

GESUNDHEIT UND TEILHABE VON MENSCHEN IN LANGZEITARBEITS- LOSIGKEIT

Diakonische Anforderungen

Arbeitslosigkeit ist eine Krisensituation und hat nachweislich negative Auswirkungen auf die Gesundheit. Die Gesundheit vor allem von langzeitarbeitslosen Menschen ist deutlich schlechter als die von Erwerbstätigen, eine Vielzahl ist aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Teilhabe eingeschränkt.

Der gegenwärtige Umgang mit gesundheitlich bedingten Teilhabebeeinträchtigungen von Langzeitarbeitslosen ist problematisch: Die Hürden zu Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind hoch. Beratung, Unterstützung und Begleitung sind unzureichend. Kommunale Eingliederungsleistungen sind nicht als Pflichtleistungen verankert und häufig nicht mit anderen Leistungen und Angeboten bedarfsorientiert verbunden. Präventive Maßnahmen sind oftmals nur individualpräventiv auf den Lebensstil ausgerichtet und Interventionen zielen meist nicht auf die Veränderung der Lebenslage oder mehr Selbstbestimmung über das eigene Leben.

Die Diakonie hat ein Modell zur Gesundheitssicherung von langzeitarbeitslosen Menschen entwickelt, das sich auszeichnet durch eine rehabilitative Ausrichtung, ein umfassendes Beratungs- und Unterstützungsangebot, eine Neuausrichtung der Prävention und eine Verknüpfung mit der Teilhabe an Arbeit.

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

Das Modell der Diakonie ist ein funktionales Modell. Welche Bausteine des Modells im Einzelfall zum Tragen kommen, hängt vom individuellen Bedarf ab. Das Modell ist offen für unterschiedliche institutionelle Umsetzungsformen, jedoch macht die Diakonie Vorschläge zur Umsetzung. Das Modell beschreibt kein spezielles Versorgungssystem für Langzeitarbeitslose, sondern erschließt Leistungen eines regionalen Netzwerkes.

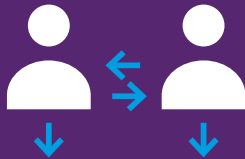
Mit dem Bundesteilhabegesetz wurden die Rehabilitationsträger stärker als bislang darauf verpflichtet, die Erwerbsfähigkeit zu sichern. Die Rolle der Jobcenter in der Rehabilitation wurde gestärkt. Die Vorschläge der Diakonie sind daher auch als Umsetzungsschritte dieser rehabilitativen Verpflichtungen zu verstehen.

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 Teilhabe einschränkung wahr



Beratungsstelle für Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit



Fallbegleitung
kann bei komplexen Problemlagen initiiert werden



Rehabilitativ
ausgerichtete
Bedarfs-
erhebung



Sucht-
beratung



Schuldner-
beratung



Facharzt



...

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



Modellbaustein I: Kommunale Strategie für Gesundheit und Teilhabe

Regionale Kooperationsstrukturen und eine politisch verantwortete kommunale Strategie für Gesundheit und Teilhabe sind die Grundlage des Modells. Ein Baustein dieser Strategie ist ein leistungsträger- und einrichtungsübergreifendes regionales Netzwerk für die Beratung und Unterstützung von Langzeitarbeitslosen. Die Netzwerklösung verwirklicht das Subsidiaritätsprinzip, setzt auf Arbeitsteilung und gemeinsame Verantwortungsübernahme in der Region. Die Netzwerkarbeit ist durch das Land zu refinanzieren. Netzwerkakteure sind unter anderem Kranken- und Rentenversicherung, Jobcenter, Kommune, Freie Wohlfahrtspflege, öffentlicher Gesundheitsdienst und Selbsthilfe.

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

Bei Anhaltspunkten für eine gesundheitlich bedingte Teilhabebeeinschränkung schlägt das Jobcenter den Leistungsberechtigten ein Clearing bei einer fachlich unabhängigen Beratungsstelle vor. Diese berät und vermittelt im Gesundheitssystem über Sektorengrenzen hinweg und ermöglicht einen Zugang zu gesundheitlichen Leistungen. Sie informiert, mit Zustimmung des Klienten, die Integrationsfachkraft im Jobcenter über das Ergebnis des Clearings und kann mit dem Klienten eine Fallbegleitung vereinbaren. Die Beratungsstelle ist auch für Personen zugänglich, die erwerbslos sind, aber keine Leistungen der Grundsicherung nach SGB II beziehen.

Modellbaustein III: Rehabilitativ ausgerichtete Bedarfserhebung

Verdichten sich im Clearing Anzeichen für einen Rehabilitationsbedarf und soll eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragt werden, erfolgt eine rehabilitativ ausgerichtete sozialmedizinische Bedarfserhebung durch einen fachlich unabhängigen Dienst mit sozialmedizinischer Kompetenz. Der sozialmedizinische Dienst legt einem Reha-Träger – in komplexen

Fällen einer Fallkonferenz oder Teilhabepankonferenz – seine Ergebnisse vor. Das Ergebnis der sozialmedizinischen Bedarfserhebung ist Grundlage der Entscheidung des zuständigen Rehabilitationsträgers. Dazu sind Kooperationsverträge mit Einrichtungen, Diensten und Ärzten abzuschließen.

