Problemlagen ist die verbindliche Kooperation aller beteiligten verantwortlichen Akteure auf Augenhöhe. Dabei ist das Subsidiaritätsprinzip nach § 17 SGB II zu achten.

Die Gesundheit von Langzeitarbeitslosen durch die Verbesserung ihrer Lebenslage verändern

Soll die Gesundheit von Arbeitslosen verbessert werden, dann sind die Lebensumstände zu verändern, die krank machen. Eine Politik und eine Praxis, die sich stattdessen auf die individuelle Lebensführung fixiert und diese zu beeinflussen versucht, verkennt den sozialen Rahmen, in dem die Betroffenen handeln. Die Veränderung der Lebenslage hat das Ziel, die Belastungen, die mit der Arbeitslosigkeit verbunden sind, zu reduzieren und Handlungsmöglichkeiten zu erweitern.

Die Unterstützungsleistungen müssen sanktionsfrei erfolgen, die Hilfen müssen freiwillig in Anspruch genommen werden

Weil Erwerbslose häufig Probleme haben, die mit ihrer persönlichen Lebensführung zusammenhängen und einander bedingen, ist ihre lebenspraktische Autonomie zu achten. Nur unter dieser Bedingung wird es möglich sein, in einer Beratungs- und Unterstützungsbeziehung lebenspraktische Probleme zu lösen. Allerdings darf die (Nicht-)Inanspruchnahme von Beratung und Unterstützung nicht sanktioniert werden. Die Diakonie hat bereits in anderen Papieren das Sanktionssystem aus verschiedenen Gründen kritisiert.⁵

Fallklärung, Bedarfserhebung und -feststellung müssen sich am Einzelfall orientieren und bei Bedarf trägerübergreifend erfolgen

Bei Anzeichen einer gesundheitlich bedingten Teilhabebeeinträchtigung ist mit dem Leistungsbezieher zu klären, ob dies wirklich der Fall ist. Das heißt, im Fall von teilhaberelevanten gesundheitlichen Einschränkungen sind Beratung, Unterstützung und die Vermittlung in eine Bedarfserhebung anzubieten.

⁵ Siehe Diakonie-Text 5.2015: Zehn Jahre Hartz IV – zehn Thesen der Diakonie.

Die Bedarfserhebung muss dabei prinzipiell von den Fragen absehen, welche Träger für welche Leistung zuständig sind. Reha-Ziele sind in ihrer ganzen Breite aufzunehmen und dürfen nicht nur den Verantwortungsbereich eines bestimmten Reha-Trägers abbilden.

Gesundheitlich eingeschränkte Arbeitslose brauchen eine gute gesundheitliche Versorgung, einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Auch Langzeitarbeitslose brauchen eine gute gesundheitliche Versorgung. Sie haben Interesse an einer solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos und einer Versorgung, in der kurative, präventive, rehabilitative, pflegerische und weitere soziale Leistungen systemisch vernetzt und im Einzelfall bedarfsgerecht aufeinander abgestimmt sind. Anhaltspunkte für eine gesundheitlich bedingte Teilhabe-einschränkung müssen frühzeitig erkannt und mögliche Teilhabe-einschränkungen systematisch erhoben werden. Im Mittelpunkt werden oftmals Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stehen, die für den in seiner Teilhabe eingeschränkten Menschen in der Praxis zugänglich gemacht werden müssen. Die Form der Leistungserbringung muss sich am Einzelfall ausrichten, bedarfsgerecht und flexibel ausgestaltet sein, so dass zum Beispiel ambulante Leistungen mit Leistungen zur beruflichen Integration – parallel oder intervallförmig – nahtlos erbracht werden.

Die Fallbegleitung muss fachlichen Standards folgen und unabhängig von leistungsrechtlichen Aspekten erfolgen

Menschen mit komplexen Bedarfen benötigen im hoch differenzierten System der sozialen Sicherung oftmals

eine Fallbegleitung, die sie durch die Systeme und Organisationen leitet. Die Fallbegleitung soll ausschließlich dem Klienten im Arbeitsbündnis verpflichtet sein und muss fachlich qualifiziert arbeiten. Institutionell ist deshalb eine Differenzierung geboten, wie sie im folgenden Strukturmodell (Kapitel 5) bestimmt ist.

Jobcenter müssen sich neu aufstellen

Die hier skizzierten Leitgedanken verlangen eine andere organisatorische Aufstellung und funktionale Ausrichtung der Jobcenter, einen anderen Umgang mit den Langzeitarbeitslosen und ein anderes Selbstverständnis. In organisatorischer Hinsicht ist eine Trennung zwischen Existenzsicherung, Arbeitsvermittlung sowie sozialarbeiterischer Beratung und anderen Unterstützungsstrukturen geboten, die die Diakonie andernorts begründet hat (Diakonie 2015b).

Jobcenter vernetzen sich im Sozialraum mit anderen Unterstützungs- und Beratungsangeboten, sie zeigen schwer vermittelbaren Langzeitarbeitslosen eine Perspektive in öffentlich geförderter sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung oder einer anderen Form sinnvoller Tätigkeit auf.

In funktionaler Hinsicht geht es auch um die Stärkung der Teilhabeausrichtung auch für SGB-II-Bezieher, die nicht mehr beschäftigungsfähig sind. Hinsichtlich des Selbstverständnisses sollte das Vermitteln, Fördern, Ermöglichen und Befähigen, nicht das Aktivieren und Kontrollieren, prägend sein.

5. Modell zur Gesundheitssicherung bei langzeitarbeitslosen SGB-II-Leistungsberechtigten

Das hier skizzierte Modell für den Umgang mit gesundheitlich bedingten Teilhabeeinschränkungen – auch mit drohenden – zeichnet sich aus durch eine rehabilitative Ausrichtung, ein umfassendes Beratungs- und Unterstützungsangebot und eine Kombination mit Teilhabe an Arbeit.

5.1 Bausteine eines Modells zur teilhabeorientierten Gesundheitssicherung

Das Modell der Diakonie ist ein funktionales Modell, das heißt, es ist offen für unterschiedliche institutionelle Umsetzungsformen. Jedoch macht die Diakonie unter Punkt 5.2 Vorschläge zur Umsetzung. Welche Bausteine des Modells im Einzelfall zum Tragen kommen, hängt vom individuellen Bedarf ab. Das Modell entwickelt kein spezielles Versorgungssystem für Langzeitarbeitslose, sondern erschließt Leistungen eines regionalen Netzwerks.

I) Regionale beziehungsweise kommunale Strategie für Gesundheit und Teilhabe – Beratung- und Unterstützung im Netzwerk

Um das hier entwickelte Modell zu verwirklichen, sind gute regionale beziehungsweise kommunale Kooperationsstrukturen und eine politisch verantwortete kommunale Strategie für Gesundheit und Teilhabe notwendig. Gesundheit und Teilhabe – dies ist als Querschnittsthema in den Kommunen zu verankern.

Ein Baustein der kommunalen Strategie für Gesundheit und Teilhabe ist ein Leistungsträger – und einrichtungsübergreifendes regionales Netzwerk für die Beratung und Unterstützung von Langzeitarbeitslosen. Es muss politisch durch die Kommune beziehungsweise den Landkreis mitgetragen werden, es muss seitens der politisch Verantwortlichen gewollt sein und unterstützt werden. Für das Systemmanagement braucht es einen Steuerungskreis, dem Akteure seitens der Kranken- und Rentenversicherung, der Freien Wohlfahrtspflege, der Jobcenter und der Kommune angehören. Es bietet sich eine Federführung durch die Kommune an. Die Netzwerkarbeit muss durch das Land refinanziert werden. Die Netzwerkpartner vereinbaren gemeinsam verbindlich ihre Arbeitsweise, vor allem klären sie, welche Partner dem Netzwerk/Verbund angehören, welcher Partner für die Clearingfunktion, wer für die Fallbegleitung und wer für die Bedarfserhebung zuständig ist. Wichtige Partner sind neben den Jobcentern unter anderem die Krankenkassen und die Rentenversicherung, der Öffentliche Gesundheitsdienst und von der Freien Wohlfahrtspflege unter

anderem die Suchtberatungsstellen. Die Selbsthilfebeziehungsweise Selbstorganisations-Gruppen von Betroffenen sind als Partner einzubeziehen. Die Netzwerklösung verwirklicht das Subsidiaritätsprinzip, setzt auf Arbeitsteilung und gemeinsame Verantwortungsübernahme in der Region.

Das Netzwerk ermöglicht auch eine gute Umsetzung sowohl der die Rehabilitation stärkenden neuen Bestimmungen im novellierten SGB IX (§§ 9, 10,11) als auch des Kooperationsgebots bei der Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20a Abs. 1 SGB V.

II) Clearing und Bedarfserkennung durch eine „Beratungsstelle Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit“

Bei Anhaltspunkten für eine (drohende) gesundheitlich bedingte Teilhabeeinschränkung wird den Leistungsberechtigten durch das Jobcenter vorgeschlagen, den Sachverhalt zu klären und mit ihm weitere Schritte abzusprechen. Dazu ist es sinnvoll, dass die Integrationsfachkräfte sensibilisiert sind, sie sollen aber keinesfalls Aufgaben der Diagnostik übernehmen.

Darüber hinaus ist die Beratungsstelle auch für die Personen zugänglich, die zwar arbeitslos sind, aber keine Leistungen der Grundsicherung nach SGB II beziehen. Auch bei diesem Personenkreis bündeln sich zuweilen gesundheitliche, familiäre oder finanzielle Probleme, so dass sie Beratung und Unterstützung – auch bei der Erschließung von Leistungen, etwa der medizinischen Rehabilitation – erwarten können.

Das Clearing ist keine Diagnose. Ausgangspunkt des Clearings sind Anzeichen für eine gesundheitlich bedingte Teilhabeeinschränkung. Anzeichen für einen möglichen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe können sein (BAR 2014: 17):

- besonders belastende Ausbildungs-, Arbeits- und Lebensbedingungen
- eine Gesundheitsstörung, der vermutlich eine psychische Erkrankung, eine psychosomatische Reaktion oder eine Suchtmittelabhängigkeit zugrunde liegt
- gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der Ausübung oder Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sowie ein (drohender) krankheitsbedingter Arbeitsplatzverlust
- längere Krankheitszeiten oder gesundheitlich bedingte Beschäftigungshindernisse.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) betont, dass neben einer (chronischen) Erkrankung, deren Prognose und den Gefährdungs- und Belastungsfaktoren, insbesondere die Auswirkungen des Gesundheitsproblems für einen potenziellen Bedarf an Leistungen zur Teilhabe maßgeblich sind (vgl. BAR 2014).

Es ist sinnvoll, dass die Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit durch den Klienten über vorliegende gesundheitliche Befunde in Kenntnis gesetzt wird.

Ein Ergebnis dieser Klärung kann zum Beispiel sein, dass der betroffene Mensch an eine Suchtberatungsstelle weitergeleitet wird. Ein anderes Ergebnis kann sein, dass ein Facharzttermin vereinbart wird. Ein wiederum anderes Resultat wäre, dass er darin unterstützt wird, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu stellen.

Schließlich kann die Beratungsstelle mit dem Betroffenen eine Fallbegleitung vereinbaren und mit der Stelle Kontakt aufnehmen, die im Verbund diese Aufgabe übernimmt. Die Beratungsstelle setzt Aufgaben der Beratung und Vermittlung im Gesundheitssystem und über Sektorengrenzen hinweg um.

Die Clearingfunktion sollte fachlich unbedingt eigenständig sein, denn sie übernimmt Aufgaben, die weit über die eines Jobcenters hinausgehen.

Die Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit nimmt eine Lotsenfunktion ein und entlastet zudem die Integrationsfachkräfte. Sie muss Angebote beziehungsweise zuständige Stellen und Netzwerkpartner in der Region kennen. Zudem hat sie die Aufgabe, einen Zugang zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation und weiterer gesundheitlicher Leistungen zu ermöglichen. Damit stellen Rehabilitationsträger und Jobcenter durch geeignete interne Verfahrensabläufe sicher, dass frühzeitig und gezielt ein Teilhabebedarf erfasst und bei Bedarf schnell auf eine Antragstellung hingewirkt wird. Die Beratungsstelle informiert – mit Zustimmung des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten – die Integrationsfachkraft im Jobcenter über das Ergebnis des Clearings.

Die Netzwerkpartner können sich darauf verständigen, dieses Aufgabenprofil der Beratungsstelle zu erweitern. Dies geschieht, wenn sie auch die Aufgabe einer Fallbegleitung wahrnimmt oder wenn sie sich als gesundheits- und rehabilitationswissenschaftlicher beziehungsweise sozialmedizinischer Fachdienst aufstellt. In diesem Fall nimmt die Stelle weitere Aufgaben des gesundheitlichen Assessments, der Begutachtung und Vorbereitung einer Teilhabeplankonferenz beziehungsweise Fallkonferenz wahr.

In Umsetzung des Subsidiaritätsprinzips ist eine vieltätige Trägerschaft der Beratungsstellen sinnvoll.

III) Rehabilitativ ausgerichtete Bedarfserhebung

Verdichten sich im Clearing die Anzeichen für einen Rehabilitationsbedarf und soll deshalb eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt werden, erfolgt im vorgeschlagenen Modell eine rehabilitativ ausgerichtete sozialmedizinische Bedarfserhebung. Es wird vorgeschlagen, dass diese Untersuchung von einem von der Grundsicherung und der Arbeitsverwaltung fachlich unabhängigen Dienst mit sozialmedizinischer Kompetenz durchgeführt wird. Dazu sind Kooperationsverträge mit Einrichtungen und Diensten beziehungsweise Ärztinnen und Ärzten (etwa aus gemeinnützigen Krankenhäusern oder rehabilitativen Einrichtungen) abzuschließen.

Selbstverständlich bleibt es den betroffenen Menschen unbenommen, mit Unterstützung und Begleitung der Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit direkt beim zuständigen Träger der medizinischen Rehabilitation einen Antrag zu stellen oder über den Ärztlichen Dienst der Arbeitsagentur eine Begutachtung zu erhalten. Das kann bei einfachen Fallkonstellationen auch durchaus sinnvoll sein.

Mit der Ansiedlung der Untersuchungs- und Begutachtungsaufgaben bei einem Fachdienst (und nicht beim Reha-Träger) sind in der Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (nach § 46 SGB IX) gute Erfahrungen gemacht worden. So, wie sie den zuständigen Rehabilitationsträgern einen Förder- und Behandlungsplan vorlegen, legt der hier beauftragte sozialmedizinische Dienst der Teilhabeplankonferenz (oder einer Fallkonferenz oder einem Reha-Träger) seine Ergebnisse vor. Möglich ist auch, dass ein Fachdienst (weitere) Aufgaben der Beratung, Unterstützung und der Fallbegleitung übernimmt.

Das Ergebnis der sozialmedizinischen Bedarfserhebung ist Grundlage der Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers. In komplexen Fällen wird er der Fallkonferenz (oder Teilhabeplankonferenz) vorgelegt. Der Teilhabeplan wird dann auf einer Teilhabeplankonferenz zusammen mit dem Betroffenen und der Person, die das Clearing beziehungsweise die Fallbegleitung macht, beraten und durch die Leistungsträger entschieden.

Wird durch die Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit eine sozialmedizinische Bedarfserhebung eingeleitet, ist das Ergebnis – zum Beispiel eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation – nicht vorweggenommen. Ein Ergebnis der Untersuchung kann auch sein, dass fachärztliche, psychologische oder präventive Maßnahmen sinnvoll sind, ebenso aber, dass gar keine weiteren Leistungen notwendig sind.

Im Diakoniemodell sollen nicht alle langzeitarbeitslosen Menschen sozialmedizinisch untersucht werden, sondern ein vorgängiges Clearing mit dem betroffenen Menschen entscheidet, ob dies sinnvoll ist.

Die Freie Wohlfahrtspflege unterhält zahlreiche Dienste und Einrichtungen (wie Krankenhäuser, Reha-Dienste, sozialpsychiatrische Einrichtungen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe), die für die Aufgabe in Frage kommen. Eine Beauftragung eines gemeinnützigen Dienstes würde auch dem Subsidiaritätsprinzip gerecht werden.

IV) Koordination der Leistungen: Fallbegleitung

Die Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit kann eine fachlich unabhängige Fallbegleitung initiieren. Sie ist dann relevant, wenn sich Anhaltspunkte für eine gesundheitlich bedingte Teilhabe-einschränkung bestätigen, komplexe Probleme bestehen, die leistungsberechtigte Person Hilfe wünscht und an weitere Stellen vermittelt werden soll.

Beratung, Unterstützung und Fallbegleitung arbeiten organisations- beziehungsweise sektorenübergreifend und wirken dadurch der oftmals erlebten Versäulung der sozialen Hilfesysteme entgegen.

Die Fallbegleitung muss fachlichen Qualitätsstandards folgen. Ihre Inanspruchnahme erfolgt freiwillig. Sie sollte bei der Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit verortet werden. Diese oder eine andere Verortung muss im Netzwerk vereinbart sein. Es ist zu klären, wann und wie eine Fallbegleitung abzuschließen ist. Unter Wahrung (sozial-) und datenschutzrechtlicher Bestimmungen ist schließlich unter den Netzwerkpartnern und mit den Klienten zu regeln, welche Informationen an die Integrationsfachkraft im Jobcenter weiterzuleiten sind, damit Qualifizierung und Hilfen zur Arbeit einerseits und gesundheitsbezogene Hilfen andererseits zusammenspielen können. Diese Koordination ist auch ein wesentlicher Inhalt der Teilhabekonferenz.

Von großer Bedeutung ist, dass Beratung, Unterstützung und Fallbegleitung nicht „Entscheidung“ heißt. Die Fallbegleitenden sind den Bedarfen der Betroffenen, nicht aber leistung rechtlichen Regeln verpflichtet. Dadurch wird Raum für spezifisch professionelles Handeln geöffnet. Die Fallbegleitung ist ausschließlich dem Klienten verpflichtet, sie unterliegt keinem Arbeitsmarktziel.

Auch die gesundheitsbezogene Fallbegleitung muss fachlich gegenüber der Arbeitsverwaltung unabhängig sein. Dem Subsidiaritätsprinzip folgend bietet es sich an, dass gemeinnützige Dienste und Einrichtungen im Rahmen einer Verbundlösung mit dieser Aufgabe betraut sind. Ihre konkrete Ausgestaltung und Qualitätsmerkmale werden im regionalen Verbund vereinbart. Die gesundheitsbezogene Fallbegleitung ist von der Tätigkeit des Fallmanagers in Jobcentern zu unterscheiden.

Grundsätzlich kommen als Träger der gesundheitsbezogenen Fallbegleitung unterschiedliche Organisationen in Frage, jeweils mit Vor- und Nachteilen versehen. Um von

Beginn an personelle und institutionelle Kontinuität zu wahren, bietet es sich an, die Fallbegleitung bei der Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit anzudocken.

V) Koordination der Leistungen: Fall-beziehungsweise Teilhabekonferenz

Eine Fall- beziehungsweise eine Teilhabekonferenz bietet die Möglichkeit, kurative, rehabilitative, präventive und weitere soziale Unterstützung bei komplexen Fällen zu verbinden. Insbesondere Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise der beruflichen Wiedereingliederung können verbunden werden. In anderen Fällen mag es sinnvoll sein, berufliche Teilhabeleistungen und Leistungen, die der Alltagsgestaltung dienen, zusammenzustellen. In wiederum anderen Fällen ist die Kooperation etwa mit einer Schuldnerberatungsstelle sinnvoll. Ausgangspunkt für eine Fall- beziehungsweise Teilhabekonferenz ist immer die Beantragung einer Teilhabeleistung.

Das SGB IX sieht in § 20 eine Teilhabekonferenz vor, wenn mehrere Rehabilitationsträger beteiligt sind. Diese erstellt einen auf den individuellen Bedarf ausgerichteten Teilhabeplan (nach § 19 SGB IX). Neben den Leistungsberechtigten und den beteiligten Rehabilitationsträgern können auch Jobcenter die Durchführung einer Teilhabekonferenz vorschlagen. An der Teilhabekonferenz teilnehmen können auf Wunsch oder mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Rehabilitationsdienste, Rehabilitationseinrichtungen und Jobcenter sowie sonstige beteiligte Leistungserbringer.

Der Vorschlag der Diakonie knüpft an diese Bestimmungen an, erweitert sie aber. Oftmals ist nur ein Reha-Träger beteiligt. Das SGB IX sieht dann keine Teilhabekonferenz vor. Nach diakonischer Auffassung ist aber auch in diesen Fallkonstellationen eine Teilhabekonferenz abzuhalten, sofern der Leistungsberechtigte es wünscht.

In den Teilhabeplan (nach § 19 SGB IX) sollen auch die Leistungen weiterer Leistungsträger beziehungsweise -erbringer integriert werden.

VI) Gesundheit und Teilhabe fördernde präventive Leistungen erschließen

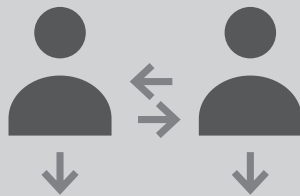
Programme zur Stressbewältigung, Alltagsgestaltung und gesellschaftlichen Teilhabe können Angebote sein, die Leistungsberechtigten helfen – gerade im Zusammenhang der Aufnahme einer Beschäftigung oder einer anderen sinnvollen Tätigkeit –, ihre persönlichen Kompetenzen weiterzuentwickeln, ihren Alltag besser zu gestalten, mit Anforderungen des beruflichen Alltags umzugehen und eigene Anliegen besser in die Alltagsgestaltung einfließen zu lassen. Derartige teilhabeorien-

ARBEIT DES NETZWERKES

Die Kommune erteilt den Akteuren in der Region den Auftrag zum Netzwerkaufbau. Die Kommune ist im Steuerungskreis federführend.

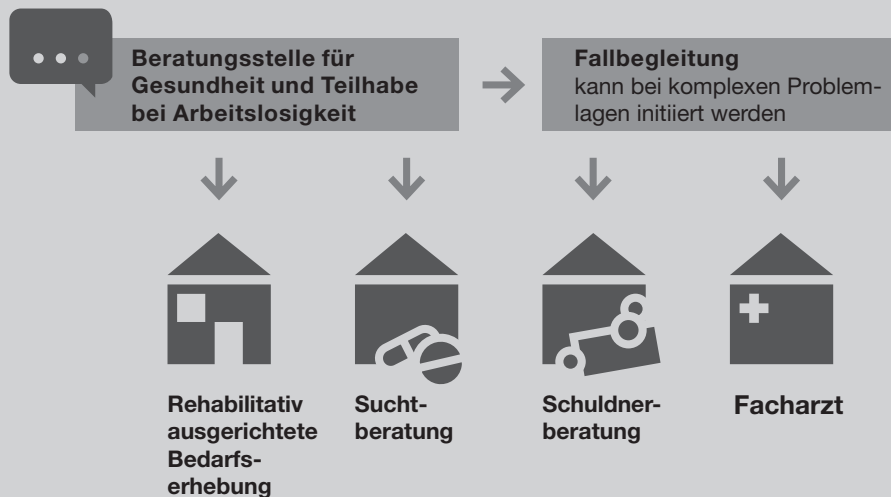
Erwerbslose Person

kann sich auch unabhängig vom Leistungsbezug nach SGB II an Beratungsstelle wenden



Integrationsfachkraft (IFK) im Jobcenter

nimmt Anzeichen für gesundheitlich bedingte Teilhabebeeinträchtigung wahr



FALLKONFERENZ / TEILHABEPLANKONFERENZ BEI KOMPLEXEN PROBLEMLAGEN

Mögliche Akteure:

- Rentenversicherung
- Erwerbslose Person
- Fallbegleitung
- Jobcenter/IFK
- Krankenkasse
- Beschäftigungs- und Qualifizierungsgesellschaft (öffentlich geförderte Beschäftigung)
- Beratungsstellen
z. B. Schulden, Sucht



tierte Leistungen können der sozialen Exklusion entgegen wirken.

Ob und wie diese Leistungen erbracht werden, ist in jedem Einzelfall zusammen mit dem Klienten und im Rahmen des Clearings zu klären. Dabei sind die einzelnen Maßnahmen stets in eine übergreifende Teilhabestrategie einzubetten.

Eine große Bedeutung kommt dem Spektrum der teilhabeorientierten kommunalen Eingliederungsmaßnahmen zu (vgl. Kap. 3.1). Sie sind zusammen mit den Leistungen der Krankenkassen und weiterer Beratungs- und Unterstützungsleistungen für den Einzelnen zu bündeln.

VII) Teilhabe an Arbeit ermöglichen

Ein Kernelement des hier entwickelten Modells ist die Vermittlung in Erwerbstätigkeit beziehungsweise eine andere sinnvolle Tätigkeit. Die Diakonie Deutschland setzt sich ein für den regelhaften Ausbau öffentlich geförderter sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung bei Arbeitgebern der Privatwirtschaft, der öffentlichen Verwaltung, kommunalen und gemeinnützigen Arbeitgebern.⁶ Es braucht niedrigschwellige Angebote der Teilhabe an Arbeit. Modelle, wie sie zum Beispiel im Zuverdienst als Teilhabebelegenheiten angelegt sind, sind zu ermöglichen beziehungsweise auszubauen.

Für das hier entwickelte Modell ist die Verknüpfung von präventiven, kurativen und rehabilitativen Unterstützungsleistungen mit Arbeit insofern kennzeichnend, als dass die gesundheitlichen Störungen im Kontext einer Teilhabe-einschränkung thematisiert werden. Die Maßnahmen machen nur Sinn und bewähren sich nur, wenn den Betroffenen eine sinnvolle Beschäftigung angeboten wird.

5.2 Umsetzung des Modells in die Praxis

Hinweise für die praktische Umsetzung des Modells wurden im vorhergehenden Kapitel gegeben. Zwei Aspekte wurden bisher noch nicht besonders beleuchtet, sie seien hier genannt:

Qualitätssicherung:

Zur Sicherung der Qualität wird vorgeschlagen, dass sich die Beteiligten in einer Region zur Mitarbeit in Qualitätszirkeln verpflichten.

Finanzierung:

Klare und von allen Netzwerkpartnern getragene Finanzierungsregelungen sind die Voraussetzung für das

Gelingen des Netzwerkaufbaus. Für den im Folgenden formulierten Vorschlag waren folgende Überlegungen maßgeblich:

- Für mehrere Leistungselemente ist die Finanzierung nach den Sozialgesetzbüchern II, V und VI geregelt.
- Zu regeln sind die Finanzierung von Querschnittsaufgaben und einzelne Leistungselemente, die nicht eindeutig zuzuordnen sind. Im Projekt „AmigA“ (2008: 27) wurden übergangsweise (bis zum Vernetzungsaufbau) mit der Förderung durch EU-Mittel gute Erfahrungen gemacht. Die hier vorgestellten Vorschläge orientieren sich daran, welche Aufgaben ganz überwiegend einem Leistungsträger zuzuordnen sind. Die Zuordnung soll sachlich plausibel und einfach sein. Auch der Aspekt des Nutzens für den Leistungsträger ist zu berücksichtigen. Nicht nur ein Netzwerkpartner soll mit den finanziellen Kosten belastet werden.
- Bis zum Regelbetrieb sollte das Netzwerk als „Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation“ nach § 11 SGB IX (neu) durchgeführt werden.

Es ergeben sich aus Sicht der Diakonie folgende Finanzierungsmöglichkeiten für einen regelhaften Betrieb, die zur Diskussion gestellt werden:

- Sucht- und Schuldnerberatung werden wie weitere psychosoziale Beratungsleistungen schon jetzt durch die Kommune finanziert.
- Präventive und gesundheitsförderliche Leistungen sollten durch die Krankenkassen (nach § 20 ff. SGB V) finanziert werden. Die Leistungen sind ohne Selbstbeteiligung und Vorauszahlungen zu erbringen. Die Krankenkassen müssen sich dazu mit den Trägern der Grundsicherung verständigen.
- Die rehabilitativ ausgerichtete Bedarfserhebung wird durch den Rehabilitationsträger finanziert, in der Regel durch die Krankenkasse. Ergibt die Bedarfserhebung, dass ein Suchtproblem im Vordergrund steht, erfolgt die Finanzierung durch die Rentenversicherung.
- Das Clearing ist eine Aufgabe, die sich nicht eindeutig einem Finanzierungsträger alleine zuordnen lässt, denn es umfasst sowohl Aufgaben wie die Information und Beratung der Leistungsberechtigten im Zusammenhang mit einer möglichen gesundheitlich bedingten Teilhabe-einschränkung (nach den §§ 9 und 12 SGB IX neu), wie auch darüber hinaus weitergehende trägerübergreifende Klärungs- und Beratungsaufgaben (auch für nicht leistungsberechtigte Arbeitslose). Der Vielfalt von Verantwortungsbereichen entspricht eine gemeinsame Finanzierung durch das Land und die Jobcenter.

⁶ Siehe ausführlich Diakonie Text 2.2015 Gerechte Teilhabe an Arbeit – Arbeitsmarktpolitik mit Perspektiven für Langzeitarbeitslose.

- Für die Fallbegleitung gibt es bislang keine rechtlich verankerte Finanzierungsgrundlage. Da es sich um eine Sozialleistungsträger übergreifende und vermittelnde Aufgabe handelt, wird eine Finanzierung durch das Land vorgeschlagen.
- In Anspruch genommene kurative und rehabilitative Leistungen werden nach den bekannten Regelungen der Sozialgesetzbücher finanziert.
- Die öffentlich geförderte Beschäftigung wird finanziert aus dem Eingliederungstitel der Jobcenter; darüber hinaus schlägt die Diakonie die Umsetzung eines Passiv-Aktiv-Transfers vor.

6. Sozialpolitische und sozialrechtliche Folgerungen

Da das vorliegende Papier an vorherige Positionspapiere der Diakonie zur Arbeitsmarktpolitik und zur Grundsicherung nach dem SGB II anschließt, wird im Folgenden darauf verzichtet, die dort umfassend formulierten Forderungen zu wiederholen. Auch konzeptionelle Fragen sollen sehr kurz gehalten werden, sie sind in den vorstehenden Kapiteln ausgeführt worden.

Teilhabe an Arbeit ermöglichen

Gesundheitliche Belastungen werden durch Arbeitslosigkeit hervorgerufen oder verstärkt. Um diese Belastungen aufzuheben, muss für Menschen, die dauerhaft vom Arbeitsmarkt ausgeschlossen sind, wieder die Teilhabe an Arbeit durch öffentlich geförderte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ermöglicht werden.

Darüber hinaus sind im SGB II die Voraussetzungen für den Aufbau von Sozialunternehmen nach dem Vorbild der Inklusionsprojekte gem. § 132 SGB IX zu schaffen. Dort sind Art und Weise der Förderungen, zum Beispiel Vereinbarungen über Investitionsförderung, Nachteilsausgleich, Qualitätsstandards, steuerliche Behandlung und so weiter festzulegen. So können dringend benötigte sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze auch für besonders benachteiligte Personengruppen wie etwa Langzeitarbeitslose – auch wenn sie psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen haben – geschaffen werden.

Es braucht niedrigschwellige Angebote der Teilhabe an Arbeit. Das Arbeiten im Zuverdienst beispielsweise ist eine bereits erfolgreich erprobte Teilhabeform. Solche Ansätze sind auszubauen und tragfähig zu finanzieren.⁷

Strukturierte Kooperation fördern – Netzwerke aufbauen

Die Kooperation und Vernetzung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente mit sozialintegrativen, beraterischen und präventiven beziehungsweise gesundheitsfördernden (kommunalen) Angeboten im Rahmen einer ganzheitlich ausgerichteten Integrationsstrategie für arbeitslose Menschen muss regelhaft erfolgen. Die Vernetzungsarbeit ist finanziell durch die Länder abzusichern. Die Vernetzung umfasst auch den bedarfsgerechten Einbezug kommunaler (Eingliederungs-)Leistungen, zum Beispiel Kinderbetreuung, psychosoziale Betreuung, Angebote des sozialpsychiatrischen Dienstes und Angebote von Bildungsträgern. Die in Kap. 2.4 formulierten fachlichen Standards der Suchthilfe sind der Praxis im Netzwerk zugrunde zu legen.

In sozialrechtlicher Hinsicht schlägt die Diakonie vor, die Bestimmungen des § 16a SGB II als Leistungen zu formulieren, die bei Bedarf zu erbringen sind, das heißt, als Pflicht-Leistung. Zur Sicherung der sozialen Teilhabe sind die kommunalen Eingliederungsleistungen (nach § 16a SGB II) von der Ausrichtung auf Arbeitsmarktintegration abzulösen und auch für langzeitarbeitslose Menschen zu erschließen, die nur geringe oder keine Chancen der Integration in den regulären Arbeitsmarkt haben. Auch dieser Anspruch ist sozialrechtlich zu fixieren.

Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkennen – Prozesse trägerübergreifend und nahtlos gestalten

Anzeichen für einen medizinischen Rehabilitationsbedarf müssen frühzeitig erkannt und der Reha-Prozess zügig, nahtlos und trägerübergreifend eingeleitet werden. Medizinisch-rehabilitative Leistungen müssen das ganze Spektrum der Teilhabeziele verwirklichen helfen und dürfen nicht ausschließlich der Steigerung der Beschäftigungsfähigkeit dienen. Die medizinische Rehabilitation ist auch für Menschen mit erheblichen gesundheitlich bedingten Teilhabebeeinträchtigungen und sozialen Problemen zu erschließen. Chronische Krankheiten und Teilhabebeeinträchtigungen sind keine Gründe dafür, Menschen (mit dem Argument einer schlechten Reha-Prognose) von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation auszuschließen, sie sind vielmehr Anlass und Grund für rehabilitative Leistungen. Dies ist in den Gemeinsamen Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) deutlicher als bislang zu verankern.

Im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes wurde die Stellung der Jobcenter im allgemeinen Rehabilitationsrecht gestärkt. Diese neuen Regelungen sind mit Leben zu füllen. In § 11 SGB IX ist die Förderung von Modellprojekten zur Stärkung der Rehabilitation vorgesehen, die den Vorrang von Teilhabeleistungen und die Sicherung der Erwerbsfähigkeit unterstützen. Das skizzierte funktionale Modell der Diakonie sollte in solchen Projekten konkretisiert, erprobt und evaluiert werden.

Um Fehlinterpretationen zu vermeiden, ist im allgemeinen Rehabilitationsrecht des SGB IX deutlicher als bislang auszudrücken, dass die Bestimmungen des SGB IX – zum Vorrang von Leistungen zur Teilhabe – sowie die Bestimmungen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung auch für die Jobcenter gelten.

Damit Jobcenter ihre Informations-, Beratungs-, Prüf- und Hinwirkungspflichten auch tatsächlich auf den indivi-

⁷ Siehe auch: BAGFW-Positionspapier „Wie können SGB II und III Maßnahmen besser nutzbar gemacht werden für Menschen mit Behinderungen/psychisch kranke Menschen und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ vom 17.4.2015.

duellen Bedarf bezogen wahrnehmen können, sind bei ihnen fachlich unabhängig arbeitende Beratungsstellen für Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit anzusiedeln. Diese nehmen eine Clearingfunktion wahr. Sie sind durch die Länder und Jobcenter gemeinsam zu finanzieren. Es ist zu prüfen, ob die Bestimmungen zur vorrangigen Prüfung von Leistungen zur Teilhabe (§ 9 SGB IX) und zu Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung (§12 SGB IX) entsprechend zu ergänzen sind, damit die Beratungsstellen ihre Aufgaben gut wahrnehmen können.

Hinsichtlich des Teilhabeplans (nach § 19 SGB IX) sind auch die Leistungen weiterer Leistungsträger beziehungsweise -erbringer in den Plan zu integrieren. Eine Teilhabeplankonferenz (nach § 20 SGB IX) beziehungsweise Fallkonferenz ist immer durchzuführen, wenn der Leistungsberechtigte es wünscht.

Schließlich ist ein Rechtsanspruch auf gesundheits- und teilhabebezogene Fallbegleitung bei komplexen Bedarfslagen in den Landesgesundheitsgesetzen zu verankern. Die gesundheits- und teilhabebezogene Fallbegleitung ist als ein die Sozialleistungsträger übergreifender Baustein der öffentlichen Daseinsvorsorge zu etablieren.

Prävention systemisch ansetzen und an teilhabeorientierter Förderung ausrichten

In konzeptioneller Hinsicht sind Prävention und Gesundheitsförderung – deutlicher als dies bislang geschieht – auf die Gestaltung von Lebensbedingungen auszurichten.

Sollen personale Kompetenzen zur Bewältigung und Gestaltung des Alltags entwickelt werden, ist ein systemischer Ansatz mit den betroffenen Menschen zu gestalten. Komplexe systemische Ansätze zur Entwicklung von „life skills“ sind am besten mit Konzepten und Praktiken zu verbinden, die die Lebensverhältnisse praktisch verändern – im Fall der Arbeit mit Arbeitslosen durch Teilhabe an Arbeit. Diese Form der Prävention und Gesundheitsförderung kann nur im Zusammenwirken unterschiedlicher Akteure in der Kommune gelingen, sie erfordert abgestimmte integrierte Handlungsprogramme.

In sozialrechtlicher Hinsicht ist die Präventionsgesetzgebung dahingehend zu verändern, dass Jobcenter, Krankenkassen und die zuständigen kommunalen Stellen nicht nur mit dem Ziel der beruflichen Integration, sondern dem breiteren Ziel der teilhabeorientierten Förderung und Sicherung der Gesundheit zusammenarbeiten.

Für die Prävention und Gesundheitsförderung mit Langzeitarbeitslosen, aber auch darüber hinaus, sollte grundsätzlich gelten, dass die Vertragspartner verpflichtet sind, in den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f SGB V und in den anderen Sozialgesetzbüchern konkrete Aussagen dazu zu formulieren, wie sie präventive Anliegen gemeinsam verwirklichen wollen. Solche Aussagen sollten entschieden über reine Absichtserklärungen hinausgehen. In den Kreis der Vereinbarungspartner sind die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege aufzunehmen.

Projektgruppenmitglieder

Anne Katrin Koch,
Evangelischer Fachverband für Arbeit und soziale
Integration e.V. (EFAS)

Klaus Kittler,
Diakonisches Werk der evangelischen Kirche in
Württemberg e.V.

Gudrun Mahler,
Diakonisches Werk Bayern e.V.

Dr. Tomas Steffens,
Diakonie Deutschland (Leitung)

Elena Weber,
Diakonie Deutschland (Leitung)

Dr. Theo Wessel,
Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS)

Quellenverzeichnis

- AmigA (2008): AmigA. Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung. Leitfaden für die praktische Umsetzung. Hrsg. vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg. Potsdam.
- Bahemann, Andreas/Koch, Andreas/Zemlin, Uwe/Weissinger, Volker (2012): Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. Konsenspapier des Schnittstellenausschusses des Drogen- und Suchtrats. In: Sucht, 58 (3), 207-209.
- Bundesagentur für Arbeit/GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2016): Modellprojekt zur Verknüpfung von Arbeits- und Gesundheitsförderung im Setting. Gesamtbericht zur Evaluation.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg.) (2014): Reha-Prozess. Gemeinsame Empfehlung, Frankfurt am Main.
- Deutscher Bundestag (2016): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG), Bundestagsdrucksache 18/9522, 05.09.2016.
- Diakonie (2018): Freiwillig aktiv statt aktiviert – Ein Diskussionsimpuls der Diakonie zum SGB II“, Auf den Punkt gebracht. Positionen der Diakonie 02/2018.
- Diakonie (2015a): Gerechte Teilhabe an Arbeit – Arbeitsmarktpolitik mit Perspektiven für Langzeitarbeitslose. Diakonie Texte 02.2015.
- Diakonie (2015b): Zehn Jahre Hartz IV – zehn Thesen der Diakonie. Menschenwürde und soziale Teilhabe in der Grundsicherung verwirklichen. Diakonie Texte 05.2015.
- Elkeles, Thomas/Mielck, Andreas (2013): Ansätze zur Erklärung und Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit. In: Jahrbuch für kritische Medizin, 26, 23-44.
- Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (2012): Arbeit, Beschäftigung und Qualifizierung für suchtkranke Menschen. Positionspapier, Dezember 2012.
- Jahoda, Maria (1983): Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. Weinheim.
- Kipke, Ingo/Brand, Hanna/Geiger, Babette/Pfeiffer-Gerschel, Tim/Braun, Barbara (2015): Arbeitslosigkeit und Sucht – Epidemiologische und soziodemographische Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik 2007-2011. In: Sucht, 61 (2), 81-93.
- Müller-Simon, Barbara/Pamperin, Ina/Sauermann, Gabriele/Weissinger, Volker/Gaßmann, Raphael/Rummel, Christina (2016): Arbeit, Beschäftigung und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Suchterkrankungen – Zentrale Empfehlungen der AG „Teilhabe von Suchtkranken am Arbeitsleben“ des Drogen- und Suchtrats. Konsenspapier 28.06.2016 (noch nicht veröffentlicht).
- Paul, Karsten/Zechmann, Andrea/Moser, Klaus (2016): Psychische Folgen von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. In: WSI-Mitteilungen, 5/2016, 373-380.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 42/2007, 3-10.
- Schubert, Martin (2010): Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung: Wer bekommt sie, wer nicht? Strukturen und Prozesse des Zugangs zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Dissertation 2010.
- Sen, Amartya (2007): Ökonomie für den Menschen. München.

Notizen

Auszug Diakonie Texte 2016/2017/2018

- 05.2018 Wechselmodell: nur unter Beachtung des Kindeswohls!
Diakonie Deutschland – Arbeitsgemeinschaft allein-
erziehender Mütter und Väter in der Diakonie Deutsch-
land (agae)
- 03.2018 Diakonische Eckpunkte zur Früherkennung und Früh-
förderung für Kinder mit Behinderung und von Behin-
derung bedrohte Kinder
Nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG)
- 02.2018 Familienzusammenführungen im Rahmen der Dublin-III-
Verordnung nach Deutschland
Anspruch – Verfahren – Praxistipps
- 01.2018 Positionen der Diakonie Deutschland in der Gesund-
heits-, Rehabilitations- und Pflegepolitik 2018
- 06.2017 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2016 – Regional
- 05.2017 Kinder, Jugendliche und ihre Familien nach der Flucht
begleiten, unterstützen und bemächtigen
Zugänge – Ansprüche – Leistungen
- 04.2017 Einrichtungsstatistik zum 1. Januar 2016
- 03.2017 Diakonie-Charta für ein Soziales Europa
- 02.2017 Personalkonzepte der Zukunft in Einrichtungen der
stationären Altenhilfe – Impulse für eine innovative
Diskussion
- 01.2017 Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide
alte Menschen
- 07.2016 HILFE! Zwischen den Stühlen – Junge Menschen mit
psychischen- oder Suchterkrankungen ohne Wohnung
Analysen, Forderungen und Empfehlungen.
- 06.2016 Pflegestatistik zum 15. 12. 2013
- 05.2016 Kirche und Diakonie in der Nachbarschaft –
Neue Allianzen im ländlichen Raum
- 04.2016 Soziales Unternehmertum und aktuelle Tendenzen am
Sozialmarkt – Ein Diskussionspapier für die Diakonie in
Deutschland
- 03.2016 Verlässlicher Ganzttag – Ein Plädoyer für ganzheitliche
Bildung und Erziehung
- 02.2016 Medizinische Rehabilitation von chronisch psychisch
erkrankten Menschen – Diakonische Positionen zur
medizinisch-rehabilitativen Weiterentwicklung der
Gemeindepsychiatrie

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-
Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Dr. Thomas Schiller
Zentrum Kommunikation
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Redaktion:
Barbara-Maria Vahl
Zentrum Kommunikation
T +49 30 652 11-1116
redaktion@diakonie.de

Kontakt:
Dr. Tomas Steffens, MPH
Zentrum Gesundheit,
Rehabilitation und Pflege
T +49 30 652 11-1665
F +49 30 652 11-3665
tomas.steffens@diakonie.de

Elena Weber
Arbeitsmarktpolitik und
Beschäftigung
Zentrum Migration und
Soziales
T +49 30 652 11-1647
F +49 30 652 11-3647
elena.weber@diakonie.de

Layout:
A. Stiefel

Druck:
Zentraler Vertrieb des
Evangelischen Werkes für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-
Echterdingen

© Juni 2018 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-946840-19-0
Artikel-Nr. 613003048

**Diakonie Deutschland
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

T: +49 30 652 11-0

F: +49 30 652 11-3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de