Modellbaustein IV: Koordination der Leistungen: Fallbegleitung

Die Beratungsstelle „Gesundheit und Teilhabe bei Arbeitslosigkeit“ kann eine Fallbegleitung initiieren, wenn sich Anhaltspunkte für eine gesundheitlich bedingte Teilhabeeinschränkung bestätigen, komplexe Probleme bestehen, der Klient Hilfe wünscht und an weitere Stellen vermittelt werden soll. Unter Wahrung (sozialrechtlicher und) datenschutzrechtlicher Bestimmungen ist 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.

Die Fallbegleitenden sind den Bedarfen der Klienten, nicht leistungsrechtlichen Regeln oder Arbeitsmarktzielen, verpflichtet. Dem Subsidiaritätsprinzip folgend sollten gemeinnützige Dienste und Einrichtungen im Rahmen einer Netzwerklösung mit dieser Aufgabe betraut werden. Um personelle Kontinuität zu wahren, kann die Fallbegleitung bei der Beratungsstelle angedockt sein.

Modellbaustein V: Koordination der Leistungen: Fall- beziehungsweise Teilhabepankonferenz

Durch eine Fall- beziehungsweise Teilhabepankonferenz kann kurative, rehabilitative, präventive und weitere soziale Unterstützung bei komplexen Fällen verbunden werden. Ausgangspunkt für eine Fall- beziehungsweise Teilhabepankonferenz ist immer die Beantragung einer Teilhabeleistung.

Sind mehrere Rehabilitationsträger beteiligt, wird eine Teilhabepankonferenz (nach dem SGB IX) durchgeführt, die einen Teilhabepan erstellt. Teilnehmen können Rehabilitationsdienste, Rehabilitationseinrichtungen und Jobcenter sowie sonstige beteiligte Leistungserbringer.

Modellbaustein VI: Gesundheit und Teilhabe fördernde präventive Leistungen erschließen

Programme zur Stressbewältigung, Alltagsgestaltung und gesellschaftlichen Teilhabe können Angebote sein, die sozialer Exklusion entgegenwirken, Leistungsberechtigten helfen, ihre persönlichen Kompetenzen weiterzuentwickeln und ihren Alltag besser zu gestalten. Ob und wie diese Leistungen erbracht werden, ist zusammen mit dem Leistungsberechtigten im Rahmen des Clearings zu klären. Dabei sind die einzelnen Maßnahmen in eine übergreifende Teilhabestrategie einzubetten.

Kommunale Eingliederungsleistungen sind zusammen mit den Leistungen der Krankenkassen und weiterer Beratungs- und Unterstützungsleistungen für den Einzelnen zu bündeln.

Modellbaustein VII: Teilhabe an Arbeit ermöglichen

Ein Kernelement des hier dargestellten Modells ist die Vermittlung in Erwerbstätigkeit beziehungsweise eine andere sinnvolle Tätigkeit. Öffentlich geförderte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung bei allen Arbeitgebern sowie niedrigschwellige Angebote der Teilhabe an Arbeit, wie sie zum Beispiel im Zuverdienst als Teilhabegelegenheiten angelegt sind, sind auszubauen.

Eine Besonderheit des Modells ist, dass vor dem Hintergrund einer gesundheitlich bedingten Teilhabeeinschränkung präventive, kurative und rehabilitative Unterstützungsleistungen mit Teilhabe an Arbeit verbunden werden.

Sozialpolitische und sozialrechtliche Folgerungen

- Öffentlich geförderte sozialversicherungspflichtige Beschäftigung sowie niedrigrschwellige Modelle der Teilhabe an Arbeit sind auszubauen und tragfähig zu finanzieren.
- Die Kooperation und Vernetzung im Rahmen einer ganzheitlich ausgerichteten Strategie für Gesundheit und Teilhabe muss regelhaft erfolgen. Die Vernetzungsarbeit ist finanziell durch die Länder abzusichern.
- Die kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II sind von der Ausrichtung auf Arbeitsmarktintegration abzulösen und als Pflichtleistungen zu formulieren.
- Anzeichen für einen medizinischen Rehabilitationsbedarf müssen frühzeitig erkannt werden und der Reha-Prozess muss nahtlos und trägerübergreifend erfolgen.
- Eine fachlich unabhängig arbeitende Fallklärung ist zu gewährleisten und durch Länder und Jobcenter zu finanzieren.
- In den Landesgesundheitsgesetzen ist ein Rechtsanspruch auf gesundheits- und teilhabebezogene Fallbegleitung bei komplexen Bedarfslagen zu verankern. Die gesundheits- und teilhabebezogene Fallbegleitung als Sozialleistungsträger übergreifender Baustein der öffentlichen Daseinsvorsorge ist zu etablieren.
- In den Teilhabeplan (nach § 19 SGB IX) sind auch Leistungen weiterer Leistungsträger und -erbringer zu integrieren. Die Teilhabeplankonferenz ist immer durchzuführen, wenn der Leistungsberechtigte es wünscht.
- Jobcenter, Krankenkassen und die zuständigen kommunalen Stellen sollen breit angelegt mit dem Ziel der teilhabeorientierten Förderung und Sicherung der Gesundheit zusammenarbeiten. In den Landesrahmenvereinbarungen nach § 20f. SGB V und in anderen Sozialgesetzbüchern ist konkret zu formulieren, wie präventive Anliegen gemeinsam verwirklicht werden sollen. In den Kreis der Vereinbarungspartner sind die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege aufzunehmen.

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

Kontakt

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

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

www.diakonie.de

Das ausführliche Positionspapier finden Sie hier:

www.diakonie.de/diakonie-texte

(04.2018 Gesundheit und Teilhabe von Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit)