

Oschmiansky, Frank et al.

Research Report

Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung

IAB-Forschungsbericht, No. 14/2017

Provided in Cooperation with:

Institute for Employment Research (IAB)

Suggested Citation: Oschmiansky, Frank et al. (2017) : Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung, IAB-Forschungsbericht, No. 14/2017, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/182170>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Institut für Arbeitsmarkt-
und Berufsforschung

Die Forschungseinrichtung der
Bundesagentur für Arbeit



IAB-Forschungsbericht

14/2017

Aktuelle Ergebnisse aus der Projektarbeit des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung

Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung

Frank Oschmiansky
Sandra Popp
Prof. Dr. Steffi Gerlinde Riedel-Heller
Dr. Michaela Schwarzbach
Dr. Uta Gühne
Dr. Peter Kupka

ISSN 2195-2655

Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung

Frank Oschmiansky (Projektleiter, ZEP)

Sandra Popp (ZEP)

Prof. Dr. Steffi Gerlinde Riedel-Heller (ISAP)

Dr. Michaela Schwarzbach (ISAP)

Dr. Uta Gühne (ISAP)

Dr. Peter Kupka (IAB)

Mit der Publikation von Forschungsberichten will das IAB der Fachöffentlichkeit Einblick in seine laufenden Arbeiten geben. Die Berichte sollen aber auch den Forscherinnen und Forschern einen unkomplizierten und raschen Zugang zum Markt verschaffen. Vor allem längere Zwischen- aber auch Endberichte aus der empirischen Projektarbeit bilden die Basis der Reihe.

By publishing the Forschungsberichte (Research Reports) IAB intends to give professional circles insights into its current work. At the same time the reports are aimed at providing researchers with quick and uncomplicated access to the market.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	6
Abstract	8
Danksagung	9
1 Einführung	10
1.1 Erkenntnisinteresse der Studie	11
1.2 Methodisches Vorgehen	13
2 Ausgangslage und Rahmenbedingungen der Studie	26
2.1 Überblick über die Spezifika psychischer Erkrankungen	26
2.2 Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ..	39
2.3 Die Arbeits- und Erwerbssituation psychisch Kranker	40
2.4 Zusammenhänge zwischen Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit und Gesundheit	43
2.5 Barrieren bei der Reintegration psychisch kranker arbeitsloser Menschen in den ersten Arbeitsmarkt	44
2.6 Rahmenbedingungen und Leistungsprozesse im SGB II	49
2.7 Relevante Netzwerkpartner und ihre Aufgaben	60
3 Arbeit und Gesundheit im Leben der Betroffenen	65
3.1 Gesundheits- und Lebenssituation der Betroffenen	66
3.2 Erfahrungen mit Arbeit und Arbeitslosigkeit	67
3.3 Der Wunsch nach einer Tätigkeit in der momentanen Lebenssituation	74
3.4 Zusammenfassung	76
4 Das Thema Arbeit im ärztlichen und psychologischen Betreuungskontext	77
4.1 Stellenwert von Arbeit und Erwerbstätigkeit aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten	78
4.2 Stellenwert der Thematik Arbeit im Behandlungsalltag aus der Perspektive der Behandlerinnen und Behandler	79
4.3 Stellenwert der Thematik Arbeit im Behandlungsalltag aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten	84
4.4 Die Rolle des Rechtskreises SGB II im Behandlungsalltag aus der Perspektive der Behandlerinnen und Behandler	85
4.5 Zusammenfassung	86
5 Situation und Betreuung von psychisch Kranken im SGB-II-Leistungsbezug	87
5.1 Beschreibung der Zielgruppe aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter	87
5.2 Das Erkennen von psychischen Erkrankungen im Beratungsprozess	91
5.3 Unterstützung durch Fachdienste und Gesundheitsämter	106
5.3.1 Inanspruchnahme des Ärztlichen Dienstes sowie der Gesundheitsämter	107
5.3.2 Inanspruchnahme des Berufspsychologischen Service	114
5.3.3 Einschätzung der Kompetenzen und des Umgangs der Fachkräfte mit psychisch kranken Leistungsbeziehern aus Sicht der Fachdienste und der Gesundheitsämter	119

5.4	Der weitere Betreuung- und Beratungsprozess	120
5.4.1	Beratungs- und Betreuungsstrategien	121
5.4.2	Besondere Herausforderungen in der Beratung und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten aus Sicht der Fachkräfte	126
5.5	Förderangebote	133
5.6	Umsetzung des Forderns	146
5.7	Erfahrungen der Klientinnen und Klienten mit der Beratung und Betreuung durch das Jobcenter	151
5.7.1	Bedeutung des SGB-II-Leistungsbezugs im Leben der Betroffenen	151
5.7.2	Rolle der Erkrankung im Beratungs- und Vermittlungsprozess	155
5.7.3	Rolle der persönlichen Ansprechpartnerin bzw. des persönlichen Ansprechpartners	158
5.7.4	Konflikte mit dem Jobcenter	167
5.8	Bewertung der Grundprinzipien des SGB II und ihrer Umsetzung aus Sicht der Behandlerinnen und Behandler	174
5.9	Zusammenfassung	180
6	Netzwerke und Kooperationen	185
6.1	Kooperationen zwischen den Akteuren der Jobcenter und den Akteuren des ärztlichen und psychosozialen Versorgungssystems	187
6.2	Weitere Ansprechpartner und Kooperationspartner bei der Betreuung von Psychisch Kranken im SGB II	197
6.3	Zusammenfassung	201
7	Die (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in Arbeit ...	201
7.1	Stellenwert und Fallbeispiele gelungener (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in Arbeit	202
7.2	Barrieren für die (Re-)Integration	206
7.3	Gelingensfaktoren für eine (Re-)Integration in Arbeit	217
7.4	Zusammenfassung	222
8	Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen	224
8.1	Psychisch Kranke im SGB II: Lebenssituation und Arbeitsmarkt	225
8.2	Der Stellenwert von Arbeit im Behandlungskontext	227
8.3	Das Erkennen und Abklären von psychischen Beeinträchtigungen in den Jobcentern	229
8.4	Beratung und Betreuung in den Jobcentern in verschiedenen Kontexten	231
8.5	Arbeitsmarktpolitische Förderung	236
8.6	Grundsätzliche Aspekte des SGB II	239
8.7	Kooperationen zwischen den Akteuren der Jobcenter und den Akteuren des ärztlichen und psychosozialen Versorgungssystems	241
	Literatur	243

Abkürzungsverzeichnis

4PM	4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit
ÄD	Ärztlicher Dienst
AGH	Arbeitsgelegenheit
ALG	Arbeitslosengeld
ALG II	Arbeitslosengeld II
AU	Arbeitsunfähigkeit
AV	Arbeitsvermittlung
BaE	Berufsausbildung in außerbetrieblichen Einrichtungen
BA	Bundesagentur für Arbeit
BeKo	Beratungskonzeption der Bundesagentur für Arbeit
BFW	Berufsförderungswerk
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BPS	Berufspsychologischer Service
BTZ	Berufliches Trainingszentrum
DEGS1	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland – Welle 1
DEGS1-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland - Zusatzmodul Psychische Gesundheit (Mental-Health)
DRV.	Deutsche Rentenversicherung
Ebd.	Ebenda
EGV	Eingliederungsvereinbarung
ESF	Europäischer Sozialfonds
FBW	Förderung beruflicher Weiterbildung
FM	Fallmanager
GAF	Global Assessment of Functioning
gE	Gemeinsame Einrichtungen
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICF	Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IFD	Integrationsfachdienste
InbeQ	Individuelle betriebliche Qualifizierung
ISAP	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health
KDL	Kompetenzdienstleistungen
RPK	Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen
SB	Schwerbehinderte
SGB	Sozialgesetzbuch
SpDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
TL	Teamleiter
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZEP	Zentrum für Evaluation und Politikberatung
zkT	Zugelassene kommunale Träger

Zusammenfassung

Nach aktuellen Forschungsergebnissen erkrankt in Deutschland knapp ein Drittel der Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren im Verlauf eines Jahres an einer psychischen Störung. Darunter fallen alle psychischen Erkrankungen unabhängig vom Schweregrad. Neben Erkrankungen mit einer leichten Ausprägung, z.B. einer leichten depressiven Episode wurden hierbei auch schwerere Erkrankungsformen wie beispielsweise Schizophrenien oder rezidivierende depressive Störungen erfasst. Es wird vermutet, dass etwa ein bis zwei Prozent der Erwachsenenbevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren schwer und chronisch psychisch krank sind. Psychische Erkrankungen gehen oftmals mit gravierenden Beeinträchtigungen psychosozialer Funktionen einher, die wiederum die Teilhabe der Betroffenen in verschiedenen Lebensbereichen erschweren. So sind psychische Erkrankungen häufig mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation der Betroffenen verbunden. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass psychiatrische Diagnosen bei erwerbsfähigen SGB-II-Leistungsberechtigten deutlich häufiger vorkommen als bei Beschäftigten; darüber hinaus lässt sich im Verlauf der letzten Jahre ein merklicher Anstieg des Anteils an Personen mit psychischen Einschränkungen unter den Leistungsberechtigten feststellen.

Die vorliegende Studie verfolgte im Wesentlichen zwei Kernziele. Zum einen sollte die Situation von Personen mit einer psychischen Erkrankung im SGB II unter Einbeziehung der Betroffenenperspektive untersucht werden. Dabei standen insbesondere die biographischen Erfahrungen der Betroffenen mit ihrer Krankheit und mit Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit im Fokus. Darüber hinaus wurde der Frage nachgegangen, welche Erwartungen die psychisch kranken Leistungsberechtigten an die Beratung und Unterstützung durch die Jobcenter formulieren und wie sich ihre bisherigen Erfahrungen diesbezüglich einordnen lassen.

Zum anderen stand die konkrete Fallbearbeitung und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten durch die Jobcenter sowie durch Einrichtungen der psychosozialen Versorgung im Mittelpunkt der Studie. Relevante Aspekte waren, wie die Fachkräfte in den Jobcentern psychische Erkrankungen erkennen, welche Beratungs- und Betreuungsstrategien sie verfolgen, welche Förder- und Unterstützungsangebote sie für psychisch kranke Leistungsberechtigte für besonders geeignet halten und mit welchen Herausforderungen sie sich bei der Beratung und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten konfrontiert sehen. In den Interviews mit den Behandlerinnen und Behandlern wurde der Frage nachgegangen, welchen Stellenwert das Thema Arbeit im Behandlungskontext einnimmt und welche Bedingungen notwendig wären, um Patientinnen und Patienten (wieder) an Arbeit heranzuführen. Zudem war von Interesse, inwiefern Jobcenter und Einrichtungen der psychosozialen Versorgung miteinander kooperieren.

Um die Zielsetzungen der Studie zu erreichen, wurde ein Untersuchungskonzept gewählt, in dessen Zentrum die Durchführung von acht umfangreichen regionalen Fallstudien stand. Insgesamt wurden im Rahmen der regionalen Fallstudien 34 leitfadengestützte Experteninterviews mit Fach- und Führungskräften aus fünf gemeinsamen Einrichtungen und von drei zugelassenen kommunalen Trägern geführt sowie elf Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachdienste der Bundesagentur für Arbeit (Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service) bzw. den zuständigen Gesundheitsämtern. Des Weiteren haben 44 Behandlerinnen und Behandler aus verschiedenen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung sowie 43 psychisch kranke Leistungsberechtigte an der vorliegenden qualitativen Studie teilgenommen. Im Zentrum der Auswertung stand zum einen der Ansatz der dokumentarischen Methode, der darauf abzielt, die soziale Welt aus der Perspektive der Handelnden zu sehen. Zum anderen wurde das Textmaterial unter Verwendung der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die Befunde zeigen zunächst auf, dass sich im SGB II ein relevanter Anteil von Personen mit psychischen Erkrankungen befindet, die Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit von staatlichen Leistungen überwiegend negativ erleben, mit teils massiven Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Die Mehrheit der befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten äußerte den Wunsch, wieder in Erwerbstätigkeit zurückzukehren, wenngleich mit dem (Wieder-)Einstieg teilweise auch Ängste vor Stigmatisierung und einer Verschlechterung der Krankheit verbunden waren.

Das Erkennen einer psychischen Erkrankung und des damit einhergehenden besonderen Unterstützungsbedarfes stellt für viele der befragten Fachkräfte eine wesentliche Herausforderung dar. Die fachärztlichen Gutachten der Fachdienste der BA bzw. der Gesundheitsämter zur Abklärung der Auswirkungen einer psychischen Erkrankung nehmen für die Fachkräfte entsprechend einen hohen Stellenwert ein. Der weitere Beratungs- und Betreuungsverlauf gestaltet sich nach Auskunft der Fachkräfte meist sehr individuell im Hinblick auf die jeweiligen Bedarfe der Betroffenen. Häufig steht zunächst die Stabilisierung der psychischen Gesundheit im Fokus, während die (Re-)Integration in Arbeit in den meisten Fällen nur als langfristiges Ziel definiert wird. Eine systematische Kooperation zwischen Jobcentern und dem ärztlichen bzw. psychosozialen Versorgungssystem findet dabei nahezu nicht statt. Im vorliegenden Bericht wird ausführlich auf die zentralen Herausforderungen bei der Fallbearbeitung (u.a. Frage der Erwerbsfähigkeit, Datenschutzaspekte, Sanktionierungspraxis) sowie den eingesetzten Förder- und Unterstützungsmaßnahmen für psychisch kranke Leistungsberechtigte eingegangen. Dabei werden auch die Perspektiven der Betroffenen sowie der Behandlerinnen und Behandler auf die Grundprinzipien des SGB II und der wahrgenommenen Betreuung und Unterstützung von psychisch kranken Leistungsberechtigten in den Jobcentern vorgestellt.

Abstract

Based on current research in Germany, about one third of the population aged 18-79 experiences a mental disorder in the course of one year. Mental disorders are often accompanied by serious impairments in psychosocial functioning, which complicate the participation in different aspects of life. Therefore, mental disorders are frequently linked to adverse effects on the employment situation of persons affected. This is also reflected in the fact that the prevalence of psychiatric diagnoses is significantly higher in unemployed SGB II (Zweites Buch Sozialgesetzbuch – Social Code II) recipients than in employed persons. In recent years, a considerable increase of the proportion of persons with mental impairments among the SGB-II-recipients has been found.

The current study pursued two core objectives. On the one hand, the situation of persons with mental disorders in the SGB II was investigated. This investigation focused specifically on the biographical experiences of persons concerned with their mental disorder and with employment or unemployment. Moreover, we examined the expectations mentally ill SGB-II-recipients have for counseling and support and the previous experiences they had at the job centers.

On the other hand, a central focus of the study was the characteristics of concrete case processing and the special support of mentally ill SGB-II-recipients provided by job centers, as well as by institutions of psychiatric and psychosocial health care. Amongst others, the questions examined were, how the specialists in the job centers recognize mental disorders, which counseling and support strategies they pursue, what offers for funding and support they consider to be most appropriate for mentally ill SGB-II-recipients, and what challenges they are confronted with by counseling and supporting mentally ill SGB-II-recipients. In interviews with health care providers, the question of the importance of employment within the treatment context was explored. Further, health care providers were questioned as to which conditions would be necessary to reintegrate mentally ill SGB-II-recipients into the labour market.

In order to achieve the objectives of the study, a study design was chosen that investigated eight regional sites. Overall, in the context of these eight regional sites, 34 guided expert interviews with specialists and executives from five common facilities and three authorized local government providers were conducted. In addition, eleven interviews with employees of the special services of the *Bundesagentur für Arbeit* (Federal Employment Agency), the *Ärztlicher Dienst* (Medical Service), the *Berufspsychologischer Service* (Occupational Psychology Service), and the responsible *Gesundheitsamt* (Public Health Department) were carried out. Furthermore, 44 health care providers from various institutions of psychiatric and psychosocial health care, as well as 43 mentally ill SGB-II-recipients participated in the study. A qualitative analysis was conducted based on (i) the documentary method, which aims to look at the social world from the perspective of the acting persons, and (ii) the quality content analysis method, which is based on the text material.

The findings suggest that a considerable number of mentally ill SGB-II-recipients negatively experience unemployment and dependency on state benefits with massive impacts on their health. The majority of the surveyed mentally ill SGB-II-recipients expressed the wish to get a job - even though returning to work was associated with fear of stigma or an aggravation of the disease.

A substantial challenge for the specialists surveyed in the job centers was the recognition of mental diseases and thus, the special support requirements. Consequently, the medical testimonials from the special services of the Federal Employment Agency and the Public Health Department play an important role for the specialists in the job centers. The course of the counseling and support in the job centers is generally very individual, depending on the needs of the mentally ill SGB-II- recipients. Initially, the focus is on the psychological stabilization and in most cases, the return to work is defined as a long-term goal. A systematic cooperation between the job centers and institutions of psychiatric and psychosocial health care generally does not take place. The present report outlines the key challenges of case processing (e.g., work ability, data protection, sanctioning etc.) in detail, as well as efficient support measures for unemployed mentally ill persons. The report also lays out the perspectives of the mentally ill SGB-II-recipients and health care providers from various psychiatric and psychosocial health care institutions on the SGB-II-directives in general, as well as on the efficiency of existing counseling and support practices for mentally ill SGB-II-recipients.

Danksagung

Wir sprechen allen von uns befragten Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher unseren besonderen Dank für ihre Offenheit aus, über ihre Erkrankung und den Stellenwert von Arbeit und Gesundheit in ihrem Leben zu sprechen. Sie haben uns viele persönliche Erfahrungen mitgeteilt und so zum Gelingen der vorliegenden Studie beigetragen. Der gleiche Dank gilt auch den befragten Fach- und Führungskräften aus den Jobcentern, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachdienste der Agenturen für Arbeit sowie der kommunalen Gesundheitsämter, den Behandlerinnen und Behandlern sowie den im Vorfeld kontaktierten Expertinnen und Experten, die uns einen Einblick in ihren Arbeitsalltag und ihre Einschätzung zu der Situation und der Betreuung von psychisch kranken Leistungsbezieherinnen und Leistungsbezieher im SGB II gegeben haben.

Des Weiteren unterstützte der Deutsche Landkreistag die Studie, indem er eine kurze Abfrage initiierte, in der nach vorhandenen Modellprojekten gefragt wurde und an der sich viele Jobcenter beteiligten. Für die erhaltene Unterstützung möchten sich die Autorinnen und Autoren herzlichst bei Frau Dr. Vorholz und Herrn Keller vom Deutschen Landkreistag bedanken.

Darüber hinaus wollen wir Sebastian Niedlich für wertvolle Anregungen und Unterstützung bei dieser Studie danken.

1 Einführung

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen stellen eine relevante Gruppe unter den Leistungsberechtigten in der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Zweites Buch Sozialgesetzbuch; kurz: SGB II) dar (vgl. Schubert u.a. 2013). Während einige Subgruppen von Leistungsberechtigten, wie beispielsweise Jugendliche oder Alleinerziehende, in den letzten Jahren stark im wissenschaftlichen Fokus standen, ist die Studienlage zur Gruppe gesundheitlich Eingeschränkter - und hier insbesondere zur Subgruppe der Leistungsberechtigten mit psychischer Erkrankung - vergleichsweise dünn. Eine explorative Studie „Menschen mit psychischen Störungen im SGB II“ (Schubert u.a. 2013) erbrachte erste interessante Erkenntnisse, sowohl was die Eruerung des Anteils an SGB-II-Bezieherinnen und -Beziehern mit psychischen Beeinträchtigungen betrifft, als auch hinsichtlich institutioneller Handlungsmuster innerhalb der Jobcenter bezüglich erwerbsrelevanter Problemlagen. Zudem wurden die Kooperationsstrukturen der unterschiedlichen Institutionen und Dienste des Hilfesystems für psychisch kranke Menschen bezogen auf eine Erwerbsintegration des Personenkreises in den Blick genommen.

Eine Weiterbeschäftigung mit der Thematik versprach aus mehreren Gründen, zielführend zu sein. Zum einen sind viele Beschäftigte im Verlauf ihrer Erwerbsbiographie von Beeinträchtigungen aufgrund einer psychischen Erkrankung betroffen und müssen infolge dessen aus ihrem bisherigen Arbeitskontext ausscheiden. Wie empirische Untersuchungen zeigen können, gestaltet sich der Wiedereinstieg häufig schwierig (vgl. Kapitel 2.3). Hinweise auf vorhandene Barrieren und insbesondere auf Gelingensfaktoren können somit zu einer verbesserten Integration dieser Personengruppe beitragen. Zum anderen stellen der Erhalt oder die Wiederherstellung der Beschäftigungsfähigkeit ebenso wie die Verbesserung der sozialen Stabilisierung und gesellschaftlichen Teilhabe Zielstellungen des SGB II dar. Es ist somit von Interesse, unter welchen Bedingungen die Fallbearbeitung und Betreuung von Leistungsberechtigten mit psychischen Einschränkungen zum Erreichen dieser Zielstellungen beitragen kann bzw. welche Optimierungsmöglichkeiten identifiziert werden können.

Aufbauend auf den Ergebnissen der Explorationsstudie (vgl. Schubert u.a. 2013) war es Ziel des Forschungsprojektes „Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung“, eine tiefgehende Situationsanalyse von Personen mit einer psychischen Erkrankung im SGB II zu erstellen. Ergänzend zum Erhebungsset der Explorationsstudie wurde dabei auch die Sicht der Betroffenen mit einbezogen, um die konkrete Fallbearbeitung und Betreuung durch die Jobcenter sowie den beteiligten Einrichtungen von allen Seiten zu beleuchten und zu analysieren. Auch wenn aus Datenschutzgründen auf eine Spiegelung von konkreten Fällen in den Interviews verzichtet werden musste, bot die verwendete Methodik leitfadengestützter Interviews im Rahmen von acht regionalen Fallstudien dennoch die Möglichkeit, durch Einbezug einer Vielzahl relevanter Personen und Institutionen ein konsistentes Bild der Fallbearbeitung und Betreuung herauszuarbeiten.

Der Bericht ist folgendermaßen gegliedert: Zunächst werden in den anschließenden beiden Unterkapiteln die Ziele und Fragestellungen der Studie sowie das methodische Vorgehen dargelegt. Darauf folgend werden die Ausgangslage und die relevanten Rahmenbedingungen für die Studie vorgestellt und diskutiert, um die daran anknüpfenden empirischen Ergebnisse besser einordnen zu können. Kapitel 3 widmet sich den Befunden dieser Studie zum Stellenwert von Arbeit und Gesundheit im Leben der befragten Leistungsberechtigten mit einer psychischen Erkrankung, während Kapitel 4 aufzeigt, welche Rolle das Thema Arbeit im ärztlichen und psychologischen Betreuungskontext einnimmt. In Kapitel 5 wird ausführlich auf die Situation und Betreuung von psychisch kranken SGB-II-Leistungsberechtigten eingegangen. Hierbei wurden sowohl die Sichtweisen der befragten Fach- und Führungskräfte aus den Jobcentern als auch die Einschätzung der Betroffenen selbst sowie der Behandlerinnen und Behandler berücksichtigt. Kapitel 6 stellt die Ergebnisse zu den Kooperationsbeziehungen der Jobcenter mit dem ärztlichen und psychologischen Hilfesystem vor. Anschließend werden in Kapitel 7 der Stellenwert der (Re-) Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in der Betreuung und Beratung in den Jobcentern diskutiert sowie Barrieren und Gelingensfaktoren für eine (Wieder-) Aufnahme einer Beschäftigung vorgestellt. Das abschließende Kapitel 8 enthält eine resümierende Ergebnisdiskussion inklusive einer Ableitung von Handlungsempfehlungen.

1.1 Erkenntnisinteresse der Studie

Im Folgenden sollen zunächst die betrachteten Erhebungsebenen sowie die konkreten Fragestellungen näher erläutert werden, um im Anschluss daran die methodische Herangehensweise der Studie vorzustellen.

Die individuelle Ebene, also die Erhebung bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unterschiedlicher Art und Schwere, die SGB-II-Leistungen erhalten, zielte zunächst auf die biografischen Erfahrungen mit ihrer Krankheit und mit Arbeit ab: Wie setzen sie sich mit ihrer Krankheit auseinander und deuten diese? Sehen sie Arbeitslosigkeit als Folge vorher bestehender Probleme oder umgekehrt als Ursache der psychischen Probleme an? Welche Rolle hatte Arbeit bislang im Lebenszusammenhang bzw. könnte sie wieder haben? War Arbeit an den psychischen Problemen oder ihrer Verschlimmerung beteiligt? Welche Art von Arbeit wäre aus Sicht der Betroffenen möglich, bzw. welche Voraussetzungen müssten gegeben sein, um wieder erwerbstätig sein zu können? Weiter wurde danach gefragt, welche Ansprüche die Befragten an eine Unterstützung durch das Jobcenter haben und welche positiven wie negativen Erfahrungen sie bislang gemacht haben.

Die institutionelle Ebene bildeten einerseits zunächst die Jobcenter. Zentrale Frage war hierbei, ob und inwieweit die Fachkräfte in den Jobcentern auf den Umgang mit dieser Personengruppe vorbereitet sind und wie sie mit ihr umgehen. Wie erkennen

die Fachkräfte zunächst, dass eine psychische Erkrankung vorliegt? Welche Prozesse werden in Gang gesetzt, wenn sie wissen, dass Kundinnen und Kunden¹ psychische Probleme haben, z. B. wenn diese selbst davon berichten? Wie gehen sie damit um? Gibt es Beispiele von Regelverletzungen, die u. U. mit psychischen Problemen der Kundinnen und Kunden zusammenhängen und nicht auf einer Verweigerung der Zusammenarbeit beruhen? Neben Fragen zur direkten Konfrontation bzw. zum Erkennen von Auffälligkeiten ging es um Strategien des Umgangs: Fühlen sich die Fachkräfte hinreichend ausgebildet, um die entsprechenden Personen zu betreuen? Gibt es Möglichkeiten, diese intern weiter zu verweisen? Welche externen Möglichkeiten des Weiterverweizens sind bekannt? Haben die Fachkräfte Kontakt zu Einrichtungen der psychosozialen Versorgung oder wissen sie, wie man diesen herstellen kann? Bieten die Vorgaben zur Betreuung Möglichkeiten des Umgangs mit psychischen Auffälligkeiten? Welche Maßnahmen- und Arbeitsangebote unterbreiten sie?

Wenn im Betreuungsprozess psychische Auffälligkeiten oder Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen erkannt oder vermutet werden, erlangen ärztliche Fachgutachten Bedeutung (Schubert u.a. 2013: 66f.). Daher wurden auch der Berufspsychologische Service und der Ärztliche Dienst der Bundesagentur für Arbeit im Falle der gemeinsamen Einrichtungen und das kommunale Gesundheitsamt im Falle der zugelassenen kommunalen Träger in die Fallstudien einbezogen. Zentrale Fragestellungen waren hier: Mit welchen Fragestellungen treten die Fachkräfte an die Fachdienste und Gesundheitsämter heran, wenn es um psychische Erkrankungen bei Leistungsberechtigten geht? Welche Unterstützung leisten die Fachdienste und Gesundheitsämter? Wie gestalten sich dort die konkreten Abläufe im Rahmen von Begutachtungen? Welche Rückmeldungen erhalten die Fachkräfte? Nicht zuletzt wurden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachdienste sowie der Gesundheitsämter um eine Einschätzung der Kompetenzen der Fachkräfte der Jobcenter im Umgang mit psychisch kranken Leistungsberechtigten gebeten.

Neben den Jobcentern wurden auf der institutionellen Ebene Einrichtungen der ärztlichen und psychosozialen Versorgung einbezogen. Dies waren (sozial-)psychiatrische Einrichtungen, die qua Auftrag mit psychisch Kranken zu tun haben: Sozialpsychiatrische Dienste, niedergelassene Ärzte, Tageskliniken, betreutes Wohnen etc. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Einrichtungen konnten als Fachexpertinnen und -experten zur Frage Auskunft geben, über welche Fähigkeiten ihre Klientinnen und Klienten im Hinblick auf Arbeit verfügen, welche Hindernisse einer Erwerbsarbeit

¹ In der Arbeitsverwaltung werden Arbeitsuchende (und Arbeitgeber) seit den „Hartz-Reformen“ Kunden genannt, was nicht unumstritten ist (vgl. Hielscher / Ochs 2009). In der Sozialen Arbeit wird hingegen von Klientinnen und Klienten oder Adressatinnen und Adressaten gesprochen. Die ärztliche Versorgungslandschaft spricht von Patientinnen und Patienten, die Fachdienste der BA sprechen häufig von Probandinnen und Probanden. Wir verwenden in diesem Bericht all diese Begriffe synonym, nutzen in der Regel die Begrifflichkeiten Klientinnen und Klienten, Patientinnen und Patienten oder Betroffene.

entgegenstehen bzw. welche Bedingungen notwendig wären, um die Patientinnen und Patienten an Arbeit heranzuführen. Mit ihnen wurde die Frage erörtert, welche Bedeutung Erwerbsarbeit (oder arbeitsähnliche Maßnahmen) für die Therapie und für eine gesellschaftliche Integration haben. Als zweiter Fragenkomplex wurde die Kooperation mit dem Jobcenter thematisiert: Welche Erfahrungen mit dem Jobcenter gibt es, bzw. welche Erfahrungen werden von den Patientinnen und Patienten in der Einrichtung berichtet? Gibt es persönliche Kontakte oder auch eine systematische Kooperation? Was würden sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom Jobcenter wünschen? Welche Wirkung könnten systematische Kontakte haben?

1.2 Methodisches Vorgehen

Um die Zielsetzungen der Studie zu erreichen, wurde ein Untersuchungsdesign gewählt, welches neben einer ausführlichen Literaturanalyse² und explorativen Experteninterviews acht umfangreiche regionale Fallstudien³ umfasste. Das konkrete Vorgehen wird im Folgenden beschrieben

Auswahl und Kurzbeschreibung der Untersuchungsregionen

Die Leistungsbeschreibung zu dieser Studie sah eine Anzahl von acht Fallstudien vor. Angesichts von bundesweit 408 Jobcentern kam daher der Fallauswahl im Forschungsprozess eine hohe Bedeutung zu. Angewendet wurde eine qualitative Samplingstrategie mit dem Ziel, im Sinne einer kontrastierenden Fallauswahl ein möglichst vielschichtiges Bild zu erhalten. Im Sample enthalten sein sollten:

- Gemeinsame Einrichtungen und zugelassene kommunale Träger
- Regionen mit modellhaften Aktivitäten der Kooperation zwischen Jobcentern und psychosozialer Versorgung
- Regionen mit besserer, mittlerer und schlechterer Arbeitsmarktlage
- Städte und Landkreise
- „alte“ und „neue“ Bundesländer
- Regionale Unterschiede in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung psychisch Kranker

Die letztendliche Auswahl der Fallstudienregionen entsprach der Zielstellung. Im Sample enthalten sind fünf gemeinsame Einrichtungen und drei zugelassene kommunale Träger. Sechs der Regionen sind Landkreise, zwei sind Städte. Sechs der

² Die Ergebnisse der Literaturanalyse sind einerseits in Kapitel 2 eingeflossen, andererseits dienten sie der Reflexion der empirischen Ergebnisse.

³ Die Fallstudien wurden in zwei Wellen durchgeführt: Vier Fallstudien im Frühsommer 2015 und vier Fallstudien im Spätherbst 2015. Alle Fallstudien waren Ende November 2015 abgeschlossen.

Regionen kommen aus den „alten“, zwei aus den „neuen“ Bundesländern. Die Arbeitsmarktlage differiert erheblich zwischen den Fallstudienregionen. Die Arbeitslosenquote spreizt zwischen 3,0 und 10,3 Prozent insgesamt und zwischen 1,4 Prozent und 8,0 Prozent im SGB II.⁴ Drei Regionen hatten SGB-II-Arbeitslosenquoten von unter 2,5 Prozent, zwei von über 7,0 Prozent. Bezugnehmend auf die Typisierung der SGB-II-Träger des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) decken die acht Regionen sieben unterschiedliche Typen ab (vgl. Dauth u.a. 2013). Auch die Entwicklung der Zahl der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in den acht Regionen spreizt stark: In sechs Regionen ist es bei einem Vergleich der Bestandszahlen von 2005 zu 2015 zu einer Reduzierung von bei fünf davon zwischen 10 und 15 Prozent, in einer von fast 40 Prozent, gekommen. In zwei Regionen kam es dagegen zu einer Zunahme von bis zu 20 Prozent.⁵

Hinsichtlich der psychosozialen Versorgungsdichte ist bekannt, dass diese in städtischen Regionen besser als in ländlichen und in Westdeutschland höher als in Ostdeutschland ist (vgl. Abschnitt 2.6). Wir gingen entsprechend davon aus, dass durch die genannten Auswahlkriterien auch die Heterogenität der psychosozialen Versorgungsdichte überwiegend abgebildet ist. Häufig wollten wir zudem Regionen mit und ohne Modellprojekt einbeziehen. Laut Vorabfrage bzw. Vorabinformationen wiesen entsprechend vier Regionen modellhafte Kooperationen mit der psychosozialen Versorgung auf.⁶

Im Rahmen der Fallstudien ergaben sich zentrale Unterschiede zwischen den einzelnen Jobcentern. In sieben der acht Jobcenter waren die Bereiche Leistung und Betreuung/Vermittlung getrennt. Der Bereich Betreuung/Vermittlung gliederte sich hier jeweils in Fallmanagerinnen und Fallmanager für Personen, deren berufliche und soziale Integration erschwert ist, und Integrationsfachkräften (meist Arbeitsvermittlerinnen bzw. Arbeitsvermittler oder persönliche Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner genannte Fachkräfte) für alle anderen Personen. In einem Jobcenter waren die Fachkräfte für alle Bereiche zugleich zuständig. In vier der acht Jobcenter gab es auf Rehabilitationsfragen spezialisierte Fachkräfte. Die Fallschlüssel differenzierten stark.⁷ Im Fallmanagement reichte die Spannbreite von 1:50 bis zu 1:250, in der Arbeitsvermittlung lag der Höchstwert bei 1:320.

⁴ Jeweils bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen; Stand: Juli 2015.

⁵ Bundesweit reduzierte sich die Zahl (Vergleich der Jahresdurchschnittsbestände 2005 und 2015) um etwa 12 Prozent.

⁶ Die Fallstudien bestätigten dies in zwei Fällen sowie in einem Fall mit Einschränkungen. In einem Jobcenter, das nach Vorabauskunft keine modellhafte Kooperation hatte, zeigte sich dagegen in der Fallstudie durchaus eine – sogar sehr ausgeprägte – modellhafte Kooperation.

⁷ Die Angaben beziehen sich auf Aussagen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter und nicht auf statistische Auswertungen.

Vorbereitung der Feldphase

Um zielgerichtete problemzentrierte Interviews im Rahmen der Fallstudien führen zu können, war ein profundes Wissen über das Themenfeld „Krankheit und Arbeit“ ebenso vonnöten wie ein Überblick über institutionelle Strategien und Rahmenbedingungen der Jobcenter im Umgang mit dieser Personengruppe sowie der allgemeinen Unterstützungssysteme für psychisch kranke Menschen. Um das bereits in unserem Projektteam vorhandene Wissen weiter zu vertiefen, haben wir im Februar und März 2015 elf überregionale leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt. Die Interviews fanden teilweise vor Ort und zum anderen Teil telefonisch statt. Im Einzelnen haben wir Experteninterviews mit folgenden Akteuren geführt:

Interviews aus dem Bereich Arbeitsmarktpolitik (jeweils Zentrale der Bundesagentur für Arbeit; Nürnberg):

- Berufspsychologischer Service
- Ärztlicher Dienst
- Vertreter mit Verantwortlichkeit für das Themenfeld „Berufliche Rehabilitation“
- Vertreter aus dem Bereich Integrationsprozesse/4PM (4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit); Produktentwicklung Grundsicherung

Interviews aus dem psychosozialen Versorgungsbereich:

- Experten aus relevanten universitären Fachbereichen
- Vorstandsmitglieder relevanter Fachgesellschaften
- Wissenschaftliche Leiter relevanter Modell- und Forschungsprojekte

Die Interviews vertieften einerseits unsere Kenntnisse zum Untersuchungsgegenstand, lieferten weitere Hinweise auf Modellprojekte und dienten der Erarbeitung der Leitfäden für die Fallstudien. Aufbauend auf den Ergebnissen der Interviews mit den überregionalen Akteuren entwickelten wir akteursspezifische Gesprächsleitfäden für die Fallstudien. Alle Interviewleitfäden rekurrten auf die Befragungstechnik des problemzentrierten Interviews (Witzel 1985), wobei die Interviews mit den Klientinnen und Klienten einen höheren Anteil narrativer Elemente⁸ enthielten. Insgesamt wurden für sechs unterschiedliche Akteursgruppen spezifische Leitfäden entwickelt:

- Klientinnen und Klienten
- Behandlerinnen und Behandler
- Jobcenter Führungskräfte
- Jobcenter Fachkräfte

⁸ Nicht im Sinne einer Interviewform, sondern als erzählungsgenerierende Interviewstrategie.

- Ärztlicher Dienst/Gesundheitsamt
- Berufspsychologischer Service

Zusätzlich wurden bei den Behandlerinnen und Behandlern sowie den Klientinnen und Klienten Kurzfragebögen zur Erhebung personenbezogener und krankheitsrelevanter Daten entwickelt und eingesetzt.

Nach der Auswahl der Standorte begann das Projektteam mit der Organisation der Fallstudien. Zunächst wurden die Jobcenter (in der Regel die Geschäftsführung) angeschrieben bzw. telefonisch kontaktiert, um deren Bereitschaft zur Mitwirkung an der Studie abzuklären. Bei Bereitschaft konnte auf der einen Seite die Feinplanung der Interviews in den Jobcentern starten, andererseits die Kontaktaufnahme mit regionalen Behandlerinnen und Behandlern aus dem psychosozialen Versorgungssystem. Pro Standort sollten vier bis sechs Interviews mit Behandlerinnen und Behandlern, vier bis sechs mit Klientinnen und Klienten, zwei bis drei mit Fachkräften und je ein Interview mit einer Führungskraft, dem zuständigen Berufspsychologischen Service und dem Ärztlichen Dienst (bzw. ihren Pendanten bei den zugelassenen kommunalen Trägern) durchgeführt werden.

Für die Organisation der Interviews in den Jobcentern wurde uns seitens der Geschäftsführung eine konkrete Ansprechperson genannt, zum Teil übernahm dies auch die Geschäftsführung selbst. Die Ansprechpersonen übernahmen die konkrete Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner auf Basis der vom Untersuchungsteam genannten Kriterien und Wünsche.⁹

Für die Organisation der Interviews mit den Behandlerinnen und Behandlern recherchierten wir zunächst die regionale psychosoziale Versorgungslandschaft mit den entsprechenden Anbietern und Leiterinnen und Leitern der Einrichtungen. Abhängig von den lokalen Gegebenheiten erfolgte die Auswahl möglichst verschiedener Einrichtungen (z.B. Kliniken, Tageskliniken, Institutsambulanzen, psychosoziale Beratungsstellen, berufliche Trainingszentren, niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater), dementsprechend heterogen ist auch der berufliche Hintergrund der Interviewten (Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, etc.). Die Einrichtungen schrieben wir in einem ersten Schritt an. Dieses Schreiben informierte über die Studie, deren Ziele und Inhalte und kündigte ein Telefonat an. Nachdem die Leitung der Einrichtungen für die Teilnahme an der Studie gewonnen werden konnte, wurde das konkrete Procedere der Rekrutierung

⁹ Auf Seiten der Jobcentermitarbeiterinnen und -mitarbeiter kam es darauf an, mit denjenigen zu sprechen, die einen aussagekräftigen zur Thematik geben können. Ziel war es darum nicht, einen repräsentativen Querschnitt zu erhalten, sondern gerade auf Seiten der Fachkräfte diejenigen in die Studie einzubeziehen, die auch „psychisch Kranke“ betreuen. Im Ergebnis führte dieses Verfahren dazu, dass überwiegend erfahrene Fachkräfte, häufig mit sozialpädagogischem Background, ausgewählt wurden.

rung von Behandlerinnen und Behandlern sowie Klientinnen und Klienten abgestimmt. In der Regel erfolgte ein Verweis der Leitung an die Behandlerinnen und Behandler, die aufgrund ihrer Nähe zu den Patientinnen und Patienten die Rekrutierung entsprechend der definierten Einschlusskriterien (s. unten) übernahmen und auch selbst als Expertinnen und Experten vor Ort in Frage kamen. Die Behandlerinnen und Behandler kontaktierten die Patientinnen und Patienten im SGB-II-Leistungsbezug, informierten sie über die Studie und baten um Teilnahme und Unterzeichnung einer Einverständniserklärung. Die Behandlerinnen und Behandler leiteten die Einverständniserklärung an uns weiter. Wir vereinbarten daraufhin entweder Termine selbst mit den Klientinnen und Klienten oder die Behandlerinnen und Behandler organisierten diese. Ein finanzielles Incentive von 20 Euro für die Klientinnen und Klienten erleichterte die Rekrutierung.

Einschlusskriterien für Klientinnen und Klienten waren:

- Aktueller SGB-II-Leistungsbezug
- Eine psychische Störung aus einer der folgenden Diagnosegruppen: affektive Störungen (ICD-10: F30-F39), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F40-F48), Persönlichkeits- oder Verhaltensstörungen (ICD-10: F60-F69) oder Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10: F20-F29).
- Jeder Schweregrad: Die Differenzierung nach Schweregraden erfolgte mithilfe der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning; DSM-IV-TR, S. 34.). Sie stellt ein einfaches Maß zur Fremdbeurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus eines psychisch Kranken dar. Mit Hilfe dieses Maßes ist eine Differenzierung nach unterschiedlichen Schweregraden psychischer Störungen möglich. Die Angaben zur Diagnosegruppe, zum Schweregrad der Erkrankung sowie zum SGB-II-Bezug wurden anhand von Fragebögen von der Behandlerin oder dem Behandler erfasst und an das Studienteam weitergeleitet.
- Alter: 25 bis 65 Jahre
- Die Befragung musste aus ärztlicher Sicht zumutbar sein.

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden somit Personen einbezogen, bei denen eine psychische Erkrankung nach den Diagnosekriterien des ICD-10 vorlag. Nicht berücksichtigt werden konnten psychisch erkrankte SGB-II-Leistungsberechtigte, die (noch) keine ärztliche Abklärung einer möglichen psychischen Erkrankung in Anspruch genommen hatten. Die befragten Klientinnen und Klienten bilden somit eine Subgruppe unter den psychisch kranken SGB-II-Leistungsberechtigten ab. Sie waren sich alle ihrer psychischen Erkrankung bewusst und befanden sich ausnahmslos in Therapie oder einer entsprechenden Maßnahme. Dies ist bei der späteren Interpretation der Ergebnisse einschränkend zu berücksichtigen, da die befragten Fachkräfte in den Interviews immer wieder betonten, dass zu ihrem Kundenkreis auch Personen zu zählen seien, die zwar psychische Probleme aufweisen, aber bislang keinerlei ärztliche oder psychosoziale Abklärung und Unterstützung in Anspruch genommen haben.

Durchführung der Fallstudien

Die ersten vier Fallstudien wurden im Frühjahr 2015 durchgeführt, die übrigen vier Fallstudien im Herbst 2015. Nach den ersten vier Fallstudien wurden die Erfahrungen reflektiert und daraus Rückschlüsse für die weiteren Fallstudien abgeleitet. Insgesamt wurden 134 Interviews durchgeführt, die sich wie folgt auf die Akteursgruppen und Regionen (A-H) verteilen:

Tabelle 1
Übersicht Interviewverteilung¹⁰

Region	A	B ¹¹	C	D	E	F	G	H	Gesamt
Leitungskraft Jobcenter	1	1	1	2	1	1	1	1	9
Jobcenter Fachkräfte	4	3	3	3	3	3	3	3	25
Ärztlicher Dienst/Gesundheitsamt	1	-	- ¹²	1	1	1	1	1	6
Berufspsychologischer Service	1	-	1	-	1	1	1	-	5
Behandlerinnen und Behandler	6	5	6	5	6	5	6	5	44
Klientinnen und Klienten	8	6	4	6	5	6	5	3	43
Sonstige	-	1	-	1	-	-	-	-	2
GESAMT	21	16	15	18	17	17	17	13	134

Quelle: Eigene Darstellung

In allen Regionen wurden Interviews mit Leitungskräften (in der Regel Teamleitungen) und mindestens drei Fachkräften des Jobcenters (Fallmanagerinnen und Fallmanager, persönliche Ansprechpartnerinnen und -partner sowie Reha-Fallmanagerinnen und -manager) durchgeführt¹³. In der Regel konnten auch Interviews mit dem Ärztlichen Dienst bzw. dem Gesundheitsamt und bei den Gemeinsamen Einrichtungen mit dem Berufspsychologischen Service der Agentur für Arbeit durchgeführt werden. Pro Standort konnten jeweils 5-6 Behandlerinnen und Behandler einbezogen

¹⁰ In der Tabelle ist die Anzahl der Interviews angegeben. Die Zahl der Interviewpartnerinnen und -partner ist etwas höher, da in einigen Fällen Gruppeninterviews mit zwei Personen durchgeführt wurden.

¹¹ An diesem Standort wurde anstatt mit dem Gesundheitsamt ein Interview mit einer Sozialmedizinerin einer psychosozialen Beratungsstelle geführt, mit der das Jobcenter eng zusammenarbeitet.

¹² Der Ärztliche Dienst in dieser Region war seit mehr als 12 Monaten personell nicht mehr besetzt. Daher konnte kein Interview realisiert werden. Das Jobcenter greift auf eine Vielzahl von Vertragsärzten ersatzweise zurück.

¹³ Auffallend an der Verteilung der Interviews mit den Fachkräften in den Jobcentern war, dass nur fünf der 25 Fachkräfte Männer waren.

werden. Die Zahl der Klientinnen und Klienten differierte stärker. Der anvisierte Einbezug von 40 Klientinnen und Klienten wurde aber insgesamt übertroffen.

Der Großteil der Interviews wurde Face-to-Face vor Ort durchgeführt, Ausnahmen waren ein Interview mit dem Berufspsychologischen Service sowie 39 Interviews mit Behandlerinnen und Behandlern, die telefonisch durchgeführt wurden. In der Gruppe der Behandlerinnen und Behandler ergab sich diese Notwendigkeit einer verstärkten telefonischen Befragung, da organisatorische Zwänge und unvorhersehbare „Notfälle“ im Klinikalltag bzw. eine enge Taktung der Behandlungstermine wenig Spielraum ließen.

Mit Ausnahme eines Gesprächs konnten alle Gespräche digital aufgezeichnet werden. Darüber hinaus wurden bei den Betroffenen soziodemografische Daten, Angaben zur Dauer der Erwerbslosigkeit sowie zur Dauer der psychischen Erkrankung und bei den Behandlerinnen und Behandlern soziodemografische Daten sowie Angaben zum beruflichen Hintergrund und zur Berufserfahrung mit psychisch Kranken mithilfe von Fragebögen erfasst.

Die Klientinnen und Klienten waren zwischen 25 und 59 Jahren alt, die Geschlechterverteilung war ausgeglichen. Alle befragten Klientinnen und Klienten wiesen laut Behandlerinnen und Behandler mindestens eine Diagnose aus einer der vier vorgegebenen Diagnosegruppen nach ICD-10 auf, während bei 21 Klientinnen und Klienten Doppel- oder Dreifachdiagnosen vorlagen. Der überwiegende Teil der psychisch Kranken befand sich in einem ambulanten Behandlungssetting, vier in einem teilstationären Setting und ein Klient wurde zum Zeitpunkt der Befragung stationär betreut, weitere 15 Klientinnen und Klienten befanden sich in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme. Die durchschnittliche Dauer der Arbeitslosigkeit betrug 59 Monate. Auffällig war im Weiteren, dass zum Zeitpunkt der Befragung ein Großteil der Klientinnen und Klienten ledig waren (vgl. auch Kapitel 3.1) Eine nähere Beschreibung der Betroffenen findet sich in der nachfolgenden Tabelle (Tabelle 2).

Tabelle 2
Soziodemografische, krankheits- und arbeitsbezogene Patientencharakteristika

	A	B	C	D	E	F	G	H	Gesamt
Geschlecht									
Männlich	4	4	3	1	1	2	4	2	21
Weiblich	4	2	1	5	4	4	1	1	22
Alter									
Mittelwert	34	48	40	38	46	38	39	44	40
Schulabschluss									
Kein Abschluss	-	-	-	-	-	1	-	-	1

	A	B	C	D	E	F	G	H	Gesamt
Hauptschulabschluss	1	-	3	3	1	1	1	2	12
Realschulabschluss	4	2	1	1	2	1	-	-	11
Fachhochschulreife	1	-	-	1	-	3	2	-	7
Hochschulreife	2	3	-	1	2	-	2	1	11
anderer Abschluss	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Ausbildungsabschluss									
Kein Abschluss	3	-	-	1	-	3	2	-	9
Berufsausbildung	3	5	3	3	3	2	2	2	23
Fachschulabschluss	-	-	1	2	-	-	-	-	3
Fachhochschulabschluss	2	-	-	-	-	-	1	-	3
Hochschulabschluss	-	1	-	-	1	1	-	1	4
Anderer beruflicher Abschluss	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Familienstand									
Verheiratet und mit Partner zusammenlebend	-	-	1	-	-	1	-	-	2
Verheiratet und vom Partner getrennt lebend	-	-	-	1	-	-	-	1	2
Ledig	8	3	3	5	4	4	4	-	31
Geschieden	-	3	-	-	1	1	1	2	8
Verwitwet	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Diagnose nach ICD-10 ¹									
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störung (F20-29)	2	-	1	1	1	-	1	1	7
Affektive Störung (F30-39)	3	6	3	1	4	6	4	3	30
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störung (F40-48)	5	2	-	6	-	2	-	1	16
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-69)	2	2	1	2	3	-	1	1	12
Behandlungssetting									
Ambulant	8	4	4	6	5	6	5	-	38
Teilstationär	-	1	-	-	-	-	-	3	4
Stationär	-	1	-	-	-	-	-	-	1

	A	B	C	D	E	F	G	H	Gesamt
Psychosoziale Versorgung									
Niedergelassener Psychiater	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Psychiatrische Instituts-Ambulanz	-	4	2	-	5	-	3	-	14
Psychiatrische Tagesklinik	-	1	-	-	-	-	-	3	4
Psychiatrische Klinik	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Psychosoziale Beratungsstelle	1	-	1	5	-	-	-	-	7
Berufliche Rehabilitation	5	-	1	1	-	6	2	-	15
Erwerbslosigkeit									
Durchschnittliche Dauer in Monaten	43	59	116	73	44	86	26	25	59

¹einschließlich Doppeldiagnosen

Quelle: Eigene Darstellung

Die Behandlerinnen und Behandler waren zwischen 29 und 64 Jahre alt und es nahmen mehr Behandlerinnen (29) als Behandler (15) an der Studie teil. Die am häufigsten vertretenen Berufsgruppen waren Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter/-pädagoginnen und Ergotherapeuten. Ein Großteil war in Institutsambulanzen und in psychiatrischen Tageskliniken beschäftigt. Sie hatten zwischen zwei und 37 Jahren Berufserfahrung in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen. Eine Übersicht über die Charakteristika der Behandlerinnen und Behandler findet sich in Tabelle 3.

Tabelle 3
Charakteristika der Behandlerinnen und Behandler aus dem psychosozialen Versorgungsbereich

	A	B	C	D	E	F	G	H	Gesamt
Geschlecht									
Männlich	2	1	2	2	-	4	3	1	15
Weiblich	4	4	4	3	6	1	3	4	29
Alter									
Mittelwert	41	42	41	50	49	52	50	51	47
Berufsbezeichnung									
Arzt	2	2	-	-	3	1	2	2	12
Dipl.-Psychologe	3	2	1	2	1	-	-	-	9
Sozialarbeiter/-pädagogin	-	1	-	2	1	2	1	3	10

	A	B	C	D	E	F	G	H	Gesamt
Dipl.-Pädagoge	-	-	1	1	-	-	-	-	2
Ergotherapeut	-	-	2	-	1	2	3	-	8
Krankenpfleger	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Medizinische Fachangestellte	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Sonstiges	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Behandlungssetting ¹									
Ambulante Versorgung	5	2	5	4	6	3	6	4	35
Teilstationäre Versorgung	1	4	5	1	3	3	2	1	20
Stationäre Versorgung	-	1	1	1	-	2	3	-	8
Psychosoziale Versorgung ¹									
Arztpraxis	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Psychiatrische Institutsambulanz	-	2	4	-	6	2	5	-	19
Psychiatrische Tagesklinik	1	4	5	1	3	2	2	1	19
Psychiatrische Klinik	-	1	1	-	-	2	3	-	7
Sozialpsychiatrischer Dienst	-	-	-	-	-	-	-	4	4
Psychosoziale Beratungsstelle	1	-	1	4	-	-	-	-	6
Berufliche Rehabilitation	2	-	-	-	-	1	1	-	4
Wohnheim für psychisch Kranke	-	-	-	1	-	1	-	-	2
Berufserfahrung mit psychisch Kranken									
Durchschnittlich in Jahren	10	12	17	23	18	23	21	24	18

¹einschließlich Doppelnennungen

Quelle: Eigene Darstellung

Vorbereitung der Auswertung und Anonymisierung

Zur Vorbereitung der Auswertung wurden alle Interviews vollständig transkribiert. Hierbei wurden Transkriptionsstandards in Anlehnung an Froschauer und Lueger (2003) eingesetzt, so kennzeichnen beispielsweise eckige Klammern Aussparungen und runde Klammern Pausen, wobei jeder Punkt innerhalb der Klammer eine Sekunde Pause bedeutet.

Der Bericht enthält zur Veranschaulichung eine Vielzahl von Zitaten, die sowohl personen- als auch regionenbezogen anonymisiert wiedergegeben werden. Bei den Behandlerinnen und Behandlern werden der berufliche Hintergrund und die Art der Einrichtung, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jobcenter die Funktion im Jobcenter benannt, da dieses zum inhaltlichen Verständnis oftmals beiträgt.

Die Analyse des Interviewmaterials erfolgte computergestützt mit der qualitativen Auswertungssoftware MAXQDA. Hierfür wurde zunächst ein Codesystem aufbauend auf den zentralen Themen der Leitfäden entwickelt. Die erstellten Codes wurden fortwährend diskutiert und angepasst bzw. erweitert. Das gesamte Interviewmaterial aus den acht Fallstudien wurde anschließend in MAXQDA überführt und codiert, indem Textstellen den entsprechenden Codes zu sortiert wurden.

Auswertung des empirischen Materials

Eine zentrale Herausforderung qualitativer Forschung liegt darin, zu klären, was strukturelle und was zufällige Aspekte eines betrachteten Falles sind. Die Analyse muss ausschließen, dass theoretische Aussagen anhand weniger, unsystematisch gesammelter Textstellen als belegt betrachtet werden. Dafür müssen theoretisches Vorwissen und empirisches Beobachtungswissen kreativ und methodisch kontrolliert mit einander verknüpft werden (vgl. Kelle/Kluge 2010: 57).

Die Wahl der Auswertungsmethode ist also von essentieller Bedeutung. In der Fachdiskussion haben sich verschiedene Verfahren etabliert, die häufig als eigenständige, singuläre Methoden verstanden und angewendet werden. Angemessener erschien uns aber eine Haltung methodischer Offenheit, bei der je nach Anforderungen des Textes bzw. der inhaltlichen Thematik verschiedene Analyseansätze verfolgt werden können (Kruse 2014: 473). In diesem Sinne haben wir ein Vorgehen gewählt, dass sich auf mehrere Ansätze stützt. Im Zentrum stehen dabei der Ansatz der dokumentarischen Methode (ursprünglich Bohnsack 1983, zuletzt 2014 sowie zur Verwendung im Kontext qualitativer Interviews Nohl 2009) sowie inhaltliche „Querauswertungen“ unter Verwendung der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 1985, 2003). Hierbei wurden die Aussagen der Interviewten zunächst paraphrasiert, anschließend in eine „Generalisierung“ überführt, um schließlich inhaltliche „Reduktionen“ festzuhalten, die mehrere Textabschnitte zusammenfassen (vgl. Mayring 2003).

Insbesondere die Themenkomplexe „Bedeutung des persönlichen Ansprechpartners“ aus Sicht der Klientinnen und Klienten (vgl. Abschnitt 5.7.3) sowie der Prozess des Erkennens psychischer Erkrankungen seitens der Fachkräfte im Jobcenter (vgl. Abschnitt 5.2) wurden in Anlehnung an die dokumentarische Methode ausgewertet. Bei diesen Themen ergaben sich in vielen Interviews Passagen mit erzählerischer oder interaktiver Dichte und Detailliertheit, die sich besonders für die Auswertungsmethode der dokumentarischen Methode eignen.

Da die dokumentarische Methode, im Gegensatz zur qualitativen Inhaltsanalyse, relativ selten angewandt wird, soll sie im Folgenden etwas detaillierter beschrieben werden. Die Auswertungen mit der dokumentarischen Methode zielen darauf ab, die soziale Welt aus der Perspektive der Handelnden zu sehen. Dabei ist die Analyse des handlungspraktischen Erfahrungswissens zentraler Gegenstand der Rekonstruktionen. Um diese Ziele zu erreichen, verfährt die dokumentarische Methode nach spezifischen Interpretationsschritten.

Erster Auswertungsschritt: Formulierende Interpretation

Der erste Schritt der Analyse zielt darauf ab, die „thematischen Verläufe“, d.h. die zeitliche Abfolge der Themen innerhalb eines Falles herauszuarbeiten. Diese Analyse beschränkt sich auf den „immanenten“ oder „objektiven“ Sinn des Textes. D.h., dass in diesem Schritt noch keine Sinnrekonstruktion stattfindet. Vielmehr wird eine Inventarisierung des Textes vorgenommen, indem das Gesagte thematischen Ober- und Unterkategorien zugeordnet wird. Diese thematische Strukturierung dient als Vorarbeit, um darauf folgend Textpassagen auszuwählen, die sinnrekonstruktiv fallbezogen und -vergleichend analysiert werden.

Zweiter Auswertungsschritt: Reflektierende Interpretation

Die reflektierende Interpretation der dokumentarischen Methode umfasst zwei Schritte: Erstens erfolgt eine formale Interpretation des Textes mit dem Ziel, vier Textsorten zu unterscheiden (vgl. Nohl 2009: 48ff.):

- *Erzählung*: Darstellung von Handlungs- oder Geschehensabläufe mit Anfang, Ende und zeitlichem Verlauf
- *Beschreibung*: Darstellung immer wieder kehrender Handlungsabläufe oder Sachverhalte
- *Argumentation*: theoretische Zusammenfassungen zu den Motiven, Gründen und Bedingungen für eigenes oder fremdes Handeln
- *Bewertung*: evaluative Stellungnahmen zu eigenem oder fremdem Handeln

Grundsätzlich lassen sich alle vier Textsorten einer sinnrekonstruktiven Analyse unterziehen. Die dokumentarische Methode geht aber davon aus, dass Erzählung und Beschreibung dafür besser geeignet sind, weil sie näher an den Erfahrungen der Erzählenden liegen (vgl. ebd.). Argumentation und Bewertung sind demgegenüber stärker von der Kommunikations- und Gesprächssituation geprägt, in denen die Interviewten Stellung beziehen, und spiegeln deren Erfahrungen daher weniger unmittelbar wider.

Der Schwerpunkt der Auswertung lag daher auf Kernstellen mit erzählendem oder beschreibendem Charakter. Argumentative und bewertende Textpassagen wurden ergänzend dort in die sinnrekonstruktive Analyse einbezogen, wo die diesbezüglichen Orientierungsrahmen – also die Frage, wie die Interviewten Handeln rechtfertigen oder bewerten – für die forschungsleitenden Fragestellungen von Interesse waren.

Der zweite Schritt der reflektierenden Interpretation ist die semantische Interpretation mit dem zentralen Element der komparativen Sequenzanalyse. Die dokumentarische Methode geht dabei davon aus, dass eine Erzählung keinen zufälligen Verlauf hat, sondern dieser durch den Orientierungsrahmen des Erzählenden bestimmt ist. Auf einen ersten Erzählabschnitt folgt ein bestimmter zweiter Erzählabschnitt, dem wiederum ein bestimmter dritter folgt.

Ziel der Analyse war es daher, diese implizite Regelmäßigkeit herauszuarbeiten. Das Mittel hierzu bildete die komparative Sequenzanalyse: ausgehend vom gemeinsamen Thema der ersten Äußerung in der Erzählung wurde verglichen, wie die Erzählung in verschiedenen Fällen verläuft. Durch die Kontrastierung mehrerer Fälle wurden die spezifischen Verlaufsregeln deutlich. Die gemeinsamen Themen, die den Ausgangspunkt der Erzählsequenzen bildeten und die im Rahmen der Sequenzanalyse untersucht werden sollten, ergaben sich aus den vorherigen Analyseschritten: betrachtet wurden die zuvor identifizierten „Kernstellen“.

Dritter Schritt: Typenbildung und Verallgemeinerung

Die Analyse führte dazu, dass die impliziten Regelmäßigkeiten zunächst für jeden Einzelfall bestimmt wurden. Da diese Bestimmung auf einem Fallvergleich beruhte, wurden bei der semantischen Interpretation immer auch schon Unterschiede, Ähnlichkeiten und Gemeinsamkeiten deutlich. Trotzdem ergaben sich daraus noch kein systematischer Vergleich und eine Verortung aller Fälle. Hierfür war es vielmehr notwendig, ein einheitliches Set von Kernkategorien zu entwickeln, das die zentralen Regeln, die in den Erzählsequenzen identifiziert werden konnten, abdeckte. Für jede Kernkategorie war ein Set an Subkategorien zu definieren. Diese mussten einerseits so abstrakt sein, dass sich mehrere Fälle einer Subkategorie zuordnen ließen, andererseits aber auch so konkret sein, dass nicht zu viele Fälle unter eine Kategorie subsummiert wurden und Vergleiche zwischen den Fällen nicht mehr möglich waren. Die Subkategorien waren dann die Grundlage für die Bildung von Typen (vgl. Kelle/Kluge 2010: 78). Typen beschreiben Gruppen von Fällen, die sich nach innen bezüglich ihrer Merkmale minimal unterscheiden, im Vergleich zu anderen Gruppen (Typen) hingegen maximale Unterschiede aufweisen.

Typenbildung spielt auch in der dokumentarischen Methode eine wichtige Rolle. Diese sieht zunächst eine sinngenetische Typenbildung vor, im Rahmen derer die herausgearbeiteten Orientierungsrahmen aller Fälle verglichen und gleiche Orientierungsrahmen zu einem Typ zusammengefasst werden. Anschließend wird im Rahmen der soziogenetischen Typbildung untersucht, „in welchen sozialen Zusammenhängen und Konstellationen die typisierten Orientierungsrahmen stehen“ (Nohl 2009: 58). Im Kern geht es dabei darum, das Thema eines Orientierungsrahmens (bzw. einer Kernstelle) mit weiteren Themen und Orientierungsrahmen in Verbindung zu setzen (ebd.).

Für die systematische Gegenüberstellung der Fälle finden sich in der Forschungsliteratur unterschiedliche Vorgehensweisen. Um einen systematischen Überblick zu erhalten, erschien es uns sinnvoll, zunächst für jeden Fall ein Fallexzerpt zu erstellen, das die wesentlichen Merkmale des Falles in Bezug auf die Kernkategorien zusammenfasste (vgl. zu diesem Vorgehen Kruse 2014: 633). Die Fallexzerpte wurden dann genutzt, um die einzelnen Fälle einander, beispielsweise in Form einer Kreuztabellierung, gegenüberzustellen. Fälle, die gleiche oder ähnliche Merkmalskombinationen aufwiesen, wurden dann genauer verglichen, um die interne Homogenität der Fallgruppe zu überprüfen (vgl. Kelle/Kluge 2010: 91f.).

2 Ausgangslage und Rahmenbedingungen der Studie

Um die Ergebnisse der Fallstudien besser einordnen zu können, sollen in einem ersten Schritt die Ausgangslage und die relevanten Rahmenbedingungen der Studie vorgestellt und diskutiert werden. Hierfür wird zunächst ein Überblick über verschiedene Krankheitsbilder gegeben, die Situation von psychisch kranken Menschen am Arbeitsmarkt sowie empirische Ergebnisse zu den Zusammenhängen zwischen Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit und Gesundheit vorgestellt. Daran anschließend werden die Rahmenbedingungen und Leistungsprozesse im SGB II, die für die vorliegende Studie von Relevanz sind, dargelegt.

2.1 Überblick über die Spezifika psychischer Erkrankungen

Nach aktuellen Forschungsergebnissen erkrankt in Deutschland knapp ein Drittel der Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren im Verlauf eines Jahres an einer psychischen Störung. Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Angststörungen stellen dabei die größte Störungsgruppe dar, gefolgt von unipolaren Depressionen und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum. Mehr als ein Drittel der Betroffenen weisen zudem Mehrfachdiagnosen auf; die häufigsten Diagnosekombinationen sind „Angst- und affektive Störung“, „mehrere Angststörungen“ und „Angst- und affektive und somatoforme Störung“ (Jacobi u.a. 2014). Man muss bei diesen Zahlen berücksichtigen, dass alle psychischen Erkrankungen unabhängig vom Schweregrad darunter fallen. Neben Erkrankungen mit einer leichten Ausprägung, z.B. einer leichten depressiven Episode wurden hierbei auch schwerere Erkrankungsformen wie beispielsweise Schizophrenien oder rezidivierende depressive Störungen erfasst. Es wird vermutet, dass etwa ein bis zwei Prozent der Erwachsenenbevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren schwer und chronisch psychisch krank sind (Gühne u.a. 2015).

Im Fokus der Studie stehen Menschen mit schizophrenen, schizotypen und wahnhaften Störungen, (F20-F29), affektiven Störungen (F30-F39), neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) sowie mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69). Die Begründung für die Auswahl dieser Störungsgruppen liegt einmal in der Auftretenshäufigkeit, die insbesondere für affektive Störungen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und auch für Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen hoch ist. Zum anderen liegt die Auswahl in einem deutlich

erhöhten Risiko für Erwerbsunfähigkeit der Betroffenen begründet. Die folgenden Kurzbeschreibungen dieser Störungen orientieren sich an der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, WHO 2013).

Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen

Die Jahresprävalenz für schizophrene Erkrankungen liegt im europäischen Raum in der Gruppe der 18- bis 65-Jährigen bei 0,8 bis 0,9 Prozent und ist damit im Vergleich zu anderen Störungen vergleichsweise gering (Wittchen/Jacobi 2005). Gleichwohl kommt den schizophrenen Erkrankungen für das Versorgungssystem und die Gesellschaft eine große Bedeutung zu. Der durchschnittliche Krankheitsbeginn liegt bei Männern im 21. Lebensjahr, bei Frauen setzt eine Schizophrenie in der Regel fünf Jahre später ein. Die schizophrenen Störungen sind im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen in verschiedenen Bereichen der menschlichen Psyche gekennzeichnet. In der Symptomatik der Schizophrenie wird demnach zwischen positiven und negativen Symptomen sowie den kognitiven Krankheitszeichen unterschieden.¹⁴

Die Positiv- oder auch „Plus“- Symptomatik fasst verschiedene Symptome zusammen, die sich durch Ausdrucks-, Erlebnis- und Verhaltensweisen auszeichnen, die bei gesunden Menschen nicht vorkommen. Hierzu zählen Wahn (Fehlwahrnehmung/-beurteilung der Wirklichkeit, an der, unabhängig von persönlichen Erfahrungen, festgehalten wird und deren Inhalte für Außenstehende schwer nachvollziehbar sind), Halluzinationen (Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen), Ich-Grenz-Störungen (z.B. Derealisation, bei der die Umwelt unwirklich und fremd erscheint, Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug) sowie formale Denkstörungen (Störung des Denkablaufs z.B. Denkhemmung, Denkverlangsamung, Zerfahrenheit). Denkstörungen führen beispielsweise dazu, dass ein flüssiges und geordnetes Gespräch mit den Betroffenen kaum mehr möglich ist. Die häufigsten Wahninhalte sind Verfolgungs- und Beziehungswahn, letzteres bedeutet, dass die Betroffenen alltägliche Dinge in einen abnormen Bezug zu sich selbst setzen. Grundsätzlich kann ein schizophrener Wahn jedes Thema aufnehmen. Zu den häufigsten Sinnestäuschungen im Rahmen einer Schizophrenie zählen akustische Halluzinationen in Form von Stimmenhören; dabei können die eigenen Gedanken „laut werden“, dialogische oder kommentierende Stimmen wahrgenommen oder Stimmen gehört werden, die den Betroffenen Anweisungen oder Befehle geben. Halluzinatorische Erlebnisse können auch andere Sinnesbereiche betreffen und sich beispielsweise in Körperhalluzinationen (Bewegungs- oder Schmerzhalluzinationen) äußern.

Die Negativsymptomatik (oder Minussymptomatik) fasst verschiedene Symptome zusammen, die durch Herabsetzung, Minderung und Verarmung gewisser Ausdrucks-,

¹⁴ Charité Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Im Internet: <http://psychiatrie.charite.de/klinik/module/schizophrenie> (Abruf: 27.05.2015)

Erlebnis- und Verhaltensweisen gekennzeichnet sind. Hierzu zählen z.B. Freudlosigkeit, Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Störungen der Affektivität sowie Sprachverarmung und sozialer Rückzug. Häufige kognitive Krankheitszeichen sind in den Bereichen von Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis anzutreffen; sie zählen zu den Hauptursachen für die mitunter schlechte Prognose der Betroffenen bzgl. ihres beruflichen Werdegangs.

Der Verlauf der schizophrenen Störungen kann individuell sehr verschieden sein. Charakteristisch sind immer wieder auftretende Episoden mit Positiv- und/oder Negativsymptomatik, die unterschiedlich stark auftreten können und zu einem unterschiedlichen Gesundungsniveau führen. Im Allgemeinen gehört die Schizophrenie zu den wiederkehrenden Erkrankungen, Erkrankungsverläufe mit einer einzigen abgrenzbaren Krankheitsperiode sind eher selten. Oft werden Episoden durch Frühsymptome, beispielsweise durch eine gewisse Wahnstimmung (Gefühl des Erkrankten, dass „etwas in der Luft liegt“), Angst oder Schlaflosigkeit angekündigt. Bereits Jahre vor erstmaligem Auftreten einer akuten Symptomatik können unspezifische Krankheitsanzeichen wie Verhaltensänderungen, Konzentrationsstörungen und Leistungsabfall, sozialer Rückzug, emotionale Labilität, Misstrauen, Schlafstörungen, Ängste und depressive Verstimmungen verzeichnet werden (Möller u.a. 2011).

Neben der Schizophrenie gibt es eine Reihe weiterer Störungen, die in abgewandelter Form der Symptomatik einer Schizophrenie ähneln. Zu ihnen gehört die Schizotypie Störung, die durch einen chronischen Verlauf mit unterschiedlicher Intensität der Symptomatik gekennzeichnet ist. Des Weiteren lässt sich kein klarer Krankheitsbeginn feststellen, sodass sie im Allgemeinen der Entwicklung und dem Verlauf einer Persönlichkeitsstörung entspricht (s.u.). Die Symptome ähneln denen der Schizophrenie, jedoch in abgeflachter Form. So bestehen beispielsweise bizarre Ideen, die jedoch nicht das Ausmaß von Wahnvorstellungen erreichen. Anders bei den wahnhaften Störungen, die ebenfalls in die Gruppe schizophrener Erkrankungen fallen. Diese sind charakterisiert durch die Entwicklung eines einzelnen Wahns oder mehrerer aufeinander bezogener Wahninhalte (z.B. Eifersuchtwahn, Verarmungswahn, Verfolgungswahn), die im Allgemeinen lange und auch trotz Behandlung manchmal lebenslang andauern. Wahninhalte können hierbei sehr unterschiedlich sein, sind jedoch im Gegensatz zum Wahn im Rahmen schizophrener Erkrankungen nicht bizarr, sondern theoretisch möglich.

Insgesamt bedeutet die Erkrankung an einer Schizophrenie oder abgewandelter Störungsformen eine erhebliche Beeinträchtigung der Betroffenen und schränkt die Betroffenen stark in ihrer Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und in ihrem sozialen Leben ein. Die sich wiederholenden Episoden führen immer wieder dazu, dass die Betroffenen aus ihrem Lebensalltag herausgerissen werden; eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben wird damit deutlich erschwert. Lange Fehlzeiten im beruflichen Kontext und Arbeitsunfähigkeit sind eine Folge.

Fallbeispiel

Patientin, weiblich, 24 Jahre alt – Diagnose: Schizophrenie

Als die akustischen Halluzinationen vor etwa einem Jahr zum ersten Mal einsetzen, war Frau G. so irritiert, dass sie sich an ihrem PC-Arbeitsplatz umsah, ob sie jemand angesprochen hatte. Sie hatte sogar das Fenster geöffnet und rausgeschaut. Ihre drei Kolleginnen, die wie sie als Sekretärin in dieser großen Anwaltskanzlei arbeiteten, schauten sie fragend an. Alle waren zuvor in ihre Arbeit vertieft gewesen, niemand hatte etwas zu ihr gesagt. Trotzdem hatte sie es doch genau gehört: „Du hast diesen Job überhaupt nicht verdient!“ Vielleicht war es doch auf der Straße gewesen? Aber es hatte so deutlich und nah geklungen und außerdem hatte sie gewusst, dass sie gemeint war.

Es blieb nicht bei diesem einen Zwischenfall, sondern die Stimme sprach immer öfters zu ihr. Sie hatte Angst, verrückt zu werden. Zweifellos war die Stimme in ihrem Kopf. Sie redete ihr ein, nichts wert zu sein und dass sie die guten Dinge in ihrem Leben überhaupt nicht verdient hatte. Wenn sie die Stimme hörte war sie sehr von ihrer Arbeit abgelenkt, machte Fehler, vergaß Termine einzutragen und konnte sich nicht mehr richtig konzentrieren. Jedes Mal drohte sie in Panik auszubrechen, am liebsten wäre sie weggelaufen. Den Gesprächen mit den Kollegen in den Pausen konnte sie nicht mehr richtig folgen und zog sich oft zurück.

Vor kurzem hatte sie gewagt der Stimme zu antworten, es kam zu einer heftigen Diskussion. Sie fuhr alleine im Auto und war froh, dass sie keiner beobachten konnte. Sie versuchte oft durch Konzentration auf einen anderen Gedanken, die Stimme zu verdrängen, aber das gelang ihr nur selten. Ihr Partner brachte ihr kein Verständnis entgegen und mit der Zeit fühlte sich Frau G. immer schlechter, war unruhig, bekam Schweißausbrüche und ließ sich letzten Endes krankschreiben.

frei nach Vieten (2007)

Affektive Störungen

An einer affektiven Störung leiden innerhalb eines Jahres zwölf Prozent der Menschen in Deutschland zwischen 18 und 65 Jahren (Wittchen u.a. 2010). Damit zählen die affektiven Störungen zu den häufigsten Störungen innerhalb der Gruppe psychischer Erkrankungen. Die Störung ist durch eine Veränderung der Stimmung oder Affektivität charakterisiert, die sich entweder in Richtung Depression oder Manie bewegt. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet.

Die reine Depression bzw. depressive Episode (leicht, mittelgradig, schwer) macht ca. 65 Prozent der affektiven Störungen aus. Bei der leichten depressiven Episode ist der Patient im Allgemeinen beeinträchtigt, aber dennoch in der Lage, die meisten seiner Aktivitäten zu bewältigen. Bei der mittelgradigen Episode treten bereits größere Schwierigkeiten auf, Alltagsaktivitäten fortzusetzen. In Abhängigkeit von der Schwere

der Erkrankung dominiert eine anhaltende, tiefe Traurigkeit, die von leichter gedrückter Stimmung bis zum schwermütigen, scheinbar ausweglosen, versteinerten Nichts-mehr-fühlen-können reicht. Die Depression zeichnet sich weiterhin durch Antriebslosigkeit und verminderte Aktivität aus. Die Betroffenen können sich zu nichts aufraffen, fühlen sich erschöpft und energielos. Ferner können Interessensverlust, Freudlosigkeit, Konzentrationsstörungen, gesteigerte motorische Aktivität und Unruhe oder eine psychomotorische Hemmung sowie körperliche Symptome wie Schlafstörungen, Appetit-, Gewicht- und Libidoverlust auftreten. Das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen depressiver Personen ist fast immer beeinträchtigt, was sich durch Schuldgefühle und das Gefühl der Wertlosigkeit der Betroffenen auszeichnet. In diesem Zusammenhang haben 40 bis 80 Prozent der Patienten während einer depressiven Episode Suizidgedanken.

Es lassen sich hinsichtlich des Krankheitsbildes verschiedene Unterformen der Depression beschreiben. Während bei der gehemmten Depression Psychomotorik und Aktivitäten gehemmt sind, prägen bei der agitiert-ängstlichen Depression ängstliche Getriebenheit, Bewegungsunruhe, unproduktiv-hektisches Verhalten und Jammern das Bild. Bei der „larvierten“ bzw. maskierten Depression stehen körperliche Krankheitszeichen im Vordergrund. Dabei finden sich z.B. Kopfschmerzen, Schwindel, Rückenschmerzen, Atembeschwerden, Herzbeschwerden oder Magen-Darm-Beschwerden, welche häufig in Zusammenhang mit Symptomen von Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust und Schlafstörungen auftreten. Die psychotische Depression ist durch paranoide Symptome (z.B. in Form eines Schuldwahns oder Verarmungswahns) und häufig fehlende Krankheitseinsicht gekennzeichnet (Laux 2011).

Depressionen nehmen oft einen wiederkehrenden, episodischen Verlauf mit Rückfällen, d.h. einem Wiederauftreten nach längerer Zeit der Beschwerdefreiheit. Gleichwohl besteht eine große interindividuelle Variabilität (Laux 2011). Neben den episodisch verlaufenden Störungen gibt es auch anhaltende affektive Störungen.

Im Gegensatz zur Depression steht die Manie. Die reine Manie macht in der Gruppe der affektiven Störungen ca. fünf Prozent aus. Manische Phasen, die wochenlang andauern können, sind gekennzeichnet durch eine gehobene, übermütig-euphorische Stimmung und ein positives Wohlbefinden, gesteigerten Antrieb und Aktivität sowie ein Gefühl von körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit. Betroffene verfügen meist über ein vermindertes Schlafbedürfnis, gesteigerte Geselligkeit und Libido. Rededrang und Einfallsreichtum können sich bis zur Ideenflucht steigern. Es kommt zum Verlust sozialer Hemmungen und zur Selbstüberschätzung und einem damit einhergehenden Leichtsinns. Fatale Folgen kann beispielsweise die vermehrte und leichtsinnige Ausgabe monetärer Mittel haben. Distanzlosigkeit und Enthemmung können zu beruflichen und familiären Konflikten mit großer Tragweite führen. Die Selbstüberschätzung kann bis zum Größenwahn führen. Ebenso kann es in manischen Episoden zu Gewalttaten und antisozialen Verhalten kommen.

Häufiger treten manische Episoden im Rahmen der bipolaren affektiven Störungen auf, die ca. 30 Prozent dieser Störungsgruppe ausmachen und durch einen Wechsel von depressiven und manischen Phasen gekennzeichnet sind. Sie zählen zu den wiederkehrenden, in der Regel episodisch verlaufenden Erkrankungen mit einem lebenslangen Rückfallrisiko. In der Mehrzahl der Fälle beginnt die bipolare Störung in der Adoleszenz.

Insgesamt bedeutet die Erkrankung an einer affektiven Störung eine große Beeinträchtigung der Betroffenen und ihrer psychosozialen Teilhabe. Besonders der wiederkehrende Krankheitsverlauf führt immer wieder zu langen Fehlzeiten bis hin zur Arbeitsunfähigkeit.

Fallbeispiel

Patient, männlich, 42 Jahre alt – Diagnose: mittelgradige depressive Episode

Der Patient klagt seit über drei Jahren in wechselndem Ausmaß über folgende Symptome: Konzentrationsschwächen, Sprachstörungen, Gedächtnisprobleme, Kopfschmerzen, Durchschlafstörungen, Schmerzen im Brustbereich, häufiges Sodbrennen, heftiges Schwitzen, Atemnot, Erschöpfung, Globusgefühl im Hals (Gefühl ein Fremdkörper befinde sich im Rachen oder Halsbereich unabhängig von der Nahrungsaufnahme) und gelegentliche Neigung zum Weinen verbunden mit Selbstvorwürfen und negativen Zukunftserwartungen, insbesondere im beruflichen und in der Folge im finanziellen Bereich. Anlässe, die ihm früher Genuss bereitet haben, wie gutes Essen, Kochen, ein Glas Rotwein trinken oder mit den Kindern zusammen sein, lassen ihn jetzt kalt oder ohne Befriedigung.

Wiederholte gründliche medizinische Untersuchungen ergaben außer einem leichten Übergewicht sowie einem erhöhtem Cholesterinspiegel im Blut keine organischen Auffälligkeiten.

Aktuell (seit ca. 6 Wochen) verstärkt sich die Symptomatik. Er kommt morgens „schwer in die Gänge“, war deshalb kurzfristig bereits zweimal krankgeschrieben. Anlass für diese Verschlechterung waren Veränderungen in der Firma. Dort wurde in einer Besprechung angekündigt, dass durch Zusammenlegungen im Konzern die jetzt bestehende Abteilung für Datenverarbeitung personell überbesetzt sei und in einem Zeitraum von 3 Jahren die Belegschaft halbiert werde.

frei nach Hautzinger (Reinecker 1999)

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Die Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen beinhaltet eine Reihe verschiedener Störungsbilder. Zu den häufigsten Störungen dieser Gruppe zählen Angststörungen, Zwangsstörungen sowie somatoforme Störungen.

Die Angststörungen sind mit einer 12-Monats-Prävalenz von 16,2 Prozent die häufigste psychische Störung innerhalb der Bevölkerungsgruppe der 18- bis 79-Jährigen

in Deutschland (Wittchen/Jacobi 2012). Dabei ist die Prävalenz in der Altersgruppe der 18- bis 34-Jährigen mit 18,0 Prozent am höchsten, gefolgt von 16,2 Prozent in einem Alter von 35 bis 49 Jahren und von 15,3 Prozent in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen (Jacobi u.a. 2014). Sie beschreibt eine Gruppe von Störungen, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, objektiv ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Die Befürchtungen des Patienten können sich auf Einzelsymptome wie Herzklopfen oder Schwächegefühl beziehen, häufig gemeinsam mit sekundären Ängsten vor dem Sterben, Kontrollverlust oder dem Gefühl, wahnsinnig zu werden. Es lassen sich verschiedene Formen der Angststörungen unterscheiden. So tritt die Panikstörung i.d.R. unerwartet, plötzlich und in ihrer Intensität ansteigend auf. Bei der generalisierten Angststörung leidet der Patient unter einem anhaltenden erhöhten Angstniveau mit zentralen unrealistischen Besorgnissen oder übertriebenen Katastrophenerwartungen. Der sozialen Phobie ist eine unangemessene, häufig dauerhafte Furcht und Vermeidung von sozialen Situationen, in denen die Betroffenen einer gewissen Bewertung der eigenen Person ausgesetzt sind, eigen. Soziale Ängste können dabei eng umschrieben (z.B. Angst vor öffentlichem Sprechen) sein oder aber eine Vielzahl von sozialen Situationen beherrschen. In seiner ursprünglichen Form meint die Agoraphobie eine Angst vor öffentlichen Plätzen; sie wird jedoch oft breiter gebraucht, indem sie sich auf die Angst vor „sozialen“ Orten und Menschenansammlungen im Allgemeinen bezieht. Eine spezifische Phobie kann sich auf ganz unterschiedliche Situationen oder Objekte beziehen. Häufige spezifische Phobien betreffen Tiere, enge Räume, Höhen, Flugzeuge, gefährliche Gegenstände, Blut oder gewisse Erkrankungen.

Etwa 80 bis 90 Prozent der Angsterkrankungen haben ihren Beginn vor dem 35. Lebensjahr. Der Verlauf einer Angststörung ist oft chronisch, zudem ist das Auftreten zusätzlicher psychischer Störungen (z.B. affektive Störungen) sehr wahrscheinlich. Dennoch lassen sich Angststörungen in der Regel gut behandeln (Kapfhammer 2011a).

Insgesamt gehen Angststörungen unmittelbar mit psychosozialen Beeinträchtigungen einher und hindern die Betroffenen an der Bewältigung des alltäglichen Lebens, da die Betroffenen aufgrund ihrer Angst nicht in der Lage sind, bestimmte Situationen zu bewältigen. So zählen die Angststörungen zu den häufigsten Ursachen bei Fehlzeiten am Arbeitsplatz (vgl.; Badura u.a. 2004).

Fallbeispiel

Patientin, weiblich – Diagnose: soziale Phobie

Frau E. schildert, dass die Situation in ihrem Betrieb mittlerweile unerträglich geworden sei – allerdings bleibe ihr keine Alternative, da sie Geld verdienen müsse und ein Stellenwechsel keine grundsätzliche Änderung brächte. Auch die Situation ihrer Partnerschaft werde immer belastender, ohne dass sie einen Ausweg wüsste. Besonders unangenehm sei ihr starkes Erröten in einer Vielzahl von Situationen (Telefonieren, in der Kantine, wenn sie angesprochen wird, bei Anweisungen...). Sie berichtet von Zittern, Schweißausbrüchen..., es fielen ihr die einfachsten Dinge nicht mehr ein. Erwartungsängste vor sozialen Situationen beeinträchtigten sie bis in den Schlaf hinein, sie grüble und mache sich selbst heftigste Vorwürfe. Frau E. beschreibt sich selbst als völlig unfähig, als „dummes Huhn“ und weiß nicht, wie sie mit all den verschiedenen Anforderungen fertig werden soll. Soweit möglich versucht sie soziale Situationen, z.B. Einladungen, Geburtstagsfeste, Betriebsfeiern, Kontakte außerhalb des Berufes usw. gänzlich zu vermeiden. Wenn eine Vermeidung nicht möglich ist, sei sie schon häufig mit einer banalen Ausrede aus der Situation geflüchtet, z.B. wenn sie auf einer Betriebsfeier angesprochen wurde, stark errötete usw.

Frei nach Reinecker (1999)

Die Zwangsstörungen weisen in der Gruppe der 18- bis 79-Jährigen in Deutschland eine 12-Monatsprävalenz von 3,8 Prozent auf (Wittchen/Jacobi 2012). Hier kann ein deutlich abfallender Trend der Auftretenswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit vom Alter beobachtet werden (Jacobi u.a. 2014). Zwangsstörungen sind gekennzeichnet durch wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Als Zwangsgedanken werden Ideen, Vorstellungen oder Impulse bezeichnet, die die Betroffenen immer wieder stereotyp beschäftigen und gegen die Widerstand meist erfolglos bleibt. Dennoch werden sie als zur eigenen Person gehörig erlebt, selbst wenn sie als unwillkürlich und häufig abstoßend empfunden werden. Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden, auch wenn sie weder als angenehm noch als besonders nützlich empfunden werden. Die Betroffenen erleben sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches Ereignis, das ihnen Schaden bringen oder bei dem sie selbst Unheil anrichten könnten. Angst geht meist mit Zwangsstörungen einher und wird besonders dann verstärkt, wenn Zwangshandlungen unterdrückt werden.

Der Beginn einer Zwangsstörung liegt typischerweise in der Adoleszenz oder im jungen Erwachsenenalter. Es kann jedoch Jahre dauern, bis eine Zwangserkrankung diagnostiziert und behandelt wird. Zudem ist ihr Verlauf oft chronisch und das Risiko einer zusätzlichen psychischen Störung hoch. So finden sich vor allem begleitend depressive- sowie Angststörungen. Neuere Verlaufsstudien weisen allerdings auch

auf einen beträchtlichen Teil von Patientinnen und Patienten hin, die zumindest bedeutsame Teilremissionen¹⁶ erlangten (Kapfhammer 2011b). Insgesamt können Zwangsstörungen die Betroffenen stark in ihrer Leistungsfähigkeit einschränken und effektives Alltagshandeln erschweren. So können Zwangsstörungen auch am Arbeitsplatz zu erheblichen Problemen führen, insbesondere wenn die Zwangsstörung mit weiteren Ängsten einhergeht.

Fallbeispiel

Patientin, weiblich, 26 Jahre alt – Diagnose: Zwangsstörung (Wasch- und Kontrollzwang)

Frau A. stellt sich in der psychiatrischen Ambulanz vor. Sie ist zurückhaltend und es ist ihr unangenehm, über ihre Beschwerden zu berichten. Im Gespräch meidet sie direkten Blickkontakt und berichtet mit leiser Stimme, dass sie seit gut einem halben Jahr kaum noch schlafe und ihre Wohnung nur unter erheblicher Anstrengung verlasse, um zur Arbeit zu gehen. Sie sei immer in Sorge, sich zu infizieren. Mit ihrem täglichen Arbeitspensum komme sie auch unter erheblichem zeitlichem Mehraufwand nicht mehr zurecht. Vorbereitende Tätigkeiten beschäftigen sie zeitlich so intensiv, dass sie zu den eigentlichen Arbeiten gar nicht mehr komme. In den letzten Tagen habe sich die Situation noch zugespitzt. Sie könne die Wohnung nun gar nicht mehr verlassen, fühle sich müde und abgespannt. Die Probleme hätten schon vor ca. 6 Jahren während ihres Jurastudiums begonnen. Ständig habe sie sich kontrollieren müssen. So sei sie wiederholt nachts aufgestanden, um zu überprüfen, ob sie ihre Mitschriften korrekt abgeheftet habe. Zusätzlich zu den Kontrollzwängen habe sie nun seit ca. einem Jahr ständig das Bedürfnis, sich die Hände intensiv mit starken Reinigungsmitteln zu säubern. Sobald sie ihre Wohnung betrete, müsse sie sich intensiv duschen. Täglich verbringe Frau A. mehrere Stunden mit der Reinigung ihrer Wohnung. Ihr selbst erscheinen diese Handlungen übertrieben und unsinnig, zumal sie kaum Kontakt zu anderen Menschen habe und darunter sehr leide. Auch enge Freunde wendeten sich zunehmend von ihr ab. Außerdem habe sie wegen der Arbeitsbelastung kaum noch Freizeit.

Inzwischen sei Frau A. wegen entzündlicher Hautveränderungen in dermatologischer Behandlung und seit drei Wochen sei sie krankgeschrieben. In der Zwischenzeit sei ihr fernmündlich durch einen Vorgesetzten eine Abmahnung angekündigt worden, da sie seit Wochen wichtige dienstliche Aufträge nicht abschließend erledigt habe.

frei nach Trompeter (2010)

¹⁶ Teilremission meint hier die Reduktion psychopathologischer Symptome, ohne eine vollständige Heilung zu erreichen.

Somatoforme Störungen schließen eine Vielfalt heterogener Störungen ein und weisen in der Gruppe der 18- bis 64- Jährigen in Deutschland eine 12-Monatsprävalenz von 3,6 bis 4,2 Prozent auf (Jacobi u.a. 2014). Sie umfassen körperliche Beschwerden, insbesondere Schmerzen und vegetative Symptome (z.B. Schwindel, Schlafstörungen, Durchfall, vermehrtes Schwitzen, erhöhter Pulsschlag), die jedoch organisch nicht ausreichend begründbar sind. So können körperliche Ursachen die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung der Betroffenen nicht erklären. Charakteristisch ist hierbei, dass die Betroffenen wiederholt medizinische Untersuchungen fordern, trotz mehrfacher negativer Befunde und der Versicherung durch Ärztinnen und Ärzte, dass kein Befund vorliegt.

Im Verlauf einer somatoformen Störung findet häufig eine Wandlung der beschriebenen Symptome statt, so dass diese ganz unterschiedliche Organsysteme betreffen können. Charakteristisch ist hierbei eine inkonsistente Schilderung der Symptome. Die meisten Symptome somatoformer Störungen gehen von selbst zurück. Bei ca. zehn Prozent der Betroffenen kommt es jedoch zu einem chronischen Verlauf, der eine starke Beeinträchtigung der Betroffenen im täglichen Leben mit sich bringt. Zudem können bei einem chronischen Verlauf die Beschwerden zu einer starken Inanspruchnahme vielfältiger medizinischer Ressourcen und zu sozialen, interpersonellen und familiären Konflikten führen.

Insgesamt führt die körperliche Beeinträchtigung durch eine somatoforme Störung zu einer erheblichen Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit und generellen Leistungsfähigkeit. Besonders in Berufen, wo hoher Körpereinsatz gefragt ist, sind die Betroffenen arbeitsunfähig. Generell sind somatoforme Störungen von langen Fehlzeiten am Arbeitsplatz oder immer wiederkehrenden Krankschreibungen begleitet.

Fallbeispiel

Patient, männlich – Diagnose: undifferenzierte somatoforme Störung

Herr F. kommt auf Anraten seiner Neurologin zur Therapie. Er kann zwar nicht so richtig glauben, dass seine Symptome eine seelische Ursache haben, er würde aber alles versuchen, was ihm helfen könnte. Seit einem grippalen Infekt vor einem dreiviertel Jahr sind die Grippesymptome nicht vollständig abgeklungen. Er ist seit-her immer sehr müde und leicht erschöpfbar. Darüber hinaus wird ihm häufig schwindlig und er leidet unter häufigem Druckgefühl im Kopf sowie Gliederschmerzen.

In den letzten Jahren geht er zudem zu verschiedenen Fachärzten. Aufgrund von Kopfschmerzen, zur Blutdruck-, Herz-, Augen-, Nieren- und Schilddrüsenkontrolle, wegen Ohrensausen, grippalen Infekten, Heiserkeit und Gliederschmerzen konsultierte Herr F. im Vorjahr ca. 40 Mal verschiedene Ärzte. Da trotz verschiedener medizinischer Diagnostik die Befunde zwar unauffällig waren, die Symptome jedoch immer wiederkehrten, wuchs die Überzeugung von Herrn F. an einer bisher noch nicht erkannten Erkrankung zu leiden, was zu immer weiteren Arztkonsultationen führte. Mittlerweile sei sein Vertrauen in die Ärzte gesunken.

Seit der Grippe ist Herr F. krankgeschrieben und fühle sich nicht mehr in der Lage zur Arbeit zu gehen. Auch schwereren Arbeiten im Haus oder Garten geht er aus dem Weg, da er Angst hat, sich zu überlasten. Wenn er doch einmal versucht, eine Arbeit zu erledigen, dann ist er schnell erschöpft und beendet sie vorzeitig. Inzwischen passiert ihm das schon bei leichteren Aufgaben. Vor Beginn der Beschwerden fing er an, sich im Elternbeirat zu engagieren, kann dieser Aufgabe aber aufgrund der schnellen Erschöpfbarkeit nicht mehr nachkommen.

frei nach Wambach und Rief (Reinecker 1999)

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

In der Gruppe der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sind eine Reihe verschiedener heterogener Störungsbilder zusammengefasst. Die betroffenen Personen selbst, aber auch die Umgebung, leiden häufig unter den entsprechenden Krankheitssymptomen. Diese Beeinträchtigung macht den Unterschied zwischen Menschen mit einem ausgeprägten Persönlichkeitsstil (z.B. gewissenhaft, sorgfältig) und solchen Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung (z.B. zwanghafte Persönlichkeitsstörung) aus. In Deutschland kann für Persönlichkeitsstörungen insgesamt eine Prävalenzrate von ca. 11,2 Prozent angenommen werden (Barnow u.a. 2010).

Persönlichkeitsstörungen sind tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen in der individuellen Entwicklung entstehen. Ihr Beginn liegt meist in der frühen Kindheit oder Jugend, zum Teil auch darüber hinaus, und sie beeinflussen vielfältige Bereiche des Verhaltens

und Erlebens. So bestehen gegenüber der Mehrheit der Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen, Handeln sowie in der Beziehungsgestaltung zu anderen. Kennzeichnend sind hierbei eine Unausgeglichenheit von Einstellungen und Verhalten, zudem andauernde und gleichförmige Verhaltensmuster, die meist tiefgreifend sind und in vielen sozialen Situationen als unpassend erlebt werden. Die Betroffenen sind darüber hinaus auch in ihrer beruflichen sowie sozialen Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

Persönlichkeitsstörungen zeichnen sich per Definition durch einen stabilen zeitlichen Verlauf aus, einzelne Krankheitsphasen sind nicht auszumachen. Darüber hinaus besteht ein erhöhtes Risiko, an einer weiteren psychischen Störung zu erkranken. Durch angemessene Behandlungen kann eine Linderung der Symptome erfolgen. Jedoch gestaltet sich die Behandlung einer Persönlichkeitsstörung als schwierig und wird je nach Art und Schwere der Störung zusätzlich beeinträchtigt. Oft verhindern mangelnde Therapeut-Patient-Beziehung, Therapiemotivation und Krankheitseinsicht sowie hohe Abbruchraten den Therapieerfolg.

Zu den häufigsten Persönlichkeitsstörungen gehören die paranoide Persönlichkeitsstörung, die anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung sowie die asthenische [abhängige] Persönlichkeitsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Die Leitsymptome der paranoiden Persönlichkeitsstörung sind durch ein erhöhtes Misstrauen, Feindseligkeit, Eifersucht, wiederkehrende unberechtigte Verdächtigungen (z.B. hinsichtlich der Treue des Ehe- oder Sexualpartners) sowie streitsüchtiges und beharrliches Bestehen auf den eigenen Rechten gekennzeichnet. Im beruflichen Kontext haben Menschen mit diesem Störungsbild Probleme, sich sozial zu integrieren, kollegiale Beziehungen aufzubauen, im Team zu arbeiten oder zu kooperieren. Darüber hinaus erschwert ihr großes Misstrauen und ihre Feindseligkeit häufig jegliche Zusammenarbeit.

Symptomatisch für die anankastische Persönlichkeitsstörung sind Perfektionismus (in jeglicher Situation), besondere Starrheit, Unentschlossenheit, ein ausgesprochener Kontrollzwang als Ausdruck der eigenen Unsicherheit und die Unfähigkeit Prioritäten zu setzen. Im beruflichen Kontext kann der ausgeprägte Perfektionismus, Starrsinn und Kontrollzwang schnell zu Konflikten mit Kolleginnen und Kollegen und Vorgesetzten führen, da beispielsweise die Arbeit anderer als ungenügend empfunden wird oder sich die Betroffenen nicht unterordnen möchten. Daneben kann es jedoch auch passieren, dass die Betroffenen aufgrund mangelnder Prioritätensetzung den Überblick verlieren, wichtige Aufgaben vernachlässigen und von Überforderung und Stress geplagt sind.

Die Leitsymptome der asthenischen Persönlichkeitsstörung zeichnen sich hingegen durch eine wahrgenommene Hilflosigkeit und Wertlosigkeit sowie eine starke Trennungsangst der Betroffenen aus. Mangelndes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die verweigernde Übernahme von Verantwortung sowie die Übertragung von Entschei-

dungen an andere Personen erschweren die Bewältigung von täglichen Anforderungen. Darüber hinaus neigen sie dazu, sich unterzuordnen, aus Angst, den Vorstellungen und Wünschen anderer nicht zu entsprechen. Dabei werden die eigenen Bedürfnisse und Wünsche aus Angst vor Zurückweisung vernachlässigt.

Symptomatisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung sind Gefühle der inneren Leere über Suizidgedanken, wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandrohungen oder Selbstverletzungsverhalten. Weiter treten eine gestörte Affekt- bzw. Emotionsregulation, eine erhöhte Impulsivität, Fremd- und Autoaggressionen sowie eine Störung des Sozialverhaltens auf. Im beruflichen Kontext haben Menschen mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung Probleme, adäquate berufliche Beziehungen aufzubauen sowie ein angepasstes Sozialverhalten zu zeigen. So kann das berufliche und kollegiale Miteinander von Konflikten geprägt sein. Zudem erschweren die starke Ambivalenz und die damit einhergehende Unzuverlässigkeit der Betroffenen sowie der Mangel an Lebenszielen ihren beruflichen Werdegang. Dieser zeichnet sich durch häufige Wechsel der Ausbildungsstelle oder des Arbeitsplatzes aus.

Fallbeispiel

Patientin, weiblich, 37 Jahre alt – Diagnose: Borderline-Persönlichkeitsstörung

Frau L. fällt es extrem schwer, sich an ihrer Arbeitsstelle in einem Arbeitsbeschaffungsprogramm zu behaupten. In Situationen, in denen sie eventuell einen Fehler machen könnte (z.B. beim Übernehmen einer neuen Aufgabe), befürchtet sie von vornherein – trotz gegenteiliger Beteuerungen des Vorgesetzten – von Kollegen und Vorgesetzten auf das Schärfste kritisiert und abgewertet zu werden, den ABM-Platz (ABM = Arbeitsbeschaffungsmaßnahme) zu verlieren und durch die Reaktion anderer völlig beschämt zu werden. Deshalb kontrolliert sie ihre Werkstücke mit zwanghafter Genauigkeit bis zur völligen Erschöpfung. Gegenüber Kollegen und Vorgesetzten äußert sie ihre Befürchtungen nur selten, und wenn doch, dann sehr emotional und auch vorwurfsvoll. Meist jedoch wirkt sie sehr freundlich, und macht „gute Miene zum bösen (inneren) Spiel“. Sozial lebt sie sehr isoliert, private Beziehungen empfindet sie in der Regel als emotional überfordernd, obwohl sie sich sehr danach sehnt. Als biografische Erinnerungen tauchen bei Imaginationen zu diesen Situationen Szenen auf, in denen sie von Schulkameraden wegen ihres Übergewichtes sehr verletzend verhöhnt wird. Die Eltern bieten in der Erinnerung keinen Schutz, der Vater ist Alkoholiker, die Mutter emotional kalt und selbstbezogen, die Patientin hat keine Freunde und lebt zurückgezogen.

frei nach Jacob u.a. (2011)

2.2 Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sind nicht nur durch ihr Symptombild geprägt, sondern gehen oft auch mit gravierenden Beeinträchtigungen psychosozialer Funktionen einher, die wiederum die Teilhabe der Betroffenen in verschiedenen Lebensbereichen erschweren. Teilhabebeeinträchtigungen dienen in der Abgrenzung entlang des Kontinuums von Krankheit und Gesundheit als Schwellenkriterium (Linden u.a. 2015) und stellen wichtige Ansatzpunkte für therapeutische und rehabilitative Ansätze dar. Verschiedene Fähigkeitsdimensionen sind regelhaft bei psychischen Erkrankungen beeinträchtigt und behindern damit den Lebensvollzug. Von Fähigkeiten spricht man dann, wenn es um die Umsetzung erforderlicher Aktivitäten geht. Sie werden deshalb von der zu meisternden Aufgabe definiert und sind kontextgebunden. Eigenschaften von Menschen hingegen stellen ein differenzielles Merkmal einer Person dar (Linden u.a. 2015).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) befasst sich seit Jahrzehnten mit der Beschreibung und Klassifikation von Krankheitsfolgen. Die Ergebnisse sind in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) zusammengefasst. In der ICF (WHO 2005) steht die Berücksichtigung der durch die Erkrankung eingetretenen Beeinträchtigungen von Funktionen und Struktur und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen adäquater Aktivitäten und letztlich der Teilhabe in allen relevanten Lebensbereichen im Zentrum. Das bio-psycho-soziale Modell der ICF betrachtet funktionale Gesundheit als Ergebnis der Interaktion von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, Ressourcen der Persönlichkeit sowie fördernden oder hemmenden Einflüssen der (sozialen) Umgebung.

Es gibt keinen linearen Zusammenhang zwischen Funktionen und beeinträchtigten Fähigkeiten; ebenso wenig eine Eins-zu-Eins-Beziehung hinsichtlich der Partizipation (Linden u.a. 2015). Gestörte mentale Funktionen, die durch eine psychische Erkrankung hervorgerufen werden, wie z.B. eine Störung von Aufmerksamkeit, Antrieb oder Denken, können zu vielfältigen Fähigkeitsbeeinträchtigungen (z.B. Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit) führen, die wiederum die Erfüllung von Rollenanforderungen bzw. die Partizipation in verschiedenen Bereichen (z.B. Beruf, Familie, Nachbarschaft) erschweren.

Zu den Umweltfaktoren gehören Merkmale der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Umwelt, in der die Betroffenen leben. Diese liegen außerhalb des Individuums und können seine Körperfunktionen und -strukturen, seine Leistungs- bzw. Handlungsfähigkeit und seine Teilhabe positiv oder negativ beeinflussen. Hierzu zählen Faktoren der unmittelbaren persönlichen Umwelt des Individuums (z.B. häuslicher Bereich, Arbeitsplatz, Schule, Familie) sowie Faktoren auf Gesellschaftsebene. Letztere umfassen die formellen und informellen sozialen Strukturen und Dienste sowie Gesellschaftssysteme und weltanschauliche Aspekte. Die Gesellschaft kann die Leis-

tung eines Menschen beeinträchtigen, weil sie entweder Barrieren schafft (z.B. unzugängliche Gebäude) oder keine Förderfaktoren bereitstellt (z.B. Nichtverfügbarkeit von Hilfsmitteln) (WHO 2005).

Personenbezogene Faktoren bilden den speziellen Lebenshintergrund des Einzelnen ab. Sie umfassen Gegebenheiten des Menschen, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind. Diese Faktoren können z.B. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehungserfahrungen, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung oder das individuelle psychische Leistungsvermögen des Individuums umfassen, die in ihrer Gesamtheit oder einzeln bei Behinderung auf jeder Ebene eine Rolle spielen können (WHO 2005).

Eine ganzheitliche Betrachtung von Krankheit erfordert demnach eine mehraxiale biopsychosoziale Perspektive. Neben der Diagnose selbst sind die Erhebung von aktuellen Funktionsstörungen und Fähigkeitsbeeinträchtigungen sowie die Überprüfung von Kontextfaktoren erforderlich. Diese Perspektive impliziert vielschichtige Ansatzpunkte für Behandlung und Versorgung. So kann ein Training sozialer Fertigkeiten bei einem schizophrenen Patienten durchaus zu einer Verbesserung beispielsweise sozialer Rollenanforderungen in einem beruflichen Kontext bei fortbestehender schizophrener Kernsymptomatik führen. Sobald Fähigkeitsbeeinträchtigungen therapeutisch nicht beeinflussbar sind, gibt es die Möglichkeit zur Veränderung oder Anpassung von Kontextfaktoren an die (derzeit) unveränderlichen Leistungseinschränkungen (z.B. leidensgerechte Anpassungen am Arbeitsplatz) (Linden u.a. 2015).

2.3 Die Arbeits- und Erwerbssituation psychisch Kranker

Psychische Erkrankungen gehen wie aufgezeigt oft mit gravierenden Beeinträchtigungen psychosozialer Funktionen einher, die wiederum die Teilhabe der Betroffenen in verschiedenen Lebensbereichen erschweren. So sind psychische Erkrankungen häufig mit erheblich negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation der Betroffenen verbunden (Reker/Eikermann 2004). Vor allem aufgrund einer längerfristigen Erkrankung oder Chronifizierung der psychischen Störung kommt es wiederholt zu Arbeitsausfällen und Fehlzeiten. Diese haben in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen (Badura u.a. 2010; Meyer u.a. 2011) und auch die Arbeitslosigkeit ist unter psychisch Kranken überdurchschnittlich hoch (Becker/Drake 1994; Hatfield u.a. 1992; Shepherd u.a. 1994; Gühne/Riedel-Heller 2015).

Im Rahmen einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bei psychischen Erkrankungen wurde deutlich, dass 2012 knapp 14 Prozent aller betrieblichen Fehltag auf eine psychische Erkrankung zurückgingen. Der Anteil von betrieblichen Fehltagen, die durch psychische Erkrankungen bedingt sind, hat sich damit seit 2000 fast verdoppelt. Demgegenüber nimmt der Anteil betrieblicher Fehlzeiten aufgrund körperlicher Erkrankungen seit Jahren stetig ab.

Auch die Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen sind mit rund 34 Tagen überdurchschnittlich lang. Bei Muskel-Skelett-Erkrankungen beträgt diese vergleichsweise die Hälfte und bei Atemwegserkrankungen sogar nur sechs Tage. Ebenso hat die Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Ursachen seit 2001 um fast ein Drittel deutlich zugenommen (BPtK 2013).

Zudem wurde deutlich, dass psychische Erkrankungen für die Langzeitarbeitsunfähigkeit (Langzeit-AU, Krankschreibungen betragen mindestens sechs Wochen) eine wesentliche Ursache darstellt. Demnach betrug der Anteil an den Langzeit-AU-Fällen, der im Jahre 2012 durch psychische Erkrankungen verursacht wurde, bei Beschäftigten 18,5 Prozent. Bei Arbeitslosen waren sie sogar für 32,3 Prozent der Langzeit-AU-Fälle verantwortlich. Psychische Erkrankungen stehen damit bei Beschäftigten an zweiter, bei Arbeitslosen sogar an erster Stelle der Ursachen für Langzeit-AU-Fälle (BPtK 2013).

Obwohl die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten wollen (Becker/Drake 1994), belegen deutsche und internationale Studien, dass die Arbeitslosigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch ist. Insbesondere für Patientinnen und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrener Formenkreis wird angenommen, dass sie zu der am stärksten benachteiligten Gruppe hinsichtlich beruflicher Inklusion zählen (Kilian/Becker 2007). In einem Literaturreview europäischer Studien konnte gezeigt werden, dass die Arbeitsraten bei Patientinnen und Patienten mit einer Schizophrenie in der Mehrheit lediglich zwischen zehn und 20 Prozent liegen. Etwas höhere Raten finden sich allenfalls unter Patientinnen und Patienten mit einer ersten psychotischen Episode (Marwaha/Johnson 2004).

Für Deutschland wird die Arbeitssituation für psychisch erkrankte Menschen mit chronischen und schweren Verläufen¹⁷ wie folgt eingeschätzt (Aktion psychisch Kranke 2004-2007):

- 10 Prozent befinden sich in regulärer Erwerbsarbeit (Voll- und Teilzeit)
- 20 Prozent haben einen beschützten Arbeitsplatz
- 5 Prozent befinden sich in einem beruflichen Training oder beruflicher Rehabilitation
- 15 Prozent erhalten Angebote zur Tagesgestaltung
- ca. die Hälfte der Betroffenen ist ohne jegliches Arbeits- und Beschäftigungsangebot

¹⁷ Definiert wird die Gruppe der schwer psychisch Kranken hierbei v.a. über den Rehabilitationsbedarf, der sich bei diesem Personenkreis an eine Krankenhausbehandlung anschließt. Unter diagnostischen Aspekten handelt es sich hier insbesondere um Personen mit Schizophrenien, Depressionen, neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen (Aktion psychisch Kranke 2004).

Auch die jüngsten Ergebnisse der repräsentativen Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) vom Robert-Koch-Institut sowie dessen Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) belegen, dass die Wahrscheinlichkeit psychisch und schwer psychisch Erkrankter, arbeitslos oder frühberentet zu sein, deutlich erhöht ist. Demnach ist das Risiko einer Erwerbslosigkeit für schwer psychisch Kranke gegenüber psychisch gesunden Studienteilnehmenden um das Fünffache und das einer Frühberentung um das Dreifache erhöht (Roth u.a. 2015).

Dies korrespondiert mit Ergebnissen der bereits erwähnten Studie von Schubert u.a. (2013), die zeigen, dass laut erhobener Krankenkassendaten mehr als ein Drittel der Versicherten im SGB-II-Bezug innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose aufweisen. Affektive und neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen wurden dabei am häufigsten registriert. Den Anteil an SGB-II-Leistungsbeziehern mit psychischen Beeinträchtigungen schätzen die im Rahmen der Studie von Schubert u.a. (2013) befragten Fachkräfte der SGB-II-Träger abhängig vom jeweiligen Aufgabengebiet zwischen fünf und 40 Prozent; Fallmanagerinnen und Fallmanager in ihrem Bereich auf die Hälfte bis zwei Drittel aller Fälle.

Richter u.a. (2006) analysierten Daten zur Frühberentung im Jahr 2003 an einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe chronisch psychisch Kranker im Vergleich zu Personen mit körperlichen Erkrankungen hinsichtlich Inklusion in den Arbeitsmarkt und Einkommen. Deutlich wurde hier, dass psychisch kranke Menschen auch im Vergleich zu somatisch kranken Menschen weniger in den Arbeitsmarkt integriert sind und ein niedrigeres Arbeitseinkommen haben. Dies gilt insbesondere für Personen mit schizophrenen Störungen und für Personen mit einer Suchterkrankung. So beträgt beispielsweise die Lebensarbeitszeit von Männern mit einer Schizophrenie weniger als die Hälfte der Lebensarbeitszeit depressiv Erkrankter.

Auch aktuelle Daten der Deutschen Rentenversicherung weisen auf ein beträchtliches Ausmaß sozialer Exklusion im Bereich Arbeit bei psychisch kranken Menschen hin. Danach waren 42,7 Prozent aller gesundheitsbedingten Frühberentungen im Jahr 2013 auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen. Psychische Erkrankungen sind damit Hauptursache für ein vorzeitiges gesundheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (DRV 2014) und spielen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung eine wachsende Rolle. Eine dauerhafte berufliche (Re-)Integration durch entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen gelingt umso seltener, je höher die Zahl der krankheitsbedingten Fehltage vor der Rehabilitation ist und weist damit auf die Bedeutung der Chronizität und Krankheitsschwere hin. Dabei nimmt der Anteil der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen an der Gesamtheit der Berentungen seit 2001 kontinuierlich zu. Innerhalb der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen, die zu einer Erwerbsminderungsrente führen, sind die affektiven Störungen wie die Depression und auch Angststörungen führend. Diese nehmen kontinuierlich zu, während die Zahl der Neuberentungen wegen schizophrener, schizotyper und wahnhafter Störungen über die Jahre gesehen stabil ge-

blieben ist. Der Rentenbeginn bei psychischer Erkrankung liegt im Schnitt bei 48 Jahren und damit niedriger als der Durchschnitt der Rentnerinnen und Rentner anderer Diagnosegruppen (50,4 Jahre) (DRVBund 2014).

Aufgrund des frühen Beginns vieler psychischer Erkrankungen werden die Weichen einer gelungenen beruflichen Partizipation oft schon im Übergang Schule-Ausbildung-Beruf gestellt. Immerhin besteht schon bei 0,8 Prozent der schulpflichtigen Kinder sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich der sozial-emotionalen Entwicklung. Etwa 60 Prozent dieser Kinder werden immer noch in Förderschulen unterrichtet (Lohmar/Eckhardt 2012). Damit sind zum einen geringere Aussichten auf einen höheren Schulabschluss und zum anderen eine Stigmatisierung beim Zugang zu Ausbildung und Beruf verbunden. Folgen sind geringere Chancen auf einen Ausbildungs- und Arbeitsplatz und ein erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko (Reims/Gruber 2014). Viele der beschriebenen Störungsbilder beginnen in der Adoleszenz, stören die Betroffenen deshalb in ihrer schulischen Entwicklung und erschweren die Startbedingungen für Ausbildung, Studium und Beruf.

Gerade diejenigen der Betroffenen mit einer früh beginnenden und nachhaltig beeinträchtigenden, chronischen psychischen Erkrankung bleiben oft ohne Ausbildung und Erwerbstätigkeit und sind lebenslang auf soziale Unterstützung angewiesen. Menschen, die aufgrund der psychischen Beeinträchtigung aus dem Erwerbsleben ausscheiden oder eine berufliche Entwicklung gar nicht erst aufnehmen können, bleibt derzeit als Beschäftigungsoption oft „nur“ eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Der Anteil der psychisch Kranken in den Werkstätten steigt stetig an und liegt mittlerweile bei 20 Prozent¹⁸. Einmal hier platziert, haben die Betroffenen jedoch kaum eine Perspektive, auf den ersten Arbeitsmarkt zu wechseln. Für die Mehrzahl unter ihnen bedeutet dies die „Endstation der Rehabilitation“ (Eikelmann/Reker 1994).

2.4 Zusammenhänge zwischen Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Seit die klassische Studie von Jahoda u.a. (1933) erstmals systematisch die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf psychische Erkrankungen beschrieb, erschienen eine Vielzahl von Primärstudien und Übersichtsarbeiten zu diesem Thema. Der rein deskriptive Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Krankheit gilt daher heute als hinreichend belegt (siehe z.B. die Metaanalyse von Paul u.a. 2006).

Auch die Richtung des Zusammenhangs ist mittlerweile dank einer großen Zahl von Langzeitstudien geklärt. Sowohl scheint Arbeitslosigkeit und insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit¹⁹ kausal zu psychischer Krankheit zu führen („Kausalitätshypothese“,

¹⁸ Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen e.V.: <http://www.bag-wfbm.de> (Abruf 23.01.2015)

¹⁹ Metaanalysen und systematische Reviews zeigen, dass Langzeitarbeitslose ein mindestens verdoppeltes Risiko für psychische Erkrankungen - insbesondere Depression und Angststörungen - gegenüber erwerbstätigen Personen haben. Vgl. Herbig u.a. 2013.

vgl. z.B. Olesen u.a. 2013; Strandh u.a. 2014), umgekehrt kann auch psychische Krankheit zu Arbeitslosigkeit führen („Selektionshypothese“, vgl. z.B. Olesen u.a. 2013; Lerner u.a. 2004). Paul u.a. (2006) ermittelten für die o.g. Hypothesen kleine, aber hochsignifikante Effekte.²⁰ Des Weiteren fand Taris (2002) in einer Langzeitstudie einen schwachen Effekt dafür, dass psychisch Erkrankten die Berufsintegration schwerer fällt als Gesunden.

Zu den Mechanismen, die den Zusammenhang vermitteln, liegen ebenfalls Studien vor. Brenner (2006) betont die psychosozial bedeutsamen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit, wie den Verlust von sozialen Beziehungen, des sozioökonomischen Status, der beruflichen Fertigkeiten, von Einkommen und Selbstwertgefühl. Dabei könne es auch zu Verkettungen der Faktoren kommen. So können etwa finanzielle Einbußen zu familiären Konflikten führen, die sich ihrerseits wieder auf die psychische Gesundheit auswirken können. Weber u.a. (2007) fügen weitere bedeutsame Auswirkungen hinzu, wie Resignation und Rückzug oder auch Suchtmittelkonsum. Paul und Moser (2009) identifizierten in einem Review eine Reihe möglicher Mechanismen, die Selektionsprozessen zugrunde liegen können. Psychische Krankheiten können die Leistung am Arbeitsplatz mindern und Fehlzeiten fördern. Ebenso können sie einen Einfluss auf die Bewerbungsaktivitäten haben oder auf den Eindruck, den der Arbeitsuchende im Vorstellungsgespräch hinterlässt. Der Zusammenhang wird des Weiteren beeinflusst durch die Dauer der Arbeitslosigkeit (je länger, desto eher liegt eine psychische Erkrankung vor), die Art der Beschäftigung (gering Qualifizierte sind häufiger betroffen) und das Geschlecht (Frauen sind häufiger betroffen).

Bezüglich der Störungskategorien ist anzumerken, dass sich die meisten der Studien auf affektive Störungen bzw. neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen beziehen. Zu Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie zu Schizophrenie, den schizotypen und wahnhaften Störungen liegen weitaus weniger aussagekräftige Studien vor (Bouwman u.a. 2015; Ettner u.a. 2011).

2.5 Barrieren bei der Reintegration psychisch kranker arbeitsloser Menschen in den ersten Arbeitsmarkt

Eine Vielzahl von Studien zeigen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten wollen und sich als arbeitsfähig einschätzen. Jedoch gelingt vielen der Betroffenen der (Wieder-)Einstieg in das Berufsleben nicht. Auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche, die insbesondere auch die vielfältige US-amerikanische Literatur einbezog, werden im Folgenden die wichtigsten Barrieren genannt, die es psychisch kranken Menschen erschweren, auf den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren.

²⁰ Für Deutschland vgl. hier u.a. auch die Ergebnisse der sächsischen Längsschnittstudie (Berth u.a. 2006), die ebenfalls Belege für beide Hypothesen liefert.

Stigmatisierung und Diskriminierung

Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz werden häufig berichtet und stellen eine signifikante Barriere bei der Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt dar (Bezborodovs/Thornicroft 2013). So berichteten in einer britischen Studie mehr als die Hälfte der befragten Arbeitgeber, dass sie keine Menschen mit Depression oder Schizophrenie einstellen würden (Manning/White 1995). In einer (älteren) bundesdeutschen Arbeitgeberbefragung hielten es nur 1,6 Prozent für denkbar, psychisch Behinderten einen Arbeitsplatz zu bieten. Ähnlich äußerten sich in dieser Befragung Betriebsratsmitglieder und Schwerbehindertenvertretungen (Schubert 1988). Verschiedene weitere Erhebungen aus den letzten fünf Jahrzehnten machen deutlich, dass Arbeitgeber eine negativere Haltung bezüglich der Einstellung von psychisch kranken Menschen äußern als gegenüber jeder anderen befragten Gruppe (Cook u.a. 1994; Diksa/Rogers 1996; Manning/White 1995). In einer US-amerikanischen Erhebung mit 1.300 Personen mit psychischen Beeinträchtigungen berichtete ein Drittel der Befragten, dass sie nach Offenlegung ihrer psychischen Erkrankung für einen Job abgelehnt wurden, für den sie sich qualifiziert fühlten (Wahl 1999).

Aus Sorge vor Stigmatisierung neigen psychisch Kranke häufig dazu, ihre Krankheit zu verbergen. Gerade Arbeitslose vermeiden bei psychosozialen Problemen oft das Aufsuchen professioneller Hilfe, weil sie subjektiv keinen Bedarf sehen oder um ihr durch den Verlust von Arbeit bereits beeinträchtigtes Selbstwertgefühl durch eine Annahme von Hilfe nicht noch zusätzlich zu gefährden (Kieselbach/Beelmann 2006: 23; Berth u.a. 2008: 293).

Geringere Produktivität und höhere Fehlzeiten

Die niedrige Bereitschaft, psychisch kranke Menschen einzustellen, liegt auch begründet in der ökonomischen Belastung für Arbeitgeber aufgrund geringerer Produktivität und höherer Fehlzeiten (vgl. Abschnitt 2.2), die mit einer psychischen Störung einhergehen (Kessler/Frank 1997; Stewart u.a. 2003).

Demotivation

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen können aus verschiedenen Gründen unmotiviert in Bezug auf das Erlangen einer beruflichen Tätigkeit erscheinen. Einige psychisch kranke Menschen werden eindeutig durch die Beantragung von Unterstützungsleistungen, Erfahrungen mit ineffektiven Wiedereingliederungsmaßnahmen und durch ein dauerhaftes gesellschaftliches Stigma zermürbt (Estroff u.a. 1997). Die Behandlung an sich kann traumatisierend und demoralisierend sein, wenn sie Defizite, Chronizität und Zwangsläufigkeit betont (Rapp/Goscha 2006). Zum Beispiel überbringen Ärztinnen und Ärzte und Therapeutinnen und Therapeuten häufig hoffnungslose, entmutigende Nachrichten, wie die, dass die Erkrankung und die Notwendigkeit für Medikamente das ganze Leben bestehen werden. Die Patienten sollten außerdem nicht „zu schnell“ eine kompetitive Beschäftigung anstreben, da dies die Krankheit verschlimmern oder einen Rückfall provozieren könnte (Bezborodovs/Thor-

nicroft 2013; Thornicroft 2006; West u.a. 2005). Nicht selten hören Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung von ihrem Arzt oder ihrer Ärztin, dass sie nie wieder in der Lage sein würden, zu arbeiten. Dieser demotivierende Standpunkt spricht gegen unser heutiges Wissen von den förderlichen Aspekten von Arbeit, die Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten reduzieren kann (Warner 2004).

Unter- und Fehlversorgung in der beruflichen Rehabilitation

Obwohl der Wunsch nach einer Beschäftigung bei einer Vielzahl psychisch kranker Menschen groß ist, ist sowohl ihre Erwerbsbeteiligung als auch ihre Beteiligung an Wiedereingliederungsmaßnahmen gering (Brown u.a. 2012; Lehman/Steinwachs 1998; Pandiani u.a. 2004; Kardorff/Ohlbrecht 2010: 79ff.).

Die Ursache für die Unter- und Fehlversorgung arbeitsloser Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen liegt einerseits in der schieren Überforderung chronisch psychisch Kranker mit dem Dschungel der Zuständigkeiten und Einrichtungen mit ihrer Vielzahl an Programmen sowie in der unzureichenden Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Einrichtungen (Röhrl/Deubert 1995; Tenamberg 2010), und andererseits an den zu hohen Eingangsvoraussetzungen zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen. Um eine Aufnahme zu erreichen, müssen die Betroffenen Krankheitseinsicht, Motivation, eine günstige Prognose sowie ein gewisses Maß an Belastbarkeit besitzen (BAR 1993; Engels 1993). Andererseits sind auch direkt nach den „Hartz-Reformen“ die Maßnahmeneintritte in berufliche Rehabilitationsmaßnahmen in Deutschland gesunken (Dornette/Rauch 2007: 7; Rauch u.a. 2008).

Aber auch die Wirksamkeit der unterschiedlichen Maßnahmen spielt eine Rolle. So zeigen internationale Studien, die die Effektivität von herkömmlichen beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen untersuchten, dass es im Gegensatz zu Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen nach Abschluss der Maßnahme keinen signifikanten Anstieg in der Anzahl der wettbewerbsfähigen Beschäftigten gab (Andrews u.a. 1992; Hayward u.a. 2005). Deutlich bessere Ergebnisse verzeichnen Angebote nach dem Prinzip des „Supported Employment“ (Deutsch: Unterstützte Beschäftigung). Wesentliche Merkmale von „Supported Employment“ sind ein hohes Maß an Integration der psychiatrischen und arbeitsvermittelnden Dienste, sowie eine Begleitung der Betroffenen direkt am Arbeitsplatz durch Job Coaches, die auch den Arbeitgebern bei Fragen zur Verfügung stehen. In den USA wurde „Supported Employment“ nahezu von Beginn an auch wissenschaftlich begleitet, überwiegend in Form von Vergleichsgruppenansätzen und überdurchschnittlich häufig bezogen auf psychisch kranke Menschen (vgl. im Überblick Gühne/Riedel-Heller 2015: 27ff.). Die Ergebnisse sind überwiegend positiv und zeigen, dass mittels „Supported Employment“ eine (dauerhafte) Integration in den Arbeitsmarkt eher gelingt als mit „klassischen beruflichen Rehabilitationsprogrammen“

(vgl. auch Abschnitt 2.6).²¹ Die in Deutschland adaptierte Form der Unterstützten Beschäftigung wurde Ende 2008 als § 38a SGB IX gesetzlich verankert. Sie weicht allerdings von einigen Kernprinzipien des in anderen Ländern umgesetzten Konzeptes ab (vgl. Gühne/Riedel-Heller 2015: 26ff.). In der Umsetzung der Bundesagentur für Arbeit sind die Teilnehmendenzahlen bislang gering.²²

In Deutschland ist die mit Abstand verbreitetste Maßnahmenform der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) (vgl. Kardorff/Ohlbrecht 2010: 80; vgl. auch Abschnitt 2.6), obwohl die Übergangsraten in den Ersten Arbeitsmarkt sehr gering sind. Kritikerinnen und Kritiker monieren, dass die WfbM eine Art neues Arbeitshaus ohne Zwang darstellen, in denen die „Überflüssigen“ überwiegend dauerhaft vom Arbeitsmarkt ausgesteuert werden (Kardorff/Ohlbrecht 2010: 81). Zumindest ist weithin umstritten, ob die Werkstätten die richtigen Einrichtungen im Sinne der Inklusion sind.

Individuelle, krankheitsbezogene Faktoren

Auch individuelle, krankheitsbezogene Faktoren, wie die Schwere der psychischen Symptomatik, kognitive Beeinträchtigungen, fehlende Bildung, Ausbildungsabschlüsse und Berufserfahrung sowie die Berufsbiographie spielen in arbeitsrehabilitativen Settings bei der Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt eine Rolle.

Internationale Studien belegen, dass Menschen mit einer schwerwiegenderen psychischen Symptomatik eine geringe Wahrscheinlichkeit haben, eine wettbewerbsfähige Beschäftigung zu erlangen (Gilbert u.a. 2010; Salkever u.a. 2007; Gold u.a. 2002) beziehungsweise, wenn es ihnen gelingt, eine Anstellung zu erhalten, dass die Symptome ein Hindernis für eine langfristige Beschäftigung darstellen (Becker u.a. 2007). Ebenso wurde gezeigt, dass ausgeprägte kognitive Defizite in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung Aufnahme und Erhalt einer Beschäftigung erschweren (Gilbert u.a. 2010; Gold u.a. 2002; McGurk u.a. 2003).

Einem großen Anteil der Menschen mit psychischen Erkrankungen fehlen das nötige Bildungsniveau, Ausbildungsabschlüsse sowie Berufserfahrung um sich beruflich zu etablieren (Himle u.a. 2014). Diese Bildungslücke hat verschiedene Gründe. Psychische Erkrankungen treten häufig bereits im Kinder- und Jugendalter auf und unterbrechen dadurch oft Schul- bzw. Ausbildungslaufbahnen. Laut einer empirischen Erhebung aus den USA stellten Schülerinnen und Schüler mit psychischen Beeinträchtigungen den höchsten Anteil unter den Schülerinnen und Schülern dar, die keinen

²¹ Vgl. z.B. Cook u.a. 2005; Drake u.a. 1996; Drake u.a. 1999; Bejerholm u.a. 2015; Bond u.a. 2008; Catty u.a. 2008; vgl. auch zusammenfassend Ergebnisse verschiedener Studien darstellend: Hundsdörfer 2009; Gühne/Riedel-Heller 2015.

²² Die Teilnehmerbestandsdaten bewegen sich bundesweit in der Regel in einer Größenordnung von etwa 1.300. Vgl. https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31922/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=416054&year_month=201512&year_month.GROUP=1&search=Suchen

Schulabschluss erreichten (Hodges u.a. 2004). Ein bis zwei Jahre nach dem Verlassen der Schule waren nur 18 Prozent der ehemaligen Schülerinnen und Schüler mit psychischen Beeinträchtigungen vollzeitbeschäftigt, weitere 21 Prozent arbeiteten in Teilzeit und ihre bisherige Arbeitszeit war durch größere Unbeständigkeit charakterisiert als bei allen anderen Behinderungsarten (Wagner 1995).

Diese Lücken in der Bildung sind von enormer Bedeutung, weil gerade in Deutschland ein niedriges Qualifikationsniveau als einer der stärksten Risikofaktoren für Arbeitslosigkeit gilt. Die Arbeitslosenquoten von Personen ohne Berufsabschluss liegen erheblich über der allgemeinen Arbeitslosenquote. Im Jahr 2013 lag die Arbeitslosenquote bei Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung bei 4,5 Prozent, bei Personen ohne Ausbildung bei 20 Prozent (IAB 2015: 3).

Situation auf dem Arbeitsmarkt

Eine weitere erhebliche Barriere stellt die Situation auf dem Arbeitsmarkt dar. Trotz einer Entspannung der Situation in den letzten Jahren ist die Arbeitslosigkeit in Deutschland nach wie vor hoch. Im August 2016 gab es offiziell gemeldet knapp 2,7 Mio. Arbeitslose, die Zahl der Unterbeschäftigten lag bei über 3,5 Mio.²³ Insbesondere für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Allgemeinen und für arbeitslose behinderte und schwerbehinderte Menschen im Speziellen ist die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt voraussetzungsvoll.²⁴

Erschwert wird die Situation psychisch Kranker durch die in den letzten Jahrzehnten – und verschärft in den letzten Jahren – eingetretenen Veränderungen hinsichtlich der Anforderungen des Arbeitsmarktes. Als Stichworte seien nur genannt: Arbeitsverdichtung, Leistungs- und Termindruck, Vermischung von Arbeits- und Privatleben, zunehmender Stress und die Reduzierung von Stellen mit geringen Anforderungen (vgl. Forschungsstelle Arbeitsrehabilitation psychisch Kranker in der Klinik für Psychiatrie der Universität Münster 1996; DGB 2012). Des Weiteren sind aber auch die zunehmende Flexibilisierung von Arbeitsverhältnissen mit der Zunahme von atypischen und teils prekären Beschäftigungsformen wie befristeten Verträgen, Minijobs oder Leiharbeit (vgl. Oschmiansky/Kühl 2010), zu nennen. Gerade zeitliche Begrenzungen oder Leiharbeitsverhältnisse²⁵ stellen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen einen Stressfaktor dar.

²³ Zu den unterschiedlichen Definitionen und Berechnungen von Arbeitslosigkeit vgl. Bersheim u.a. 2014.

²⁴ So ist beispielsweise der Rückgang der Arbeitslosigkeit bei schwerbehinderten Arbeitslosen auch schwächer als bei allen anderen Arbeitslosen (Bundesagentur für Arbeit 2014c; vgl. zur Situation von Menschen mit Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt insb. auch Kardorff u.a. 2013), nicht zuletzt da Neueinstellungen von Menschen mit Behinderungen vergleichsweise selten stattfinden.

²⁵ Bemerkte sei, dass jede dritte Stellenvermittlung der Bundesagentur für Arbeit eine Vermittlung zu einer Leiharbeitsfirma ist. In einigen Agenturbezirken ist es jede zweite. Vgl. BT-Drs. 18/7819.

2.6 Rahmenbedingungen und Leistungsprozesse im SGB II

Ziel der Studie ist es, die Situation psychisch kranker Menschen im SGB II zu beschreiben. Dazu ist es notwendig, zunächst einige grundlegende Beschreibungen der Rahmenbedingungen und Leistungsprozesse im SGB II voranzustellen,²⁶ um die empirischen Ergebnisse einordnen zu können.

Mit dem Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurden 2005 die Arbeitslosen- und die Sozialhilfe zur Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II) zusammengelegt. Die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II sind die Agenturen für Arbeit sowie die kreisfreien Städte und Kreise als kommunale Träger. Im Regelfall haben Agenturen für Arbeit und Kommunen gemeinsame Einrichtungen (gE) zur gemeinsamen Durchführung der Grundsicherung für Arbeitsuchende gebildet (vgl. ausführlicher auch zur Historie Oschmiansky 2014 sowie Ruschmeier/Oschmiansky 2010). Die Agenturen für Arbeit sind hier u. a. für die Regelleistung zur Sicherung des Lebensunterhalts und die Eingliederungsleistungen zuständig. Die Kommunen sind für die Leistungen für Unterkunft und Heizung, besondere einmalige Leistungen und kommunale Eingliederungsleistungen, wie Schuldner- und Suchtberatung sowie psychosoziale Betreuung, zuständig. Als Ausnahme zum Regelfall sind derzeit 105 Landkreise und kreisfreie Städte zugelassen die Grundsicherung für Arbeitsuchende in alleiniger Zuständigkeit wahrzunehmen (diese werden als zugelassene kommunale Träger (zkT) bezeichnet).

Geprägt von den Zielsetzungen der „Aktivierenden Arbeitsmarktpolitik“ (vgl. Oschmiansky 2010; Dingeldey 2011)²⁷ stellt das SGB II auf die Eigenverantwortung der Leistungsberechtigten und ihre Verpflichtung zur Selbsthilfe ab (vgl. Deutscher Bundestag 2003: 50f.) und rückt damit das individuelle Verhalten der Leistungsberechtigten in den Mittelpunkt der Interventionen (vgl. mit weiteren Verweisen Dörre u.a. 2013: 74). Die Verpflichtung zur Selbsthilfe und zur Beseitigung der Hilfebedürftigkeit in § 2 SGB II ist eine zentrale Anforderung an die Leistungsberechtigten, die im Gesetz auch mit Sanktionen durchgesetzt wird. Zugleich stellt § 10 SGB II (Zumutbarkeit) klar, dass zur Beseitigung der Hilfebedürftigkeit den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten fast jede Arbeit zumutbar ist.

²⁶ Wir beschränken uns dabei auf die Rahmenbedingungen und Prozesse, die für das Thema unserer Studie von besonderer Relevanz sind.

²⁷ In ihrer strategischen Grundausrichtung zielte die Neuausrichtung der Arbeitsmarktpolitik durch die Hartz-Reformen vor allem auf eine Senkung der Beschäftigungsschwelle auf dem ersten Arbeitsmarkt durch ein erweitertes Angebot an Beschäftigungsformen jenseits bzw. unterhalb des Normalarbeitsverhältnisses (Pröll 2004: 9). Der Beschäftigungszuwachs im konjunkturellen Aufschwung zwischen 2005 und 2008 ging dann auch zu einem erheblichen Teil auf ein Wachstum von Mini-Jobs und Leiharbeit zurück (vgl. Keller / Seifert 2011: 17).

Bereits die beiden Eingangsparagrafen des SGB II²⁸ machen deutlich, dass die Eigenverantwortung vor allem durch den Erhalt und den Einsatz der Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt realisiert werden soll. Dabei geht es um den Erhalt und Ausbau der Erwerbsfähigkeit/Beschäftigungsfähigkeit, die Eigenbemühungen zur Arbeitsplatzsuche und um die Verfügbarkeit für die Arbeitsvermittlung (vgl. Bieback 2011 in Gagel § 2; Rd. 9).

Anspruch auf Leistungen nach dem SGB II haben alle Personen, die

- mindestens das 15. Lebensjahr vollendet haben und noch nicht das 65. Lebensjahr bzw. das individuelle Rentenalter vollendet haben,
- erwerbsfähig sind (nach § 8 Abs. 1 SGB II ist erwerbsfähig, wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes²⁹ mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein). Erwerbsfähig sind auch die Personen, die beispielsweise aufgrund der Erziehung eines Kindes unter drei Jahren oder aus Krankheitsgründen vorübergehend eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann.³⁰
- hilfebedürftig sind und
- ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.

Die in den Anspruchsvoraussetzungen sehr weit gefasste Definition - und im internationalen Vergleich ungewöhnlich niedrige Schwelle (vgl. Erlinghagen/Zink 2008 sowie Konle-Seidl u.a. 2014) - der Erwerbsfähigkeit entspricht spiegelbildlich der Definition der Erwerbsunfähigkeit („volle Erwerbsminderung“) im Rentenrecht und führt dazu, dass sich unter den Beziehenden und Beziehern der Grundsicherung viele Personen mit stark eingeschränkter gesundheitlicher Leistungsfähigkeit befinden.

Die Vorgaben des § 8 SGB II bedeuten dabei konkret, dass bereits derjenige als erwerbsfähig anzusehen ist, der die Voraussetzungen für die volle Erwerbsminderung nicht erfüllt. Es kommt also bei einer sozialmedizinischen Beurteilung nicht nur auf den Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung und Untersuchung an; es geht jeweils um eine relativ weitreichende Prognose. Wie auch in anderen Stellen im Sozialrecht (z.B. § 125 SGB III) ist für die „absehbare Zeit“ ein Zeitraum von sechs Monaten maßgeblich. Im rechtlichen Sinn ist nach diesem Gesetz auch als erwerbsfähig zu bezeichnen, wer innerhalb von sechs Monaten die gesundheitlichen Voraussetzungen erfüllen wird (Bahemann 2006: 36). Das bedeutet, Leistungsberechtigte sind

²⁸ Mit dem im Jahr 2011 neu eingefügten § 1 Abs. 1 SGB II wurde die Zielsetzung des SGB II allerdings deutlich erweitert. Dieser macht der Grundsicherung zur Aufgabe, den Leistungsberechtigten ein Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht.

²⁹ Zur Komplexität dieser Formulierung vgl. Bender 2014 in Gagel; § 8 SGB II, Rn. 28ff.

³⁰ Nicht erwerbsfähige Angehörige, die mit erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in einer Bedarfsgemeinschaft leben, erhalten als Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts das Sozialgeld. Nicht erwerbsfähige Angehörige sind gem. § 7 SGB II beispielsweise minderjährige Kinder unter 15 Jahren.

beispielsweise auch bei schwerwiegenden psychischen Erkrankungen erwerbsfähig, “wenn die sozialmedizinische Einschätzung unter Berücksichtigung aller maßgeblichen Kriterien einschließlich des sozialen Umfeldes und der tatsächlichen Therapiemöglichkeiten zu der Prognose führt, dass der Erkrankte innerhalb von sechs Monaten unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes drei Stunden täglich wird erwerbstätig sein können“ (Bahemann 2006: 38).

Die Feststellung, ob Erwerbsfähigkeit vorliegt, liegt bei den gemeinsamen Einrichtungen bei der Agentur für Arbeit als Organ der Bundesagentur für Arbeit (bei den zKT liegt die Feststellungskompetenz bei diesen) in ihrer Eigenschaft als Träger der Leistungen nach dem SGB II gemäß § 6 Abs. 1 S. 1. Im Widerspruchsfall ist die Agentur für Arbeit an die gutachterliche Stellungnahme des zuständigen Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung gebunden.

Für diejenigen Personen, die erwerbsfähig im Sinne des SGB II sind, bietet das SGB II zwei zentrale Leistungsarten an: Einerseits Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes sowie andererseits zur Beendigung oder Verringerung der Hilfebedürftigkeit insbesondere durch Eingliederung in Arbeit (§ 1 Abs. 3 SGB II). Leistungen zur Eingliederung in Arbeit können erbracht werden, soweit sie zur Vermeidung oder Beseitigung, Verkürzung oder Verminderung der Hilfebedürftigkeit für die Eingliederung erforderlich sind (§ 3 Abs. 1 SGB II). Dabei definiert § 2 SGB II aber bereits vorab, dass erwerbsfähige Leistungsberechtigte aktiv an allen Maßnahmen zu ihrer Eingliederung mitwirken, insbesondere eine Eingliederungsvereinbarung abschließen müssen. Erwerbsfähige Leistungsberechtigte und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen müssen alle Möglichkeiten zur Beendigung oder Verringerung ihrer Hilfebedürftigkeit ausschöpfen.³¹

In den genannten Paragraphen ist das Grundprinzip des SGB II - Fördern und Fordern - durch die genannten Leistungsangebote und den verbundenen Mitwirkungspflichten bereits kurz angedeutet, das im Folgenden näher dargestellt wird.

Grundsätze des Forderns und potenzielle Konsequenzen

Der zentrale Grundsatz des Forderns im SGB II ist, die aktive Mitwirkungspflicht bei allen Maßnahmen zur Eingliederung in Arbeit und zum Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung. Paragraph 2 SGB II betont darüber hinaus die Eigenverantwortung der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und konkretisiert für den Fall, dass eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in absehbarer Zeit nicht möglich ist, dass der oder die erwerbsfähige Leistungsberechtigte eine angebotene zumutbare Arbeitsgelegenheit zu übernehmen hat. Die genannten Pflichten - Aufnahme

³¹ Vielen Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung fällt es krankheitsbedingt schwer, diesen Anforderungen adäquat zu entsprechen (vgl. Koch / Haacke 2010: 215f.).

einer Erwerbstätigkeit, Annahme einer Arbeitsgelegenheit, Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung - tauchen allesamt in § 31, der die (Reaktionen auf) Pflichtverletzungen regelt, wieder auf.

Paragraph 31a differenziert unterschiedliche Sanktionsfolgen für die Pflichtverletzungen aus und wird in Paragraph 32 (Abs. 1) ergänzt durch Sanktionsfolgen bei Meldeversäumnissen:

„Kommen Leistungsberechtigte trotz schriftlicher Belehrung über die Rechtsfolgen oder deren Kenntnis einer Aufforderung des zuständigen Trägers, sich bei ihm zu melden oder bei einem ärztlichen oder psychologischen Untersuchungstermin zu erscheinen, nicht nach, mindert sich das Arbeitslosengeld II oder das Sozialgeld jeweils um 10 Prozent des für sie nach § 20 maßgebenden Regelbedarfs. Dies gilt nicht, wenn Leistungsberechtigte einen wichtigen Grund für ihr Verhalten darlegen und nachweisen.“

Damit ist - den Regelungen in §§ 60ff. SGB I folgend³² - auch eine Weigerung, sich ärztlichen und psychologischen Untersuchungen zu unterziehen, im SGB II sanktionsbewehrt.³³

Die Sanktionsregeln im SGB II werden politisch, gesellschaftlich und wissenschaftlich kontrovers diskutiert. Bei einer öffentlichen Anhörung von Sachverständigen zu Sanktionen im SGB II im Deutschen Bundestag (vgl. Deutscher Bundestag 2015) hielt eine deutliche Mehrheit der Sachverständigen Sanktionsregelungen prinzipiell für richtig, kritisierte aber verschiedene Details. In unserem Zusammenhang sind insbesondere Pflichtverletzungen von Bedeutung, die Folge der psychischen Erkrankung der Leistungsberechtigten sind. Zwar dürfen prinzipiell keine Sanktionen verhängt werden, wenn die Pflichtverstöße Folgen eines psychischen Problems sind, hierfür müssen die Fachkräfte in den Jobcentern diesen Zusammenhang aber erkennen. Zudem kann bereits das Androhen einer Sanktion gerade bei psychisch kranken Personen

³² Diese regeln die Mitwirkung bei der Beantragung von Sozialleistungen: Die Pflicht zur Angabe von Tatsachen (§ 60), die Pflicht zum persönlichen Erscheinen (§ 61), die Pflicht auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers sich ärztlichen und psychologischen Untersuchungsmaßnahmen zu unterziehen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind (§ 62) und im selben Maße sich einer Heilbehandlung zu unterziehen (§ 63). § 66 SGB I beschreibt die möglichen sanktionierenden Folgen fehlender Mitwirkung.

³³ Im Jahr 2015 wurden 8.811 Sanktionen wegen Meldeversäumnis beim ärztlichen oder psychologischen Dienst ausgesprochen; vgl. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Navigation/Statistik/Statistik-nach-Themen/Grundsicherung-fuer-Arbeitsuchende-SGBII/Sanktionen-Widersprueche-Klagen/Sanktionen-Widersprueche-Klagen-Nav.html>

negative Auswirkungen haben. Potenzielle Sanktionen sind in den Beratungsgesprächen in den Jobcentern sehr häufig ein Thema, pro Jahr werden etwa eine Million Sanktionen ausgesprochen, drei Viertel davon wegen Meldeversäumnissen.³⁴

Diesen insgesamt eher allgemein gehaltenen „unspezifischen Pflichten aktiv zu sein“ (Spellbrink in Eicher Spellbrink § 2 Rd.Nr. 1) und nahezu alles zu tun, um den Leistungsbezug zu beenden (zu den wenigen Einschränkungen vgl. § 10 SGB II - Zumutbarkeit), stehen zum Teil ausdifferenzierte Angebote auf der Seite des Förderns gegenüber.

Förderangebote im SGB II

Die Unterstützungsangebote für die Leistungsberechtigten lassen sich grob in drei Bereiche gliedern:

- „klassische“ Arbeitsvermittlungsdienstleistungen (z.B. Vermittlungsvorschläge)
- Beratung und Betreuung
- Arbeitsmarktpolitische und soziale Förderangebote

Im Folgenden werden die entsprechenden Grundlagen und bisherigen Erkenntnisse vorgestellt.

Klassische Arbeitsvermittlungsdienstleistungen

Hinsichtlich der konkreten Vermittlung in Arbeit zeigt sich, dass der Anteil öffentlicher Arbeitsvermittlung an der gesamten Stellenbesetzung eher gering ausfällt.³⁵ Zwar ist der Anteil bei Arbeitslosen in der Grundsicherung höher als bei Arbeitslosen im Versicherungssystem des SGB III, da gerade Langzeitarbeitslose und geringqualifizierte Arbeitslose vergleichsweise häufig über die öffentliche Arbeitsvermittlung eine Stelle finden (vgl. Obermeier/Oschmiansky 2014b). Zugleich kann aber bereits an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass unsere empirischen Ergebnisse Hinweise darauf geben, dass direkte Vermittlungsaktivitäten bei der Personengruppe der psychisch Kranken eher selten unternommen werden (vgl. u.a. Kapitel 5.4 und Kapitel 7.1).

³⁴ Die BA interpretiert die Anzahl der Sanktionen und die Höhe der Sanktionsquote dagegen als gering und folgert, dass sich die Mehrheit der Leistungsbezieherinnen und -bezieher verantwortungsvoll verhält und die Jobcenter ebenso verantwortungsvoll mit dem Instrumentarium umgehen (Deutscher Bundestag 2015: 6).

³⁵ Es ist nicht einfach, Vermittlungswege und Marktanteile der Vermittlungsakteure zu erheben. Im Wesentlichen beruhen die Erkenntnisse auf Befragungen. Die Bundesagentur für Arbeit verzichtet seit dem sog. "Vermittlungsskandal" weitgehend darauf ihren Marktanteil zu erfassen. Betriebsbefragungen zeigen, dass etwa 15 Prozent der erfolgreichen Neueinstellungen durch den Kontakt zur Arbeitsagentur zustande kommt (vgl. mit weiteren Verweisen Obermeier/Oschmiansky 2014b).

Beratung und Betreuung

Die intensive Betreuung soll laut der Gesetzesbegründung (vgl. Deutscher Bundestag 2003: 54) durch die Zuordnung eines persönlichen Ansprechpartners und durch kompetentes Fallmanagement gewährleistet werden. Die konkrete Ausgestaltung der Betreuung ist nicht weiter definiert und bleibt letztlich den einzelnen Jobcentern überlassen.

Gerade die Ausgestaltung des Fallmanagements differierte zunächst stark (IAW/ZEW 2008). Viele Jobcenter – insbesondere die gemeinsamen Einrichtungen – orientieren sich unterdessen am Fachkonzept „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im SGB II“³⁶ und setzen speziell geschulte Fallmanagerinnen und Fallmanager für diejenigen Leistungsbeziehenden ein, die besondere Unterstützung benötigen³⁷, da sie vielfältige Vermittlungshemmnisse haben, während Leistungsberechtigte mit weniger Vermittlungshemmnissen von persönlichen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern oder Arbeitsvermittlerinnen und Arbeitsvermittlern betreut werden. Ergänzend steht für Leistungsfragen eine weitere Ansprechpartnerin oder ein weiterer Ansprechpartner bereit.³⁸ Allerdings gibt es auch Jobcenter, die keine Unterscheidung zwischen Fallmanagement und sonstiger Betreuung/Vermittlung vornehmen. Vereinzelt gibt es auch keine Trennung zwischen Leistungssachbearbeitung und Betreuung/Vermittlung/Fallmanagement.

Ganz gleich wie die Leistungserbringung jeweils konkret ausgestaltet ist, stehen die Fachkräfte in den Jobcentern vor der Herausforderung:

- einerseits die Klientin bzw. den Klienten so weit wie möglich zu unterstützen und professionell zu beraten,
- andererseits die Normen des SGB II zu transportieren und anzuwenden sowie ggf. die im Rahmen der Geschäftspolitik vorgegebenen Ziele zu erreichen. Diese müssen nicht zwangsläufig im Interesse der Klientin bzw. des Klienten stehen (vgl. Göckler 2015: 77; Göckler 2010: 264).

Zugespitzt hat Beratung im Kontext des SGB II den Doppelauftrag von Beratung/Unterstützung und Kontrolle/Sanktion, was als „doppeltes Mandat“ bezeichnet wird (ebd.: 265). Damit, so Kritiker, setze sich der Gesetzgeber „über die seit Jahrzehnten

³⁶ https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mdk2/~edisp/l6019022dstbai382523.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI382526; Zugriff 03.02.2016.

³⁷ Orientierungspunkt für die Übergabe ins Fallmanagement sind in der Regel drei vorliegende sog. „Handlungsbedarfe“ bei der Kundin bzw. dem Kunden. Wenn nach zwei Jahren im Fallmanagement keine relevanten Fortschritte bei der Integration in den Arbeitsmarkt erzielt werden, wird das Fallmanagement dem BA-Konzept folgend abgebrochen und der Klient bzw. die Klientin geht zurück in die „normale“ Betreuung.

³⁸ Dieses Organisationsmodell wird von etwa 80 Prozent der Jobcenter angewendet; vgl. ISG/Steria Mummert Consulting 2013: 17.

in den traditionellen Beratungswissenschaften (Pädagogik, Psychologie, Soziale Arbeit) verankerte Position hinweg, in der zu den grundlegenden konstitutionellen Bedingungen von Beratung die Prinzipien der Freiwilligkeit, der Ergebnisoffenheit und die freie Verfügbarkeit über die Verwertung der Beratungsergebnisse gehören“ (Göckler 2010: 266; siehe dort auch weitere Verweise). Gehrman und Müller (2007: 94) betonen dagegen, dass solche Sichtweisen dem Wunschdenken von „Gutmenschen“ der Profession entspringen und mit der Realität in der Praxis nichts zu tun haben. Da zur Zusammenarbeit gezwungene Klientinnen und Klienten in vielen Arbeitsfeldern der psychosozialen Arbeit die Mehrheit bilden, sollten lieber die Chancen, die in der Beratung in Zwangskontexten liegen, besser genutzt werden, statt sie abzulehnen (Conen/Cecchin 2007; ähnlich auch Kähler 2005 und Gumpinger 2001). Kähler (2005: 120ff.) geht davon aus, dass es für jedes Arbeitsfeld spezifische Handlungsmaximen und Handlungsmöglichkeiten für den Umgang mit Zwangskontexten gibt, beispielsweise auch für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen.

Um die Beratungsdienstleistung nachhaltig zu verbessern und der Kritik zu begegnen, dass ein kohärentes Konzept, wie es in anderen Beratungsfeldern üblicherweise vorhanden ist, fehlt, (vgl. Rübner/Sprengard 2011), hat die Bundesagentur für Arbeit zuletzt eine neue Beratungskonzeption (BeKo) erarbeitet und sukzessive in den Jobcentern implementiert.³⁹ An einigen unserer Fallstudienstandorte waren die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereits in der neuen Beratungskonzeption geschult. Konzeptionelle „Kernelemente“ von BeKo sind eine Prozessbeschreibung von Beratung im Jobcenter, ein Inventar von Methoden und Techniken für Beratungsgespräche und ein Gerüst von Werten und Handlungsprinzipien. Als zentrale fachliche Botschaft vermittelt das „Prozessmodell“ den Fachkräften, dass im Beratungsgespräch die drei Phasen der Situationsanalyse (Identifizierung von Unterstützungsbedarf), der Zielfindung und der Erarbeitung von Lösungsstrategien aufeinander folgen, dass also Gespräche nicht mit „Lösungsangeboten“ oder Zielvorgaben der Fachkraft beginnen sollen“ (Bartelheimer/Henke 2014: 88).

Als weiteres steuerndes Element der Beratungsgespräche in den Gemeinsamen Einrichtungen dient das sog. 4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit (4PM), das bereits 2009 eingeführt wurde und die Geschäftsprozesse der arbeitnehmerorientierten Integrationsarbeit beschreibt und damit ein bundesweites Referenzsystem darstellt, an dem sich das Handeln im Kernprozess von Vermittlung und Beratung orientiert (Bundesagentur für Arbeit 2013c; siehe im Überblick Obermeier/Oschmiansky 2014a). Die vier Phasen bestehen aus:

³⁹ Insbesondere das Fehlen einer ausgearbeiteten Ethik des Verwaltungshandelns wurde bemängelt, da die propagierte Orientierung an Formalzielen, Effizienz und Effektivität sowie Kennziffern eher zusätzliche Verunsicherung und Zielkonflikte als Orientierung und Identifikation geschaffen habe (Göckler 2015: 37).

- Profiling durchführen (im Nachgang des Profilings findet eine „Einsortierung“ des Kunden/Klienten bzw. der Kundin/Klientin in eine von sechs Kundengruppen - sog. Profillagen – statt)⁴⁰
- Ziel festlegen
- Strategie bzw. Strategiebündel wählen
- Umsetzen und Nachhalten

Zur Unterstützung der Beratung, Betreuung und Vermittlung können die persönlichen Ansprechpartner/Vermittler/Fallmanager auf weitere interne und externe Akteure zugehen. Beispielsweise kann bei Bekanntwerden gesundheitlicher Probleme im Beratungsgespräch deren Abklärung durch die Beauftragung eines ärztlichen Fachgutachtens erfolgen (vgl. ausführlicher weiter unten).

Arbeitsmarktpolitische und soziale Förderangebote

Weiterhin steht den Fachkräften ein großes Bündel arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen zur Verfügung, die unter Beachtung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit dann herangezogen werden können, wenn sie für die Eingliederung in Arbeit erforderlich sind (§ 14 SGB II). Paragraph 16 SGB II ermöglicht einen Rückgriff auf diverse arbeitsmarktpolitische Maßnahmen des SGB III und ergänzt diese durch zusätzliche „SGB-II-Angebote“ in den §§ 16a bis 16f (in der 2015 gültigen Gesetzesfassung). Der Rückgriff auf die Angebote des SGB III ermöglicht dabei u.a. die Inanspruchnahme von Beratung und Vermittlung (z.B. Berufsberatung und Berufsorientierung), der Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, der Leistungen zur Berufsausbildung, der Leistungen zur beruflichen Weiterbildung, der Leistungen zur beruflichen Rehabilitation und der Leistungen zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung.

Von den zusätzlichen SGB-II-Angeboten sind im Kontext dieser Studie vor allem drei Maßnahmen relevant:

- Maßnahmen öffentlich geförderter Beschäftigung (vgl. hierzu ausführlicher Koch/Kupka 2012; Obermeier u.a. 2013), konkret Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II (die sog. Ein-Euro-Jobs) und die Förderung von Arbeitsverhältnissen nach § 16e SGB II,⁴¹
- die Kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II (hier insbesondere die psychosoziale Betreuung)

⁴⁰ Markt-, Aktivierungs- und Förderprofile als integrationsnahe Profillagen; Entwicklungs- Stabilisierungs- und Unterstützungsprofile beschreiben sog. „komplexe Profillagen“. 4 PM verbindet die Profillagen mit weitgehend vorgegebenen Beratungsstrategien, die so Göckler (2015: 94f.) der Vielfalt der Lebenslagen und der Komplexität und ineinander verwobenen Hilfebedarfe der Menschen nicht gerecht werden können.

⁴¹ Die beiden Angebote öffentlich geförderter Beschäftigung können nur nachrangig zu Instrumenten, die auf eine unmittelbare Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt zielen, angeboten bzw. in Anspruch genommen werden.

- sowie die Freie Förderung nach § 16f SGB II, mit der die Jobcenter die gesetzlich geregelten Eingliederungsleistungen durch freie Leistungen zur Eingliederung in Arbeit erweitern können, so lange diese Leistungen den Zielen und Grundsätzen des SGB II entsprechen.

Gerade hinsichtlich Maßnahmen öffentlich geförderter Beschäftigung weisen Studien darauf hin, dass eine Teilnahme oft dazu beiträgt, die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf Gesundheit und psychisches Wohlbefinden abzumildern (vgl. mit entsprechenden Verweisen Koch/Kupka 2012: 22). Allerdings zeigt sich häufig auch, dass sich die psychosoziale Stabilisierung nur während der Maßnahme selbst einstellt, sie bei einem späteren Verbleib in der Arbeitslosigkeit aber eher wieder verlorengeht.

Eine der zentralen Ideen bei der Einführung des SGB II war die Bündelung aller Leistungen, die zur Eingliederung von Leistungsempfängern notwendig sind (vgl. Deutscher Bundestag 2003: 46). Mit § 16a SGB II sollen zur Verwirklichung einer ganzheitlichen und umfassenden Betreuung und Unterstützung bei der Eingliederung in Arbeit entsprechende Leistungen erbracht werden, u.a. Schuldner- und Suchtberatung sowie psychosoziale Betreuung (vgl. zu den kommunalen Eingliederungsleistungen ausführlich Kaltenborn/Kaps 2012). Schuldner- und Suchtberatung wurden vor Einführung des SGB II von den Kommunen bereits im Rahmen der allgemeinen Daseinsvorsorge vorgehalten und sie stehen in dieser Form heute außer ALG-II-Leistungsberechtigten auch allen anderen Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung. Die Psychosoziale Betreuung ist als Leistungsart neu und im SGB II ungenau definiert, deshalb ist hier der lokale Gestaltungsraum sehr hoch (vgl. Kaltenborn/Kaps 2012: 58).

Sie ist zugleich für die vorliegende Untersuchung von besonderer Relevanz. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge (2014: 10f.) betont, dass eine psychosoziale Betreuung ausschließlich für die Aufarbeitung psychosozialer Problemlagen in Betracht kommt, die nicht auf einem diagnostischen Krankheitsbild beruhen. Liegen diagnostizierte psychische Erkrankungen vor, besteht ein Anspruch auf psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung nach dem SGB V (Soziotherapie § 37a SGB V sowie Krankenbehandlung § 27 SGB V). Ebenso verweist er auf die inhaltliche Nähe zu den Leistungen nach § 33 Abs. 6 SGB IX (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) und betont die Abgrenzungsschwierigkeiten zu den §§ 67-69 SGB XII (Leistungen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten).

Ein Jobcenter hat nur dann Einfluss auf Umfang und Ausgestaltung der kommunalen Eingliederungsleistungen, wenn es diese Aufgabe selbst wahrnimmt und nicht an die Kommune übertragen hat, was gesetzlich möglich ist und mehrheitlich auch passiert. Allerdings hat der kommunale Träger sicherzustellen, dass für SGB-II-Leistungsberechtigte ausreichende Angebote zur Verfügung stehen und ihnen Leistungen nach 16a vorrangig erbracht werden (vgl. Deutscher Bundestag 2010: 23f.).

Einvernehmlich wird bei den kommunalen Eingliederungsleistungen insgesamt ein massives Umsetzungs- und Transparenzdefizit beklagt (vgl. mit weiteren Verweisen Reis/Siebenhaar 2015: 39). „Die unzureichende gesetzliche Konkretisierung dieser Hilfen und die ungünstige Finanzierungssituation vieler Kommunen verweisen auf ein großes Umsetzungsdefizit.“ (DGB 2015: 7).

Umstritten ist, inwieweit bei psychosozialen Problemen des Leistungsberechtigten die Fachkraft im Jobcenter den Leistungsempfänger zur Durchführung einer Beratung verpflichten kann und ob bei Nichtteilnahme ggf. eine Sanktionierung erfolgen kann. In seinen Leitlinien zur Umsetzung der psychosozialen Betreuung empfiehlt der Deutsche Landkreistag (2014: 12):

„Aus fachlichen Erwägungen wird vielfach die pädagogische Bedeutung einer freiwilligen Beratung oder Betreuung unterstrichen. Zumindest im Hinblick auf eine Basisberatung als erster Schritt kann eine Verpflichtung jedoch auch in diesem Fall erfolgreich sein.“

Leistungen zur beruflichen Rehabilitation

Besonders unübersichtlich sind die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation von SGB-II-Leistungsberechtigten geregelt. Die grundlegenden Prinzipien beruflicher Rehabilitation sind im Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ festgelegt. Ziel ist es, die Erwerbsfähigkeit des Einzelnen entsprechend seiner Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern oder wiederherzustellen, um auf diese Weise eine möglichst dauerhafte berufliche Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen (vgl. Rauch u.a. 2008: 2). Sind SGB-II-Leistungsberechtigte behindert oder z. B. durch chronische Krankheit von Behinderung bedroht⁴², besteht auch für sie Zugang zu Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, wobei wiederum § 16 SGB II auf entsprechende Abschnitte im SGB III verweist und das SGB III an verschiedenen Stellen auf das SGB IX verweist.⁴³

Das Reha-Verfahren für SGB-II-Leistungsberechtigte ist in die Verantwortungsbereiche Prozess-, Leistungs- und Integrationsverantwortung aufgeteilt. Bei den Agenturen für Arbeit liegt die Prozessverantwortung sowie ein Teil der Leistungsverantwortung, z. B. die Förderung der Berufsausbildung und berufsvorbereitende Maßnahmen im Rahmen der beruflichen Ersteingliederung, Maßnahmen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich in Werkstätten für Behinderte sowie technische Arbeitshilfen. Die Integrationsverantwortung sowie der andere Teil der Leistungsverantwortung

⁴² Nach dem SGB IX gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist (§ 2 SGB IX).

⁴³ Für Eicher/Stölting (2013: § 16 SGB II, Rz 115; zitiert nach Reis/Siebenhaar 2015: 48f.) stellt dies eine „kaum überschaubare Gemengelage dar“.

wortung liegen bei den Jobcentern, so z.B. die Förderung aus dem Vermittlungsbudget, Aktivierungsmaßnahmen, Fortbildungen oder Eingliederungszuschüsse (vgl. Oschmiansky/Kaps 2009: 443; Dornette/Rauch 2007).

Zudem sind auch die Logiken bzw. Zielrichtungen der Gesetzesgrundlagen durchaus konträr. Das SGB II betont den Grundsatz des Förderns und Forderns und die Handlungsmaxime ist auf die Eingliederung in Arbeit ausgerichtet. Damit unterscheidet es sich vom SGB IX, das von einem umfassenderen Teilhabebegriff ausgeht, der auch die ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung umfasst und bei dem der Gedanke einer leidensgerechten und vor allem dauerhaften Eingliederung im Vordergrund steht (vgl. Rauch u.a. 2008: 5; Bieback in Gagel § 1; Rd.Nr. 33).

Neben den in § 33 SGB IX geregelten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind für die Gruppe der psychisch kranken SGB-II-Leistungsberechtigten auch die in § 38a geregelte „Unterstützte Beschäftigung“ sowie die in den §§ 39ff. SGB IX geregelten Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen relevant.

Unterstützte Beschäftigung nach § 38 a SGB IX greift dabei langjährige Forderungen auf, Förderleistungen vom in Deutschland üblichen Prinzip „erst qualifizieren, dann platzieren“ auf den Grundsatz „erst platzieren, dann qualifizieren“ („Supported Employment“⁴⁴) umzustellen (vgl. ausführlich Doose 2007 sowie Kapitel 2.5). Sie wurde Ende 2008 gesetzlich verankert. Nach § 38 a SGB IX erhalten Leistungen zur individuellen betrieblichen Qualifizierung und zur Berufsbegleitung diejenigen, die zur Stabilisierung und Sicherung ihrer beruflichen Teilhabe auf Unterstützung durch geeignete Fachdienste angewiesen sind. Behinderte Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf sollen auf Arbeitsplätzen in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes mit der Perspektive eines dauerhaften Arbeitsverhältnisses qualifiziert werden. Im Rahmen eines „Job Coachings“ soll ein behinderter Mensch durch einen Trainer auf einem Arbeitsplatz eingearbeitet und unterstützt werden. Die individuelle betriebliche Qualifizierungsphase dauert bis zu zwei Jahre und kann im Ausnahmefall um ein weiteres Jahr verlängert werden (vgl. im Einzelnen Düwell 2009; Knittel 2012). Nach der Maßnahme besteht, wenn erforderlich, ein Rechtsanspruch gegenüber den Integrationsämtern auf weitere Berufsbegleitung.

Für einen Teil der SGB-II-Leistungsberechtigten - u.a. für den Personenkreis mit schwereren und chronischen psychischen Erkrankungen - stellt sich die Frage, inwieweit eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) geeignet wäre. Für diejenigen, die „wegen Art und Schwere der Behinderung nicht oder noch nicht wieder auf dem

⁴⁴ Eine Vielzahl von Untersuchungen (vgl. z.B. Bejerholm u.a. 2015, Bond u.a. 2008, Catty u.a. 2008, Becker u.a. 2007) belegt die Wirksamkeit dieses Ansatzes hinsichtlich der Wiedereingliederungsquoten in Arbeit. Allerdings ist die Stabilität der Beschäftigungen häufig gering, so ist der Verbleib am Arbeitsplatz mit wenigen Monaten Beschäftigungsdauer oft sehr kurz (vgl. McGurk/Mueser 2004).

allgemeinen Arbeitsmarkt⁴⁵ beschäftigt werden können“ (§ 136 SGB IX), kann die WfbM eine besondere Unterstützung und Begleitung im Rahmen des Berufsbildungsbereichs bieten. Die Zahl der WfbM-Arbeitsplätze ist stark ansteigend, ebenso der Anteil von Personen mit psychischen Erkrankungen in Werkstätten für behinderte Menschen (Gühne/Riedel-Heller 2015: 39). Kostenträger für die Teilnahme am Berufsbildungsbereich der WfbM ist in der Regel die Agentur für Arbeit oder der Rentenversicherungsträger. Allerdings ist die Vermittlungsquote aus einer WfbM auf den „allgemeinen Arbeitsmarkt“ äußerst gering, sie liegt bei unter einem Prozent.

Weitere Angebote

Ergänzend zu den bisher aufgeführten arbeitsmarktpolitischen und sozialen Förderangeboten kommen noch eine unüberschaubare Vielzahl von Maßnahmen im Rahmen von bundes- oder landesweiten Modellprojekten hinzu, häufig mitfinanziert im Rahmen des Europäischen Sozialfonds (ESF) sowie regionale bzw. kommunale Modellprojekte.

Trotz dieser Vielzahl an Maßnahmen kommt Bröker (2011: 13f.) zu dem Ergebnis, dass es praktisch kaum arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit Gesundheitsmodulen gibt. Seiner Ansicht nach verbleiben Gesundheits- und Arbeitsmarktadministration bei der dringlich anstehenden Förderung der Beschäftigungsfähigkeit dieser gemeinsamen Kundengruppe weiterhin eher passiv und konservativ.

„Es fehlen die Bereitschaft zu sowohl Konkurrenz- als auch Zuständigkeitsdenken überwindender, zielgerichteter Kooperation und der Mut zu erfolgsorientierter und mittel- bis langfristig ausgerichteter Handlungsweise sowie folglich innovativer Konzepte und adressatenspezifische Interventionen, wie etwa die per Gesetz vorgeschriebene Berücksichtigung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten (Settings) für Benachteiligte (ebd.: 14).“

2.7 Relevante Netzwerkpartner und ihre Aufgaben

Die Jobcenter arbeiten bei der Betreuung und Vermittlung von psychisch kranken Leistungsberechtigten - neben den mit den oben genannten Maßnahmen beauftragten Trägern - mit einer Vielzahl von weiteren Institutionen zusammen, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung und Intensität. Zu nennen sind zunächst seitens der gemeinsamen Einrichtungen die Fachdienste der Agenturen für Arbeit (insbesondere Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service), während seitens der zugelassenen kommunalen Träger äquivalent in der Regel mit den Gesundheitsämtern und

⁴⁵ Eine WfbM ist in vieler Hinsicht nicht mit dem allgemeinen Arbeitsmarkt vergleichbar. Die Beschäftigten in einer WfbM stehen gemäß § 138 SGB IX in einem arbeitnehmerähnlichen Rechtsverhältnis. Sie sind somit keine Arbeitnehmer. Auch das Mindestlohngesetz findet dort keine Anwendung.

den sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) kooperiert wird. Daneben bestehen Kooperationsbeziehungen zu den Integrationsfachdiensten, den Rehabilitationseinrichtungen und dem lokalen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem.

Zum besseren Verständnis der Fallstudienresultate sollen im Folgenden die (im Kontext unserer Studie) relevantesten Institutionen und ihre Aufgaben kurz vorgestellt werden.

Fachdienste der BA

Der Ärztliche Dienst (ÄD) der Bundesagentur für Arbeit kann seitens der gemeinsamen Einrichtungen eingeschaltet werden, um gesundheits- und leistungsbezogene Fragen für Arbeitsuchende u.a. zur Vermittlungsfähigkeit, zur Berufseignung oder zur Eignung von Maßnahmen zu klären. Im Jahr 2011 wurden im Rechtskreis SGB II von den gemeinsamen Einrichtungen 265.738 Anträge auf Sozialmedizinische Gutachten gestellt (BA 2013d: 4). Häufigster Auftragsgrund sind „Vermittlungsorientierte Eingliederung/Bildungsmaßnahmen“. Anlässe sind im Wesentlichen die Klärung der Eignung sowie Aspekte der Zumutbarkeit und/oder Leistungsfähigkeit des Klienten bezüglich einer Arbeit bzw. einer Maßnahme zur Eingliederung. Weitere häufige Auftragsgründe sind u.a. „leistungsrechtliche Aspekte“, die Klärung der Erwerbsfähigkeit und „Rehabilitation“ (vgl. BA 2013d: 8).

Der Ärztliche Dienst arbeitet mit unterschiedlich aufwändigen modularen Begutachtungsformen,⁴⁶ wobei etwa die Hälfte aller Begutachtungen mit und die andere Hälfte ohne Einbindung der Klientin bzw. des Klienten stattfindet.⁴⁷ Im Vorfeld einer Sozialmedizinischen Begutachtung können die gemeinsamen Einrichtungen gerade bei komplexen bzw. unübersichtlichen Fallgestaltungen eine Sozialmedizinische Beratung in Anspruch nehmen, was aber selbst bei komplexen Sachverhalten so gut wie nicht genutzt wird (BA 2013d: 12).

Die Gutachten des Ärztlichen Dienstes bestehen - unabhängig davon, ob es sich um eine Begutachtung mit oder ohne Untersuchung handelt - aus zwei deutlich voneinander abgegrenzten Teilen, einem Teil A der „Medizinischen Dokumentation und Erörterung“ und einem Teil B der „Sozialmedizinischen Stellungnahme für den Auftraggeber“ (BA 2014a: 5). Teil A verbleibt in der Akte des Ärztlichen Dienstes und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Teil B wird dagegen an die Fachkraft über-

⁴⁶ Gutachterliche Äußerung und Gutachten nach Aktenlage als Begutachtungsformen ohne Einladung des Klienten bzw. der Klientin. Gutachten mit symptombezogener Untersuchung und Gutachten mit umfänglicher Untersuchung als Begutachtungsformen mit Einladung des Klienten bzw. der Klientin.

⁴⁷ Bei einer erheblichen Spreizung der Verteilung zwischen den einzelnen ÄD. Eine Prüfung der Internen Revision der BA (BA 2013d) in fünf ärztlichen Diensten ergab hinsichtlich des Anteils der Begutachtungen mit Untersuchung des Kunden bzw. der Kundin eine Spreizung zwischen 13 und 78 Prozent.

mittelt. Hier werden aus datenschutzrechtlichen Gründen ausschließlich die integrationsrelevanten Funktionseinschränkungen aufgeführt und sozialmedizinisch diskutiert (BA 2014a: 6).

Die Beauftragung des Ärztlichen Dienstes setzt ein Beratungsgespräch der Fachkraft im Jobcenter mit der Klientin bzw. dem Klienten voraus, aus dem sich die Notwendigkeit zur weitergehenden medizinischen Sachverhaltsaufklärung ergibt. Im Beratungsgespräch sind dem Leistungsberechtigten die Gründe, die eine Sozialmedizinische Begutachtung erforderlich machen, darzulegen und auf seine Mitwirkungspflicht und mögliche Rechtsfolgen hinzuweisen (BA 2014a: 8).

Der Berufspsychologische Service (BPS) der Agenturen für Arbeit kann seitens der gemeinsamen Einrichtungen eingeschaltet werden,

- wenn es beispielsweise um die Abklärung der intellektuellen Voraussetzungen der Klientinnen und Klienten für eine Arbeit, Ausbildung oder Qualifizierung geht,
- wenn es um die Abklärung und die Auswirkungen einer Behinderung geht,
- oder wenn die Fachkraft im Jobcenter Unterstützung bei der Frage sucht, welche Gründe eine Integration in den Arbeitsmarkt erschweren oder verhindern und welche Hilfen zur Integration zielführend sein können (vgl. ausführlicher zu den Aufgaben und Zielen des BPS BA 2014b: 4f.)

Im Jahr 2012 wurden vom BPS rund 55.000 Aufträge aus dem Rechtskreis des SGB II bearbeitet. Bei den Dienstleistungen, die der BPS anbietet, wird nach begutachtenden, standardisierten, beratenden und unterstützenden Dienstleistungen unterschieden. Diese Dienstleistungen sind gegliedert in neun Teilangebote. Mit großem Abstand häufigste Dienstleistung ist die psychologische Begutachtung, die über 80 Prozent aller Aufträge ausmacht (BA 2013e: 9). Relevante Dienstleistungen im Kontext unserer Studie sind daneben noch die Psychologische Beratung (drei Beratungsgespräche des Psychologen bzw. der Psychologin mit der Klientin bzw. dem Klienten), die Fallbesprechung (zwischen Fachkraft und Psychologe bzw. Psychologin) sowie die Gemeinsame Fallbearbeitung (Gemeinsames Beratungsgespräch von Fachkraft, Psychologin bzw. Psychologe und Klient bzw. Klientin).

Voraussetzung für die Einschaltung des BPS ist ein Einverständnis der Klientin bzw. des Klienten. Wird im Rahmen der Dienstleistung ein schriftliches Endprodukt erstellt (z.B. ein Gutachten), wird dieses der Fachkraft zugesandt.

Gesundheitsämter der Kommunen

Dort wo die gemeinsamen Einrichtungen auf den Ärztlichen Dienst zurückgreifen, nutzen die zugelassenen kommunalen Träger die Gesundheitsämter (bzw. die Unteren Gesundheitsbehörden), deren konkreter Aufbau sich regional unterscheidet (vgl. Steen 2005). Angegliedert an die Gesundheitsämter sind in der Regel die sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi). Diese bieten Beratung und Hilfen für Menschen mit (Verdacht auf) Suchterkrankungen, für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen und für

Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zu beiden Institutionen liegen praktisch keine wissenschaftlichen Studien vor (Steen 2005), obwohl eine Vielzahl von Bürgerinnen und Bürgern mit ihnen in Berührung kommt.⁴⁸

Integrationsfachdienste

Weiterhin zu nennen sind die Integrationsfachdienste (IFD), die neben den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern der klassische Dienst für die Vermittlung von Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sind. Im Jahr 2014 gab es ein bundesweites Netz von 195 Integrationsfachdiensten. Die Jobcenter haben die Möglichkeit den IFD unter Anwendung des Vergaberechts⁴⁹ mit der Vermittlung und Begleitung von behinderten Leistungsberechtigten zu beauftragen. Die Zahl der Beauftragungen durch die Jobcenter, wie auch der Agenturen für Arbeit, ist aber stark rückläufig. Zudem zeigen sich deutliche regionale Unterschiede bei der Beauftragung seitens der öffentlichen Arbeitsvermittlung. Lediglich in Niedersachsen, Bremen, Hessen, Bayern - und mit Abstrichen in Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern - bestehen noch nennenswerte Beauftragungsvolumina (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten 2015).

Bildungs- und Rehabilitationseinrichtungen

Weitere wichtige Netzwerkpartner sind die Bildungs- und Rehabilitationseinrichtungen (Berufsförderungswerke, Berufliche Trainingszentren, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen), die im Rahmen der Fallstudien immer dann eine Rolle spielten, wenn in der Fallstudienregion ein entsprechendes Angebot örtlich vorhanden war.⁵⁰

Berufliche Trainingszentren (BTZ) sind regionale, ambulante Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation nach § 35 SGB IX. Sie unterstützen Menschen nach einer psychischen Erkrankung beim Wiedereinstieg in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Dazu begleiten Berufsfachkräfte, Psychologen, Sozialpädagogen und Ergotherapeuten in einem interdisziplinären Team die Teilnehmenden bis zur Integration in Arbeit. Das hier angebotene Leistungsspektrum umfasst im Wesentlichen die Abklärung vorhandener Kompetenzen, Qualifizierungs- und Trainingsmaßnahmen, Arbeitserprobungen und Berufsfindung. Bundesweit gibt es 18 Berufliche Trainingszentren.

Berufsförderungswerke (BFW) sind überbetriebliche Einrichtungen zur beruflichen Ausbildung, Fortbildung und Umschulung erwachsener Menschen mit Behinderung,

⁴⁸ Dies gilt fast in gleichem Maße für die Fachdienste der Agenturen für Arbeit, die in der vielfältigen Literatur zu Beratungs- und Betreuungsdienstleistungen der Agenturen für Arbeit und der Jobcenter allenfalls am Rande Erwähnung finden. Eine Ausnahme stellt die Studie von Oschmiansky u.a. (2014) zu den Kompetenzdienstleistungen (KDL) des Berufspsychologischen Service der BA dar.

⁴⁹ Das Vergaberecht sieht hierfür grundsätzlich die Öffentliche Ausschreibung vor.

⁵⁰ Vgl. zu den Einrichtungen überblicksartig Kostorz 2008: 86ff.; Gühne/Riedel-Heller 2015: 41ff.; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2010: 62ff.

die bereits im Berufsleben standen. Durchgeführt werden in der Regel Umschulungen,⁵¹ die angezeigt sind, wenn aufgrund der Behinderung der erste Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann. Der Bundesverband Deutscher Berufsförderungswerke zählt 28 Berufsförderungswerke mit knapp 100 Standorten deutschlandweit.

Eine Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) versteht sich als Brücke zwischen dem medizinischen und dem beruflichen Bereich und kann stationär oder ambulant arbeiten (Haerlin 2010: 121). Es gibt bundesweit 52 solcher Einrichtungen, die teils nur stationär, teils ausschließlich ambulant und teils stationär und ambulant arbeiten (Gühne/Riedel-Heller 2015: 41). Das Hilfsangebot umfasst in der Regel ärztliche Behandlungen sowie Psycho-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.

Psychiatrische und psychosoziale Versorgungslandschaft

Zur Versorgung von psychisch kranken Menschen steht eine Vielzahl unterschiedlicher gemeindenaher und stationärer Angebote zur Verfügung (vgl. DGPPN 2013: 169-182):

- Im Bereich der ambulanten ärztlichen und nichtärztlichen Versorgung beispielsweise niedergelassene Fachärzte, psychiatrische Institutsambulanzen, niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten, ambulante Soziotherapie, ambulante Ergotherapie und Sozialpsychiatrische Dienste.
- Für Beratung und Begleitung beispielsweise die Gesundheitsämter, Beratungsstellen, gemeinsame Servicestellen und das ambulant betreute Wohnen
- Teilstationäre psychiatrische Tageskliniken
- Vollstationäre Krankenhäuser

Die gemeindepsychiatrische Versorgung soll einen an den individuellen Bedarfen orientierten Zugang zu allen erforderlichen Hilfen psychisch Kranker ermöglichen. Die Gemeindepsychiatrie versteht sich als praktizierte Sozialpsychiatrie und fasst Behandlungs- und Versorgungsansätze zusammen, die die soziale Einbindung und Integration psychisch kranker Menschen in ihr unmittelbares Wohn- und Lebensumfeld zum Ziel haben (Stengler u.a.. 2015). Arbeit und Beschäftigung bilden dabei ein wichtiges Teilhabeziel ab. Das Konzept der gemeindepsychiatrischen Behandlung umfasst somit das gesamte psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Versorgungskontinuum zwischen Prävention, Akut- und Krisenbehandlung sowie Rehabilitation; stößt jedoch gleichzeitig aufgrund unterschiedlicher Rehabilitations- und Kostenträger sowohl leistungsrechtlich als auch konzeptionell an seine Grenzen (Stengler u.a.. 2014).

⁵¹ Berufsbildungswerke, die für die Ausbildung behinderter Menschen zuständig sind, spielen im Zusammenhang mit unserer Studie kaum eine Rolle, da wir explizit nur die Personengruppe der Über-25-jährigen betrachten.

Die Versorgungsdichte unterscheidet sich regional sehr stark, insbesondere zwischen städtischen Ballungsregionen und ländlichen Regionen, aber auch zwischen West- und Ostdeutschland. So herrscht in Ostdeutschland nach wie vor eine deutliche Unterversorgung im Bereich der ambulanten Versorgung psychischer Störungen vor. In den neuen Bundesländern kommen auf 100.000 Einwohner fünf bis acht niedergelassene Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. In den alten Bundesländern sind es zwischen 15 und 26 Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Die höchste Dichte an Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie gibt es in Hamburg (ein Arzt bzw. eine Ärztin auf 6.813 Einwohner), die niedrigste in Brandenburg (1:28.593). Im Bereich der zugelassenen Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen reicht das Spektrum von 1:17.282 im Saarland bis zu 1:867.069 in Brandenburg (Aktion Psychisch Kranke 2004: 60).⁵² Insgesamt ist die Versorgungslandschaft für psychisch kranke Menschen nach Auffassung der „Aktion Psychisch Kranke“ in den meisten Regionen vollkommen unzulänglich entwickelt und das System an Einrichtungen und Diensten in hohem Maße unübersichtlich, „denn auch hinter gleich bezeichneten Einrichtungen und Diensten verbirgt sich ein breites Spektrum unterschiedlicher konkreter Ausgestaltungen, Organisationsstrukturen und konzeptueller Orientierungen (vgl. Aktion Psychisch Kranke 2004: 98).

3 Arbeit und Gesundheit im Leben der Betroffenen

In den folgenden Kapiteln werden die **empirischen Befunde** der Studie vorgestellt und diskutiert. Zunächst war von Interesse, wie sich die Situation von SGB-II-Leistungsberechtigten mit einer psychischen Erkrankung im SGB II gestaltet, von welchen individuellen Problemlagen die Betroffenen berichten und welche Erfahrungen sie mit Arbeit und Arbeitslosigkeit gemacht haben. In diesem Kontext sollte auch der Frage nachgegangen werden, welche Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Gesundheit im Leben der Betroffenen thematisiert wurden.

Wie bereits in Kapitel 1.2 dargelegt, wurden in der vorliegenden Studie SGB-II-Leistungsberechtigte mit einer psychischen Erkrankung befragt. Ausnahmslos alle Befragten befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in Behandlung und stellen somit eine spezifische Subgruppe dar. Im Folgenden wird zunächst kurz auf die gesundheitliche Situation der Befragten eingegangen, um im Anschluss daran die Ergebnisse zu den Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit Arbeit und Arbeitslosigkeit darzulegen und aufzuzeigen, welchen Stellenwert Erwerbsarbeit und der Wunsch nach einer (Re-)Integration einnehmen. Diskutiert werden soll dabei u.a. welchen Einfluss Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit der Betroffenen ausüben.

⁵² Die Datenerhebung stammt aus dem Jahr 1999. Aktuelle Untersuchungen bestätigen die unterschiedliche Versorgungsdichte und die hohen Fallzahlen; vgl. Herpertz u.a. 2011; Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2007.

3.1 Gesundheits- und Lebenssituation der Betroffenen

Alle von uns befragten Patientinnen und Patienten weisen laut Behandlerinnen und Behandlern mindestens eine Diagnose aus einer der vier vorgegebenen Diagnosegruppen nach ICD-10 auf (vgl. Kapitel 2.1). Am häufigsten fanden sich Personen mit einer affektiven Störung (30), des Weiteren gab es Betroffene mit neurotischen Belastungs- oder somatoformen Störungen (16), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (12) sowie einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (7). Knapp die Hälfte der Betroffenen weist eine Doppel- oder Dreifachdiagnose auf. Aus den Einschätzungen der Behandlerinnen und Behandlern geht hervor, dass ein Großteil der hier befragten Patientinnen und Patienten von ausgeprägten psychosozialen Beeinträchtigungen betroffen ist (88 Prozent der Betroffenen hatten einen GAF-Wert <60⁵³). Das durchschnittliche Alter unserer Befragten liegt bei 40 Jahren, ein Großteil von ihnen ist bereits über viele Jahre psychisch erkrankt. So gaben viele Patientinnen und Patienten an, dass erste Symptome ihrer Krankheit bereits in der Schul- und Ausbildungszeit auftraten. Im Durchschnitt ließ sich aus den Angaben der Betroffenen eine Erkrankungsdauer von ca. acht Jahren ableiten.

Anhand der Erzählungen der Patientinnen und Patienten wurde zudem ersichtlich, dass die Lebenssituation zum Zeitpunkt des ersten Auftretens der Erkrankung teilweise von weiteren Problemlagen charakterisiert war (z.B. schwierige Familienverhältnisse, Verlust von nahen Angehörigen, Drogenmissbrauch). Inwiefern problematische Arbeitsverhältnisse oder Arbeitslosigkeit aus Sicht der Patientinnen und Patienten einen Einfluss auf ihre Erkrankung hatten bzw. in welcher Form sich Arbeit und Arbeitslosigkeit umgekehrt auf ihre Erwerbssituation auswirkte, soll in dem folgenden Unterkapitel 3.2 näher diskutiert werden.

Der überwiegende Teil der psychisch kranken SGB-II-Leistungsberechtigten befand sich zum Zeitpunkt der Befragung in einem ambulanten Behandlungssetting, vier nahmen eine teilstationäre Behandlung in Anspruch. An einer beruflichen Reha-Maßnahme nahmen 15 der Befragten teil.

Die Betroffenen beschrieben dabei unterschiedliche Schwerpunkte der einzelnen Behandlungssettings. In einer klassisch ärztlichen Behandlung stehen therapeutische Gespräche und die gesundheitliche Stabilisierung im Vordergrund. Es werden beispielsweise erlebte Situationen reflektiert sowie verschiedene Möglichkeiten und Perspektiven aufgezeigt. Diese Behandlung nimmt laut der überwiegenden Mehrheit der Betroffenen einen wichtigen Stellenwert für sie ein, da ihre Selbstsicherheit gefördert und sie motiviert werden.

⁵³ Der Maximalwert der GAF-Skala (Global Scale of Functioning) beträgt 100 Prozent. Bei einem Wert von 100 geht man davon aus, dass keine Einschränkungen im psychosozialen Funktionsniveau vorliegen. Bei einem entsprechend niedrigeren Wert ist davon auszugehen, dass das psychosoziale Funktionsniveau in den Bereichen Familie, Arbeit, Freizeit und Selbstversorgung beeinträchtigt ist. Bei einem Wert von unter 60 sind massive Beeinträchtigungen zu erwarten.

„Die haben mich eigentlich dann immer wieder auf den Boden zurückgeholt und gesagt, wo ich halt dann wieder übermotiviert bin oder sowas, dass sie eben gemeint hat, dass es halt wirklich nur so Schritt für Schritt geht, genau. Was ich jetzt im Nachhinein auch befürworte, auf jeden Fall.“ [AG 01 01 05]

In beruflichen Reha-Einrichtungen und multiprofessionellen Behandlungssettings wird hingegen das Thema Arbeit fokussierter behandelt. Dies wird vor allem durch die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen, wie Fachärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und Ergotherapeuten ermöglicht (vgl. Kapitel 4.3).

Der Bildungshintergrund der Befragten ist sehr heterogen. Während etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten über eine abgeschlossene Berufsausbildung verfügt und weitere zehn Personen über einen (Fach-)Hochschulabschluss, hatten neun der von uns befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten keinen Ausbildungs- oder vergleichbaren Abschluss. In 13 Fällen wurde von Seiten der Betroffenen berichtet, dass sie eine Ausbildung, Umschulung oder ein Studium abgebrochen hätten. Nicht selten wurde dies in Zusammenhang mit der Erkrankung oder einer derzeitigen Überlastung gesetzt.

Auffällig ist, dass lediglich zwei Personen davon berichteten, verheiratet zu sein und mit ihrem Partner bzw. ihrer Partnerin zusammen zu leben. Die Mehrheit der Befragten war hingegen zum Zeitpunkt der Befragung ledig; acht waren geschieden und zwei Personen lebten von ihrem Partner bzw. Partnerin getrennt. In der Fachliteratur wird dieser Zusammenhang häufig beschrieben. Insbesondere schwer psychisch kranke Menschen sind sozial isoliert, häufig alleinlebend und häufig geschieden (vgl. Parabiaghi u.a. 2006; Social Exclusion Unit 2004).

3.2 Erfahrungen mit Arbeit und Arbeitslosigkeit

Von besonderem Interesse waren die Erfahrungen der befragten Patientinnen und Patienten mit Arbeit und Arbeitslosigkeit. So wurde der Frage nachgegangen, welchen Stellenwert Arbeit in ihrem Leben einnimmt und welche Aspekte sie damit verbinden. Nicht zuletzt wurde in den Interviews ihr Wunsch nach einer Erwerbsaufnahme thematisiert. Im Fokus standen insbesondere auch ihre Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit und der Einfluss auf ihre Gesundheits- und Lebenssituation.

Bisherige Erfahrungen mit Arbeit und deren Stellenwert im Leben der Betroffenen

Die befragten psychisch kranken SGB-II-Leistungsberechtigten haben teils sehr unterschiedliche Erfahrungen mit Arbeit gemacht. Während einige der Patientinnen und Patienten (auch) aufgrund von Schul- und Ausbildungsabbrüchen stets Schwierigkeiten hatten, längerfristig am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen und sich eher in prekären Beschäftigungsverhältnissen wiederfanden (z.B. Praktika, Minijobs, Hilfstätigkeiten), waren andere über mehrere Jahre am Arbeitsmarkt in ihren Ausbildungsberufen aktiv eingebunden (z.B. als Hotelfachfrau, Aufzugsmonteur, Bürokauffrau, Schweißer, Schreiner, Erzieher, Redakteur, Journalist). Diese unterschiedlichen Erfahrungen

spiegeln sich mitunter auch in den Bewertungen von Arbeit wider, die sich in positive und negative Aspekte einteilen lassen.

Positive Aspekte von Arbeit

Ein Großteil der Betroffenen berichtete, dass Arbeit in ihrem Leben stets eine große Rolle gespielt habe und Lebensinhalt gewesen sei. Durch Arbeit hätten sie das Gefühl erhalten, gebraucht zu werden, etwas Sinnvolles zu tun und der Gesellschaft etwas zurückzugeben. Es sei von großer Bedeutung, eine Arbeit zu verrichten, hinter der man stehe und mit der man sich identifizieren könne. Kompetenzerweiterungen, positive Rückmeldungen und Bestätigung für die geleistete Arbeit seien wichtig für das Selbstwertgefühl und könnten den Job zur Erfüllung werden lassen.

Etwa ein Drittel der Befragten betonte, dass sie stets gerne gearbeitet hätten, dass Arbeit für sie „Lebensfreude“ bedeute und dass „ihr Herz an ihrer Tätigkeit gehangen hätte“ [AG 02 01 03]. Aus den Interviews wird auch deutlich, dass es für die Patientinnen und Patienten von großer Wichtigkeit ist, dass die ausgeübte Tätigkeit Freude bereitet, um die beruflichen Anforderungen bewältigen zu können. Darüber hinaus wurde der soziale Aspekt von Arbeit betont. Durch die Einbindung in ein Team und durch den Kontakt zu Kolleginnen und Kollegen entstünde ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und gesellschaftlichen Zugehörigkeit.

„Ich bin irgendwo jeden Tag hingegangen, ich war eingebunden ja in eine Struktur von Mitarbeitern. Darüber sind ja auch viele persönliche Kontakte dann gelaufen. Dieses einfach auch Dazugehören. Ich gehöre dazu. Ja zur arbeitenden Bevölkerung. Ich gehöre zu dieser Gruppe, ich gehöre in diese Abteilung, zu diesem Team an Mitarbeitern und hab ja auch durchaus positive Rückmeldungen bekommen.“ [AG 06 01 01]

Genannt wurden weiterhin strukturgebende Elemente von Arbeit, wie Tagesstrukturierung, Kontinuität und Regelmäßigkeit sowie die gesundheitsförderlichen Aspekte einer Berufstätigkeit. Auch der finanzielle Aspekt von Arbeit war für den Großteil der Befragten wesentlich. Ihr Bestreben war es mehrheitlich, selbst für ihren Lebensunterhalt aufkommen zu können, unabhängig von staatlichen Transferleistungen zu leben und somit mehr Gestaltungsfreiräume zu erhalten.

„Na, Hoffnung ist natürlich auch sein Leben gut bestreiten zu können, unabhängig bestreiten zu können. Arbeit bedeutet ja letztendlich Unabhängigkeit und ein gutes Leben also zu haben, weil man Geld verdient.“ [AG 05 01 05]

Negative Aspekte von Arbeit

Neben dem hohen Stellenwert, dem Arbeit von einem Großteil unserer Befragten zugemessen wurde und den damit verbundenen positiven Aspekten, wurde aber auch von negativen Erfahrungen mit Arbeit berichtet bzw. eine Ambivalenz gegenüber der Rolle von Arbeit im eigenen Leben deutlich. Darin spiegelte sich mitunter auch wider, dass einige der Befragten häufig in prekären Beschäftigungsverhältnissen tätig waren. Mehr als die Hälfte der Befragten gab beispielsweise an, dass der früher erlebte

Arbeitsdruck und ein hohes Arbeitspensum eine große Belastung dargestellt hätten und Ursache für die psychische Erkrankung gewesen seien bzw. diese verstärkt hätten. Es wurde in diesem Zusammenhang insbesondere auch auf die negativen Auswirkungen von Nacht- und Schichtdiensten hingewiesen, zumal einige der Betroffenen aufgrund ihrer psychischen Beschwerden bereits große Probleme mit der Tagesstrukturierung hatten.

„Also ich habe im Sicherheitsdienst gearbeitet. (...) Das ist schwierig. (...) Weil ich jetzt schon Probleme habe mit dem Tagesrhythmus. Also ich habe, also bei mir werden jetzt gerade momentan die Medikamente auch umgestellt. Weil ich halt morgens mein absolutes Tief habe. Ich schlafe auch kaum. [...] Und wenn ich dann immer nur zwei Stunden am Tag schlafe oder abends, das ist nicht viel und da bin ich halt am nächsten Tag ziemlich down.“ [AG 05 01 04]

Auch Überstunden, Wochenendarbeit, Pendeln, Arbeitsdruck, Stress, unregelmäßige Pausenzeiten und zu seltene oder zu geringe Erholungsphasen begünstigen laut Aussagen der Betroffenen das Entstehen einer psychischen Erkrankung:

„Also die Firma war nicht mehr in der Lage, ihre Kunden zu bedienen, sag ich mal so. Also, die hatten einfach zu wenige Monteure für viel zu viel Arbeit. Und das hieß dann für mich auch mal an einem Sonnabend arbeiten, und Freitag, und dann hat sich das gar nicht mehr gelohnt, die 500 Kilometer nach Hause zu tüddeln, und wieder zurück, bloß um die Wäsche zu waschen. Und das hat dann halt auf Dauer so geschlaucht. Da ging nichts mehr.“ [AG 01 01 07]

Als weitere enorme Belastung wurde von einigen der Befragten die geringe Vergütung der geleisteten Arbeit beschrieben, die dazu führen konnte, einen Zweitjob annehmen zu müssen, um finanziell über die Runden zu kommen.

„Durch die hohe Belastung im Büro, wenn man fünf Tage die Woche im Büro sitzt, dann noch einen Zweitjob machen muss, um mit drei Kindern über die Runden zu kommen, ist das schlecht machbar. [...] ‚Und Sie schaffen das doch noch‘. ‚Ach Mensch, wenn Sie das geschafft haben, schaffen Sie das auch noch.‘ Natürlich, dann war man aber nicht acht Stunden im Büro, dann war man noch mal ein bisschen länger im Büro, und dann musste ich immer nur zusehen: ‚Ach, komme ich auch noch zu dem zweiten Job?‘“ [AG 02 01 01]

Ständig wechselnde Vorgesetzte oder Teamleitungen, aber auch ständig wechselnde Jobs erzeugten bei den Betroffenen ein starkes Belastungsgefühl sowie ein Gefühl von Unsicherheit, da vertraute Abläufe und Routinen dadurch außer Kraft gesetzt würden. Gerade das Arbeiten in Zeitarbeitsfirmen wurde vor diesem Hintergrund von einigen Betroffenen als überstrapazierend beschrieben.

„Also es waren Sachen dabei, eben wie diese Zeitarbeitsfirmen, wo man halt von Anfang an wusste, es geht nicht lange. [...] Und dann war dann irgendwie wieder das Gefühl, was kommt als nächstes und schaffe ich dann das Nächste.“ [AG 06 01 06]

Ebenfalls mehrfach beschrieben wurden Erfahrungen mit Mobbing im Kontext der Berufstätigkeit. Aber auch unklare Kommunikation über weiterführende Beschäftigungen und damit einhergehende Enttäuschung bei Entlassung, Nichtverlängerung oder Nichtübernahme, was eine Verstärkung der psychischen Beschwerden zur Folge hatte, wurden häufig erwähnt.

„Und da kam die Kündigung auch aus heiterem Himmel. Ich habe das, was (sie vorher), was die Chefin da immer schon so vorher gesagt hat, ja, der junge Mann, der hier halt vorher als Gärtner gearbeitet hat, der hat sich für den Winter immer was anderes gesucht. Das ist bei mir nie angekommen. Also ich hätte die klare Aussage gebraucht, Sie können hier arbeiten bis Oktober, dann ist hier nichts mehr los, dann gucken Sie, wo Sie was anderes dann finden und ab März oder Februar oder so können Sie dann wieder bei uns einsteigen. Und dann, ja, also diese Kündigungen, das war schon immer blöd.“ [AG 07 01 04]

Als besonders negativ erlebten die Betroffenen, wenn sie einen Job annehmen mussten, der entweder unter ihrem (Qualifikations-)Niveau lag oder dem sie sich nicht gewachsen fühlten. Da aus Sicht der Betroffenen das Jobcenter in der Regel solche Tätigkeiten vermittelt, fühlten sich die Befragten gezwungen, diese anzunehmen. Die Diskrepanz zwischen Anforderung und eigenen Ressourcen führte dann zu negativen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf.

„Ich habe dann einfach auch in den 7 Jahren auch immer wieder Jobs angenommen, ja, das klingt jetzt blöd, aber die unter meinem Niveau waren. Ich habe als Zimmermädchen in einem Gasthof gearbeitet, wo ich (...) Klos putzen musste und verdreckte Matratzen - also fragen Sie mich nicht, wie die ausgesehen haben; für wenig Geld und musste dann auch noch die privaten Blusen meiner Chefin bügeln.“ [AG 05 01 02]

Aber auch mangelnde Anerkennung und das Gefühl, nicht ernst genommen zu werden, spielten für die psychisch Erkrankten eine zentrale Rolle.

„Ja, weil ich hatte immer so das Gefühl, ja ich war immer der Letzte, der macht den Dreck weg, und dann ist gut. Also richtig was beigebracht? Ich weiß nicht, richtig gelernt habe ich da eigentlich nichts. (...) Ich war mehr der kleine Helfer, so der nebenbei so gelaufen ist. Andere haben das immer alles irgendwie gekriegt, diese Zuwendung, oder praktisch diese Aufmerksamkeit. Ich habe immer irgendwie nur danebengestanden. (...) Ich habe mich nicht ernst genommen gefühlt.“ [AG 03 01 03]

Nur fünf der Befragten äußerten, dass die psychische Erkrankung per se eine berufliche Tätigkeit erschweren würde. Aufgrund der psychischen Einschränkungen käme es bei ihnen zur Überforderung im Beruf, zu einem großen Belastungserleben sowie zu Berufsabbrüchen. Die Betroffenen schilderten, dass sie gern mehr leisten würden, sich dazu aber infolge der Erkrankung momentan außerstande fühlen würden. Der ohnehin als anstrengend erlebte Arbeitsalltag werde durch die psychische Erkrankung zusätzlich erschwert und verstärke den Druck auf die Betroffenen.

In der folgenden Tabelle sind noch einmal die positiven und negativen Aspekte von Arbeit aus Sicht der befragten psychisch kranken SGB-II-Leistungsberechtigten zusammengefasst.

Tabelle 4
Positive und negative Aspekte von Arbeit

Positive Aspekte	Negative Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsförderliche und stabilisierende Wirkung • Sinnstiftung • Anerkennung und Bestätigung • Stärkung des Selbstwertgefühls • Selbstverwirklichung • Finanzielle Unabhängigkeit • Kompetenzerweiterung • Soziale Integration • Tagesstrukturierung • Kontinuität 	<ul style="list-style-type: none"> • Zu hohe Arbeitsanforderungen • Zeitdruck • Zu wenig Handlungsspielraum • Nacht- und Schichtdienste • Überstunden, Wochenendarbeit • Springertätigkeiten • Niedrig qualifizierte Tätigkeiten • Zu wenig Unterstützung • Befristete Arbeitsverträge • Geringe finanzielle Vergütung und deshalb Erfordernis einer 2. Beschäftigung • Angst vor Arbeitsplatzverlust • Ständig wechselnde Vorgesetzte • Mobbing • mangelnde Anerkennung

Quelle: Eigene Darstellung

Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit

Durchschnittlich waren die befragten psychisch kranken SGB-II-Leistungsberechtigten bereits seit fünf Jahren arbeitslos, wobei sich hinsichtlich der Dauer eine große Varianz feststellen ließ. Eine Person war beispielsweise bereits seit 1996 arbeitslos. Die Befragten haben mehrheitlich die negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit thematisiert, die meist spiegelbildlich zu den positiv hervorgehobenen Aspekten von Arbeit standen.

Negative Aspekte von Arbeitslosigkeit

Jeder fünfte Befragte gab an, dass Arbeitslosigkeit enorme Auswirkungen auf das Wohlbefinden und Selbstwertgefühl habe.

„Und wenn ich in Arbeit bin, also da geht es mir so gut, da bin ich gesund, da bin ich fit, da macht mir das Spaß, aber wenn man dann zu Hause ist, fällt einem die Decke

auf den Kopf. Man weiß halt, man muss irgendwo wieder hingehen, wie aufs Arbeitsamt, ist angewiesen halt, auf fremde Gelder, und man wird auch, also man fühlt sich wirklich so klein, so ganz klein mit Hut.“ [AG 01 01 03]

Ohne geregelte Aufgabe fällt es den meisten Betroffenen schwer, morgens aufzustehen, sich selbst zu motivieren, den Tag zu strukturieren und das Gefühl zu haben, etwas Sinnvolles zu tun.

„Du musst dich halt selber irgendwie versuchen zu motivieren und das ist halt nicht so einfach, wenn du halt weißt, du hast irgendwie keine Aufgabe, dann liegst du halt auch viel einfach zuhause rum und machst halt nichts. [...] Wieso steht man überhaupt auf, wenn man eigentlich den ganzen Tag nichts mit sich anzufangen weiß? Man braucht ja irgendeine Aufgabe, dass man sich auch gut fühlt und dass man Erfolge hat und das hat man halt aber nur, wenn man eine Arbeit hat, die halt einen nicht überfordert und aber auch nicht unterfordert.“ [AG 01 01 01]

Viele der Befragten erleben durch die Arbeitslosigkeit ein Gefühl von Abhängigkeit und mangelnder Selbstwirksamkeit, was dazu führt, dass ihr Selbstwertgefühl darunter leidet. Zudem sehen sie sich mit Vorurteilen und Stigmatisierungen konfrontiert, die das Wohlbefinden stark beeinträchtigen. Vor allem die von den Betroffenen als ausweglos erlebte Situation, aufgrund der psychischen Erkrankung niemals eine dauerhafte Anstellung zu bekommen, belastet sie mitunter stark.

„Ich bin auch aggressiv geworden über diese Ignoranz der Leute. Also auch so zu tun wie, wer Arbeit will, kriegt Arbeit. Oder das sind alles Sozialschmarotzer. Das stimmt nicht! Die Schmarotzer gab es immer. Die, die wird es immer geben und die gab es immer. Die, die, die ändern sich gar nicht. Aber dass man sich dann auf diese Leute einschießt oder dass man damit nicht offen umgehen kann, das ist einfach g r a u s a m. Und man zieht sich immer mehr zurück und man traut sich nicht mehr und man fühlt sich vor allem selbst auch noch schuldig. Und das finde ich ganz furchtbar.“ [AG 05 01 05]

„Eine Zeit lang arbeitslos zu sein, das ist nicht so das Problem. Aber zu wissen, dass sich dann an der Situation wahrscheinlich so nichts mehr ändern kann, das ist das Eigentliche, was dann auch ein bisschen (...) ja, runterzieht, kann ich mal sagen.“ [AG 02 01 06]

Einige der befragten psychisch Erkrankten zeigten sich nach anhaltenden negativen Erfahrungen im Berufsleben desillusioniert und glaubten nicht mehr daran, dass sie trotz ihrer Erkrankung in einem Beruf arbeiten können, der ihnen Freude macht. Aus diesem Grund waren sie zunehmend bereit, ihre Ansprüche an eine Tätigkeit immer weiter zu reduzieren. Dadurch entfernen sie sich immer weiter von dem, was ihnen nach eigener Ansicht gut tun würde.

„Ich bin jetzt weiter bei mir in [ORT ANONYMISIERT] jetzt schon vorige Woche unterwegs gewesen, weil, ich habe so den Eindruck, dass ich immer mehr Abstriche

mache, von dem, was ich an Bewerbungen früher gemacht habe. Ich wollte zuerst eigentlich im KFZ-Bereich bleiben, Vollzeitstelle haben, das hat nicht geklappt. Und jetzt bin ich schon so weit, also und dann normale Lagertätigkeiten, da habe ich auch schon die Abstriche gemacht und jetzt mache ich die Abstriche, was sie mir vom Jobcenter vorgeschlagen hat, dann 450 Euro Job zu nehmen und da habe ich dann gesagt, wenn ich dann irgendwohin fahre, es bleibt ja dann nur 160 Euro, was dann übrigbleibt, ne?“ [AG 02 01 02]

Oft thematisiert wurde auch die krankmachende Wirkung von Arbeitslosigkeit, bzw. Arbeitslosigkeit als Ursache für die Entstehung oder Verstärkung der psychischen Erkrankung.

„Also das gehört auch zu meiner Geschichte, dass ich durch diese Arbeitslosigkeit, ja, einfach depressiv wurde, Panikattacken bekommen habe, extremste Existenzängste, wenn du alles verlierst, also ich habe jetzt sieben Jahre lang mein Ersparnis aufgebraucht, es ist alles weg, ich musste meine Lebensversicherung aufgeben und das, wenn, ich bin alleinstehend, habe auch keine Kinder, habe auch in meiner Familie keinen, keinen finanziellen Rückhalt, also dass jemand mir helfen könnte und das ist schon extrem schwer.“ [AG 05 01 02],

Insgesamt wurde Arbeitslosigkeit von den meisten Befragten als extrem negativ erlebt mit massiven Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit. Dabei spielten auch die mit der Arbeitslosigkeit verbundenen finanziellen Einschränkungen eine große Rolle. Die SGB-II-Leistungen reichten nach Aussagen der Befragten gerade so zum Überleben. Geld für Unternehmungen blieb entsprechend nicht übrig, was soziale Kontakte und soziale Integration erschwerte und von einigen Befragten als Ausschluss aus sozialen Zusammenhängen bis hin zur sozialen Isolation beschrieben wurde. Zudem sei es gesellschaftlich besonders negativ konnotiert, auf staatliche Transferleistungen angewiesen zu sein.

„Ich fühle mich wohler, das [Geld] von der Rentenversicherung zu bekommen, als vom Jobcenter. Jobcenter klingt (..) ja (..) die sind alle zu faul zum Arbeiten, haben keine Lust zum Arbeiten, und (..) ich kann ja irgendwas machen, also fühle ich mich viel kleiner.“ [AG 01 01 03]

„Dann lernt man auch mal nette Leute kennen, alles ganz toll, aber die haben keine Lust jeden Tag bei mir auf dem Sofa zu sitzen, Kaffee zu trinken oder mit meinem Hund um den Block zu laufen. Die wollen was machen. (...) Die wollen mal Essen gehen, ich will auch mal Essen gehen, ja. Man will mal ins Kino gehen, ich habe aber die Kohle dafür nicht, so einfach. [...] So, und das gucken sich die Leute eine ganze, mal eine Zeit lang an und dann sind sie genervt, ja, das ist, ist einfach so. Man kann einfach nicht mithalten.“ [AG 04 01 08]

Positive Aspekte von Arbeitslosigkeit

Fünf Betroffene betonten aber auch den entlastenden Effekt von Arbeitslosigkeit und die damit einhergehenden positiven Auswirkungen auf das Wohlbefinden. Der durch

die Arbeit erlebte Druck wäre verschwunden, sie fühlten sich entlastet, freier und konnten die gewonnenen Ressourcen z.B. für Rehabilitationsmaßnahmen einsetzen.

„Also ich würde sogar sagen, zum einen positive Sachen, weil ich dadurch [durch die Arbeitslosigkeit] halt Zeit habe für mich selbst. Ja halt, weil man die auch braucht, also während, ja während der Reha. Also ich sehe jetzt im Moment mich nicht unbedingt so zur negativen Seite.“ [AG 07 01 02]

„Also ich bin jetzt erst mal froh, dass ich momentan nicht arbeiten muss. Dass ich auch den Druck nicht habe momentan. Dass der erst mal rausgenommen ist.“ [AG 05 01 04]

In der folgenden Tabelle sind noch einmal zusammenfassend die negativ und positiv erlebten Auswirkungen von Arbeitslosigkeit aus Sicht der befragten Patientinnen und Patienten dargelegt.

Tabelle 5
Negativ und positiv erlebte Auswirkungen von Arbeitslosigkeit

Negativ erlebte Auswirkungen	Positiv erlebte Auswirkungen
<ul style="list-style-type: none"> • Soziale Isolation • Psychische Probleme und Destabilisierung • Psychosoziale Belastung • Mangelndes Selbstwirksamkeitserleben • Minderwertigkeitserleben • Stigmatisierung • Finanzielle Schwierigkeiten • Verlust fester Zeitstrukturen • Statusverlust 	<ul style="list-style-type: none"> • Mehr Zeit • Entlastung

Quelle: Eigene Darstellung

3.3 Der Wunsch nach einer Tätigkeit in der momentanen Lebenssituation

Abschließend wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die Befragten sich eine Tätigkeit in der momentanen Lebenssituation wünschen und vorstellen können. Die überwiegende Mehrheit der befragten Patientinnen und Patienten äußerten, auch in ihrer momentanen gesundheitlichen Lebenssituation gerne arbeiten zu wollen, da sie etwas erreichen möchten in ihrem Leben, nicht länger untätig zu Hause sitzen wollen und ihr eigenes Geld verdienen möchten.

Besonders groß war dabei der Wunsch nach einem unbefristeten Arbeitsvertrag. Wie viele der Befragten jedoch berichteten, würde nach Beendigung von Rehabilitationsmaßnahmen oder Arbeitsgelegenheiten (AGH) oftmals keine Übernahme erfolgen. Sollte es ihnen doch gelingen, eine Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu bekommen, dann hatten sie die Befürchtung, am Ende der Probezeit entlassen oder nur in Leiharbeitsfirmen mit Kurzzeitverträgen angestellt zu werden. Keine sichere Perspektive zu haben, erlebten die Betroffenen als äußerst emotional belastend: *„Ich wünsche mir so sehr einen unbefristeten Arbeitsvertrag. Immer nur befristete Verträge nerven.“* [AG 04 01 04]

Einige wenige Befragte erlebten durch die psychische Erkrankung massive Einschränkungen in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit. Eine Vollzeitbeschäftigung stellt für sie eine unüberwindbare Herausforderung dar, deren Bewältigung sie sich nicht zutrauen. Trotzdem äußerten sie den Wunsch, zumindest auf Teilzeitbasis oder stundenweise arbeiten zu wollen.

„Ich bin mir durchaus bewusst, dass ich von heute auf morgen keine Achtstundenschicht machen kann irgendwo. Aber zumindest stundenweise, das möchte ich schon gerne machen, ja. Weil, ansonsten hat sich die Situation ja nach wie vor nicht verändert und zuhause sitzen, das ist nicht mein Charakter.“ [AG 02 01 02]

Eine ähnliche Anzahl an Befragten gab an, momentan aufgrund der psychischen Einschränkungen nicht in der Lage zu sein, zu arbeiten. Für sie stand zu diesem Zeitpunkt die Genesung im Vordergrund, erst danach könnten sie sich wieder mit dem Gedanken an Arbeit beschäftigen:

„Also momentan ist es für mich eigentlich wichtiger, dass es mir mal erst mal besser geht und dass sich meine gesundheitliche Situation stabilisiert. Und das wäre dann der nächste Schritt. [...] Momentan ist halt Arbeiten oder mehr arbeiten gar nicht möglich für mich. Also schon gar nicht denn in dem Bereich, den ich früher gemacht habe.“ [AG 05 01 03]

Der Wunsch nach Arbeit wird beeinträchtigt durch die Angst der psychisch Erkrankten, dem Druck auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht standhalten zu können, die Anforderungen nicht erfüllen zu können und dadurch möglicherweise einen Rückfall zu erleiden. Hier wurden häufig Unsicherheit, Zweifel und die Angst vor einem (erneuten) Scheitern benannt.

„He he, auf der einen Seite sehr groß, weil ich aus der, aus der Lage der Arbeitslosigkeit raus möchte, der ewigen Geldnot, der Abhängigkeit, äh, ich möchte mein eigenes Geld verdienen, ich möchte selber etwas dafür tun. Auf der anderen Seite bin ich im Moment sehr sehr verunsichert, was kann ich leisten, äh, dadurch, dass ich in, meiner Erkrankung, im Moment in einer Phase bin, na ja ich bin hier in der Tagesklinik, also ich, äh, benötige Hilfe, um äh, um äh, im Alltag auch klar zu kommen. Äh, und ich bin eben im Moment sehr verunsichert, wie viel, was kann ich eigentlich schaffen. Ich habe auch sehr Angst, zu scheitern, dass ich wieder was suche, eine Arbeit

aufnahme und äh dann feststelle, ich schaffe es nicht. Da habe ich schon Angst vor, ja.“ [AG 08 01 02]

Aufgrund negativer Erfahrungen, die einige von ihnen früher mit Arbeit gemacht haben, äußerte die Mehrheit der Befragten einerseits die Sorge, wieder zu scheitern und zu versagen, andererseits Sorgen, eine Arbeit verrichten zu müssen, die schlecht bezahlt ist und ihnen dennoch Überstunden abverlangt und sie dadurch überfordert.

„Also ich habe halt sehr große Angst, dass ich wieder irgendwas arbeiten muss, wo ich wirklich halt wieder so ja hart keulen muss und wenig dafür bekomme und dass ich auch vieles nicht unter einen Hut kriege. Und dass ich da einfach wieder nicht richtig funktioniere so, sage ich mal, draußen. Hier in der Klinik geht das ganz gut, bin ich ja bei der Ergotherapie, da habe ich am Montag schöne Adventsgestecke und wenn das dann halt so ohne Zeitdruck oder irgendwie Erwartungsdruck und so geht, dann ist das schon machbar. Aber so diese ganzen Vorfälle von den letzten Jahren, das sitzt einfach noch so tief in mir drin.“ [AG 07 01 04]

Der Wunsch nach einer beruflichen Tätigkeit ist demnach eher mit Angst assoziiert als mit Freude: *„Tja, Wunsch ja, aber wenn ich an den Druck denke, oder, dass dann das wieder schlimmer wird mit der Krankheit, ist es schon so, dass ich sage: ‚Habe ich schon Angst vor.‘ Also eigentlich mehr mit Angst verbunden, als mit großer Freude.“ [AG 02 01 01]*

Ein anderer Klient äußerte, dass er die Hoffnung eine Arbeit zu finden, nach vielen Jahren der erfolglosen Stellensuche aufgegeben habe, auch wenn er nach wie vor gern einer beruflichen Tätigkeit nachgehen würde.

„Ja, eigentlich schon, im Grunde. Aber irgendwie habe ich immer so das Gefühl, mich lässt keiner. Also ich versuche immer mein Bestes da zu geben. Ich habe auch überall, wo ich jetzt gewesen bin - ich habe Praktika gemacht, ich habe Lehrgänge gemacht, habe ich immer gute Resonanzen gekriegt. Die wundern sich auch immer alle, warum ich... ja, mag sein, dass das bei mir auch so ein bisschen die, ja, Eigeninitiative habe ich jetzt inzwischen ein bisschen gelernt, aber ja, ich weiß nicht. Irgendwie habe ich mich auch schon an dieses Leben gewöhnt. Also kann man auch so sagen. Ich meine das geht jetzt über, - ich meine, ich kann ja jetzt mal so in Zahlen mal sagen, - ohne Unterbrechung, wie eben diese Maßnahmen und so, - gehen erstmal zwanzig Jahr um, ne?“ [AG 03 01 03]

3.4 Zusammenfassung

Für die Mehrheit der 43 befragten psychisch kranken Patientinnen und Patienten hat Arbeit und Beschäftigung einen zentralen Stellenwert. Der Wunsch nach einer bezahlten Tätigkeit zum Zeitpunkt der Befragung war groß. Damit verbunden war der Wunsch nach einer sinnvollen und strukturgebenden Tätigkeit, einem Verdienst, von dem sich nicht nur der Lebensunterhalt, sondern auch Hobbys, Freizeit und materielle Wünsche erfüllen lassen, nach Anerkennung und Bestätigung, nach dem Gefühl,

nützlich zu sein sowie sich sozial eingebunden zu fühlen. Allerdings äußerten sich viele Befragte durchaus ambivalent, denn mit beruflichen Tätigkeiten wurden auch negative Erfahrungen, Ängste und Unsicherheiten assoziiert. Arbeit und insbesondere eine hohe Arbeitsbelastung, (unbezahlte) Mehrarbeit, Schichtarbeit, Wochenendarbeit, Leiharbeit, Springertätigkeit, unregelmäßige Pausenzeiten oder häufig wechselnde Vorgesetzte wurden sowohl als krankheitsauslösend als auch krankheitsverstärkend beschrieben. Viele der Befragten hatten Erfahrungen mit Befristungen, Kurzzeitverträgen oder Verträgen in Leiharbeitsfirmen gemacht. Dabei keine sichere Perspektive zu haben, erlebten die Betroffenen emotional als äußerst belastend. Die Betroffenen wünschten sich deshalb eine Arbeit, die zu ihren Interessen und ihrem Anforderungsprofil passt. Viele gaben an, gern in Teilzeit arbeiten zu wollen, um so einer Überforderung vorzubeugen. Notwendig seien ein Verständnis von Kollegen und Arbeitgebern gegenüber der besonderen Situation des psychisch Kranken und ganz individuelle Möglichkeiten am Arbeitsplatz, die Arbeit gut zu bewältigen.

Die Betroffenen betonten die stabilisierende Wirkung von Arbeit einerseits, und die gesundheitlich destabilisierende Wirkung von Arbeitslosigkeit andererseits. Durch Arbeitslosigkeit mangelt es an Tagesstruktur, sinnvoller Beschäftigung, sozialen Kontakten und finanziellen Spielräumen. Die Betroffenen fühlten sich abhängig und minderwertig. Das gesellschaftliche Stigma gegenüber einem „Hartz-IV-Empfänger“, das auf verschiedenen Ebenen zum Tragen käme (Familie, Nachbar, Jobcenter, Medien), verstärkt diese negativen Emotionen weiter. Die Situation verschlechterte sich mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit; Desillusion, Ausweg- und Hoffnungslosigkeit nähmen zu. Nur wenige der Befragten sahen in der Arbeitslosigkeit auch positive Aspekte, dabei ging es insbesondere darum, erst einmal Zeit zu haben, um sich „um sich selbst zu kümmern“ und gesund zu werden.

4 Das Thema Arbeit im ärztlichen und psychologischen Betreuungskontext

In den folgenden Abschnitten soll der Behandlungskontext in den Blick genommen werden. Es interessiert an dieser Stelle in erster Linie die Frage, welchen Raum die Themen Arbeit und Beschäftigung im ärztlichen und psychologischen Betreuungskontext einnehmen. Grundlage dafür bilden die Behandler- und Betroffeneninterviews; gleichzeitig werden relevante Aussagen der Expertinnen und Experten aus dem ärztlichen Versorgungssystem einbezogen, die im Rahmen der Exploration befragt wurden (vgl. Kapitel 1.2). Durch die Befragung von Behandlerinnen und Behandlern aus ganz unterschiedlichen Einrichtungen und verschiedenen Professionen (vgl. ebenfalls Kapitel 1.2) ist es möglich, ein sehr breites Spektrum an Behandlungskontexten abzubilden. Ebenfalls sehr heterogen sind die Behandlungsorte der befragten Patientinnen und Patienten (vgl. wiederum Kapitel 1.2). Diese breite Auswahl erlaubt einen Blick in verschiedene typische Behandlungszusammenhänge der gemeindepsychiatrischen Versorgung, aber, aufgrund des qualitativen Ansatzes, keinesfalls

eine Pauschalisierung der Ergebnisse hinsichtlich des Umgangs mit dem Thema Arbeit in den verschiedenen Behandlungskontexten.

Wenngleich sich die gemeindepsychiatrische Versorgung seit der Psychiatriereform enorm entwickelt hat und viele der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten mittlerweile auf einer breiten Evidenzbasis stehen, ist die soziale, einschließlich der beruflichen Exklusion psychisch Kranker und insbesondere schwer psychisch Kranker immer noch sehr groß (vgl. Gühne u.a. 2016; Gühne/Riedel-Heller 2015). Ein Großteil der Betroffenen ist über viele Jahre arbeitslos und wird in der vorliegenden qualitativen Studie in den Blick genommen. Neben den Jobcentern stellen die verschiedenen Behandlungszusammenhänge, in denen die Betroffenen begleitet werden, ein zentrales Aktionsfeld im Sinne einer verbesserten beruflichen Teilhabe dar. Im Folgenden wird dargestellt, welchen Raum die Themen Arbeit und Beschäftigung in einem breit definierten Behandlungskontext aus Sicht der Expertinnen und Experten (Abschnitt 4.1), der Behandlerinnen und Behandler (Abschnitt 4.2) sowie aus Sicht der befragten Betroffenen (Abschnitt 4.3) einnehmen. Zudem soll deutlich gemacht werden, wer die Themen initial anspricht, welche Themen von Patientenseite von Bedeutung sind und welche Möglichkeiten die Behandlerinnen und Behandler, speziell in der Unterstützung psychisch kranker SGB-II-Leistungsberechtigter, sehen. Zudem wird aufgezeigt, inwieweit die Behandlerinnen und Behandler speziell mit den Grundlagen des Rechtskreises des SGB II vertraut sind (Abschnitt 4.4).

4.1 Stellenwert von Arbeit und Erwerbstätigkeit aus Sicht der befragten Expertinnen und Experten

Die befragten Expertinnen und Experten betonten den hohen Stellenwert von Arbeit in Fachdiskussionen; räumten jedoch gleichzeitig ein, dass sich dieser im Behandlungsalltag kaum widerspiegeln. In diesem Zusammenhang wurde zunächst der fehlende ganzheitliche Ansatz in der psychosozialen Versorgung psychisch Kranker, der für eine langfristige, nachhaltige Stabilisierung notwendig sei, kritisiert. Insgesamt fänden sich eine starke Segmentierung der Versorgung und Schwierigkeiten der Finanzierung. So gäbe es nach Aussagen der Expertinnen und Experten kaum Vernetzungen von Jobcentern und psychiatrischen Institutionen, kaum institutionalisierte Konzeptionen zur beruflichen Teilhabe und keine Kooperationen auf Einzelfallebene (vgl. hierzu ausführlicher Kapitel 6.1). Die einzelnen Akteure würden oft isoliert handeln. Der Dschungel an Zuständigkeiten unter den verschiedenen Leistungsträgern und die große Diversität an Einrichtungen und Angeboten (vgl. Abschnitt 2.6) wird sowohl von den Betroffenen als auch von den Behandlerinnen und Behandlern als kompliziert und undurchsichtig wahrgenommen. Dies gleiche einer oft unüberwindbaren Hürde.

Insbesondere Fachärzten in eigener Niederlassung lasse der enge finanzielle Spielraum in der psychiatrischen Grundversorgung kaum Ressourcen, psychisch kranke Menschen bei der Rückkehr auf den ersten Arbeitsmarkt angemessen zu unterstützen. Auch in den Kliniken seien die finanzierten Zeiten für Vernetzungsarbeit und Eingliederungshilfe viel zu niedrig. Um die knappen Ressourcen, die in Kliniken dafür zur

Verfügung stünden, in Anspruch nehmen zu können, bedürfe es einer Rechtfertigung vor dem Kostenträger. Ärzten und Kliniken seien nach Aussage der Experten deshalb derzeit die Hände gebunden und es führe u.a. auch dazu, dass der Stellenwert des Themas Arbeit im Behandlungsalltag eher gering sei. Zudem sei das Behandlungskonzept eines niedergelassenen Arztes kein ganzheitliches, sondern orientiere sich zunächst an der Symptomatik; das Thema berufliche Teilhabe sei darin oft nicht vorgesehen. Der Stellenwert der beruflichen Rehabilitation in der psychosozialen Versorgung sei stark abhängig von der Berufsgruppe. Während er bei Ärzten gering sei, spiele das Thema in der Sozialarbeit eine weitaus größere Rolle.

Allerdings verwiesen die Expertinnen und Experten auch auf gut entwickelte Regionen. Am ehesten werde das Thema Arbeit im therapeutischen Kontext thematisiert, konkrete Hilfen seien jedoch unter den gegebenen Bedingungen kaum möglich.

4.2 Stellenwert der Thematik Arbeit im Behandlungsalltag aus der Perspektive der Behandlerinnen und Behandler

Die Mehrheit der befragten Behandlerinnen und Behandler verwies entgegen der Annahme der befragten Expertinnen und Experten darauf, dass das Thema Arbeit eine wichtige Säule im Rahmen der Behandlung darstelle. Neben medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung würden psychosoziale Behandlungsangebote und die Unterstützung der (Re-)Integration in Arbeit und soziales Leben einen zentralen Aspekt eines komplexen Behandlungskonzepts darstellen. Das Thema Arbeit werde deshalb regelmäßig thematisiert. Allerdings wurden durchaus Unterschiede zwischen den verschiedenen Professionen und Einrichtungen deutlich. In Rehaeinrichtungen und multiprofessionellen Behandlungssettings spielte das Thema z.B. eine größere Rolle und wurde intensiver verfolgt. Zudem ließen sich in den Beschreibungen der Behandlerinnen und Behandler nicht immer konkrete Ansätze hinsichtlich der Unterstützung in Arbeit feststellen bzw. waren diese vom jeweiligen Einrichtungskontext und dem „Auftrag“ abhängig.

Die überwiegende Mehrheit der befragten Behandlerinnen und Behandler machte jedoch zunächst deutlich, dass die Thematisierung von Arbeit im Behandlungsalltag viel Raum einnehme und als dominierendes Thema neben Partnerschaft, Familie und Freizeit wahrgenommen werde.

„Es ist das, was am häufigsten genannt wird, nicht? Also, ein normales Leben, alle wollen ein normales Leben führen (lachend), ist die Frage, was es dann ist, aber da gehört Arbeit sozusagen und Ausbildung eigentlich immer dazu, auch bei Leuten, die schwer krank sind, die sagen oft so was, nicht? Also, das ist eines der zentralen, (...) übergeordneten Ziele“ [AG 07 02 01 Arzt, medizinische Reha]

Gewisse Regularien, wie beispielsweise die Erfassung von verschiedenen Aspekten zu Ausbildung, Berufstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit im Rahmen der Anamneseerhebung im Erstkontakt führe dazu, dass „Arbeit“ schon frühzeitig zum Thema gemacht

werde. Grundsätzlich sei der Zeitpunkt der Ansprache des Themas Arbeit abhängig von der aktuellen Problematik, die den Betroffenen in die Behandlung führe. Einige wenige Befragte aus medizinischen Behandlungseinrichtungen verwiesen darauf, dass Arbeit und Beschäftigung explizit im Behandlungskonzept der Einrichtung integriert seien und ihnen deshalb auch konzeptionell eine große Aufmerksamkeit beigegeben werde.

„Also bei uns nimmt das ein relativ großes Thema ein. Ich kann es Ihnen jetzt also in Prozenten so nicht sagen, aber das liegt an dieser speziellen Konstellation unserer Tagesklinik, die sich über Jahre so entwickelt hat, dass wir die Patienten im Grunde genau mit der Fragestellung bekommen. Sind schon ziemlich lange krank, über Monate schon, äh, stehen kurz vor einer Aussteuerung, sind schon ewig im ALG-II-Bezug und haben eine psychische Erkrankung und äh also neben der medikamentösen psychotherapeutischen Schiene sozusagen des Erkrankungsbildes selbst, ist immer unser Ziel, am Ende die Frage zu beantworten, wo kann es denn dann hingehen.“
[AG 08 02 05 Arzt, psychiatrische Tagesklinik]

Bei Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation stehe die beruflich orientierte Beschäftigung der Teilnehmenden per se im Fokus. Hier finde eine gezielte und nach Möglichkeiten realitätsnahe Vorbereitung mit verschiedenen - an den individuellen Bedarfen der Teilnehmenden ausgerichteten - Möglichkeiten auf den Arbeitsmarkt statt. Solche Einrichtungen seien oftmals als Übungsfirmen zu verstehen.

„Wir nennen das Trainingsbereiche. Wir haben also wie jede Firma eine Fachabteilung, einen Trainingsbereich Wirtschaft, Verwaltung. Wir haben einen Bereich Hauswirtschaft, Dienstleistungen, einen Gestaltung und einen Handwerk, Technik. Und der Teilnehmer, so heißen die Menschen bei uns, (...) klärt mit uns im Erstgespräch seine beruflichen Ziele aufbauend auf seiner bisherigen Erwerbsbiographie und dann erfolgt mit dem Teilnehmer eine Zuordnung zu einem dieser Trainingsbereiche und das ist dann für einen gewissen Zeitraum der feste Arbeitsplatz für diesen Menschen. Das heißt, er kommt Frühs, geht auf Arbeit, hat seine Kollegen, muss mit Vorgesetzten klarkommen, die Arbeitszeiten planen, Prioritäten. Also bei uns ist die Methode Arbeit, praktische Arbeit so real wie möglich. Also rein, wenig, kaum Übungsaufgaben standardisiert. Und dadurch trainieren wir halt, sage ich mal, die Arbeitnehmerrolle, die Schlüsselqualifikationen, wir stärken das Selbstvertrauen, die Dinge, die einfach, was so landläufig unter Stabilität und Belastbarkeit bezeichnet.“ [AG 01 02 01 Psychologe, berufliche Reha]

Dabei gehe es weniger um die Tätigkeit selbst, sondern um das „Tun“. Die Schwierigkeiten und Problemlagen der Betroffenen lägen weniger in der fachlichen Qualifikation, sondern viel häufiger und vordergründiger in der Belastbarkeit, in der Konzentrationsfähigkeit oder den Bereichen sozialer Fähigkeiten. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Einrichtungen verstehen sich als Begleiterinnen und Begleiter; Ziel ist, wie auch in allen anderen gemeindepsychiatrischen Behandlungszusammenhängen, die Betroffenen für ein unabhängiges Leben in der Gemeinde zu stärken; der

Fokus liege hierbei auf einer beruflichen Beschäftigung im günstigsten Falle auf dem ersten Arbeitsmarkt.

„Unser Ansatz ist bestenfalls, dass der Mensch selber ins Tun kommt. Das heißt, vermitteln ja, aber ich würde es ein Stückweit sehen, begleiten. Fachlich professionell begleiten und mit dem gemeinsam im Team/ Wir arbeiten mit unseren Menschen, die zu uns kommen, auf Augenhöhe. Wir arbeiten (...) in so einer Dreierkonstellation, beruflicher Trainer, Psychologe und Teilnehmer, um dort gemeinsam immer zu gucken und zu reflektieren, was sind jetzt die nächsten sinnvollen Schritte. Und bestenfalls ist unser Anliegen, dass die Menschen selber ins Tun kommen, dass die selber das hinkriegen, sich zu bewerben, dass die selbst hinkriegen zum Vorstellungsgespräch zu gehen und eben wir das wirklich nur begleiten und wir das nicht für sie tun müssen.“ [AG 01 02 02 Teamleiter, berufliche Reha]

Das Thema Arbeit spiele im Behandlungskontext bei Neuerkrankten eine größere Rolle als bei bereits längerfristig chronisch psychisch kranken Menschen, doch auch hier würde das Thema nach Aussagen von Behandlerinnen und Behandlern immer mitschwingen. Eine Ausnahme bildet die Wahrnehmung der befragten Betreuer in betreuten Wohneinrichtungen, die dem Thema Arbeit einen deutlich geringeren Stellenwert zugemessen haben. Es ist davon auszugehen, dass in den betreffenden Einrichtungen Betroffene mit besonders schweren und chronischen psychischen Erkrankungen zu finden sind, bei denen eine Erwerbstätigkeit aufgrund mangelnder adäquater Stellenangebote seltener denkbar ist.

Einige wenige Befragte räumten auch ein, dass das Thema Arbeit im stationären Bereich bzw. in akuter Krankheitsphase weniger relevant sei und erst nach erfolgter Stabilisierung der Patientinnen und Patienten wieder fokussiert werde.

Hinsichtlich der Frage, von wem die Thematisierung des Arbeitskontextes ausgeht, äußerten die befragten Behandlerinnen und Behandler, dass dies sowohl von der Behandler- als auch der Patientenseite initial angesprochen werde, insbesondere dann, wenn Arbeit als Auslöser für die psychische Erkrankung erlebt werde. Die befragten Behandlerinnen und Behandler äußerten ihren Eindruck, dass Betroffene, bei denen Arbeit und Beschäftigung nicht sehr lange zurücklägen, eher dieses Thema ansprechen als diejenigen, bei denen die letzte Erwerbstätigkeit schon sehr lange zurückliegt.

Laut der befragten Behandlerinnen und Behandler sind die Fragestellungen, die die Patientinnen und Patienten zum Thema Arbeit in den Behandlungsalltag einbringen, äußerst vielfältig: *„Es fängt an von Mobbing am Arbeitsplatz bis zum Übergang in die EU-Rente, was sich letztendlich auch um Arbeit dreht.“ [AG 05 02 05 Arzt, psychiatrische Ambulanz].* In der folgenden Tabelle 6 findet sich eine Auflistung typischer Fragestellungen mit kurzen Erläuterungen und jeweils einem Beispielzitat aus den vorliegenden Behandlerinterviews.

Tabelle 6
Typische Fragestellungen von Patientinnen und Patienten im Behandlungstag zum Thema Arbeit

Bilanzierung und berufliche Perspektive
<p>Eine große Frage sei die nach der beruflichen Perspektive mit bzw. trotz der Erkrankung. Hieran knüpften sich oft Ängste, die thematisiert werden, aber auch eine gewisse Bilanzierung und Standortbestimmung. Die psychische Erkrankung führe oft zu Verunsicherungen hinsichtlich der beruflichen Leistungsfähigkeit und Ängsten, den Arbeitsanforderungen nicht mehr zu genügen, der Arbeitsbelastung und dem Stress nicht standhalten zu können. Viele Betroffene wünschten sich Hilfe zur Orientierung.</p> <p><i>„Wo komme ich her? Was habe ich in der Arbeit erlebt? Was sind jetzt noch meine Möglichkeiten? Gibt es eine Perspektive? Gibt es keine?“ [AG 02 02 03, Psychologe, psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz]</i></p>
Umgang mit krankheitsspezifischen Problemen im Arbeitskontext
<p>Neben Fragen zur beruflichen Orientierung seien für die Betroffenen oft ganz konkrete krankheitsspezifische Probleme und damit verbundene Fragestellungen und Ängste relevant. Das betrifft zum Beispiel den Umgang mit mangelnder Konzentration aufgrund der depressiven Symptomatik und die Sorge, deshalb die Arbeit nicht zu schaffen oder bestimmte soziale Situationen im beruflichen Kontext, die angstaussendend erlebt werden können. Konkrete Fragen würden sich auch auf Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit beruflicher Tätigkeit beziehen. So würden Betroffene danach fragen, ob sie weiter an Maschinen tätig sein könnten, ob Schichtarbeit sinnvoll sei und in welchem zeitlichen Umfang sie arbeiten könnten.</p> <p><i>„Es geht jetzt zum Beispiel [auch] darum, dass sie sagen, ich kann Stress nicht ab oder ich kann eben schnelle Wechsel nicht ab, ich kann unfreundliche Vorgesetzte nicht aushalten oder zu schnelle Anweisungen, zu viel Wechsel, zu viel Unruhe.“ [AG 07 02 06, Arzt, psychiatrische Ambulanz]</i></p>
Umgang mit der Erkrankung im sozialen Kontext von Arbeit
<p>Ein weiterer Themenschwerpunkt betrifft den Umgang mit der Erkrankung gegenüber potentiellen Kollegen und Vorgesetzten. Inwieweit sollte man sich öffnen? Was sollte man seinem Vorgesetzten, seinen Kollegen sagen und wie werden diese möglicherweise darauf reagieren. Auch hierbei würden laut Behandlerinnen und Behandler Ängste mitschwingen, Angst vor erneutem Jobverlust, Angst vor Diskriminierung, Angst vor Akzeptanzverlust. Für die Betroffenen, die krankheitsbedingt lange nicht gearbeitet haben und auf Arbeitsuche sind, stelle sich die Frage, inwieweit sich die lange krankheitsbedingte Arbeitspause auf die Bewerbungschancen auswirkt.</p> <p><i>"Na ja, wie soll ich einen normalen Job in Führungspositionen kriegen, wenn jetzt die letzten zwei Jahre mit Psychiatrie, Klinikaufenthalt, Langzeittherapie gefüllt sind. Allein der Lebenslauf, was macht der damit, welcher Chef lädt mich überhaupt ein zum Vorstellungsgespräch, wenn er das so liest und so sieht?" [AG 02 02 06, Arzt, psychiatrische Klinik]</i></p>
Krankschreibung, (Teil-)Rente und berufliche Rehabilitation
<p>Psychisch Kranke würden im Behandlungssetting mitunter konkrete Wünsche nach Krankschreibung, (Teil-)Rente oder auch nach Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation, ältere Menschen unter ihnen auch das Thema ehrenamtlicher Tätigkeit, äußern. Psychisch</p>

Kranke würden sich hier v.a. Unterstützung im bürokratischen Dschungel wünschen, sowie um Aufklärung und Informationen zu den Möglichkeiten beruflicher Rehabilitation und Wiedereingliederung bitten.

„[...] und wenn die halt hier bei uns ankommen und aus der Klinik kommen und da aber eigentlich zum Beispiel noch nie was gehört haben, wie das Verfahren läuft, also dass sie zum Beispiel einen Antrag stellen müssen, vielleicht Teilhabe am Arbeitsleben, bevor eine berufliche Reha losgeht und die bewilligt werden muss und so weiter, das erleben wir hier ganz oft, dass die Menschen das noch gar nicht auf dem Schirm haben und diesbezüglich erstmal aufgeklärt werden müssen“ [AG 01 02 02 Teamleiter, berufliche Reha]

Kontaktgestaltung zu Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jobcenter

Ein weiteres Thema im erweiterten Behandlungssetting sei der Wunsch nach Unterstützung im Kontakt mit Jobcentermitarbeiterinnen und -mitarbeitern. Dieser sei oft mit Angst, Unsicherheit und Druck verbunden. Die Betroffenen wünschten sich hierbei Unterstützung bei Gesprächen, Telefonaten und auch im Schriftverkehr. Die Patientinnen und Patienten würden gegenüber den Behandlerinnen und Behandlern auch Probleme im Kontakt mit dem Jobcenter ansprechen.

„Also, wenn es jetzt genau um die Patienten im Arbeitslosengeld II Bezug geht, das ist oft, ist oft verbunden mit Angst, mit Druck [...] mit Wunsch nach Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zum Beispiel mit dem Arbeitsvermittler“ [AG 05 02 06 Sozialpädagogin, psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz]

Umgang mit Arbeitslosigkeit und Erwerbsminderungsrente

Der Verlust von Arbeit sei oft mit einem Identitätsverlust verbunden. Arbeitslosigkeit führe zu einer gewissen Destabilisierung; persönliche Biografie, Lebensperspektive und soziales Umfeld könnten nur unzureichend aufgebaut bzw. erhalten werden. Stellt sich die Frage eines Antrages auf Erwerbsminderungsrente, wird das Thema von den Betroffenen ganz unterschiedlich wahrgenommen. Es gebe Patientinnen und Patienten, die erleichtert seien, andere würden hingegen eine Leere empfinden und die Aussicht auf Erwerbsminderungsrente auch als persönliche Niederlage erleben.

„Ich fühle mich nicht zugehörig; ich muss mich gegenüber meinen Angehörigen regelmäßig verteidigen; ich würde gerne etwas Sinnvolles tun; ich würde gerne eigenes Geld verdienen; ich würde gerne nicht von den Behörden - also in diesem Fall in ganz besonderer Weise den Jobcentern - abhängig sein; ich verbinde Arbeit mit Würde, Respekt, Achtung und Zugehörigkeit.“ [AG 06 02 03 Sozialarbeiter, Wohneinrichtung]

Quelle: Interviews mit den Behandlerinnen und Behandlern

Aus den beschriebenen verschiedenen Fragestellungen heraus ergeben sich die unterschiedlichsten Handlungsfelder für die einzelnen Behandlerinnen und Behandler. Diese sind zunächst in der Aufklärung und Beratung sowie Unterstützung bei Antragstellung für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation und Wiedereingliederung zu verorten. Darüber hinaus seien motivierende Gespräche, aktivierende Ansätze, psychotherapeutische Gesprächs- und Trainingsansätze (z.B. im Rahmen Kognitiver Verhaltenstherapie oder Sozialem Kompetenztraining) indiziert, so die Befragten.

„Und deshalb die mühevollen Arbeit für uns bleibt, Patienten zu motivieren, die Arbeit anders auszugehen, beziehungsweise sich umzustrukturieren und so weiter, die wieder in einen Arbeitsprozess zu bekommen. Und trotzdem gesund zu erhalten. [...]“

Hmm. Na ja, also das Erste ist dann, dass wir im Rahmen der intensiven Therapie, also teilstationäre Tagesklinik-Therapie, die Interaktion beleuchten, deutlich machen, die zu Störungen im Arbeitsbereich führen. Und da vor allen Dingen natürlich die Anteile der Patienten dabei, nicht nur die des bösen Vorgesetzten, sondern auch die Anteile, die ein Patient dabei hat. Und wenn es da gelingt, eine andere Haltung zu bekommen, dann kommt als nächster Schritt dann die Vermittlung in Praktika oder Rehabilitation oder in den ersten Arbeitsmarkt, je nachdem.“ [AG 03 02 04, Psychiater, Psychiatrie]

„Ich mach das in der Form, als dass ich nachfrage, ob er schon mal eine Bewerbung geschrieben hat, ob er aktuelle Annoncen liest. Also ich versuche ihn eher zu motivieren, im Vorfeld ein Bewusstsein zu schaffen, dass sich das lohnen könnte, sozusagen, nach Arbeit zu suchen und versuche dann auch zu klären, wie das einfach gehen könnte. Und im nächsten Schritt setze ich mich nicht mit dem Patienten an den Computer oder schreibe Bewerbungen, sondern das macht bei uns die Sozialarbeiterin, die da oft Vordrucke hat und so etwas und konkret auch ein Stück weiterführen kann. Und ich ermutige die Patienten auch, das in die Gruppe zu bringen. Also wir machen ja viele Gruppengespräche und in der Regel haben dann oft auch Gruppenmitglieder Erfahrungen oder mal noch einen Tipp. Also ich versuche das einfach präsent zu halten, das Thema und dem Patienten aber in eine eigene Handlung zu bringen eher, als dass ich das übernehme.“ [AG 02 02 07 Psychologe, psychiatrische Tagesklinik]

Viele der Befragten sehen sich in einer Vermittlerrolle, in deren Rahmen Kontakte zu relevanten regionalen Partnern, Leistungsanbietern oder -trägern (z.B. spezielle Beratungsstellen, Integrationsfachdienste, Einrichtungen zur beruflichen Rehabilitation) vermittelt bzw. hergestellt werden. Bei den psychisch Kranken im SGB-II-Leistungsbezug würde das vereinzelt auch die Kontaktaufnahme zu den Jobcentern betreffen, sei es, weil es um Formalitäten z.B. in Bezug auf die Sicherstellung von Leistungen oder um die konkrete Fallarbeit geht (vgl. ausführlicher zu Aspekten der Zusammenarbeit Kapitel 6).

4.3 Stellenwert der Thematik Arbeit im Behandlungsalltag aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten

Von Patientenseite wurde mehrheitlich betont, dass für sie in den verschiedenen Behandlungszusammenhängen und ganz besonders im Rahmen einer ärztlichen Behandlung die gesundheitliche Stabilisierung im Vordergrund stehe. Patientinnen und Patienten erwarten von einer ärztlichen Behandlung in allererster Linie eine hilfreiche Psychopharmakotherapie. „Therapeutische Gespräche“ würden häufig dazu beitragen, bisherige Erfahrungen im Kontext von Berufstätigkeit und Erkrankung zu reflektieren. Patientinnen und Patienten erfahren im Behandlungsalltag aber auch Ermutigung und Bestärkung hinsichtlich der eigenen Stärken, um wieder einer geregelten Beschäftigung nachzugehen. Konkrete unterstützende Hilfen für eine berufliche Integration gebe es im Behandlungskontext aber kaum.

In Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, aber auch im multiprofessionellen Behandlungssetting - wie beispielsweise dem einer psychiatrischen Institutsambulanz oder Tagesklinik - werde das Thema Arbeit dagegen regelhafter und von beiden Seiten angesprochen. Einer der Befragten berichtete von einem Gruppensetting, das als sehr hilfreich erlebt wurde:

„Also ich war hier auch in einer Gruppe drinnen, da haben wir dann auch Probleme besprochen, zum Beispiel ja jetzt zwischenmenschliche oder aber auch berufliche Aspekte, dass wieder in den Beruf rein oder da raus und, also das wurde auch besprochen. Das kann man hier auch ja dann nochmal aufs Tape bringen, weil du ja von jedem eine Rückmeldung bekommen kannst, wenn du möchtest. Und die Erfahrungen der anderen zu hören, um selber dann zu gucken, ja passt und man kann sich aus jedem auch was rausnehmen [...]“ [AG 03 01 02]

Unterstützend wirken Einrichtungen beruflicher Rehabilitation und multiprofessionelle Behandlungssettings aus Sicht der Betroffenen z.B. bei Bewerbungstrainings, der Vermittlung in Praktika, Begleitung zum Arbeitsplatz oder in der Etablierung einer Tagestruktur. Oft benannte Ansprechpartner innerhalb dieser Themen sind Ergotherapeuten und Sozialarbeiter.

„Ja, wir haben teilweise einfach mal Bewerbungsgespräche geübt, also einfach auch mal so diesen Gesprächsverlauf so ein bisschen durchgesprochen, was könnte man sagen, wie kann man was formulieren, wie macht man das mit der Körperhaltung. (...) Und viel ging aber natürlich auch darum, mir so ein bisschen Selbstbewusstsein wieder reinzubringen, dass ich mal erkenne, dass ich gar nicht der Versager bin, wie alle anderen Menschen mich immer gesehen haben, wie alle mich immer genannt haben, sondern dass ich eigentlich auch ein bisschen was in meinem Leben geschafft habe und dass ich darauf auch ein bisschen stolz sein kann. Das ist halt so dieser Mut, der mich dann da wieder motiviert hat, also zu sagen, okay, ich bin ja gar nicht so schlecht und ich kann ja auch was.“ [AG 06 01 03]

4.4 Die Rolle des Rechtskreises SGB II im Behandlungsalltag aus der Perspektive der Behandlerinnen und Behandler

Die Behandlerinnen und Behandler äußerten, dass sie grundsätzlich über den Erwerbsstatus ihrer Patientinnen und Patienten und oft auch über die Form der Leistungsbezüge informiert seien. Allerdings sei das Wissen um Rahmenbedingungen und Regularien in Zusammenhang mit dem SGB-II-Bezug sehr begrenzt. Hauptsächlich hinge dies damit zusammen, dass es schwer sei, sich ein differenziertes Wissen aufgrund der Komplexität der sozialrechtlichen Bestimmungen anzueignen. Jedoch werden die notwendigen Informationen in der Verwaltung der jeweiligen Institutionen gezielt erhoben. Einige der Behandlerinnen und Behandler fragen auch im Behandlungssetting nach den Bezügen ihrer Patientinnen und Patienten, um sie evtl. bei der Antragstellung unterstützen zu können. Allerdings falle dies hauptsächlich in den Bereich der Sozialarbeit.

„Ich bin darüber informiert, wir sind auch über die Höhe der Bezüge informiert. Entweder wir kriegen die Info, weil wir die ja irgendwo noch anmelden müssen. Die ganzen Prozesse kennt eher so die Verwaltung oder ich frage die Teilnehmer ganz einfach. Das ist ein offenes Thema, weil es da auch manchmal um Mehrbedarfe geht und was ist das mit den Fahrtkosten und, und, und [...] Da braucht man also ein gewisses Basiswissen.“ [AG 01 02 01, Psychologe, berufliche Reha]

Das SGB II wird insgesamt als kompliziert wahrgenommen; die Komplexität der rechtlichen Rahmenbedingungen, als auch die Abgrenzungen zu anderen Sozialgesetzen, seien sowohl für Behandlerinnen und Behandler als auch für die Betroffenen selbst nur schwer nachzuvollziehen. Der Wunsch nach informativer Aufklärung wurde von einigen Befragten dezidiert geäußert.

„(...) dass ich mir gerne mal vom Jobcenter oder von der Arbeitsagentur selbst eine Infogruppe wünschen würde, weil, ich habe keinen Durchblick. Es gibt so viele Patienten, die hier die verrücktesten Wege gehen müssen und Rente beantragen müssen, dabei wollen sie gar keine Rente, aber sie müssen irgendwie abgesichert sind. Also da steige ich nicht durch. Und das schlimmste ist einfach, dass die Patienten auch nicht durchsteigen und sie natürlich grundsätzlich irgendwie Mitglied des Sozialverbandes sein müssen, damit ihnen überhaupt jemand erklärt, worum es eigentlich geht. So. Und ich finde, es wird immer komplizierter.“ [AG 03 02 03 Ergotherapeut, psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz]

Das SGB II spiele v.a. dann eine Rolle im Behandlungsalltag, wenn es in diesem Bereich in der Erlebenswelt der Betroffenen zu Problemen käme, wenn Ungewissheiten und Ängste, beispielsweise in der Ausgestaltung der Kontakte mit den Ansprechpartnern in den Jobcentern, existieren. Hier würden Behandlerinnen und Behandler konkrete Unterstützung leisten, indem sie diese Probleme in der Therapie thematisieren und die Betroffenen beispielsweise auf anstehende Termine im Jobcenter vorbereiten.

4.5 Zusammenfassung

Während die befragten Expertinnen und Experten betonten, dass das Thema Arbeit in Fachkreisen zwar eine hohe Bedeutung habe, im Behandlungsalltag jedoch bislang eher eine Randfunktion einnehme, gab es durchaus eine größere Gruppe von Behandlerinnen und Behandlern, die das Thema bereits aktuell in den Blick nehmen. Hinsichtlich der konkreten Umsetzung und der Form und Intensität zeigten sich große Unterschiede. Die Spannweite reichte von der bloßen Frage zum Arbeitsstatus, über eine konkretere Besprechung persönlicher Ziele, bis hin zur Ermunterung zur Beschäftigungsaufnahme und der gezielten Unterstützung beispielsweise in Form von Begleitungen zu Terminen beim zuständigen Jobcenter. In Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wird Arbeit per Definition zum Ziel gemacht, aber auch in multi-professionellen Behandlungssettings wie beispielsweise dem einer psychiatrischen

Institutsambulanz oder Tagesklinik wurde das Thema Arbeit regelhafter angesprochen und insbesondere im Rahmen von Ergotherapie und Sozialarbeit fokussiert.

Patientinnen und Patienten erwarten nach Ansicht der Behandlerinnen und Behandler von einer klassischen ärztlichen Behandlung in allererster Linie eine Therapie. Sie profitieren von einer Behandlung durch ein multiprofessionelles Team, da hier unterschiedliche Professionen zusammenarbeiten und insbesondere Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten explizit konkrete Hilfestellungen zum Thema Arbeit und Beschäftigung leisten. Die Fragestellungen zum Themenkomplex Arbeit der Betroffenen in den verschiedenen Behandlungszusammenhängen sind breit gefächert und abhängig von den persönlichen Problemlagen. Von diesen hängt es in der Regel auch ab, wann Arbeit und Beschäftigung von den Betroffenen im Behandlungsverlauf explizit zum Thema gemacht wird.

5 Situation und Betreuung von psychisch Kranken im SGB-II-Leistungsbezug

Im folgenden Kapitel werden die Situation und die Betreuung von psychisch Kranken im SGB-II-Leistungsbezug anhand der vorliegenden Befunde vorgestellt. In diesem Zusammenhang ist zunächst von Interesse, welchen Blick die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter auf die spezifische Gruppe von psychisch kranken Leistungsberechtigten einnehmen. Daran anschließend wird der Frage nachgegangen, wie die Fachkräfte in den Jobcentern psychische Erkrankungen erkennen und in welcher Form sie die Unterstützungsleistungen der Fachdienste der BA bzw. der Gesundheitsämter zur Abklärung in Anspruch nehmen. In einem nächsten Schritt wird der weitere Betreuungs- und Beratungsverlauf und damit einhergehende Herausforderungen aus Sicht der Fach- und Führungskräfte beschrieben sowie die Umsetzung des Prinzips des „Fördern und Fordern“ von psychisch kranken Leistungsberechtigten aufgezeigt. Abschließend sollen die Sichtweisen der Betroffenen sowie der Behandlerinnen und Behandler auf das SGB II sowie die wahrgenommene Unterstützung durch die Jobcenter dargestellt werden.

5.1 Beschreibung der Zielgruppe aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter

Im Rahmen der Fallstudien wurden Fach- und Führungskräfte der beteiligten Jobcenter sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des jeweiligen Ärztlichen Dienstes und Berufspsychologischen Service bzw. des Gesundheitsamtes um eine Einschätzung der quantitativen Bedeutung der Zielgruppe „Psychisch Kranke“ im Rechtskreis SGB II gebeten. Darüber hinaus haben die Befragten im Verlauf der Interviews die Zielgruppe aus ihrer Sicht beschrieben, was Rückschlüsse über ihre Wahrnehmung von psychisch Kranken im Rechtskreis SGB II zulässt.

Quantitative Bedeutung der Kundengruppe „Psychisch Kranke“

Es wird zunächst ersichtlich, dass die überwiegende Mehrheit der Befragten in ihrer subjektiven Wahrnehmung übereinstimmt, dass der Kundenkreis von psychisch kranken Leistungsberechtigten in den letzten Jahren anteilig im Rechtskreis SGB II zugenommen hat. Als eine mögliche Erklärung hierfür wurde von manchen Interviewten auf die verbesserte Arbeitsmarktlage verwiesen, mit der Konsequenz, dass Personen, die „fit“ [03 03 Fallmanager] seien, relativ schnell vermittelt werden könnten, während der „Bodensatz“ [02 06 Gesundheitsamt] verbleibe.⁵⁴

„Lange Verläufe oft, also über zehn Jahre lange Krankengeschichten und sehr, sehr beeinträchtigte Personen. Das ist sowas, was jetzt immer dichter wird im Moment. Aus dem Verlauf würde ich mal sagen, man hat anfangs uns die Fälle vorgestellt, wo man nicht recht wusste, wie es mit dem Arbeitsmarkt werden könnte, aber vielleicht auch eher die, wo man meinte, dass eine rasche Eingliederung gelingen könnte und der Teil ist abgeschöpft. Man dringt jetzt immer weiter durch in immer länger arbeitslose Leute, die wirklich ganz schwer erkrankt sind und ich habe so das Gefühl, das hört sich jetzt negativ an, aber dass der Bodensatz im Moment erreicht ist.“ [07 06 Ärztlicher Dienst]

Des Weiteren äußerten einige der Befragten die Einschätzung, dass Langzeitarbeitslosigkeit und langjährige Abhängigkeit von staatlichen Leistungen zu einem Gefühl der Nutzlosigkeit und psychischen Beeinträchtigungen führen würden und hierdurch erhöhte Anteile von psychisch Kranken im SGB II zu erklären seien.

„Und mir fällt auch auf, das sind oftmals auch Leute, die schon sehr lange im SGB-II-Bezug sind. Und da kommt dann für mich das (...) macht der SGB-II-Bezug auch krank, macht das auch krank, weil ich denke, Arbeit ist ja (..) hat ja auch einen Stellenwert für jeden von uns, wo man Selbstbestätigung bekommt und das ist ja ein Part, der bei den Menschen einfach auch fehlt.“ [06 03 Fallmanager]

Elf Befragte benannten konkrete Kundenanteile von psychisch Kranken; das Spektrum ist diesbezüglich sehr weit und reicht von zehn Prozent psychisch Kranker im Kundenstamm bis zu achtzig Prozent. Im Fallmanagement wurden dabei tendenziell konkretere Kundenzahlen und insbesondere höhere Anteile benannt als in der Arbeitsvermittlung, was mit der besonderen Aufgabenstellung begründet werden kann.

„Ich habe ja in geballter Form die Kunden mit Einschränkungen und da sind die psychisch Kranken nicht selten.“ [01 03 Fallmanager]

⁵⁴ Wie Kapitel 1.2 zeigte, spiegeln die Daten diese von den Fachkräften „gefühlte“ Realität nur teilweise wider. Seit 2005 sind die Bestandszahlen der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im SGB II im Bundesdurchschnitt um 12 Prozent gesunken, bei erheblichen regionalen Unterschieden.

Zu berücksichtigen ist bei der Einschätzung der Befragten zum einen, dass von den Fachkräften relativ häufig auch Suchtkranke mit zu der Kundengruppe gezählt werden, trotz explizitem Hinweis, dass diese im Rahmen der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt werden. Eine Erklärung hierfür dürfte sein, dass viele der Fachkräfte den Eindruck haben, dass Suchterkrankungen sehr häufig mit psychischen Einschränkungen einhergehen und ihnen eine separate Betrachtung entsprechend schwerfällt. Zum anderen wurde vereinzelt darauf hingewiesen, dass der Anteil von psychisch Kranken im SGB II von den Fachkräften möglicherweise auch überschätzt werde, wenn bereits Verhaltensauffälligkeiten von betreuten Klientinnen und Klienten als psychische Erkrankung wahrgenommen werden.

„Also wir haben mit dem [KLINIKNAME] zusammengesessen und da kam der Vorwurf, dass ja wir als Fallmanager immer (lachend) wie sagte der? Der Doktor sagte, naja, Leute, die eigentlich gar nicht psychisch krank sind, dort zuführen. Weil wir sie öfter hinschicken und dann sagen, also irgendwie scheint da was nicht in Ordnung zu sein, gehen Sie mal in die Psyche und holen sich erstmal eine Erstdiagnose, damit wir überhaupt mal weiterkommen hier. Und das sind oft einfach nur Menschen, die aufgrund ihrer Biographie, naja, wie soll ich sagen, so Auffälligkeiten entwickelt haben“ [03 02 Fallmanager]

Manche Befragte verwiesen hingegen darauf, dass die Zahl an psychisch Kranken nur schwer fassbar sei. Eine Teamleitung machte beispielsweise darauf aufmerksam, dass eine mögliche Überschätzung auch daraus entstehen könne, dass das Thema die Fachkräfte tendenziell stärker beschäftige als andere.

„Aber wie viele das jetzt wirklich sind, weiß ich auch nicht, bin ich auch vorsichtig, weil das erlebe ich auch oft bei den Vermittlern, das ist wie bei Flüchtlingen, die Bilder sind sehr stark. Das heißt, alle haben den Eindruck, äh ganz Deutschland ist nur noch voller Flüchtlinge. Das ist natürlich Quatsch. [...] Das ist genauso auch bei psychisch Kranken, die (..) da ist man erstmal beeindruckt, auch äh das beschäftigt einen und dann geht es ja auch schnell, dass man sagt: Ja, wir haben sooo viele psychisch Kranke und wenn man dann nochmal wirklich hinterfragt, dann merkt man: Ja nee, sooo viele sind es ja dann auch wieder nicht. Also ich (...) ist für mich nicht fassbar, die Zahl.“ [08 01 Teamleitung]

Insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Berufspsychologischen Service äußerten sich zurückhaltender zu den Anteilen von psychisch Kranken im SGB II und haben auf die Schwierigkeit verwiesen, die Anteile in konkrete Zahlen fassen zu können, da diese nicht systematisch erfasst werden würden.

Beschreibung und Wahrnehmung der Kundengruppe „Psychisch Kranke“

Neben der Rolle der Kundengruppe im SGB II haben sich viele befragte Fach- und Führungskräfte zu ihrer Wahrnehmung von psychisch Kranken im Leistungsbezug geäußert. Sehr häufig wurden psychische Erkrankungen von ihnen in Zusammen-

hang mit weiteren Problemlagen wie Sucht, Schulden sowie schwierigen Wohnverhältnissen genannt. Insbesondere Fachkräfte aus dem Fallmanagement betonten, dass bei ihren Klientinnen und Klienten in der Regel mehrere Einschränkungen vorlägen und eine psychische Erkrankung meist nur eine von vielen Vermittlungshemmnissen darstelle.

„Und die Arbeitsmarktfernen, die unter anderem natürlich auch psychische Probleme haben, als Vermittlungshindernis, die landen dann im SGB II. Sie dürfen das als Auffangstelle sehen. Da konzentrieren sich derartige Fälle“. [02 06 Gesundheitsamt]

Im Hinblick auf das Auftreten von spezifischen Krankheitsbildern wurde von den meisten Befragten darauf hingewiesen, dass sie ein breites Spektrum an Personen mit psychischen Erkrankungen betreuen. Aus Sicht vieler Fach- und Führungskräfte nehmen dabei jedoch insbesondere Depressionen einen hohen Stellenwert ein (die auch insgesamt zu den häufigsten Störungen innerhalb der Gruppe psychischer Erkrankungen zählen; vgl. Abschnitt 2.1).

„Es ist eigentlich fast alles. Wir haben von bipolaren Persönlichkeitsstörungen über Depressionen, ähm ich glaube, wir haben hier ein ganz breites Spektrum. Wobei es sind ganz oft Menschen, die an Depressionen leiden, depressive Verstimmungen, wirklich schwere Depressionen, das ist schon ein ganz großer Teil. Aber ähm Angststörungen, also es ist sehr, sehr vielseitig.“ [05 02 Reha-Fallmanager]

Darüber hinaus wurde bei den Regionen der zweiten Fallstudienwelle (vgl. zum Ablauf der Erhebungen Kapitel 1.2) vermehrt auf die besondere Herausforderung von psychischen Erkrankungen bei Migrantinnen und Migranten und Flüchtlingen aufgrund von Kriegstraumata etc. und die damit zusammenhängende Problematik, kaum geeignete Hilfeangebote bereitstellen zu können, hingewiesen. Wie bereits dargestellt, wurde vereinzelt auch darauf aufmerksam gemacht, dass sich manche Klientinnen und Klienten in Grenzbereichen bewegen. In diesen Fällen nehmen die Fachkräfte zwar Verhaltensauffälligkeiten wahr, diese müssen sich aber nicht notwendigerweise einem Krankheitsbild nach ICD zuordnen lassen.

Nach Analyse des Textmaterials ist auffällig, dass die Kundengruppe der psychisch Kranken von der überwiegenden Mehrzahl der Befragten in den besuchten Jobcentern als defizitär beschrieben wurde. Es überwiegen Einschätzungen, die psychisch Kranke als motivationsarm, arbeitsmarktfern, isoliert und resigniert wahrnehmen. Relativ häufig wurde darauf hingewiesen, dass psychisch Kranke die gestellten Anforderungen am Arbeitsmarkt nicht erfüllen könnten (vgl. auch Kapitel 7.2). Vereinzelt äußerten Fachkräfte die Einschätzung, dass Betroffene die Krankheit deshalb wie eine Schutzfunktion vor sich hertragen würden. Häufig wurde in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass eine Integration in den Arbeitsmarkt bei dieser Personengruppe nicht im Fokus der Bemühungen stehe, sondern vielmehr das Ziel der Stabilisierung. Vereinzelt wurde von Fachkräften angesprochen, dass sie psychisch Kranke nur „verwalten“ [08 04 Arbeitsvermittler] würden (vgl. ausführlicher - auch zu den dahinterliegenden Gründen - Abschnitt 5.4.1).

Nur wenige Befragte in den Jobcentern und den Fachdiensten wiesen darauf hin, dass „jeder ein Einzelfall“ [01 01 Teamleitung] sei und Verallgemeinerungen für die Gruppe der psychisch Kranken deshalb sehr schwierig. Vereinzelt äußerten Fach- und Führungskräfte die Einschätzung, dass auch Personen mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsmarkt aktiv seien und sahen Potenziale der Zielgruppe. Häufig wurde aber zugleich auf die Schwierigkeit hingewiesen, diese zu erkennen.

„Und ich finde immer, diese Leute, was da an Potenzial dahintersteckt. (...) Der wirklich ein theoretisches Wissen hat, ein Potenzial, was jetzt noch nicht abgerufen war. Nur ist das Problem, wie kann ich das erfahren? Was ist bei demjenigen?“ [02 02 Reha-Fallmanager]

Von Seiten der Berufspsychologischen Services wurde zweimal darauf hingewiesen, dass sich die Gruppe der psychisch Kranken häufig auch überfordern würde in dem Versuch, wieder schnell in Arbeit zurückzukehren. Als Grund hierfür wurde beispielsweise der von Seiten der Betroffenen wahrgenommene Makel einer psychischen Erkrankung genannt.

„Bei psychisch Kranken besteht eher das Problem, das sie sich sehr unter Druck setzen, möglichst schnell wieder funktionieren zu können. Sie werden fast immer, wenn Sie jetzt mit mir im Gespräch wären, hören: Ich will wieder an mein altes Leben anknüpfen.“ [07 05 Berufspsychologischer Service]

5.2 Das Erkennen von psychischen Erkrankungen im Beratungsprozess

Wie im vorherigen Kapitel dargestellt, äußerten viele der befragten Fachkräfte die Einschätzung, dass der Anteil an psychisch kranken Leistungsberechtigten im SGB II zugenommen habe. Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, inwiefern psychische Erkrankungen im Beratungsprozess erkannt werden und welche Unterstützungsmöglichkeiten die Fachkräfte dabei in Anspruch nehmen. So ist davon auszugehen, dass ein frühzeitiges Erkennen und Ansprechen von psychischen Erkrankungen zu vorzeitigeren und passgenaueren Hilfeleistungen führen dürfte. Die Fachkräfte in den Jobcentern sind häufig „Gatekeeper“, indem sie bei Vorliegen von besonderen Hilfebedarfen eine Prüfung für spezifische Unterstützungs- und Teilhabeleistungen einleiten können. Im Rahmen der Explorationsstudie wurde jedoch konstatiert, dass den Fachkräften häufig spezifisches Wissen zu gesundheitsrelevanten Aspekten fehle und zudem die Symptomatik von einigen psychischen Erkrankungen ein Erkennen von spezifischen Unterstützungsbedarfen erschwere. Symptome wie Niedergeschlagenheit, Antriebsschwäche sowie häufige Fehlzeiten würden von Seiten der Fachkräfte nicht selten mit mangelnder Arbeitsmotivation in Zusammenhang gesetzt und seien häufig nicht prägnant genug für ein klares Erkennen von psychischen Erkrankungen (vgl. Schubert u.a. 2013).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde schnell ersichtlich, dass sich das Interviewmaterial zu dem Themenkomplex „Erkennen von psychischen Erkrankungen“

durch eine hohe Dichte an beschreibenden Passagen auszeichnet. Die Fachkräfte haben in der Regel sehr anschaulich davon berichtet, wie sie psychische Erkrankungen erkennen und mit welchen Herausforderungen sie dabei konfrontiert sind. Um dem besonderen Erkenntnisinteresse gerecht zu werden, wurden deshalb zu dem Themenkomplex einzelne Fachkräfte-Interviews in Anlehnung an die Dokumentarische Methode ausgewertet (vgl. Kapitel 1.2).

In einem ersten Schritt wurde eine Queranalyse des Materials vorgenommen, um in einem zweiten Schritt elf Interviews von verschiedenen Standorten auszuwählen, die besonders reichhaltiges und prägnantes Textmaterial zu dem Prozess des Erkennens von psychischen Erkrankungen beinhalteten und vertieft analysiert wurden. Im Folgenden werden die Ergebnisse hierzu vorgestellt.

Ausgangskonstellationen

Die meisten der befragten Fachkräfte haben unterschiedliche Möglichkeiten des Erkennens von psychischen Erkrankungen thematisiert und es zeigten sich auch Unterschiede in der Bewertung dahingehend, ob der Prozess des Erkennens als herausfordernd wahrgenommen wird. Daneben wurde ersichtlich, dass sich je nach Aufgabenbereich der befragten Fachkräfte (Arbeitsvermittlung, Fallmanager, Reha-Fallmanager) die Informationen, die bereits über mögliche psychische Erkrankungen vorliegen, unterscheiden können. So werden Fallmanager sowie Reha-Fallmanager bei der Übergabe der Klienten aus der Arbeitsvermittlung häufiger schon im Vorfeld über entsprechende Verdachtsmomente unterrichtet, während Fachkräfte in der Arbeitsvermittlung seltener über entsprechende Vorabinformationen verfügen. Dennoch lässt sich feststellen, dass häufig zunächst zwischen drei Ausgangssituationen differenziert wurde:

- Die Leistungsberechtigten sprechen von sich aus eine psychische Erkrankung an oder berichten offen auf Nachfrage
- Es liegen bereits Informationen zu psychischen Erkrankungen vor (im Rahmen von Gutachten, Informationen zu Klinikaufenthalten, Fallberichten)
- Die Fachkraft hat den Verdacht, dass eine psychische Erkrankung vorliegen könnte, es ist aber bislang keine Diagnose bekannt

Nach Auskunft einiger Fachkräfte würden insbesondere Leistungsberechtigte, bei denen bereits eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde und die in der Vergangenheit bzw. aktuell in professioneller Behandlung waren bzw. sind, häufig von sich aus auf daraus resultierende Einschränkungen aufmerksam machen bzw. auf Nachfrage offen darüber reden. Dies wird durch die Interviews der Betroffenen - die sich ausnahmslos ebenfalls aktuell in Therapie oder einer Unterstützungsmaßnahme befanden - bestätigt, indem sie mehrheitlich darauf hinwiesen, dass ihre Fachkräfte über das Vorliegen einer psychischen Erkrankung informiert seien (vgl. auch Kapitel 5.7.2).

„Bei den Diagnostizierten wird das auf den Tisch gelegt, also da sind sie ganz offen. Da wird auch, es wird ja immer so ein Datenschutz und wir dürfen nicht wissen und

keine Diagnosen nennen und ärztliche Gutachten und so. Es wurde ja immer rumgesponnen. Die erzählen alles. Die erzählen auch wo aus ihrer Sicht mögliche Ursachen und (...) ja, es ist eigentlich, da liegt alles auf dem Tisch so.“ [03 02 Fallmanager]

Als gute Ausgangssituation wurde von Seiten der Fachkräfte auch die zweite Konstellation geschildert. Das Vorliegen von früheren Beratungsmitschriften (bei Übernahme eines Leistungsberechtigten von einer Kollegin/einem Kollegen), die Hinweise auf psychische Erkrankungen oder Klinikaufenthalte enthalten, ärztlichen Gutachten oder detaillierten Maßnahmenberichten von Trägern, erleichtere das Erkennen von psychischen Einschränkungen und man könne gesundheitliche Themen in Folge schneller bei den Leistungsberechtigten ansprechen.

Am häufigsten wurde von Seiten der Fachkräfte jedoch die Ausgangssituation geschildert, dass zunächst keine klaren Informationen über eine mögliche vorliegende Erkrankung vorliegen, sie im Beratungsprozess jedoch einen entsprechenden Verdacht entwickeln. Im Folgenden soll deshalb detaillierter auf die verschiedenen Ursachen eines solchen Verdachtes und die anschließenden Wege des Erkennens eingegangen werden.

Wege des Erkennens

Im Rahmen der genannten Fallbeispiele und Beschreibungen der Fachkräfte wurde zunächst eine Reihe von Indikatoren genannt, die von Seiten der Befragten als mögliche Hinweise auf eine psychische Erkrankung gedeutet werden. Sehr häufig wurde zunächst darauf hingewiesen, dass ein typisches Anzeichen sei, dass man im Beratungsprozess nicht vorankomme und das Gefühl entstehe, dass „man sich im Kreis drehe“. Kommen häufige Fehl- und Krankheitszeiten sowie die Nichteinhaltung von Terminen und Maßnahmenabbrüche hinzu, entwickeln viele der befragten Fachkräfte das Gefühl, „dass etwas nicht stimmen könnte“.

„Viel öfter ist es so, dass man einfach nicht vorankommt, ne? Man merkt, dass man sich immer im Kreis dreht. Man hat das Gefühl, okay, es geht einen Schritt voran, aber im nächsten Schritt ist es schon wieder weg, ne? So. Dass man sagt, also irgendwas ist da und da versucht darauf einzugehen und zu gucken, warum das jetzt nicht funktioniert, ne?“ [03 03 Fallmanager]

Ebenfalls relativ häufig wurde von Seiten der Befragten darauf hingewiesen, dass ein Verdacht darauf begründet sein könne, dass im Rahmen der Beratungsgespräche Verhaltensmuster bei den Leistungsberechtigten auffallen, die als „unnormale“ eingestuft werden. Hierunter werden u.a. starke Stimmungsschwankungen, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und „keinen Blickkontakt halten können“ subsumiert.

„Also ich sage mal, auffällig ist es ja oftmals hier, wenn die Leute reinkommen, also zum Teil sieht man es, dass sie, die sind niedergeschlagen oftmals ja? Also man merkt, dass die irgendwo (atmet tief aus) schon am Gesichtsausdruck teilweise, also wie die ganze Körperhaltung. Wenn die hier reinkommen, die setzen sich hier hin und die sagen, also entweder sagen sie gar nichts. Ja, also es ist wirklich so, mit manchen

kann man sich eine Stunde anschweigen, wenn man nicht selber irgendwo immer wieder in Aktion tritt, da kommt einfach vom Gegenüber nichts. Ja? Andere sind ach, verhaltensauffällig, also da hat man so extreme Stimmungsschwankungen drinnen, die brausen auf, sofern man irgendwo was sagt, was nicht bei denen so ins Konzept reinpasst.“ [04 02 Fallmanager]

Des Weiteren könnten Hinweise auf eine fehlende Tagesstruktur, erfolglose Bewerbungen trotz gutem Qualifikationsprofil, ein lückenhafter Lebenslauf sowie weitere multidimensionale Problemlagen (Suchtproblematiken, vermüllte Wohnungen, etc.) den Ausschlag geben, dass ein Verdacht auf eine vorliegende psychische Erkrankung entstehe.

„Und wenn man dann halt sowas hat, unterbrochene Biographien, Lebensläufe, die nicht schlüssig sind, dass das offen thematisiert wird, häufige Krankmeldungen, - ja. [...] Oder ist jemand total schmutzig, nicht gewaschen, stinkt, ne? Oder wir fahren in den Außendienst, - eine vermüllte Wohnung. Das sind alles Indikatoren dafür, hier stimmt was nicht.“ [02 01 Teamleitung]

Anhand der aufgezeigten Indikatoren wird bereits deutlich, dass diese ein breites Spektrum abbilden und nicht notwendigerweise trennscharf zu Merkmalen sind, die teilweise auch mit Langzeitarbeitslosigkeit im Allgemeinen in Verbindung gebracht werden können. So ist auch auffällig, dass ein Großteil der befragten Fachkräfte ihre Vermutung auf ihr „Bauchgefühl“ oder „Erfahrungswissen“ zurückführte.

„Ich glaube in den zehn Jahren, in denen ich hier mittlerweile gearbeitet habe und auch Fortbildungen besucht habe, hat man auch so eine Ahnung. Also ich würde mich nicht als Profi bezeichnen; nach wie vor als Laie. Ich komme einfach nicht aus dem Bereich, aber man hat so ja schon so ein Gefühl dann irgendwann dafür, ob jemand in die Richtung tendiert.“ [02 03 Fallmanager]

Viele Fachkräfte wiesen darauf hin, dass im Rahmen der Beratungsgespräche versucht werde, ein enges Vertrauensverhältnis aufzubauen, das eine offene Ansprache von Auffälligkeiten, die eine psychische Erkrankung vermuten lassen, ermögliche. Bei der vertiefenden Analyse wurde dabei ersichtlich, dass es denjenigen Fachkräften, die für die Betreuung von Personen mit vermuteten gesundheitlichen Einschränkungen zuständig sind (z.B. Fallmanager oder Reha-Fallmanager), leichter zu fallen scheint, diesen Themenkomplex in einer offenen Gesprächsführung anzusprechen. Auch von Seiten der Fallmanager wurde des Öfteren darauf verwiesen, dass sie aufgrund der größeren Betreuungsintensität mehr Möglichkeiten hätten, Gesundheitsfragen im Beratungsprozess zu platzieren als Vermittlungsfachkräfte, deren Arbeit vorrangig auf die Integration in Arbeit fokussiert sei.

„Also ich glaube, der Raum hier bei uns im Team ist nochmal ein anderer Schonraum als wenn sie in die normale Arbeitsvermittlung gehen, weil (.) weil wir wissen ja, dass wir mit kranken Menschen zu tun haben und die merken sehr schnell, dass wir ihnen sehr zugewandt sind und öffnen sich dann auch schneller. Ich glaube, das liegt daran,

dass man im Beratungsprozess einfach ja auch auf eine gesundheitliche Situation eingehen muss und da dann auch mit den entsprechenden Fragen weiterkommt. [...] Wir haben die Möglichkeit oder wir machen das einfach, wir nehmen halt auch Druck aus manchen Sachen raus. Wenn die im normalen Team sind, dann geht es um Arbeitsvermittlung, dann geht es darum, so und so viele Bewerbungen und wenn man hier sagt, so, jetzt gucken wir erstmal, was ist bei ihnen los, und wir nehmen ein bisschen Druck raus, dann kommt oft sehr schnell von ganz alleine: Ja, aber das tut mir auch gut, weil das läuft gerade nicht so. Und dann fangen die an zu erzählen.“ [05 02 Reha-Fallmanager]

Eine weitere Möglichkeit zur Abklärung von psychischen Erkrankungen stellt die Beauftragung eines Gutachtens bei den Fachdiensten der BA oder dem zuständigen Gesundheitsamt dar. Das entsprechende Vorgehen wird im nachfolgenden Kapitel 5.3 ausführlich erläutert. Darüber hinaus greifen einige der Fachkräfte aktiv auf die Unterstützung von Dritten - wie z.B. sozialpsychiatrische Dienste oder Ambulanzen - zurück, um eine professionelle Einschätzung zu erhalten, ob der Verdacht auf eine vorliegende psychische Erkrankung zutreffend ist. In all diesen Fällen ist die aktive Mitwirkung und Bereitschaft der Leistungsberechtigten Voraussetzung.

Der Prozess des Erkennens – der Versuch einer Typisierung

Die Analyse von ausgewähltem Textmaterial in Anlehnung an die Dokumentarische Methode ermöglicht - neben dem bisher aufgezeigten Spektrum des Vorgehens beim Erkennen von psychischen Erkrankungen im Beratungsprozess - eine sinngenetische Typenbildung. In einem ersten Schritt konnten einzelne Orientierungsrahmen der Fachkräfte herausgearbeitet werden, die im Zusammenhang mit dem Prozess des Erkennens stehen. In einem zweiten Schritt fanden ein systematischer Vergleich der Interviewpassagen und eine Typenbildung statt (vgl. zum Vorgehen auch Kleemann u.a. 2009). Beim Vergleich der Interviewpassagen und der Kontrastierung der Interviews wurde neben der Beschreibung des eigenen Handelns der Fachkräfte beim Erkennen von psychischen Erkrankungen auch den Dimensionen „Kompetenzwahrnehmung der Fachkräfte“ sowie „Fremdbeschreibung psychisch kranker Leistungsberechtigter“ eine besondere Aufmerksamkeit bei der Analyse gewidmet. So wurde deutlich, dass die Fachkräfte sehr häufig in ihren Beschreibungen zum Erkennen von psychischen Erkrankungen zu ihrer eigenen Kompetenzwahrnehmung Stellung nehmen bzw. erkennbar wird, ob ihr Handeln auf Unsicherheit gründet. Zudem sind Passagen zu entnehmen, die Rückschlüsse auf ihren Blick auf psychisch kranke Leistungsbezieher zulassen. Es wurde deshalb der Frage nachgegangen, inwiefern die eigene Kompetenzwahrnehmung sowie die Sichtweise auf die Betroffenen Konsequenzen für die eigene Handlungsstrategie beim Erkennen von psychischen Erkrankungen haben.

Aus den meisten Erzählpassagen lässt sich extrahieren, inwiefern sich die Fachkräfte auf das Erkennen von psychischen Erkrankungen vorbereitet fühlen und ob sie den Prozess selbst als Herausforderung wahrnehmen. Es wurden dabei unterschiedliche Orientierungsrahmen der Fachkräfte herausgearbeitet, die sich in der komparativen

Analyse zwei Kompetenztypen zuordnen ließen. So beschrieb eine Gruppe von Fachkräften ihr Vorgehen als eher kompetenzbasiert und verwies in diesem Zusammenhang auf ihre bisherige Berufserfahrung (auch in anderen Kontexten) sowie auf Schulungen zu der Thematik, die bei der Identifizierung von psychischen Erkrankungen hilfreich gewesen seien. Diese Gruppe von Fachkräften lässt anhand ihrer Beschreibungen erkennen, dass sie ein positives Beraterbild von sich selbst hat und sich ihrer Kompetenzen bewusst ist.

Die andere Gruppe von Fachkräften stellte hingegen häufig sehr frühzeitig im Interviewverlauf die Schwierigkeiten und Probleme beim Erkennen von psychischen Erkrankungen und beim weiteren Beratungsprozess heraus und verwies oftmals auch sehr selbstkritisch auf unzureichende Kompetenzen in diesem Bereich. Bei anderen wird anhand der Beschreibung von Fallbeispielen ersichtlich, dass ihr Handeln mit Unsicherheiten behaftet ist. Für diese beiden „Typen von Kompetenzwahrnehmung“ sollen beispielhaft Textpassagen aufgeführt werden.

Tabelle 7
Textbeispiele Typik „Kompetenzwahrnehmung“

Typus „Unsicherheit“	Typus „Kompetenz“
<p>Spontan fällt mir da eigentlich ein: Für mich persönlich ist es eigentlich das schwierigste Klientel. Wenn ich jetzt so unterscheide. Fallmanager ist ja klar, was das für Klientel ist. Es ist die schwierigste Herangehensweise, weil man immer Gefahr läuft, dass (.) wann ist jemand psychisch krank? Ist der nur anders? Tickt der nur anders? Als wir das gewöhnlich so erwarten oder ist der wirklich krank? Das Erkennen ist für mich schwierig und dann auch wie geh ich (..) wie arbeite ich mit dem. [0104 Fallmanager]</p> <p>Also ich glaube fast, ähm psychische Störungen kann ich nur als Arzt definitiv erkennen. Ähm Arzt muss ich studiert haben. Ich sage jetzt mal wir sind beschäftigungsorientiert, das ist eigentlich der Fokus da drauf. Ähm es ist wirklich manchmal nur dieses Bauchgefühl. Ich weiß nicht, wie man das erkennen kann. Ähm ich weiß nicht, wo man da noch besser schulen kann. Für mich oder eben auch für die Kollegen, spreche ich, glaube ich, für alle aus dem Fallmanagement für (..) ist einfach gerade dieser Personenkreis kostet Kraft, da geht man auch nicht nach Hause und sagt: Das Leben ist schön [0702 Fallmanager]</p> <p>Und mit denen [Psychologen bei Ambulanzen] können sie dann auch mal drüber reden, weil ich sage mal, manches möchte ich auch einfach hier nicht wissen. Ja, weil ich damit dann auch selber überfordert bin, weil ich bin dann dafür nicht ausgebildet, um dann mit diesen Sachen so teilweise umzugehen, was sie uns dann manchmal auch erzählen, ja? Wo ich dann sage, nee, möchte ich jetzt eigentlich nicht hier wissen, das ist nicht meine Aufgabe, ja? 0402 Fallmanager]</p>	<p>I: Wie fühlen Sie sich denn persönlich auf solche Gespräche dann immer vorbereitet?</p> <p>B: Ich ganz gut, weil ich ja mit dieser Thematik gut umgehen kann. Ich habe Schulungen schon gehabt, zu psychischen Erkrankungen, ich kenne die Netzwerke, alle, und ich habe auch Zeit, die Kunden zu beraten. Und bei mir entsteht kein Druck. [...] Ich habe schon mal so eine Ausbildung gemacht in der BA und ich habe Supervisionen gemacht, und da wurde mir halt immer bescheinigt, dass ich da ein Talent habe, Kunden zu befragen, und was aus denen raus zu bekommen, und meine ruhige Art, und - all das krieg ich von den Kunden widergespiegelt, und ich habe durch das BeKo halt auch manchmal eine andere Art, Probleme zu erfassen. [0102 Fallmanager]</p> <p>I: Sie haben ja eingangs gesagt, Sie kommen aus der Eingliederungshilfe. Hilft das, um auf die Arbeit mit einer solchen Zielgruppe vorbereitet zu sein?</p> <p>B: Also mir schon. Also zum einen, weil ich einfach verschiedene Krankheitsbilder kannte und wusste, was es so alles gibt. Ich glaube das ist manchmal noch hier so schwierig für manche Mitarbeiter zu verstehen, was jetzt eigentlich (.) also was jetzt eine Persönlichkeitsstörung ist, was jetzt ein Borderliner ist oder wie Leute halt das nicht verstehen können oder wie, was Empathie und (..) Also da hat es mir wirklich schon geholfen, dass man halt die Diagnostiken schon kannte und wusste, wie sich bestimmte Krankheitsbilder äußern und auch, welche Hilfen man durchaus anbieten kann. [0404 Persönlicher Ansprechpartner]</p>

Quelle: Interviews mit den Fachkräften

Aus dem Interviewmaterial zum Themenkomplex „Erkennen von psychischen Erkrankungen“ lassen sich zudem die Sichtweisen der Fachkräfte auf die psychisch kranken Leistungsbezieher herausarbeiten. In den Beschreibungen der Handlungsstrategien und einzelnen Fallbeispielen, die die Fachkräfte zur näheren Darlegung des Prozes-

ses des Erkennens nutzten, werden insbesondere zwei Zuschreibungstypen erkennbar. Einige der Fachkräfte beschrieben die Klientinnen und Klienten insbesondere defizitär und in einer teils herablassenden Form und lassen nur wenig Empathie mit den Belangen der Leistungsberechtigten erkennen. Die andere Gruppe von Fachkräften nahm hingegen eher einen professionell neutralen Blick auf die psychisch kranken Leistungsberechtigten ein, der nicht wertend ist. Auch hier sollen wieder einige Textpassagen beispielhaft für die beiden Typen herangezogen werden.

Tabelle 8
Textbeispiele Typik „Sichtweise auf Klientinnen und Klienten“

Typus „Negativsicht auf psychisch kranke Leistungsberechtigte“	Typus „Professionell neutraler Blick auf psychisch kranke Leistungsberechtigte“
<p>Zum Beispiel jetzt heute beim Kunden, ich habe einen Kunden heute hier gehabt, da habe ich mir beim Erstgespräch vor eineinhalb Jahren gedacht: Boah, das ist ein fauler Sack. Der hockt jetzt jahrelang zu Hause, der hat ein System entwickelt, der will überhaupt nicht. Ich habe mir nicht die Frage in dem Augenblick gestellt: Kann der noch? Ja, also der hat so viel Zeit mit Hütchen (..) ich sage immer Hütchen schieben verbraucht und spielen, dass ich da erstmal den Fokus draufgehabt habe. [08 04 Arbeitsvermittler]</p> <p>Ich soll ja mit den Kunden gemeinsam ein Ziel formulieren und ich kann da eigentlich nur ein persönliches Ziel formulieren. [...] Gibt natürlich auch die anderen Fälle, die einem Krankheitsbilder auf den Tisch schmeißen. Ich habe das, das, das, das, das. Ich kann überhaupt gar nichts. (...) Da sind da Leute, die vor mir sitzen, die pla-; also weil ich eben nicht die Möglichkeit habe zu sagen, sie begeben sich zwangsweise in eine Diagnoseeinrichtung, diese Möglichkeit haben wir ja nicht. Sondern es muss ja jemand freiwillig machen. Ich kann ja nur über indi-; über den indirekten Weg gehen und sagen: Okay, da ist eine Maßnahme, daran nehmen Sie jetzt teil. (...) und wenn die da nicht hingehen, dann gibt es Sanktionen. Und manchmal über diese absolute Lebenskrise so, wenn dann Einkünfte, also der Regelsatz wegfällt und teilweise die Wohnung wegfällt, dann kommt es manchmal zu einer Veränderung. So, aber auch das ist nicht gesagt. Es gibt ja Leute, die wir über das Jobcenter tatsächlich in die Obdachlosigkeit schicken. Die krank sind.</p> <p>I: Das sagen Sie jetzt so nüchtern.</p> <p>B: Ich bin ein nüchterner Mensch. (lacht) Ein harter. [03 02 Fallmanager]</p>	<p>Also ich habe zum Beispiel einen Kunden, mittlerweile auch nicht mehr, der ist tatsächlich mittlerweile im SGB XII, weil er wirklich so erkrankt ist, dass er auch mittlerweile nicht mehr erwerbsfähig ist. Den hab ich eingeladen, da hab ich das am Anfang gar nicht so sehr gemerkt. Also das hat man dem jetzt - angesehen schon mal gar nicht - und auch so total angemerkt nicht, sondern es hätten einige Gründe sein können, warum er sich ein bisschen gesträubt hat, tatsächlich so eine Zukunftsperspektive zu besprechen. Und dann habe ich im Grunde genommen mit ihm einfach ausgemacht (.) weil er sagt, er hätte keine Idee, dann hab ich mit ihm ausgemacht, dass ich mir was überlege und es ihm schicke und er einfach jedes Mal dann dazu sagen soll, was er davon hält. [02 04 Fallmanager]</p> <p>Also wenn man (.) muss man vielleicht unterteilen, ob es jetzt tatsächlich ein Leistungsberechtigter ist, den man noch nie gesehen hat, weil er jetzt gerade einen Neuantrag gestellt hat. Dann ergibt sich sowas eigentlich also meiner Erfahrung nach nicht in einem, nicht in zwei Kontakten. Also da muss man dann schon irgendwie (.) ja, entweder gibt es bestimmte Problematiken, die dann so damit einhergehen. Ob es dann vielleicht (.) manchmal sind es Mietschulden oder halt so generell irgendwie finanzielle Probleme oder, ja, bestimmte Anzeichen auch im Lebenslauf. Wenn man halt sieht, okay, jemand hat immer so unetilige Beschäftigungen und da ist irgendwie nie sowas dabei, wo man mal sagt, ist da irgendwie dauerhaft was passiert. Oder jemand ist vielleicht auch in seinen Äußerungen ziemlich wechselhaft und sprunghaft und kann nicht so richtig da Einschätzungen vornehmen. Also das gibt so ganz unterschiedliche Sachen so, an denen ich das dann vielleicht so vermuten würde. [04 04 Persönlicher Ansprechpartner]</p>

Quelle: Interviews mit den Fachkräften

Es stellt sich nun die Frage, ob diese unterschiedlichen Sichtweisen und Kompetenzwahrnehmungen einen Einfluss auf das Handeln der Fachkräfte beim Erkennen von psychisch kranken Leistungsberechtigten ausüben. Betrachtet man zunächst die Interviews im Hinblick auf die Dimension „Strategien der Fachkräfte beim Erkennen von psychischen Erkrankungen“ lassen sich grundsätzlich zwei Handlungstypen herausarbeiten. Während sich eine Gruppe von Fachkräften insbesondere auf ihr „Bauchgefühl“ oder auch Erfahrungswissen verlässt und das weitere Vorgehen bei der Abklärung von psychischen Erkrankungen eher unpräzise und diffus beschreibt, greift die andere Gruppe von Fachkräften in der Regel auf eine Art von „Instrumentenkoffer“ zurück, der ihnen beim Prozess des Erkennens hilfreich ist. Sie können eher einem strukturierten und indiziengeleiteten Typus zugeordnet werden, der nach einem anfänglichen Verdacht in der Regel einen klar definierten Prozess des Erkennens und Abklärung von psychischen Erkrankungen darstellt. Häufig werden in diesem Zusammenhang eine regelmäßige Nutzung von Gesundheitsfragen im Rahmen des Profiling genannt, die Hinzuziehung von Dritten (SpDi, Träger mit speziellen Angeboten) oder auch die schnelle Abklärung über die Fachdienste bzw. das Gesundheitsamt. Beispielhaft für die beiden Handlungstypen sind hierfür folgende Textpassagen aufgeführt:

Tabelle 9
Textbeispiele Typik „Handlungsmuster“

Typus „unstrukturiert und intuitiv“	Typus „strukturiert und zielgerichtet“
<p>Es ist ähm teilweise kriege ich Berichte, (.) ja, aus Maßnahmen, wo es einfach heißt, okay, da könnt etwas sein. Ähm teilweise ist es eben der Hinweis aus der Arbeitsvermittlung für die Übernahme, da ist was, aber wir können es nicht greifen. Vielleicht einfach in einer anderen Gesprächsführung, ähm vielleicht kriegen wir da was raus [...]. Ähm manchmal ist es einfach wie gesagt aus dem Gespräch heraus so, wenn ich zwei-, dreimal mit dem gesprochen habe und ich selber irgendwann das Gefühl habe, irgendwas passt nicht, irgendwas ist nicht rund, hm. [07 02 Fallmanager]</p> <p>Ich hatte auch schon so einen Fall von einer Kundin, die habe ich zuerst (...) Also sie kam nicht, dann habe ich sie einbestellt, dann habe ich sie einmal sanktioniert mit 10 Prozent, dann äh dann habe ich die Rückmeldung bekommen, sie hat sich nicht beworben. Dann habe ich eine Anhörung gemacht, dann habe ich sie 30 Prozent sanktioniert. Die (..) dann war die hier und irgendwie mein Bauch hat gesagt, da stimmt was nicht. Aber ich habe es an nichts festmachen können. (.) Und dann habe ich die, es war total spannend, durch einen Zufall durch eine Verwechslung, es gibt ja keine Zufälle im Leben (lacht), habe ich sie eigentlich fast knapp zwei Wochen später durch Zufall nochmal einbestellt, ja. Es war eine Verwechslung von mir und die war ob dieser Sache, dass ich sie zweimal hintereinander einbestellt habe, so verwirrt, dass die hiergesessen ist und ich von der Kundin, also im Gegensatz zum Erstgespräch, es waren zwei Gespräche, komplett anderen Eindruck hatte und daraufhin auch (.) das Ganze sage ich mal verstärkt gemacht habe, dass ich gesagt habe, die Sanktion muss zurückgenommen werden. Also ich habe dann mit der Leistung das Ganze geklärt. Wir haben dann geguckt, dass wir ein psychologisches Gutachten einleiten. [08 04 Arbeitsvermittler]</p>	<p>Aber wir gehen jetzt mal vom Kunden aus. Er ist jetzt in der Vermittlung, dann gibt es ja bei uns so ein Profiling, [...] und da ist ja die Frage: Gesundheitliche Einschränkungen. So, und da gibt es welche, die sind sehr offen, die sagen das dann, die sagen, ob sie Suizid versuchen, und warum und weshalb, und ob sie in Behandlung sind oder nicht in Behandlung, ob sie Medikamente nehmen, das ist so das Wichtigste, und dann fängt man schon an zu wittern, hier gibt es mehr Probleme. Und durch das Profiling kommt man eigentlich schon so dazu: Kann ich den jetzt vermitteln? Muss ich ein Ärztliches Gutachten, ein Psychologisches Gutachten, also die Fachdienste einschalten? [01 02 Fallmanager]</p> <p>Und ich starte also eigentlich immer so, dass ich erstmal die Kunden einlade und ihnen einfach erkläre, was läuft im Fallmanagement und ihnen dann eine Liste mitgebe, wo Punkte draufstehen, das läuft aus meiner Sicht im Moment bei mir nicht gut und auf der anderen Seite, das läuft bei mir im Moment gut. Und das erkläre ich immer sehr ausführlich, warum sie das mitkriegen. [...] Bisher haben fast alle immer positiv reagiert, weil, ich sage ihnen auch, um Probleme behandeln zu können, muss man die auch erstmal BENENNEN, ne? Weil, die meisten Kunden kennen das, irgendwie so ein diffuses Gefühl, mir geht es nicht gut, irgendwas ist da und klar, ich habe da was, da was, da was, da was und eigentlich möchte ich das alles lösen. So. Und dann sage ich, wenn man das benannt hat, dann kann man überlegen, was ist denn die Situation, wenn das Problem NICHT da ist? Und dann kann man überlegen, der nächste Schritt, wie kommt man dahin, ne? [03 03 Fallmanager]</p>

Quelle: Interviews mit den Fachkräften

Diese drei Dimensionen in einer komparativen Analyse in den Blick nehmend, lassen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen herausgearbeiteten Typen erkennen. So wird anhand der vertieften Analyse der elf Interviews über diese drei Dimensionen ersichtlich, dass Fachkräfte, die häufig auf ihre Kompetenzen und Fähigkeiten verweisen, eher einen „strukturierten Prozess“ beim Erkennen von psychischen Erkrankungen schildern. Sie treten selbstsicher im Erkennen von Erkrankungen und im Umgang mit psychisch kranken Leistungsberechtigten auf, da sie oftmals auf ein breites berufliches Erfahrungswissen sowie speziellen Schulungen zu diesem Thema zurückgreifen können.

Diejenigen Fachkräfte, die sich insbesondere auf ihr „Bauchgefühl“ verlassen beim Erkennen von psychischen Erkrankungen und den weiteren Prozess eher diffus und ungenau beschreiben, schildern hingegen auffällig oft wahrgenommene Schwierigkeiten beim Erkennensprozess oder es wird in den Beschreibungen eine Unsicherheit der entsprechenden Fachkräfte im Umgang mit der Kundengruppe erkennbar. In Folge lassen sich bei der ein oder anderen Fachkraft auch Strategien der Vermeidung erkennen, indem Auffälligkeiten und gesundheitliche Fragen nicht direkt angesprochen werden und somit eine Abklärung von psychischen Erkrankungen nicht weiterverfolgt, sondern vielmehr versucht wird, die Beratung und Betreuung auf andere Kontexte zu fokussieren bzw. an Dritte zu verweisen.

„Also ich hatte hier schon eine Frau sitzen, also ich habe selten Angst, aber da habe ich mir gedacht: Der traue ich keinen Millimeter über den Weg. Ich habe nicht das Gefühl, dass die (.) dass man die einschätzen kann, ja. [...] Also da habe ich natürlich auch diese (..) diese medizinische Seite sehr gekonnt verpackt. Ich habe dann gesagt: Ja, Sie haben drei Kinder, fühlen Sie sich überhaupt in der Lage zu arbeiten, jetzt mal ganz ehrlich? Sie (.) Sie (.) also Sie brauchen jetzt nicht erzählen, ich will jetzt nicht das hören, was Sie glauben, was ich hören will, sondern ganz ehrliche Antwort darauf: Können Sie überhaupt, wollen (..) ist das so? Weil wissen Sie, ich habe da kein Problem, dann lasse ich Ihnen den Puffer. Ich muss Sie nicht arbeitsvermitteln. (.) Ich brauche das nicht. Ich kann auch sagen: Hm, sind momentan andere Dinge, die sind viel wichtiger, zum Beispiel, dass die Familie richtig versorgt ist oder, oder. Und die ist dann also auf diesen Zug auch aufgesprungen. Da war ich heilfroh, ja.“ [08 04 Arbeitsvermittler]

Weiterhin lassen sich auch gewisse Tendenzen im Hinblick auf die Fremdbeschreibung von psychisch Kranken und den Dimensionen „Strategien der Fachkräfte beim Erkennen von psychischen Erkrankungen“ sowie „Kompetenzwahrnehmung der Fachkräfte“ erkennen. So lässt sich in den Beschreibungen der Fachkräfte, die dem strukturierten, kompetenten Typus zuzuordnen sind, viel häufiger eine professionell neutrale Sichtweise auf die Kundengruppe erkennen, während Fachkräfte, die bei den untersuchten Fällen eher Unsicherheit erkennen ließen und sich auf ihr Bauchgefühl verlassen haben, psychisch kranke Leistungsberechtigte eher negativ etikettierten. Zur Veranschaulichung sind in der folgenden Tabelle die elf vertieft analysier-

ten Interviews nach untersuchten Dimensionen getrennt den einzelnen herausgearbeiteten Typen zugeordnet. Um den Analyseprozess nachvollziehbar zu machen, wurden zudem die unterschiedlichen Orientierungsrahmen der Fachkräfte aufgezeigt, ohne diese jeweils mit einem „Label“ zu versehen. Daran wird auch ersichtlich, dass sich trotz der aufgezeigten Gemeinsamkeiten innerhalb der jeweiligen „Idealtypen“ natürlich auch Unterschiede in den Wahrnehmungen und Beschreibungen des Handelns feststellen lassen.

Tabelle 10
Übersicht über die Analysedimensionen

Interviews	Orientierungsrahmen und Typik „Kompetenzwahrnehmung“	Orientierungsrahmen und Typik „Sichtweise auf Betroffene“	Orientierungsrahmen und Typik Handlungsmuster“
Interview 1	<u>Orientierungsrahmen:</u> Positives Selbstbild; bescheinigt sich Talent zur Kundenbefragung, ruhig, andere Art, Probleme zu erfassen <u>Typ:</u> Kompetenz	<u>Orientierungsrahmen:</u> Beschreibt Kundengruppe nüchtern und professionell <u>Typ:</u> Professionell neutral	<u>Orientierungsrahmen:</u> Strukturiert: Herausarbeiten im Beratungsgespräch – Anwendung BeKo, Gesundheitsfragebogen; Einbezug Dritter <u>Typ:</u> strukturiert/zielgerichtet
Interview 2	<u>Orientierungsrahmen:</u> Erkennen ist schwierig; Überforderung bei Erkennen und Umgang mit psychischen Erkrankungen <u>Typ:</u> Unsicherheit	<u>Orientierungsrahmen:</u> Psychisch Kranke sind das schwierigste Klientel <u>Typ:</u> Negativbeschreibung	<u>Orientierungsrahmen:</u> Unstrukturiert: Man „dröseln“ das Leben mit dem Klienten auf; Verweis auf Eigenverantwortung Klienten <u>Typ:</u> Unstrukturiert/intuitiv
Interview 3	<u>Orientierungsrahmen:</u> Selbstsicherheit; fühlt sich vom Arbeitgeber gut unterstützt; hatten Fortbildungen zu dem Thema, hat weitergeholfen <u>Typ:</u> Kompetenz	<u>Orientierungsrahmen:</u> Beschreibt relative Offenheit bei den Kunden <u>Typ:</u> Professionell neutral	<u>Orientierungsrahmen:</u> „Indiziengeleitet“, strukturierter Prozess, nutzt alle Unterstützungsmöglichkeiten <u>Typ:</u> Strukturiert/zielgerichtet
Interview 4	<u>Orientierungsrahmen:</u> Selbstsicherheit; Beschreibt sich selbst als Person, die Auffälligkeiten sehr schnell erkennt, gibt aber Kundenbeispiele an, die eher von langen Prozessen und Fehleinschätzungen zeugen <u>Typ:</u> Unsicherheit	<u>Orientierungsrahmen:</u> Vorurteilsbeladener Blick, drastische Klientenbewertungen <u>Typ:</u> Negativbeschreibung	<u>Orientierungsrahmen:</u> Intuitiv: Verweis auf Zufälle und Bauchgefühl <u>Typ:</u> Unstrukturiert/intuitiv
Interview 5	<u>Orientierungsrahmen:</u> Regelfiziert; verweist auf Vorgaben SGB II <u>Typ:</u> Eher Typ Unsicherheit zuzuordnen	<u>Orientierungsrahmen:</u> Keine Empathie für Betroffene, negative Beschreibungen der Klienten <u>Typ:</u> Negativbeschreibung	<u>Orientierungsrahmen:</u> Unstrukturiert: Verweis auf vorgebensorientiertes Handeln, Beschreibung Erkennensprozess aber diffus <u>Typ:</u> Unstrukturiert/intuitiv
Interview 6	<u>Orientierungsrahmen:</u> Selbstsicherheit; wirkt gefestigt, kompetent <u>Typ:</u> Kompetenz	<u>Orientierungsrahmen:</u> Defizitorientierte negative Sicht auf Klienten <u>Typ:</u> Negativbeschreibung	<u>Orientierungsrahmen:</u> Zielgerichtet: Nutzt alte Fallmanagementrolle zur Identifizierung; Gibt Klienten Liste mit zum Angeben von Problemstellungen <u>Typ:</u> Strukturiert/zielgerichtet
Interview 7	<u>Orientierungsrahmen:</u> spricht an, dass sie beim Erkennen ggf. selbst Defizite aufweist aufgrund fehlender Schulungen; <u>Typ:</u> Unsicherheit	<u>Orientierungsrahmen:</u> psychisch Kranke kosten sie Kraft, ansonsten neutrale Beschreibung <u>Typ:</u> Professionell neutral	<u>Orientierungsrahmen:</u> Unstrukturiert/Vermeidend: Erkennen kann sehr lange dauern; schaltet zwar auch BPS ein, aber scheut konkrete Formulierung von Fragestellungen <u>Typ:</u> Unstrukturiert/intuitiv

Interviews	Orientierungsrahmen und Typen Kompetenzwahrnehmung	Orientierungsrahmen und Typen Sichtweise auf Betroffene	Orientierungsrahmen und Typen Handlungsstrategien
Interview 8	<u>Orientierungsrahmen:</u> Selbstsicherheit; kommt aus dem Strafrecht und war mit Thema schon konfrontiert; durchaus vorbereitet; Schulungen haben geholfen <u>Typ:</u> Kompetenz	<u>Orientierungsrahmen:</u> Neutrale Beschreibung der Betroffenen <u>Typ:</u> Professionell neutral	<u>Orientierungsrahmen:</u> „Indiziengeleitet“, schaltet Fachdienste und Dritte zur systematischen Abklärung ein <u>Typ:</u> Strukturiert/zielgerichtet
Interview 9	<u>Orientierungsrahmen:</u> Positives Beraterbild; fühlt sich gut vorbereitet <u>Typ:</u> Kompetenz	<u>Orientierungsrahmen:</u> Betroffene werden ohne Zuschreibungen beschrieben <u>Typ:</u> Professionell neutral	<u>Orientierungsrahmen:</u> Zielgerichtet: stellt Gesundheitsfragen; nimmt den Druck raus und zugewandte Gesprächsführung <u>Typ:</u> Strukturiert/zielgerichtet
Interview 10	<u>Orientierungsrahmen:</u> Vermeidung; Manches will Fachkraft gar nicht wissen, weil sie damit selbst überfordert ist, da sie diesbezüglich nicht ausgebildet ist <u>Typ:</u> Unsicherheit	<u>Orientierungsrahmen:</u> stellt fest, dass Betroffene häufig dankbar für Thematisierung sind, nehmen Hilfe an <u>Typ:</u> Professionell neutral	<u>Orientierungsrahmen:</u> Unstrukturiert/vermeidend: diffuse Beschreibung des Prozess des Erkennens; nimmt zwar Unterstützung Dritter in Anspruch, aber Vermeidung von direkter Thematisierung <u>Typ:</u> Unstrukturiert/intuitiv
Interview 11	<u>Orientierungsrahmen:</u> Selbstsicherheit; Erfahrung aus Eingliederungshilfe (Wissen um Diagnostiken) hilfreich <u>Typ:</u> Kompetenz	<u>Orientierungsrahmen:</u> Relativ nüchterne, neutrale Beschreibung <u>Typ:</u> Professionell neutral	<u>Orientierungsrahmen:</u> „Indiziengeleitet“, Einschaltung Dritter bei Abklärung <u>Typ:</u> Strukturiert/zielgerichtet

Quelle: Eigene Darstellung

Fördernde und hemmende Faktoren beim Erkennen von psychischen Erkrankungen

Nachdem für die elf vertieft analysierten Interviews ein Versuch der Typisierung unternommen wurde, sollen noch einmal zusammenfassend Faktoren aufgezeigt werden, die von Seiten aller Fachkräfte als förderlich oder auch hemmend für ein Erkennen von psychischen Erkrankungen genannt wurden. Dabei lässt sich zunächst festhalten, dass etwa ein Drittel aller befragten Fach- und Führungskräfte den Prozess des Erkennens als herausfordernd und teilweise schwierig beschrieben hat.

„Das Problem bei psychischen Erkrankungen ist eigentlich aus unserer Sicht immer, dass wir sie nicht wirklich erkennen und wenn wir sie nicht erkennen, können wir sie natürlich auch nicht fördern.“ [07 01 Teamleitung]

„Schwierig ist das zu erkennen, weil die setzen sich ja nicht hin und sagen: Tach, ich habe Psyche.“ [04 01 Teamleitung]

Von den meisten Fachkräften wurden dabei insbesondere diejenigen Fälle als herausfordernd beschrieben, in denen zwar konkrete Anzeichen für eine psychische Erkrankung vorlägen, aber aus ihrer Sicht keinerlei Krankheitseinsicht bei den Leistungsberechtigten vorhanden sei (vgl. Kapitel 5.4). Hier würden sie oftmals an ihre Grenzen geraten, da eine abschließende Klärung nicht möglich sei.

„Das Problem ist ja, bei vielen gibt es keine Diagnose, weil sie eben sagen, die Welt ist verrückt. Also die spinnen ja alle, so. Die (..) erzählen nichts über ihre psychische

Erkrankung, weil ich ja psychisch krank bin und nicht die Kunden. Mag ja auch sein, aber auf alle Fälle, sie sehen bei sich keine Erkrankung. Und dann erzählen sie natürlich auch nicht, was sollten sie dann erzählen über ihre Erkrankung.“ [03 02 Fallmanager]

Des Weiteren wurde ein fehlender Austausch zwischen Fallmanagement bzw. Arbeitsvermittlung sowie der Leistungsabteilung als Hemmnis benannt. So wiesen mehrere Fachkräfte darauf hin, dass sie teilweise durch Zufall von Auffälligkeiten bzw. Konflikten zwischen ihren Klientinnen bzw. Klienten und der Leistungsabteilung erfahren hätten und durch einen früheren Austausch und besserer Rückmeldung, Anzeichen einer psychischen Erkrankung besser erkannt werden könnten.

Der Aspekt der fehlenden Kooperation zwischen Integrationsfachkräften und Fachkräften der Leistungsabteilung, der durch unsere Interviewleitfäden nicht abgedeckt wurde, ist relativ häufig angesprochen worden, wie auch die Aspekte der grundsätzlichen Überforderung der Leistungssachbearbeitung (hohe Fallzahlen, hohe Mitarbeiterfluktuation, komplexes Arbeitsgebiet) und der fehlenden Qualifizierungsangebote für diese:

„Es gibt gar keine Zusammenarbeit mit der Leistungsabteilung. [...] Die sind einfach (.) erstmal sind die total überfordert. Einfach zu wenig Personal und zu viel (.) ich kann auch mit Kunden, muss ich ehrlich sagen, nur arbeiten, wenn das mit dem Geld alles läuft. Das ist das A und O. Wenn sie im Hinterkopf immer haben, wie komm ich über den Monat. Oder hier ist wieder was offen oder hier hab ich das nicht. Na dann kann ich mit dem (.) da muss ich erstmal zusehen, dass der wirklich in der (..) dass seine Leistung läuft. Das ist das A und O, die wirtschaftliche Lage dann.“ [01 04 Fallmanager]

Gleichfalls wiesen die Integrationsfachkräfte darauf hin, dass für einige Klientinnen und Klienten die Fachkräfte der Leistungssachbearbeitung wichtigere (und häufigere) Bezugspersonen seien, als die Integrationsfachkräfte, da Leistungsaspekte bzw. leistungsrechtliche Problematiken bei diesem Personenkreis stärker im Fokus stehen, als Fragen der Arbeitsmarktintegration oder von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen. Bei der Klärung leistungsrechtlicher Fragen komme es nach Aussagen der Integrationsfachkräfte gerade beim Personenkreis der psychisch Kranken auch häufig zu Konflikten, gerade weil den Leistungssachbearbeiterinnen und Leistungssachbearbeitern Kenntnisse zu psychischen Erkrankungen fehlen. Auch aus unseren Interviews mit den Patientinnen und Patienten wurde ersichtlich, dass bei diesen häufig leistungsrechtliche Fragen im Fokus standen. Grundsätzlich ist die Rolle der Leistungssachbearbeitung im gesamtheitlichen Beratungs- und Betreuungsprozess ein Forschungsdesiderat (vgl. hierzu auch Neureiter u.a. 2013).

Einige Fachkräfte merkten an, dass entsprechende Schulungen zu psychischen Erkrankungen und den Umgang damit für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Job-

center relevant seien. Sie würden aber häufig nur für Fallmanagerinnen und Fallmanagern oder maximal für alle Integrationsfachkräfte angeboten, aber nicht den Leistungssachbearbeiterinnen und -bearbeitern sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Eingangszone. An einem Standort wurde des Weiteren kritisch darauf Bezug genommen, dass die beiden Fachdienste (Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Dienst) nicht vor Ort seien und hierdurch deren unterstützende Leistungen für die Abklärung von psychischen Erkrankungen seltener in Anspruch genommen würden. An einem anderen Standort war der Ärztliche Dienst seit geraumer Zeit nicht besetzt, was dazu führte, dass ausschließlich mit Vertragsärzten zusammengearbeitet wurde und im Resultat ebenfalls zu einer geringeren Nutzung der Angebote führte (hierzu ausführlich siehe Kapitel 5.3.1).

Neben möglichen Hemmnissen wurden insbesondere aber auch fördernde Faktoren von Seiten der Fachkräfte benannt. Darunter fallen beispielsweise:

- Schulungsangebote zu der Thematik für alle Fachkräfte (auch Eingangszone und Leistungsabteilung)
- Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie externen Fachleuten zu dem Thema
- Eine Gesprächsführung, die den Klientinnen und Klienten zugewandt ist und Vertrauen schafft
- Offenheit der Klientinnen und Klienten, wenn Gesundheitsaspekte angesprochen werden
- „Warme“ Übergaben zwischen Arbeitsvermittlung und Fallmanagement, Gemeinsame Fallbesprechungen
- Unterstützungsangebote durch Fachdienste, Gesundheitsamt und andere Fachexperten

Wie bereits angesprochen, wurden zudem auch die höheren Zeitkontingente für den einzelnen Leistungsberechtigten im Fallmanagement als förderlich empfunden, da im Zuge dessen z.B. auch Gesundheitsaspekte stärker in den Fokus rücken könnten als in der Arbeitsvermittlung. Des Weiteren wurde von einigen Fachkräften angesprochen, dass man „den Druck rausnehmen“ könne und hierdurch viele Betroffene offener über mögliche vorliegende Einschränkungen sprechen würden.

5.3 Unterstützung durch Fachdienste und Gesundheitsämter

Die Fachkräfte in den gemeinsamen Einrichtungen können bei der Abklärung der gesundheitlichen Situation ihrer Klientinnen und Klienten sowie zur weiteren Unterstützung im Beratungsprozess die Fachdienste der Agenturen für Arbeit (Ärztlicher Dienst, Berufspsychologischer Service) einschalten. Den Fachkräften der Jobcenter in kommunaler Trägerschaft stehen für diese Unterstützungsbedarfe in der Regel die Leistungen der Gesundheitsämter zur Verfügung. Im Rahmen der Fallstudien wurden sowohl die Fachkräfte als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der zugehörigen

Fachdienste und Gesundheitsämter darum gebeten, die Einschaltungsgründe und Abläufe der Dienstleistungen zu schildern, die im Zusammenhang mit psychisch Kranken besonders häufig in Anspruch genommen werden.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse für die Einschaltung und Inanspruchnahme des Ärztlichen Dienstes bzw. der Gesundheitsämter an den Fallstudienstandorten berichtet, um im Anschluss daran die Befunde zum Berufspsychologischen Service vorzustellen.

5.3.1 Inanspruchnahme des Ärztlichen Dienstes sowie der Gesundheitsämter

Wenn die Fachkräfte im Laufe des Betreuungsprozesses den Eindruck erhalten, dass psychische Auffälligkeiten bzw. gesundheitliche Einschränkungen vorliegen oder die Leistungsberechtigten selbst den Hinweis auf bereits diagnostizierte psychische Krankheiten geben, steht ihnen der Ärztliche Dienst bzw. das Gesundheitsamt zur weiteren Abklärung zur Verfügung. Im Rahmen der Interviews wurde dabei insbesondere auf fünf Dienstleistungsformate aufmerksam gemacht (vgl. zum Dienstleistungsportfolio auch Kapitel 2.6).

Unterstützungsangebote des Ärztlichen Dienstes sowie der Gesundheitsämter

Im Rahmen einer *Beratung* durch den Ärztlichen Dienst bzw. dem Gesundheitsamt können die Fachkräfte fachliche Hinweise zu einem Sachverhalt erhalten. So wurde an fünf der Fallstudienorte auf die Möglichkeit von Sprechstunden und Vorberatungen des Ärztlichen Dienstes hingewiesen sowie auf die Option, eine Fallberatung bzw. gemeinsame Fallbesprechung in Anspruch zu nehmen. Diese Angebote wurden von Seiten der meisten Fachkräfte als hilfreich bewertet, wie das folgende Zitat verdeutlicht.

„Wir nutzen das [die Sprechstunde] alle sehr intensiv und klären das vorab dort ab und gucken, ist das notwendig, wirklich ein umfangreiches Gutachten zu erstellen oder reicht das schon aus.“ [05 02 Reha-Fallmanager]

Des Weiteren können die Fachkräfte den Fachdienst bzw. das Gesundheitsamt für eine ärztliche Begutachtung einschalten. Bei der *gutachterlichen Äußerung* sowie der *Begutachtung nach Aktenlage* findet keine persönliche Untersuchung der Betroffenen statt; in diesen Fällen liegen in der Regel klare Befundberichte von behandelnden Ärzten und Therapeuten vor. Eine Schweigepflichtentbindung der SGB-II-Leistungsberechtigten ermöglicht, dass diese Unterlagen vom Ärztlichen Dienst bzw. dem Gesundheitsamt angefordert werden können. Die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes und der Gesundheitsämter haben in der Regel berichtet, dass diese Form der Begutachtung mehrheitlich angewendet wird.

Die beiden Begutachtungsformen *Gutachten mit symptombezogener* und *Gutachten mit umfänglicher Untersuchung* setzen wiederum die persönliche Einladung der Be-

troffenen voraus. Auf die Frage, nach welchen Kriterien eine Begutachtung nach Aktenlage oder eine persönliche Untersuchung erfolgt, antworteten die meisten Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner aus dem Ärztlichen Dienst und den Gesundheitsämtern, dass dies einerseits eine Frage der Auslastung sei und andererseits davon abhänge, wie viele Informationen und Befundberichte zu einem Fall vorliegen. Allein ein Gesundheitsamt hatte im Rahmen der Untersuchung angegeben, dass in allen Fällen eine persönliche Begutachtung vorgenommen werde.

„Also ein bisschen geht es auch nach unserer Arbeitsbelastung. Wenn wir furchtbar viel zu tun haben, ist man natürlich geneigt, eher nach Befundlage zu entscheiden, aber grundsätzlich nach Fachlichkeit und nach Fallgestaltung und Individuum.“ [07 06 Ärztlicher Dienst]

„Letztlich ist eigentlich das Ziel, dass wir mehr nach Aktenlage machen, um auch schneller die Fälle loszuwerden sozusagen, aber wir treffen hier ganz häufig auf komplexe Fallkonstellationen, wo man zumindest nach der Aktenlage her meint, nee, das kann man so nicht beantworten, das ist zu komplex und ja, da haben wir halt relativ hohe Begutachtungszahlen, wie nennt man es, ähm mit Kundenkontakt.“ [08 06 Ärztlicher Dienst]

An allen besuchten Standorten wurde aufgrund von Kapazitätsgründen mit Vertragsärzten zusammengearbeitet. An einem Standort war der Ärztliche Dienst seit einer gewissen Zeit nicht besetzt, weshalb der Rückgriff auf Vertragsärzte eine absolute Notwendigkeit darstellte. Von Seiten einzelner Fachkräfte wurde dieses Vorgehen eher kritisch gesehen, da aus ihrer Sicht von den Vertragsärzten nicht die gleiche Qualität wie bei den Amtsärzten gewährleistet werden könne.

„Und wir haben dann öfter mal so, also dass Kunden sich auch schon mokieren und sagen, war das der alte Mann mit dem Kittel, der das geschrieben hat, wenn ich das ärztliche Gutachten dann öffne. Den habe ich eigentlich kaum noch verstanden. Wir haben ja Leute, die sind dann nicht, weiß ich nicht, also oftmals dort die Ärzte, die in Rente gehen und sich über so Gutachten nochmal, ich weiß nicht, ein schönes Essen in [Stadt] oder so finanzieren wollen.“ [03 02 Fallmanager]

„Pff, Ärztlicher Dienst für psychisch Erkrankte lieber nicht, muss ich ehrlich so sagen. Also da muss ich aufpassen, ja, es wird ja Gott sei Dank anonymisiert. [...] Also bei den Ärzten, die jetzt direkt in der Agentur arbeiten, ist es tendenziell besser [...] und mit den Vertragsärzten ist es eine Katastrophe. Kann man nicht anders sagen.“ [08 01 Teamleitung]

Einschaltung des Ärztlichen Dienstes und der Gesundheitsämter

Im Rahmen der Interviews wurde ersichtlich, dass die befragten Fachkräfte den Ärztlichen Dienst insbesondere zur Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sowie zur Abklärung von Rehabilitationsbedarf bei Hinweisen auf bzw. Vorliegen von psychischen Krankheiten einschalten.

„Na eigentlich ist das schon immer (.) immer die gleiche Fragestellung, immer die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, ja, und die stellt sich natürlich dann häufig, was kann jemand überhaupt arbeiten, wenn er eine psychische Erkrankung hat und das ist entweder, weil das die Betroffenen selber angehen im SGB II oder weil sie auffallen.“ [06 05 Gesundheitsamt]

Darüber hinaus werden die Gutachten des Ärztlichen Dienstes bzw. des Gesundheitsamtes bei der Zielgruppe häufig in Anspruch genommen, wenn eine Einschätzung benötigt wird, ob die wahrgenommenen psychischen Auffälligkeiten bzw. eine diagnostizierte psychische Krankheit zu Beeinträchtigungen bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit oder der Teilnahme von vorgesehenen Qualifizierungsmaßnahmen führen. Deutlich wurde, dass viele der Fachkräfte auch bei vorliegender Unsicherheit hinsichtlich der wahrgenommenen psychischen Auffälligkeiten und dem weiteren Vorgehen die Unterstützung des Ärztlichen Dienstes bzw. des Gesundheitsamtes in Anspruch nehmen. So wurde thematisiert, dass durch den Ärztlichen Dienst bzw. das Gesundheitsamt geklärt werden könne, ob die eigene „laienhafte“ Einschätzung zutrifft und bestimmte vorgesehene Tätigkeiten leidensgerecht sind.

„Das ist dann oftmals auch meine Aufgabe zu gucken, was ist genau mit dem einzelnen Kunden, wie schwer ist diese Erkrankung. Das kann ich natürlich nicht alleine beurteilen, sondern schalte da ganz oft den Ärztlichen Dienst mit ein und dann ist zu gucken, wie schwer ist die Erkrankung, kann man damit noch was machen, kann man noch arbeiten. Dann würden wir auch was versuchen oder ist es tatsächlich so schlimm, dass im Moment Erwerbsfähigkeit nicht vorliegt. Das kommt auch vor. Oder aber enthält das Gutachten Hinweise, wo man dann sagen kann, es könnte ein Reha-Fall werden.“ [05 04 Fallmanager]

Einzelne Fachkräfte nutzen die Einschaltung des Ärztlichen Dienstes auch bewusst, um in schwierigen Beratungssituationen eine weitere „objektive“ Einschätzung in die Diskussion mit den Betroffenen einbringen zu können. So beschrieb beispielsweise eine Fachkraft aus der Arbeitsvermittlung einen Fall, in dem ein Klient auf eine Umschulung zum Betriebswirt drängte, obwohl er seit bereits 20 Jahren arbeitslos war. Sie bezweifelte, dass der Klient die entsprechenden intellektuellen Fähigkeiten mitbrachte und vermutete zudem weitere psychische Einschränkungen. Sie argumentierte dem Klienten gegenüber, dass sie über ein ärztliches Gutachten zunächst die Eignung für eine entsprechende Umschulung abklären müsse, um im Nachgang die Problematik offener ansprechen zu können.

„Also das wäre jetzt so ein kleiner Trick, um das (...) also ich möchte ja niemanden umgehen, aber dass man das einfach so transparent hat, also dass man einfach irgendwann mal in der Beratung diese Problematik vielleicht doch offener ansprechen kann.“ [07 03 Arbeitsvermittler]

Von Seiten einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes und der Gesundheitsämter wurde kritisiert, dass die Fragen der Fachkräfte für die Begutachtungen teilweise zu allgemein gehalten seien und grundsätzlich eine relativ hohe Heterogenität hinsichtlich der abgelegten Hintergrundberichte und Qualität der Anfragen zu erkennen sei.

„Es gibt (..) es gibt sehr differenzierte Auftraggeber. Das sind häufig die, (...) die auch noch so ein (..) so eine Aufgabe sehen, ja? Aus dem mache ich was! Das ist es doch! Es kommt auch darauf an, wie ein Fallmanager darauf eingeht. Er kann sagen: „Ach schon wieder jemand, ich kann es nicht mehr hören.“ Ja? „Rücken habe ich auch, und das habe ich auch, und der will ja eh nicht. Den schicke ich erst mal zum Gesundheitsamt, dann habe ich ihn los.“ Und dann gibt es Leute, die sich (.) Fallmanager, die manchmal Jahre lang mit einem Kandidaten sehr viel versuchen. Dann kriegen wir so eine dicke Akte mit Vermerken und Berichten über Maßnahmen, die gemacht worden sind. Die Maßnahmenberichte sind sehr wertvoll und sehr aufschlussreich.“ [02 06 Gesundheitsamt]

Nach Auskunft der befragten Fachkräfte in den Jobcentern würden die SGB-II-Leistungsberechtigten sehr unterschiedlich auf den Vorschlag reagieren, beim Ärztlichen Dienst bzw. dem Gesundheitsamt vorstellig zu werden. Teilweise würde es begrüßt, da sich hiervon ein beschleunigter Prozess bzw. Neuorientierung des Beratungsprozesses oder auch Hilfestellung erhofft wird. Andere Betroffene würden dem bevorstehenden Termin beim Ärztlichen Dienst bzw. beim Gesundheitsamt jedoch eher ängstlich oder kritisch gegenüberstehen. In diesem Zusammenhang wurde von vielen Fachkräften erneut auf die Problematik hingewiesen, dass einige Betroffene keine Krankheitseinsicht hätten und die Einschaltung des Ärztlichen Dienstes deshalb häufig eine Hürde darstelle.

„Das wäre ja traumhaft, wenn jeder Kunde sagt, ja gerne. Das lassen wir mal, aber das ist ja eben das Problem bei den psychisch Kranken. Die sehen es ja oft gar nicht. Also sie sagen auch selbst, da ist nichts, das ist alles in Ordnung.“ [03 01 Teamleitung]

„Für die Kunden allgemein ist das schon die nächste Instanz. Die erkennen das manchmal nicht als Hilfe, sondern eher als Bestrafung, ja, so nach dem Motto: Hu, hu, hu, ärztliches Gutachten, uah, ist was vom Amt.“ [08 04 Arbeitsvermittler]

Ablauf bei Gutachten mit symptombezogener oder umfänglicher Untersuchung

Nach Auskunft der befragten Fachkräfte würden die SGB-II-Leistungsberechtigten in einem nächsten Schritt von Seiten des Ärztlichen Dienstes bzw. des Gesundheitsamtes zu einer persönlichen Untersuchung eingeladen. Es ist vorgesehen, dass ein Gesundheitsfragebogen im Vorfeld der Untersuchung ausgefüllt wird. Hierbei sollen die Betroffenen Informationen über ihre behandelnden Ärzte, mögliche Rentenbescheide oder auch abgelehnte Rentenanträge zur Verfügung stellen. Darüber hinaus wird um Unterzeichnung einer Schweigepflichtentbindung gebeten. Auf Basis dessen kann

der Ärztliche Dienst bzw. das Gesundheitsamt die entsprechenden Befunde und Unterlagen anfordern.

Bei der Vor-Ort-Untersuchung würden die Betroffenen nach Aussage der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes bzw. der Gesundheitsämter zunächst auf die Gründe der Einschaltung sowie auf die Freiwilligkeit und Datenschutzgesichtspunkte hingewiesen. Von einzelnen Befragten kam diesbezüglich der Hinweis, dass nicht alle Leistungsberechtigten ausreichend über die Zielstellungen der Untersuchung von Seiten der Fachkräfte unterrichtet wären. Des Weiteren werde das Prozedere der Untersuchung mit den Klientinnen und Klienten vorab besprochen.

Im Rahmen der persönlichen Untersuchung von Leistungsberechtigten mit Verdacht auf bzw. Vorliegen einer psychischen Erkrankung liege der Schwerpunkt insbesondere auf einer Sozial-, Arbeits- und Familienanamnese, in der sowohl Eigen- als auch Fremdeinschätzungen berücksichtigt werden, so die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes und der Gesundheitsämter. Bei Bedarf werde zudem eine körperliche Untersuchung vorgenommen, um somatische Ursachen für psychische Belastungen ausschließen zu können. Nach Auskunft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der befragten Ärztlichen Dienste und Gesundheitsämter seien hinsichtlich der Mitwirkung der Betroffenen bei der Untersuchung teils sehr offene und ausführliche Berichte festzustellen bis hin zur gesamten Bandbreite an Reaktionen.

„Es gibt welche, die sich in Grund und Boden schämen und hier eine völlig intakte Fassade versuchen aufrecht zu erhalten, bis zu denen, die ihre Krankheit vor sich hertragen und sie sehen doch, Frau Doktor, ich bin so krank, ich kann gar nicht und warum muss ich überhaupt noch hierher, das weiß doch die ganze Welt, das ich krank bin. [...] Oft sind die Leute sehr belastet dadurch. Das nimmt Einfluss auf ihr ganzes Leben. Viele sind sehr resigniert über ihre Erkrankung, dass sie sich auch oft im Kreis drehen und so als Endlosspirale erleben ohne Besserung, dass sie nie mehr wieder ganz gesund werden. Das ist oft ein ganz schwieriges Problem für die Leute. Ich sehe sehr viel Verzweiflung hier im persönlichen Kundenkontakt, das muss man schon so sagen.“ [07 06 Ärztlicher Dienst]

Aufgrund der - sofern vorhandenen - Befundberichte sowie der persönlichen Untersuchung werde dann ein Gutachten erstellt. Sollte noch keine Erstdiagnose erstellt worden sein, werde ein externes psychiatrisches Zusatzgutachten angefordert, wie die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der örtlichen Ärztlichen Dienste und Gesundheitsämter berichteten.

Rückspiegelung der Ergebnisse und Bewertung der Fachkräfte

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztlichen Dienste sowie der Gesundheitsämter spiegeln den Betroffenen die Ergebnisse - sofern zu diesem Zeitpunkt schon abschließend möglich - nach Abschluss der Untersuchung wider. Sollten zu diesem Zeitpunkt noch nicht abschließend alle Informationen vorliegen, würden die Fachkräfte darum gebeten, die Ergebnisse des Gutachtens mit den Betroffenen zu besprechen. Einzelne Fachkräfte berichteten in diesem Zusammenhang von teils kritischen

Reaktionen der Leistungsberechtigten auf den Besuch beim Ärztlichen Dienst bzw. dem Gesundheitsamt und verwiesen darauf, dass es manchmal schwerfalle, die Inhalte der Gutachten und die Aufgaben des Fachdienstes zu vermitteln.

„Das versteht der [Klient] dann häufig auch nicht und ist dann frustriert, wenn er ganz kurzes Gespräch, „der hat mich ja dann gar nicht untersucht“, „der hat ja gar nichts weiter gefragt“ und so. Häufig entstehen gerade im Zusammenhang mit dem Ärztlichen Dienst auch Irritationen bei den Kunden. Und gerade bei psychisch Kranken muss man denen im Vorfeld auch häufig schon erklären, was kann der Ärztliche Dienst abbilden. Dass die überzogene Erwartungen haben. Die denken auch manchmal, da ergibt sich noch eine Behandlung draus.“ [01 04 Fallmanager]

Das erstellte Gutachten des Ärztlichen Dienstes bzw. der Gesundheitsämter enthält - wie bereits in Kapitel 2.6 skizziert - einen Gutachtenteil A, der bei den Fachdiensten/dem Gesundheitsamt verbleibt und detaillierte medizinische Informationen beinhaltet. Der Gutachtenteil B ist für die Fachkräfte in den Jobcentern bestimmt und enthält aufgrund der Daten- und Schweigepflichtregeln nur eine Beschreibung von Funktionsbeeinträchtigungen, ohne eine genaue Bestimmung der vorliegenden Gesundheitsstörung vorzunehmen, wie das folgende Zitat verdeutlicht.

Und im Teil B darf nicht drinstehen „depressive Erkrankung“, sondern „vorwiegend aus psychischer Beeinträchtigung kommt es aktuell zu Einschränkungen im Bereich ‚Aktivität‘“ oder was auch immer. [...] Das ist für die Fachkräfte häufig ein Problem: „Ja, ich will jetzt wissen: Ist der depressiv, ist der schizophran, spinnt der, was hat der denn?“ mal vereinfacht gesagt. Das dürfen wir schlicht und einfach nicht, weil die Datenschutz- und Schweigepflichtrahmenbedingungen uns verbieten, Gesundheitsstörungen im engeren Sinn mitzuteilen. Wir dürfen Funktionseinschränkungen mitteilen. Wenn man natürlich bei einer Depression sagt „Verminderung der Aktivität“, „Minderung des Selbstwirksamkeitsüberzeugungs- oder was auch immer-Profiles“, das sind dann Dinge, wo die Fachkräfte das nicht so leicht umsetzen können. Sowohl im Fallmanagement, als auch Bereich Integration. [09 01 Ärztlicher Dienst]

Von vielen Fachkräften wurde darauf hingewiesen, dass die Qualität der Gutachten sehr unterschiedlich sei und in vielen Fällen durchaus auch hilfreich für den weiteren Betreuungs- und Beratungsprozess. Deutlich wurde jedoch auch, dass die Mehrheit der befragten Fachkräfte die Gutachten des Ärztlichen Dienstes bzw. der Gesundheitsämter häufig als zu allgemein gehalten wahrnehmen und viele Befragte sich detailliertere und spezifischere Informationen zu ihren Leistungsberechtigten und den Rahmenbedingungen, unter denen sie arbeiten könnten, wünschen.

„Also Gesundheitsamt, diese Berichte, die wir erhalten, sind sehr ja allgemein gehalten. Also ich kann mit den Inhalten gar nichts anfangen. Ich frage mich dann am Ende auch, warum ich drei Monate gewartet habe bis zu dem Ergebnis des Berichts.“ [02 03 Fallmanager]

Unsere Arbeit würde enorm erleichtert werden, wenn da manchmal drinstehen würde, der könnte den Beruf XY und nicht immer dieses sehr (..) der sehr globale ähm (..) meistens steht ja dann drin, keine Arbeiten unter erhöhtem psychischen Druck. Ja, wo ist (..) wo (..) wo ist das oder wo ist das nicht.“ [02 04 Fallmanager]

Einzelne Fachkräfte in den gemeinsamen Einrichtungen wählten deshalb auch die Strategie, vor dem Ärztlichen Dienst den Berufspsychologischen Service (BPS) einzuschalten, um vorab Informationen zu den Betroffenen zu erhalten. Wie später in Kapitel 5.3.2 ausführlich dargestellt, werden die Gutachten des BPS mehrheitlich positiver bewertet, was insbesondere der ausführlicheren Beschreibung der Ressourcen und Einschränkungen sowie der Rahmenbedingungen, unter der eine Aufnahme von Arbeit bzw. Qualifizierung möglich erscheint, zugeschrieben wurde.

„Also die [Gutachten des ÄD] sind oft nicht ganz so klar und das ist eben dieses, kann heben, bücken, weiß ich nicht was. Und es wird nicht so konkret auf die Fragestellung eingegangen. [...] Also ich mache in dem Fall gerne so, dass ich erst ein psychologisches Gutachten mache und dann eben den ärztlichen Dienst im Nachhinein einschalte, um zu sagen, wir haben ein psychologisches Gutachten, bitte beachten Sie das.“ [03 04 Fallmanager]

Grundsätzlich wurde auf Seiten der Fachkräfte häufig Enttäuschung und Frustration ersichtlich, wenn Leistungsberechtigte, die sie selbst als nicht erwerbsfähig und schwer psychisch krank einschätzten, vom Ärztlichen Dienst bzw. dem Gesundheitsamt als vollschichtig leistungsfähig eingestuft wurden. So wurde in diesen Fällen besonders kritisch diskutiert, dass trotz starker Einschränkungen von Seiten des Ärztlichen Dienstes bzw. des Gesundheitsamtes die grundsätzliche Erwerbsfähigkeit festgestellt werde, aber aus ihrer Sicht keine entsprechenden Arbeitsplätze oder Maßnahmen zur Verfügung stünden, die den Bedarfen der Betroffenen gerecht werden könnten. Dies verweist auf die grundsätzliche Problematik, dass manche Leistungsberechtigte mit psychischen Erkrankungen zwar nach Definition des SGB II als erwerbsfähig eingestuft werden, die Fachkräfte aufgrund von massiven Einschränkungen der Leistungsfähigkeit der Betroffenen aber vor der Problematik stehen, keine passenden Vermittlungs- oder Förderangebote zur Verfügung stellen zu können. In Kapitel 5.4.2 wird auf diese Herausforderung, die von Seiten der Fachkräfte in Zusammenhang mit psychisch kranken Leistungsberechtigten sehr häufig thematisiert wurde, ausführlicher eingegangen.

„Nachteil für uns ist halt, wenn gravierende Einschränkungen da sind, dass sie sagen, ja, der ist schon noch dem Arbeitsmarkt zugänglich, zwar nicht mehr in Vollzeit, aber der darf das und das und das und das und das nicht unter Berücksichtigung von, von, von, von, wo dann schon die Frage ist, was soll er dann noch machen?“ [07 03 Arbeitsvermittler]

„Also es ist ab und zu mal beim (..) beim Ärztlichen Dienst, dass ich sage: Ähm, so kann ich da gar nichts mit anfangen. Dann sagt mir der Arzt: Ja, das ist jetzt aber Ihr

Problem, weil ich beurteile nur, wie (.) wie (.) wie der Mensch jetzt da so ist und nicht, welche Auswirkungen das auf dem Arbeitsmarkt haben könnte. Also wenn es keine Stellen gibt, dann tut es ihm leid, aber das ist jetzt nicht sein Problem. Kann ich schwer mit umgehen, aber gut (lacht leicht). [...] Oder es heißt dann also zweiter Arbeitsmarkt ähm und wir haben (.) wir haben im Prinzip keinen zweiten Arbeitsmarkt für längere Zeit. Da wünschte ich mir auch, dass der Ärztliche Dienst das endlich mal begreift, hey, das gibt es nicht mehr. Ja, ABM für mehrere Jahre gibt es nicht mehr. Was mache ich dann mit jemanden, wo es heißt, ja, zweiter Arbeitsmarkt?“ [08 02 Fallmanager]

In diesem Zusammenhang wurde von einigen Fachkräften auch kritisch angemerkt, dass in den meisten Ärztlichen Diensten bzw. Gesundheitsämtern keine Psychiater beschäftigt seien und sie somit in Frage stellten, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachdienstes bzw. des Gesundheitsamtes entsprechend geschult seien, um psychische Krankheiten zu erfassen.

„Da ist jemand, also ein schwer psychisch Kranker, der von unserem Ärztlichen Dienst gefragt wird, heben Sie mal den Arm. Ja, der ist vollschichtig leistungsfähig, das ist das, was wir an Gutachten wiederkriegen, weil wir natürlich keine, wir haben ja keine Fachärzte im Ärztlichen Dienst. Wir haben teilweise Chirurgen oder Internisten, die dann über psychische Erkrankungen urteilen wollen. Da kann ich auch einen Bäckermeister hinstellen, der darüber urteilt.“ [03 02 Fallmanager]

5.3.2 Inanspruchnahme des Berufspsychologischen Service

Neben dem ÄD stehen den Fachkräften in den gemeinsamen Einrichtungen auch die Dienstleistungen des Berufspsychologischen Service (BPS) zur Verfügung. Im Rahmen der Fallstudien haben die Fachkräfte sowie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BPS insbesondere auf vier Angebote verwiesen (zum gesamten Angebotsspektrum des BPS und seinen Aufgaben vgl. Abschnitt 2.6), die im Zusammenhang mit psychisch Kranken im SGB II aktiv genutzt werden, und auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Unterstützungsangebote des Berufspsychologischen Service

Die am häufigsten eingeschaltete Dienstleistung stellt nach Auskunft der Befragten die *psychologische Begutachtung* dar. Im Rahmen eines persönlichen Termins der Betroffenen beim BPS werden durch Gesprächsdiagnostik, Verhaltensbeobachtungen sowie ggf. Testverfahren die individuellen Fragestellungen der Fachkraft abgeklärt. Eine psychologische Begutachtung beinhaltet dabei keine Diagnostik und Einordnung einer psychischen Krankheit in ein medizinisches Klassifikationssystem, hierfür sei der Ärztliche Dienst zuständig. Der Schwerpunkt liege vielmehr auf einer Beschreibung der Ressourcen und Einschränkungen der Betroffenen sowie der Eignung und den Rahmenbedingungen, unter denen eine Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, einer Arbeits- oder Qualifizierungsmaßnahme möglich ist.

Darüber hinaus nutzten die Fachkräfte das Angebot der *Gemeinsamen Fallbesprechung*. Hierbei werden in einem Gespräch zwischen Fachkraft und der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters des BPS vorliegende Informationen zu einem Fall ausgewertet und besprochen, wie ein möglicher Handlungs- bzw. Umsetzungsplan gestaltet werden könnte. Bei einer Gemeinsamen Fallbearbeitung nimmt eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter des BPS an einem Gespräch zwischen Fachkraft und Betroffenen oder Betroffener teil und unterstützt die Fachkraft aktiv in schwierigen Situationen.

Des Weiteren haben viele der befragten Fachkräfte bereits auf das Angebot zurückgegriffen, für ihre Leistungsberechtigten eine *Psychologische Beratung* beim BPS einzuschalten. Im Rahmen von persönlichen Gesprächen sollen die Betroffenen Unterstützung bei der Klärung von relevanten Fragen erhalten sowie Wege zur Aktivierung von Ressourcen aufgezeigt werden. Die Psychologische Beratung ist für die Betroffenen freiwillig und setzt entsprechend deren Bereitschaft voraus. Die Psychologische Beratung unterliegt dabei der Schweigepflicht und ist eine Beratungsdienstleistung für die Leistungsberechtigten.

Einschaltung des Berufspsychologischen Service

Im Rahmen der Interviews mit den Fachkräften und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des BPS wurde ersichtlich, dass die Fachkräfte eine psychologische Begutachtung insbesondere dann nutzen, wenn sie das Gefühl haben, dass eine psychische Krankheit bei einem Leistungsberechtigten vorliegen könnte und sie Einschränkungen abgeklärt haben möchten. In diesem Zusammenhang spielen häufig die Frage nach der Belastbarkeit der Betroffenen sowie deren Leistungsfähigkeit eine große Rolle und die Frage nach erforderlichen Hilfestellungen und Rahmenbedingungen, die die Integrationschancen erhöhen. In vielen Fällen wurde dies mit der Bitte um eine Eignungsfeststellung für eine Arbeits- oder Qualifizierungsmaßnahme bzw. Umschulung verknüpft. Nach Auskunft einiger Fachkräfte könne ihnen eine psychologische Begutachtung eine fundierte Antwort auf die Frage geben, ob die Betroffenen „nicht können oder nicht wollen“.

„Ja, bei denen, bei denen das noch nicht so erkannt ist oder noch nicht diagnostiziert ist, wie auch immer, wo ich nur das Gefühl hab, dass irgendwas schief läuft, ja, da gibt es eigentlich als erstes, dass wir den Berufspsychologischen Dienst einschalten.“ [01 03 Fallmanager]

„Also eine Gruppe ist mal, dass Menschen in die Vermittlung einfach kommen oder eine Zeit lang durch Vermittlungsfachkräfte, Integrationsfachkräfte betreut werden, ähm wo es einfach Auffälligkeiten gibt und ich sage mal ganz grob oder man sagen könnte: Was ist denn mit dem eigentlich los? Ja, also wo... wo einfach die äh Integrationsfachkraft irgendwo vor der Frage steht: Was (..) was (..) was mache ich da, was ist da? Ne. Das wäre so eine Gruppe. Die andere wäre, wo es einfach schon eine gewisse (..) gewisse Vorgeschichte gibt oder wo die Kunden selber schon mit ihren psychischen Störungen, Krankheiten äh das ins Gespräch einbringen und dann konkreter nachgefragt wird, welche Auswirkungen hat das jetzt im Hinblick zum Beispiel

auch auf die Belastbarkeit vor allem, also inwieweit (..) welche Möglichkeiten bieten sich für mich, denjenigen in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Ähm (..) dann wäre es äh eine ganze Gruppe natürlich von Kunden, wo es auch um Hilfestellung geht, also das heißt welche besondere Unterstützung braucht die Kundin, der Kunde aufgrund seiner psychischen Einschränkungen.“ [08 05 Berufspsychologischer Service]

Nach Auskunft der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Berufspsychologischen Service seien der überwiegenden Mehrheit der Fachkräfte dabei die Zuständigkeitsbereiche von BPS und Ärztlichen Dienst klar. So würden die Fachkräfte über den Ärztlichen Dienst insbesondere die Frage nach der Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt abklären lassen und die Fachkräfte wüssten, dass die psychologische Begutachtung stärker dazu diene, umfangreich die Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten zu beschreiben, die der entsprechende Leistungsberechtigte braucht. Darüber hinaus würden sie stets eingeschaltet, wenn eine psychische Behinderung abgeklärt werden müsse. Sie stellten zudem fest, dass die Fachkräfte den Ärztlichen Dienst häufig dann einschalten, wenn eine psychische Krankheit bereits diagnostiziert wurde, während sie vor allem vorrangig um Unterstützung gebeten werden, wenn ein Verdacht vorliegt und die psychische Belastbarkeit abgeklärt werden soll.

„Aber häufig ist es so, das ist meine Erfahrung, dass eben, wenn schon die psychische Krankheit eben bekannt ist, dann man auch in irgendeiner Weise behandelt wird, dass dann in jedem Fall der Ärztliche Dienst mit im Boot ist und häufig, wenn einfach sich ein Verdacht daraus ergibt, dass möglicherweise eine psychische Krankheit oder eben eine, also eine Einschränkung in der psychischen Belastbarkeit eben da ist, dass dann eher vorrangig über uns gegangen wird.“ [03 05 Berufspsychologischer Service]

Im Rahmen der Interviews wurde ersichtlich, dass die Gemeinsame Fallbesprechung insbesondere bei schwierigen Fällen und Überforderung der Fachkräfte genutzt wird, um Lösungswege aufgezeigt zu bekommen. Die Gemeinsame Fallbearbeitung biete zudem Unterstützung bei der direkten Kommunikation mit den Leistungsberechtigten und könne neue Blickwinkel sowohl für den Leistungsberechtigten als auch für die Fachkräfte aufzeigen.

„Ja, interessant insofern, dass man dann auch ein bisschen hakt, oh Gott, das sieht der Psychologe so oder der ganz anders. Die ja wirklich dann auch recht, sag ich mal, na da fehlt mir ein bisschen das Wort – auch zielorientiert sind. Manchmal verweichtlichen wir dann auch, weil wir uns nicht trauen. Was kannst du dem zumuten? Und die das aber schon so besser (..) diese Angst auch nicht haben, dem irgendwo - ich sag es jetzt mal mit meinen eigenen Worten – wehzutun. Sondern konstruktiver da auch rangehen und dem wirklich auch direkt sagen: „Aber Kunde. Hier bist Du jetzt gefragt. Das ist Deine Aufgabe. Dem musst Du Dich stellen.“ Was ich manchmal dann als Vermittler oder Fallmanager mich nicht traue.“ [01 04 Fallmanager]

Einige Fachkräfte wiesen zudem darauf hin, dass die Gemeinsame Fallbearbeitung eine gute Orientierung für den weiteren Beratungs- und Betreuungsprozess biete und sich insbesondere dann eigne, wenn sich die Leistungsberechtigten davor scheuen, für eine psychologische Begutachtung zum Berufspsychologischen Service zu gehen. Die beiden Unterstützungsformate Gemeinsame Fallbesprechung und Fallbearbeitung wurden somit mehrheitlich sehr positiv bewertet, wenngleich sie weitaus seltener als die Psychologische Begutachtung aktiv genutzt werden. Hierbei wurde insbesondere auf die Herausforderung des hierfür notwendigen Zeitmanagements hingewiesen. An einem Standort wurde zudem darauf aufmerksam gemacht, dass die räumliche Distanz zum BPS (in diesem Fall an einem anderen Standort vertreten) für die geringe Nutzung verantwortlich sei.

„Aber das wäre wirklich eine gute Lösung, also wenn man hier vor Ort was hätte, das würde mit Sicherheit das erleichtern, dass man schneller einen Fachmann hinzuziehen kann, ohne jetzt groß zu sagen: Du, ich habe den Eindruck, irgendwas stimmt da nicht, schau du mal mit und du hast den Blick dafür und kannst danach viel besser beurteilen, was los ist. Fehlt uns einfach.“ [08 01 Teamleitung]

Das Angebot der Psychologischen Beratung für die Leistungsberechtigten wird von Seiten der Fachkräfte häufig dann eingeschaltet, wenn sie sich für die Betroffenen eine Strukturierung von psychischen Problemen erhoffen. Sehr häufig wurde darauf hingewiesen, dass das Beratungsangebot des BPS gerne genutzt werde, wenn sich Leistungsberechtigte noch nicht trauen, einen Therapeuten oder Psychologen aufzusuchen bzw. wenn keine entsprechenden Unterstützungsangebote zeitnah zur Verfügung stehen. In diesen Fällen könne die Psychologische Beratung des BPS eine gute Überbrückung bis zu einer Therapie bieten bzw. ein niederschwelliges Angebot für die Betroffenen darstellen.

„Und das ist was, wo man mit dem Menschen ganz gut umgehen kann, weil, es bindet nicht total, aber sie haben so eine vorübergehende Unterstützung und verlieren so ein bisschen die Angst auch vor Gutachten oder überhaupt vor dieser Institution an sich. Und das kann hilfreich sein so für den Übergang.“ [03 04 Fallmanager]

Ablauf der psychologischen Begutachtung beim Berufspsychologischen Service

Im Gegensatz zur Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst bzw. der Gesundheitsämter findet bei der psychologischen Begutachtung durch den Berufspsychologischen Service in allen Fällen eine persönliche Begutachtung vor Ort statt. Nach Einschaltung des BPS durch die Fachkräfte werden die Leistungsberechtigten ähnlich dem Verfahren beim Ärztlichen Dienst durch den Berufspsychologischen Dienst persönlich eingeladen. Sowohl nach Auskunft vieler Fachkräfte als auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BPS seien die Reaktionen der Leistungsberechtigten auf die Einschaltung des BPS häufig kritischer als etwa beim Ärztlichen Dienst. Oftmals würden Ängste dahingehend geäußert, dass die Sorge bestehe, als psychisch krank eingestuft zu werden bzw. Vorbehalte gegenüber Psychologen vorhanden sind. Nach

Einschätzung der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BPS lassen sich diese Ängste und die anfängliche Nervosität vieler Betroffener jedoch relativ schnell im Rahmen des Vorgesprüches auffangen. Im Rahmen dessen werden den Leistungsberechtigten in der Regel die Gründe für die Einschaltung sowie die vorhandenen Datenschutzbestimmungen erläutert sowie abgeklärt, welche Fragen die Betroffenen selbst mitbringen. Des Weiteren wird das weitere Vorgehen beim BPS erklärt.

„Also klar, das ist ja in der allgemeinen Bevölkerung so, dass es einfach Vorbehalte gibt, gegenüber unserer Zunft (lacht). Und das ist natürlich auch bei SGB II Kunden so, aber das ist in der Regel was, was sich relativ schnell auch auflöst, ne? Das ist vielleicht am Anfang mal Thema, dass da mal so ein Spruch kommt, muss ich mich jetzt auf die Couch legen? Oder sowas in der Richtung. Und dann ist es auch schnell wieder vom Tisch, wenn eben Transparenz darüber hergestellt wird, was für Fragen jetzt zu klären sind und worum es geht.“ [03 05 Berufspsychologischer Service]

Die Mehrheit der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BPS betonte die Wichtigkeit von Offenheit und Transparenz gegenüber den Leistungsberechtigten und maß dem Vorgespräch einen hohen Stellenwert ein. Sie stellten dabei gleichermaßen fest, dass die Betroffenen über die Gründe ihres Besuches beim BPS von Seiten der Fachkräfte sehr unterschiedlich informiert seien. Sie teilten somit weitgehend die Einschätzung der befragten Ärztlichen Dienste und Gesundheitsämter, die ebenfalls ein relativ heterogenes Vorwissen bei den Betroffenen festgestellt hatten.

Für das Vorgespräch und die anschließende Begutachtung seien die Leistungsberechtigten nach Auskunft der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BPS etwa einen halben Tag vor Ort. Das Begutachtungsverfahren bestehe in der Regel aus einem Mix aus Testverfahren und Gesprächsdiagnostik. Häufig würden zudem Belastungssituationen simuliert, um die Reaktionen der Leistungsberechtigten gut abbilden zu können. Im Nachgang werden den Betroffenen die Ergebnisse und die Inhalte des zu erstellenden Gutachtens noch im Gespräch beim BPS eröffnet. Nach Einschätzung der meisten befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des BPS sei die Mehrzahl der Leistungsberechtigten hierbei offen und in der Regel dankbar. Einige wiesen darauf hin, dass dies auch häufig damit zusammenhänge, dass mehr Zeit für die Begutachtung zur Verfügung stehe als etwa bei einem Beratungsgespräch mit der Fachkraft und die Betroffenen hierdurch das Gefühl bekämen, dass man sich um sie kümmert.

Rückspiegelung der Ergebnisse und Bewertung der Fachkräfte

Die Fachkräfte in den gemeinsamen Einrichtungen erhalten vom BPS im Nachgang der psychologischen Begutachtung ein ausführliches Gutachten, in dem in der Regel auf die Ressourcen der Leistungsberechtigten, eventuelle Hemmnisse sowie die Rahmenbedingungen einer Förderung eingegangen wird. Im Vergleich zu den Aussagen über die Gutachten des Ärztlichen Dienstes bzw. der Gesundheitsämter wurden die Gutachten des BPS von der überwiegenden Mehrheit der befragten Fachkräfte als

sehr hilfreich und positiv bewertet. Nur einzelne Fachkräfte wiesen auf die Heterogenität der erhaltenen Gutachten hin. Die Fachkräfte betonten häufig, dass die Gutachten sehr ausführlich seien und dezidiert auf den individuellen Menschen eingehen. Von einigen Fachkräften wurde zudem festgestellt, dass sie durch die Gutachten weitere Hintergrundinformationen über die Leistungsberechtigten erhalten, die ihnen zuvor noch nicht bewusst gewesen wären. Als sehr hilfreich wurde darüber hinaus die Beschreibung der Rahmenbedingungen empfunden, die für eine zielgerichtete Förderung bzw. Integration in den Arbeitsmarkt, förderlich seien. Einzelne Fachkräfte äußerten ihr Bedauern, dass der BPS keine Diagnosen erstellen dürfe.

„Und der BPS macht gute Gutachten, also den schalte ich sehr gerne ein und damit kann ich auch ganz gut was anfangen. Das finde ich ganz schön, wobei das ja kein ärztliches Gutachten ist hinsichtlich der Diagnosen, aber wenn es wirklich um andere Bereiche geht oder auch ein bisschen Biographiearbeit oder so machen die ja auch mit denen, dass sie einfach da mal ein bisschen hinter die Kulissen gucken. Ich ähm das gibt mir persönlich auch immer ganz viel, also so von der Einschätzung her, dass ich damit was anfangen kann. Ärztlicher Dienst hat ja eher so Standardbeurteilungen.“ [07 03 Arbeitsvermittler]

„Also der psychologische Dienst ist aus meiner Sicht der bessere, er darf nur nicht diagnostizieren, das ist das Fatale daran, aber da sind eigentlich die Leute, die tatsächlich besser mit den Krankheitsbildern eigentlich besser umgehen können“ [08 01 Teamleitung]

5.3.3 Einschätzung der Kompetenzen und des Umgangs der Fachkräfte mit psychisch kranken Leistungsbeziehern aus Sicht der Fachdienste und der Gesundheitsämter

Im Rahmen der Fallstudien wurden die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachdienste der BA sowie der Gesundheitsämter umgekehrt auch um eine Einschätzung der Kompetenzen der Fachkräfte der Jobcenter z.B. mit dem Erkennen von psychischen Erkrankungen sowie den Umgang mit psychisch kranken Leistungsberechtigten gebeten.

Es wurde dabei sowohl von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Ärztlichen Dienstes und der Gesundheitsdienste als auch vom BPS konstatiert, dass grundsätzlich die Sensibilität und das fachliche Wissen der Fachkräfte im Laufe der Jahre zugenommen hätten.

„Die Fallmanager sind da sehr emsig und sehr rührig, die kümmern sich drum, dass unsere Probanden auch, vor allem auch wenn wir es reinschreiben, aber auch von sich aus, wenn sie Probleme sehen, dass sie die zum Sozialpsychiatrischen Dienst begleiten, dass sie dort vorgestellt werden, weil der Betroffene nicht in der Lage ist, sich selbst um seine medizinische Versorgung zu kümmern. Also da ist hohes Engagement und auch viel Kenntnis dahinter.“ [07 05 Berufspsychologischer Service]

„Und ich glaube, das ist besser gelungen in der letzten Zeit. Das sieht man unter anderem auch an den Beratungsniederschriften. Als wir angefangen haben mit den Jobcentern, waren die kurz und knapp und jetzt sind die mittlerweile schon so, dass man sagen kann, hmm, der muss sich ja Zeit genommen haben im Gespräch.“ [01 06 Berufspsychologischer Service]

Sie bescheinigten der überwiegenden Mehrheit der Fachkräfte ein hohes Engagement und Einfühlungsvermögen, wenngleich sie auch gleichzeitig darauf verwiesen, dass einzelne Fachkräfte den Eindruck hinterließen, schwierige Leistungsberechtigte abschieben zu wollen bzw. nicht im Umgang mit psychisch Kranken geschult zu sein. Des Weiteren wurde teilweise kritisch angemerkt, dass manche Fachkräfte nicht ausreichend über die Ziele und Hintergründe einer Begutachtung vorinformieren.

„Die sind auch bei den Mitarbeitern unterschiedlich. Das merke ich an den Anrufen. Also da äh kommen Anrufe, wo jemand wirklich sagt: Ich beschreibe Ihnen mal, was hier los ist, ja, und ähm (.) wo man merkt, ja, die haben eine Antenne dafür, ja, und äh (.), ja, bei anderen wundert man sich, wie schroff die mit jemandem umgegangen sind, der äh schwer psychisch krank ist. Also das ist, glaube ich, wirklich äh (.) da würde ich die Mitarbeiter gar nicht über einen Kamm scheren können. Da gibt es sehr gute und da gibt es auch welche, wo man sagen würde, der müsste mal unbedingt geschult werden, weil das ist kein empathisches Gespräch gewesen, da wird jemand so abgeschreckt, der sowieso Ängste hat, ja, der traut sich überhaupt nicht mehr dahin.“ [06 05 Gesundheitsamt]

Grundsätzlich wurde von vielen befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachdienste und Gesundheitsämter festgehalten, dass Personen im Fallmanagement auf die Zielgruppe häufig besser vorbereitet seien als in der Arbeitsvermittlung, was auf bessere Schulungen sowie höhere Zeitkontingente in der Beratung zurückgeführt wurde.

5.4 Der weitere Betreuung- und Beratungsprozess

Es stellt sich anschließend die Frage, wie sich der weitere Beratungs- und Betreuungsprozess aus Sicht der Fachkräfte gestaltet, wenn sie den Eindruck haben, dass eine psychische Erkrankung bei einer Klientin bzw. einem Klienten vorliegt. Wie bereits in Kapitel 2.6 dargelegt, kann zunächst ein Wechsel von Zuständigkeiten die Folge sein. Wird ein Verdacht auf eine psychische Erkrankung durch eine Fachkraft in der allgemeinen Arbeitsvermittlung geäußert, findet häufig ein Wechsel in das Fallmanagement statt bzw. zu spezialisierten Fachkräften, die zuständig für Gesundheitsfragen sind. Letzteres sind beispielsweise Reha-Fallmanagerinnen und -manager, an einem Standort gab es jedoch auch zentrale Ansprechpartnerinnen und -partner für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die in diesen Fällen für die Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten zuständig waren. Häufig bestehe

dann nach Auskunft der Fachkräfte die wesentliche Aufgabe zunächst darin, gemeinsam mit den Leistungsberechtigten abzuklären, ob sie sich bereits in Behandlung befinden und eine Diagnose vorliegt und was die jeweiligen Ausgangssituationen sind.

„Und dann schauen wir mal, was, wo jetzt da eine psychische Erkrankung? Wo ist der Ausgangspunkt? Gibt es schon eine Diagnose? Gibt es schon irgendwelche Krankenhausaufenthalte? Gibt es Therapien? Was ist bisher dort gemacht worden? Wie haben sich die Ärzte geäußert? Therapeuten geäußert? Das berücksichtige ich dann.“ [02 02 Reha-Fallmanager]

Anhand der Beschreibungen der Fachkräfte lässt sich erkennen, dass die weiteren Beratungs- und Betreuungsprozesse meist sehr individuell und an den jeweiligen Problemlagen und Bedarfen der Betroffenen ausgerichtet sind. Da viele der Leistungsberechtigten, die von Seiten der befragten Fachkräfte betreut werden, neben der psychischen Erkrankung über weitere komplexe Problemlagen verfügen, sei kein „Fall“ wie der andere und man müsse flexibel auf die jeweiligen Konstellationen reagieren.

Doch auch wenn keine grundsätzliche Generalisierbarkeit der Betreuungs- und Beratungsverläufe von Seiten der Fachkräfte konstatiert wird, lassen sich dennoch unterschiedliche Handlungsstrategien feststellen, die davon abhängen,

- ob bei den Leistungsberechtigten bereits eine Diagnose gestellt wurde und sie sich in Therapie/Behandlung befinden,
- sich die Betroffenen zwar bislang noch nicht in professioneller Betreuung befinden, sich ihrer psychischen Einschränkungen aber bewusst sind,
- oder bei den Betroffenen keine Krankheitseinsicht zu erkennen ist.

5.4.1 Beratungs- und Betreuungsstrategien

Im Folgenden sollen die verschiedenen Ansätze der Fachkräfte getrennt nach diesen Fallkonstellationen dargestellt werden. Im Anschluss daran wird noch einmal detailliert auf Herausforderungen eingegangen, mit denen sich die Fachkräfte im Beratungs- und Betreuungsverlauf konfrontiert sahen.

Beratungs- und Betreuungsstrategien bei Leistungsberechtigten, die sich in professioneller Behandlung befinden

Wie bereits in Kapitel 5.2 dargelegt, ist den Fachkräften das Vorliegen einer psychischen Erkrankung häufig in denjenigen Fällen bekannt, bei denen sich die Leistungsberechtigten aktuell in Behandlung (stationär oder ambulant) befinden oder auch an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnehmen. Nach Auskunft der befragten Fachkräfte beschränkt sich der Austausch und die Beratung in diesen Fällen in der Regel darauf, lose Kontakt zu den Klientinnen und Klienten zu halten und in eher größeren zeitlichen Abständen nachzufragen (häufig auch per Telefon oder per Mail), wie die Behandlung bzw. Therapie voranschreitet und ob es Informationen gibt, die für die eigene Arbeit relevant sind. Viele der Fachkräfte betonten, dass sie für

Nachfragen oder bei Bitte um Unterstützung für die betroffenen Leistungsberechtigten weiterhin zur Verfügung stünden.

„Ich frage ihn natürlich im Gespräch: Wann hatten Sie denn Ihren letzten Termin oder wann haben Sie denn den nächsten Termin? Dann frage ich eigentlich auch regelmäßig: Haben Sie denn irgendwelche Vereinbarungen getroffen, die für mich relevant sind? Weil (.) ich muss nicht alles wissen und nicht alles ist für meine Arbeit wirklich wichtig [...].“ [04 03 Fallmanager]

Im weiteren Beratungsverlauf stehe weniger die Krankheit selbst als vielmehr die gemachten Fortschritte im Fokus und ab einem gewissen Zeitpunkt auch die Frage, inwieweit eine gesundheitliche Stabilisierung erzielt werden konnte, die weitere Schritte in Richtung Arbeitsmarkt erlaubt. Hierbei werden insbesondere berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, Einzelcoachings, Arbeitsgelegenheiten oder Praktika von Seiten der Fachkräfte ins Auge gefasst (zu den einzelnen Fördermaßnahmen siehe das anschließende Kapitel 5.5). Über diese Angebote versuchen viele Fachkräfte gemeinsam mit den Leistungsberechtigten auszutesten, wie belastbar diese sind und versuchen ihnen hierüber die Möglichkeit zu geben, sich in geschützten Rahmenbedingungen auszuprobieren. Bis zu dem Zeitpunkt einer weitgehend gesundheitlichen Stabilisierung würden die psychisch kranken Leistungsberechtigten nach Auskunft der meisten Fachkräfte aber weitgehend „in Ruhe gelassen“.

„So, und dann kann ich beispielsweise auch sagen: Ich lasse dich jetzt erstmal ein halbes Jahr in Ruhe, aber du weist mir auch die regelmäßigen – ich sage mal – gesprächstherapeutischen äh die Facharztgespräche nach und, und, und. Das läuft dann in der Regel auch ganz unproblematisch, weil die wissen, ähm (.) sie haben die Zeit, um gesund zu werden.“ [06 03 Fallmanager]

„Da vertraue ich den Kunden, dass die Zeit brauchen und belaste die nicht. Wenn die allerdings jetzt in (...) also das sind so die Anfänge, wenn jemand krank ist. Dann gibt's ja auch die, die schon lange in Behandlung sind (.) so: Und jetzt kommt der Bezug zu Arbeit. Da habe ich aber dann schon das Gefühl: „Jetzt reicht's“. Jetzt müsste es mal wieder weitergehen. Und dann fange ich an, die zu fragen, ob sie sich denn vorstellen könnten (...) und (...) da könnte es passieren, dass ich mich wieder (.) erstmal den Auftraggeber, dass sie mit ihren Ärzten über mögliche berufliche Rehabilitationen für psychisch Kranke sprechen sollen. Ob das schon zeitgemäß ist, ob die dafür schon in Frage kämen. [01 02 Fallmanager]

Mit den Behandlerinnen und Behandlern der Leistungsberechtigten wird nur in wenigen Fällen direkt Kontakt aufgenommen, um über Fortschritte oder Probleme zu diskutieren. Oftmals beschränkt sich der Informationsaustausch über den Fortgang der Behandlung auf die Kommunikation zwischen Leistungsberechtigten und Fachkraft. Etwas häufiger lassen sich Kontakte zwischen weiteren Betreuerinnen und Betreuern der Leistungsberechtigten (z.B. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen bei Bildungs- und Rehabilitationsträgern, betreuten Wohnprojekten) sowie den Fachkräften

feststellen oder es werden gemeinsame Gespräche gesucht, um die weitere Strategie zu besprechen. In Kapitel 6 wird noch einmal ausführlicher auf die Kooperationsbeziehungen und Netzwerkkontakte eingegangen.

„Ich hatte sehr viele Gespräche, wo man in einem Team hier sitzt, mit zwei oder vier Personen und überlegen dann gemeinsam. Wo vielleicht noch ein Bildungsträger dabei ist, jemand der ihn coacht im Moment, tun wir dann Strategien festlegen. Finde ich immer eine effektive Sache, denn, wenn ich mit demjenigen was bespreche, das wird dann ja nicht umgesetzt. Der eine, der setzt es um, aber viele bleiben auf der Strecke. Beim nächsten Gespräch merke ich wieder, wenn ich dann nachfrage, ist nichts passiert. Wenn ein Dritter mit im Boot ist, auch die Vertrauensperson, der Betreuer, der Therapeut oder auch der gesetzliche Betreuer oder wer noch dabei ist, merke ich, es ist einfach effektiver. [...] Die Kunden sind mit dabei. Es geht ja immer so ein bisschen auf Vertrauen. Gerade bei psychisch erkrankten Personen, da ist es wichtig, eine Vertrauensbasis zu haben.“ [02 02 Reha-Fallmanager]

Beratungs- und Betreuungsstrategien bei psychisch kranken Leistungsberechtigten, die sich noch nicht in professioneller Behandlung befinden

Die Beratungs- und Betreuungsstrategie bei psychisch kranken Leistungsberechtigten, bei denen noch keine Diagnose vorliegt und die sich noch nicht in professioneller Behandlung befinden, unterscheidet sich demgegenüber insbesondere in der Wahl der ersten Schritte. Eine Möglichkeit stellt zunächst die Einschaltung des Ärztlichen Dienstes bzw. des Gesundheitsamtes oder des BPS dar (vgl. Abschnitt 5.3), um größere Klarheit über das Krankheitsbild und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Auf Basis dessen können die Ergebnisse gemeinsam mit den Betroffenen diskutiert und weitere Schritte angedacht werden.

In der Regel versuchen die Fachkräfte die Betroffenen dahingehend zu sensibilisieren und zu motivieren, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Häufig werden Kontakte zu Behandlungseinrichtungen vermittelt und Listen von möglichen Therapeuten weitergereicht und über mögliche weitere Schritte aufgeklärt. In den meisten Fällen vereinbaren die Fachkräfte mit den Betroffenen einen Zeitrahmen, in dem sie die Möglichkeit haben, sich um eine entsprechende Kontaktaufnahme zu kümmern. Einige Fachkräfte wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Betroffenen bei diesem ersten Schritt häufig eng begleitet werden müssten. Gründe hierfür können zum einen in der Symptomatik der Erkrankung selbst zu finden sein, wie beispielsweise Antriebslosigkeit bei einer Depression. Vor allem wurde aber diesbezüglich auf die Problematik aufmerksam gemacht, dass therapeutische Angebote

in vielen der einbezogenen Regionen nur eingeschränkt verfügbar und mit (sehr) langen Wartezeiten⁵⁵ verbunden seien, was wiederum zu Abschreckung und Resignation bei den Betroffenen führen könne.

„Dann fordere ich ihn erstmal auf, zu einem Arzt zu gehen. (.) Dann besprechen wir ähm in welchem Zeitraum er das schafft ähm und verabreden einen neuen Termin und äh in der Hoffnung, dass er das dann tatsächlich auch macht, dann äh wird das Gespräch dann eben daraufhin weitergeführt, was (.) was der Arzt gesagt hat, ne. Ähm (.) in der Regel machen das die Kunden auch, dass (.) dass die tatsächlich dann sagen: ich gehe jetzt mal zum Arzt, ne. Also ich habe eine junge Frau [...], die ist auch psychisch krank, bin ich mir ziemlich sicher, aber die schafft, das ist ja auch ganz oft ein Problem bei (.) bei den psychischen Krankheiten, dass sie es dann einfach nicht schaffen. [...] Also wir müssen dann halt versuchen, das erfordert halt auch wieder ganz viel Geduld, äh dass man einfach immer wieder das Gespräch sucht mit dem Kunden und immer wieder versucht, ihn zu überzeugen, dass er tatsächlich diese Schritte macht und das dauert.“ [05 04 Fallmanager]

„Die [psychisch kranken Leistungsbezieher] suchen häufig einen Psychotherapieplatz. Häufig suchen sie auch jemanden, der sie motiviert dran zu bleiben, sich was zu suchen. Also der dann sagt okay, wir sehen uns nächste Woche nochmal, bis dahin haben sie da, da, da, und da angerufen. Einfach wie so eine Kontrollinstanz, natürlich ohne Sanktionen, aber einfach jemand, der da dahinter ist und unterstützt und auch Telefonnummern, Adressen bereithält. Sowas eigentlich. Der dann sagt, okay, da können sie sich melden, da gibt es das und das, es gibt einen Unterschied zwischen Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse und wenn die das schon im Telefonbuch irgendwie sehen, dann ist es völlig überfordernd.“ [02 05 Sonstige]

Als besondere Herausforderung wurde in diesem Zusammenhang von einzelnen Fachkräften die Schwierigkeit benannt, passende therapeutische Angebote für psychisch kranke Migrantinnen und Migranten zu finden, die nur mangelnde Deutschkenntnisse haben. So fehle es neben der generellen Unterversorgung insbesondere an Therapeutinnen und Therapeuten, die über weitere Sprachkenntnisse verfügen, die für diese Zielgruppen hilfreich wären (z.B. türkisch, russisch, arabisch). Die Übernahme der Kosten für professionelle Dolmetscher wäre gesetzlich noch nicht abschließend geregelt und gerichtlich noch nicht entschieden, weshalb häufig Familienmitglieder als Übersetzer fungieren müssten, was wiederum einer offenen und vertrauensvollen Gesprächsführung zuwiderlaufe.

⁵⁵ Die Fachkräfte benannten je nach Region oder Behandlungsangeboten Wartezeiten von bis zu zwei Jahren, wobei Wartezeiten von sechs Monaten die Regel waren. Lediglich bei stationären Maßnahmen sind die Wartezeiten kürzer. In den Landkreisen wurden längere Wartezeiten als in den Städten genannt, was mit den in Kapitel 2.6 referierten Ergebnissen korrespondiert.

Um die betroffenen Leistungsberechtigten für eine Problemanalyse und Inanspruchnahme einer professionellen Behandlung zu gewinnen, greifen auch viele der befragten Fachkräfte auf externe Unterstützung zurück. So wiesen einige der Fachkräfte zum einen darauf hin, dass sie häufig auch das engere soziale Umfeld der Betroffenen (Familie, Freunde) in Gespräche miteinbeziehen, um herauszuarbeiten, wie es bestmöglich für den Leistungsberechtigten weitergehen könnte. „[...] also ich versuche ja alles anzuzapfen, was irgendwie für diese Person hilfreich sein kann“. [03 04 Fallmanager] Wenn die Fachkräfte das Gefühl bekommen, dass die Betroffenen den Weg zu einer professionellen Behandlung nicht alleine schaffen, dann schalten sie zum anderen auch häufig Kooperationspartner ein, die entsprechende niedrigschwellige Betreuungsangebote bereithalten, wie etwa den Sozialpsychiatrischen Dienst oder auch Träger der kommunalen Eingliederungsleistungen. Hierdurch werde versucht, eine möglichst engmaschige Unterstützung der Betroffenen sicherzustellen, um diese auf ihrem Weg in eine professionelle Behandlung zu begleiten.

Beratungs- und Betreuungsstrategien bei Leistungsberechtigten ohne Krankheitseinsicht

Als größte Herausforderung benannten die befragten Fachkräfte den weiteren Beratungs- und Betreuungsverlauf bei Leistungsberechtigten, bei denen sie eine psychische Erkrankung vermuten, aber keine Krankheitseinsicht erkennbar ist. Wie bereits in Kapitel 5.3 dargelegt, ist bereits die Einschaltung der Fachdienste der BA bzw. des Gesundheitsamtes an die Bereitschaft der Leistungsberechtigten gekoppelt, eine Begutachtung in Anspruch zu nehmen. Wird diese verweigert, kann keine Klärung stattfinden und den Fachkräften bleibt meist nur die Option, kontinuierlich an die Bereitschaft der Leistungsberechtigten zu appellieren, Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Einige Fachkräfte wiesen auch darauf hin, dass sie versuchen über Maßnahmenangebote die Leistungsfähigkeit der Betroffenen auszutesten oder eine Sensibilisierung bei den Leistungsberechtigten für vorliegende Einschränkungen zu erzielen. Teilweise wurden Sanktionen als weiteres Mittel genannt, um bei häufigen Maßnahmenabbrüchen oder Nichterscheinen zu Beratungsgesprächen eine Einsicht bei den Leistungsberechtigten zu erwirken bzw. wieder mit ihnen ins Gespräch zu kommen.

Sofern die Bemühungen der Fachkräfte auch nach einer längeren Zeitdauer nicht zu einer Einsicht der Leistungsberechtigten führen, Kontakt zu professionellen Behandlerinnen und Behandlern aufzunehmen oder Fachdienste für eine Abklärung aufzusuchen und auch auf der Ebene der Arbeitsvermittlung keinerlei Fortschritte zu erkennen sind, lässt sich in den Beschreibungen der Fachkräfte sehr häufig Resignation sowie eine Strategie des Verwaltens erkennen. So wurde an mindestens vier Standorten explizit darauf hingewiesen, dass diejenigen Leistungsberechtigten, bei denen nach Jahren erfolgloser Bemühungen keine Fortschritte erzielt werden konnten, zu „Zahlfällen“ gemacht werden.

„Die letzt- (.) letztendlich wenn wir von uns, unserer Seite aus sagen können, dass wir alles versucht haben, um sinnvolle auch medizinische Maßnahmen zu ergreifen, also den Kunden dahin zu bringen und der Kunde nimmt das nicht an (lacht kurz), dann (.) dann bleibt der (..) sagen, dann müssen wir ihn verwalten. Dann ist das letztendlich das Fazit. Dann schleifen wir ihn halt mit“ [08 01 Teamleitung]

„Du kannst ja auch deine Kraft, musst du eben auch, sag ich jetzt mal, die du als Fallmanager hast oder Arbeitsvermittler, ja auch (.) irgendwo tust du eben permanent, die werden wir auch nicht permanent an den Tisch holen, wo ich sehe, hier kannst du nichts tun, hier ist nichts zu tun. Muss man eben dann auch (.) und musst die dann, ich sag es jetzt mal so, lässt die dann auch irgendwo in Ruhe. Das sind zwar die wenigen, aber solche Fälle gibt es eben auch, wo du eben keine Chance hast.“ [01 04 Fallmanager]

5.4.2 Besondere Herausforderungen in der Beratung und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten aus Sicht der Fachkräfte

Bei der Auswertung der Interviews zeigte sich, dass die Fachkräfte einige Herausforderungen benannten, mit denen sie sich im Rahmen ihrer Arbeit mit psychisch kranken Leistungsberechtigten konfrontiert sehen. Einige, wie beispielsweise das Erkennen von psychischen Erkrankungen, sind bereits ausführlich beschrieben worden (vgl. Abschnitt 5.2). Weitere werden im Folgenden kurz andiskutiert.

Herausforderungen in der Kommunikation und im Umgang mit psychisch kranken Leistungsberechtigten

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass die Fachkräfte in der Regel nicht pauschal von Problemen in der Beratung und Begleitung von psychisch kranken Leistungsbeziehern berichteten, sondern vielmehr häufig auf besondere Herausforderungen mit der Gruppe von Leistungsberechtigten ohne Krankheitseinsicht eingingen oder von der Schwierigkeit berichteten, mit Verhaltensauffälligkeiten richtig umzugehen. So erläutern zunächst einige der Fachkräfte, dass es vorkomme, dass einzelne psychisch kranke Leistungsberechtigte starke Stimmungsschwankungen oder Aggressionen erkennen ließen oder sie mit suizidalen Gedanken konfrontierten. Für viele der Fachkräfte stellt dies eine große Belastung dar. Einige äußern, dass sie sich im Umgang damit überfordert fühlen bzw. nicht einschätzen könnten, wie sie den weiteren Beratungs- und Betreuungsverlauf gestalten sollen.

„Es gibt ja auch viele, wo man ja, Suizidverhalten, die einem so etwas erzählen, muss man irgendwo relativ ernst nehmen. Oder wo dann (.) wie übst du denn den Druck aus? Oder die einem dann auch schon, ja, Angst machen, also: „Wenn Sie jetzt so viel Druck aufbauen, das ist ja ganz furchtbar und das geht gar nicht bei mir und da werde ich gleich wieder“ und (.) schwierig. Ich denke mal auch, Psychologen, die sind da sicherlich gestandener und gehen da lockerer mit um. Aber das macht schon was mit einem, dass man da vorsichtiger ist oder so. Und vielleicht auch manches dann

bisschen aus dem Fokus nimmt, wo man ja eigentlich hinsollte. Das macht auch was mit einem. Denn Sie können immer wieder, sag ich mal, da geschult werden, aber mhm. Macht auch Angst. Man will ja auch nicht, das mit ihm was passiert. Aber ist schwer einschätzbar.“ [01 03 Fallmanager]

Häufig würden die besonders schweren Fälle an die Teamleitung abgegeben, um die Fachkräfte an diesen Stellen zu entlasten. Einzelne Fachkräfte wünschen sich jedoch darüber hinaus Unterstützung in diesem Bereich, sei es durch intensive Schulungen oder Supervision, auch wenn die Mehrheit zumindest der befragten Fallmanagerinnen und Fallmanager bekundete, dass in den letzten Jahren das Angebot an entsprechenden Schulungen ausgebaut worden wäre.

Die Frage der Erwerbsfähigkeit als zentrale Herausforderung aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter

Als Herausforderung in der Beratung und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten stellte sich jedoch die Frage nach der Erwerbsfähigkeit heraus. Wie bereits in Abschnitt 2.5 ausführlicher beschrieben, ist die „Hürde“ der Anerkennung einer vollen Erwerbsminderung in Deutschland sehr hoch. All jene, die in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein, erhalten - Bedürftigkeit vorausgesetzt - Arbeitslosengeld II (vgl. auch ausführlich Bäcker u.a. 2011).

Stellt sich bei den Fachkräften die Frage, ob ein Leistungsempfänger bzw. eine Leistungsempfängerin im Sinne des § 8 SGB II erwerbsfähig ist, schalten sie in der Regel den Ärztlichen Dienst bzw. das Gesundheitsamt ein (vgl. hierzu auch Abschnitt 5.3.1). Wenn dessen Ergebnis ist, dass die Leistungsfähigkeit soweit eingeschränkt ist, dass eine tägliche Erwerbsausübung von drei Stunden nicht gegeben ist, stellt das Jobcenter den vorsorglichen Antrag auf Sozialhilfe nach SGB XII, was für den oder die Leistungsberechtigte zur Folge hat, dass er dazu aufgefordert wird, einen Rentenantrag zu stellen. Gleichzeitig ist ein Antrag auf Leistungen nach dem SGB XII aufzunehmen und in dem Zusammenhang die Deutsche Rentenversicherung (DRV) zur medizinischen Begutachtung zu beauftragen.⁵⁶ Für den Fall, dass die DRV abweichend von der Einschätzung des Jobcenters doch eine Erwerbsfähigkeit feststellt, verbleibt die Klientin bzw. der Klient im SGB II.

Die Fachkräfte in den Jobcentern bestätigten die Einschätzung, dass die „Messlatte für die Erwerbsunfähigkeit sehr hoch hängt“ [08 01 Teamleitung]. Die Mehrzahl der Befragten in den gemeinsamen Einrichtungen⁵⁷ beklagte - wie bereits in Kapitel 5.3.1 angesprochen - zudem, dass die Ärztlichen Dienste der BA Klientinnen bzw. Klienten

⁵⁶ Vgl. detailliert zu den Verfahrensschritten http://wuppertal.tacheles-sozialhilfe.de/fa/redakteur/DA_Sozi_Wpt/___19_SGB_XII_-_Aktenabgabe_SGB_II-SGB_XII-12_2014.pdf; Zugriff 21.05.2016.

⁵⁷ Bei den drei zugelassenen kommunalen Trägern fanden sich entsprechende Passagen nicht.

teilweise Leistungsfähigkeit diagnostizieren würden, wo aus ihrer Sicht keine mehr gegeben sei.

„Da habe ich den Ärztlichen Dienst angerufen, gesagt: Ich habe ähm privatärztliche Atteste von einer Psychiaterin alle halbe Jahre, wo drinsteht, für die nächsten sechs Monate nicht erwerbsfähig. Über drei Jahre. Kann ich euch die mal zuschicken, schaut euch das mal an, macht es da Sinn ein ärztliches Gutachten zu machen? Ja, macht Sinn, machen Sie mal. Habe ich gemacht, hat ewig gedauert, habe ich jetzt bekommen, Teilzeit erwerbsfähig. (.) Ähm (..), ja, (lacht leicht) und mehr kann ich dazu nicht sagen. Also die kann nicht arbeiten, ja, die kann ja noch nicht mal mit dem Bus fahren, überhaupt keine Chance.“ [08 02 Fallmanager]

Aus Sicht der Befragten in den Jobcentern werden gerade psychische Erkrankungen vom Ärztlichen Dienst bei der Frage der Leistungsfähigkeit zu wenig berücksichtigt. Während die Befragten in den Jobcentern hinsichtlich dieses Aspekts gegenüber dem Ärztlichen Dienst eine kritische Position einnahmen, zeigten sie gegenüber den Gutachten der DRV häufig massive Empörung. Aus Sicht der Fachkräfte der Jobcenter wird von den wenigen Fällen, in denen der Ärztliche Dienst bzw. das Gesundheitsamt die Erwerbsfähigkeit verneint, ein großer Teil von der Rentenversicherung wieder „erwerbsfähig geschrieben“. Dies führt zu großer Unzufriedenheit und Frustration bei den Fachkräften.

„Also ich hab ganz viele Fälle, die vom Gesundheitsamt begutachtet wurden, als erwerbsunfähig, die mir von der Rentenversicherung zurückgeschickt werden mit drei bis sechs Stunden erwerbsfähig.“ [02 04 Fallmanager]

„Jetzt gibt es einen Arzt, unser Arzt, der mir sagt, der kann gar nicht. Und dann gibt es einen Arzt, der mehr wert ist oder wie auch immer, das sind auch keine anderen Ärzte als bei unserem ärztlichen Dienst (lachend), oftmals keine Fachleute und der sagt, der kann. Und dann muss ich den zurücknehmen und sagen, Sie können aber doch, weil der Arzt, der darf mehr sagen als der andere Arzt. Dann wird das ein bisschen schräg, sage ich mal.“ [03 02 Fallmanager]

Kein anderes Thema in den Interviews war emotional seitens der Fachkräfte so aufgeladen, nicht zuletzt da viele der Fachkräfte den Eindruck haben, dass ihnen durch die restriktive Handhabung der Fachdienste, der Rentenversicherung und der Gesundheitsämter Klientinnen und Klienten im Bestand verbleiben, die sie unter keinen Umständen auf den Arbeitsmarkt integrieren können. Die Frage, ob diese Klientinnen und Klienten im geeigneten sozialen Sicherungssystem sind, wurde daher in einigen Interviews diskutiert.

Einige Fachkräfte bezweifelten auch stark die Objektivität der Gutachten der Rentenversicherung, da aus Sicht der Fachkräfte die Rentenversicherung ein Interesse daran habe, „dass wenige Fälle in der Rente landen.“ [03 02 Fallmanager]

Häufig wird von Seiten der Fachkräfte in diesen Fällen eine ähnliche Beratungs- und Betreuungsstrategie gewählt wie bei Leistungsberechtigten ohne Krankheitseinsicht. So stoßen viele der befragten Fachkräfte bei der Beratung und Begleitung an ihre Grenzen. Sie wiesen häufig auf die Problematik hin, keine passenden Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe vorhalten zu können. Es entstehe oftmals das Gefühl, dass man sich im Kreis drehe und kein Vorwärtkommen zu erreichen sei. Einige der Fachkräfte sahen deshalb auch keinen Sinn darin, diesen Leistungsberechtigten weiterhin Vermittlungsvorschläge zu unterbreiten oder regelmäßig einzuladen, da ihres Erachtens in absehbarer Zeit keine Erfolge erzielt werden könnten (vgl. oben Kapitel 5.4.1).

Hinsichtlich der Frage, inwieweit die entsprechenden Klientinnen und Klienten einen Übergang in das SGB XII wünschen, äußerten die Fachkräfte die Einschätzung, dass die Klientinnen und Klienten dies mehrheitlich möchten. Gründe seien, dass damit eine „offizielle Anerkennung ihrer Krankheit verbunden ist“, der Druck des SGB II sanktionsbewehrt bestimmte Regeln einzuhalten wegfalle, aber auch der Druck und die Erwartungshaltung aus dem privaten Bereich, endlich eine Stelle anzunehmen. Die Fachkräfte äußerten aber auch, dass eine nicht zu vernachlässigende Minderheit große Ängste davor habe, in das SGB XII „abzurutschen“, es als Katastrophe bzw. als Zumutung empfinden würde, als nicht erwerbsfähig eingestuft zu werden und damit abgeschrieben zu sein.

Fragen des Datenschutzes

Problematisiert wurden in vielen Gesprächen Fragen des Datenschutzes.⁵⁸ Die Fachkräfte brachten zwar fast ausnahmslos Verständnis für Datenschutzaspekte auf, betonten aber häufig auch, dass diese Aspekte ihre Arbeit erschweren und dass sie sich beim Thema Datenschutz unsicher fühlen, insbesondere wenn es darum geht, was konkret in den internen EDV-Systemen zur Unterstützung der Beratung und Vermittlung abgelegt werden darf. Überwiegend wurde dies als permanente Gratwanderung beschrieben.

„Aber ja der Datenschutz ist ein schwieriges Thema, wir haben zwar eine besondere Datenbank im Fall-Management, aber keiner kann uns erklären, was wir da reinschreiben dürfen, weil der Datenschutz trotzdem für alle gleichermaßen ist. Wir haben zwar Schweigepflichtentbindung und diese, dieses Einverständnis, dass wir diese persönlichen Daten erheben dürfen in der Anamnese und so, aber heikles Thema. [...] Ich erreiche da auch meine Grenzen. Das ist einfach nicht, das ist nicht zu Ende gedacht. Ich meine, ja wenn man da, es gibt ja auch Behinderungsformen, die wichtig sind und die ich nicht aufnehmen darf. Ich darf nicht aufnehmen, dass einer blind ist. [...] also ich entziehe mir ja selber meine Arbeitsgrundlage, wenn ich das verwaschen formuliere, also für mich.“ [01 05 Fallmanager]

⁵⁸ Zur Datenschutzthematik bei der Einschaltung der Fachdienste vgl. Abschnitt 5.3.

Einige Fachkräfte arbeiten daher mit „Umgehungslösungen“, indem neben Einträgen in den EDV-Systemen zusätzlich (hand-)schriftliche Vermerke geführt werden, die dann auch die Hinweise zu den Leistungsberechtigten erhalten, die aus Datenschutzgründen dort nicht auftauchen dürfen. Damit gewährleisten diese Fachkräfte zwar für sich, beim nächsten Kliententermin auf für sie relevante Vorinformationen zurückgreifen zu können. Dies funktioniert aber im Fall einer Vertretung genauso wenig wie im Fall eines Termins des Leistungsberechtigten in einer anderen Abteilung (z.B. Leistungsabteilung).

„4PM ist eher hinderlich, weil es gibt (..) es gibt einfach Erkrankungen, wo es ganz wichtig ist, dass auch mein Vertreter weiß, was derjenige hat, weil dementsprechend muss er nämlich mit ihm auch umgehen. Also diese (..) dieser Datenschutz ist ja schön und gut, aber ähm im Prinzip muss ich (..) muss ich denjenigen auch schützen, indem ich da reinschreibe, der hat das und das, weil mein Kollege entsprechend anders mit ihm umgehen muss. Also ich hatte einen Fall, ähm der hatte einen Unfall und hat ähm (..) fragen Sie mich jetzt, irgendwas mit (..) äh mit dem Gehirn irgendwas. Ist egal jetzt. Und der nimmt starke Medikamente und der darf jetzt nur am Vormittag eingeladen werden. Ähm hat ein Kollege irgendwie nicht gesehen und dann ist der halt explodiert am Nachmittag, weil die Medikamente nicht mehr so gewirkt haben und hat Hausverbot bekommen. Ähm das heißt, ich muss das irgendwo kenntlich machen, ja: Ladet den bitte nur am Vormittag ein, weil könnte schwierig werden. Ja, also da ist Datenschutz einfach wirklich hinderlich. Das (..) das funktioniert so nicht, ja.“ [08 02 Fallmanager]

Insgesamt zeigte sich beim Thema Datenschutz nicht nur eine große Unsicherheit. Es wurde auch von Fachkräften angesprochen, dass es zwar auf der einen Seite gilt, die Belange der Leistungsberechtigten zu schützen, auf der anderen Seite aber auch Schutzaspekte der Fachkräfte Berücksichtigung finden müssten und entsprechende „Warnhinweise“, z.B. vor aggressiven Leistungsberechtigten, aus Datenschutzgründen auch nicht hinterlegt werden dürften.

Einzelne Fachkräfte betonten, dass sie bei einigen Klientinnen und Klienten am liebsten involvierte Personen (Träger, Ärzte, Fachdienste, andere Betreuer, Beratungsstellen, Familienmitglieder etc.) zu Dreier- oder Vierergesprächen einladen, um damit Datenschutzthematiken umgehen zu können.

Grundlage für die Einschaltung bestimmter Dritter (Fachdienste, Behandlerinnen und Behandler etc.) und den anschließenden Austausch von Informationen ist eine Schweigepflichtentbindung, die der Leistungsberechtigte unterschreiben muss. Nach Aussage der Fachkräfte würde eine Schweigepflichtentbindung auch von der deutlichen Mehrheit der Klientinnen und Klienten erteilt. Einige Fachkräfte wiesen aber darauf hin, dass einige Behandlerinnen und Behandler trotz einer Schweigepflichtentbindung Kooperationen verweigern würden:

„Weil sie sich auf ihr trotziges Schweigerecht zurückgezogen haben, obwohl das (die Schweigepflichtentbindung) vom Kunden soweit vorhanden war.“ [02 03 Fallmanager]

Einzelne Fachkräfte versuchen bei gesundheitlichen Aspekten gar nicht erst, eine Schweigepflichtentbindung zu erreichen, weil sie eine klare Grenze zwischen Erfordernissen, die den Arbeitsmarkt betreffen, und gesundheitlichen Erfordernissen ziehen (wollen):

„Das ist ein anderes Helfersystem für mich. Es ist was anderes, wenn soziale Dienste dran sind als wenn da wirklich ein Psychiater, ein Facharzt dort mit demjenigen arbeitet. Ich frage ihn natürlich im Gespräch: Wann hatten Sie denn Ihren letzten Termin oder wann haben Sie denn den nächsten Termin? Dann frage ich eigentlich auch regelmäßig: Haben Sie denn irgendwelche Vereinbarungen getroffen, die für mich relevant sind? Weil (.) ich muss nicht alles wissen und nicht alles ist für mich und für meine Arbeit wirklich wichtig, deshalb frage ich: Was (.) was sie vereinbart haben, was für mich vielleicht relevant sein könnte. Und wenn sie das dann möchten, dann erzählen sie es mir oder es kann ja auch sein, dass in den therapeutischen Gesprächen mein Arbeitsbereich überhaupt nicht berührt ist, dass das da gar nicht Thema ist und dann geht es mich auch nichts an.“ [04 03 Fallmanager]

Ansprüche an die eigene Arbeit und „Zielvorgaben“

Neben der Benennung von Herausforderungen in der Beratung und Begleitung von psychisch kranken Leistungsberechtigten stellte sich auch die Frage nach den eigenen Ansprüchen der Fachkräfte an die eigene Arbeit mit dieser Gruppe und inwieweit diese mit möglichen „Zielvorgaben“ vereinbar sind.

Die „klassische“ Studie von Eberwein und Tholen (1987: 107ff.) kategorisierte das Handeln von Arbeitsvermittlern in vier Typen:

- dem Arbeitsvermittler, der sich als Makler begreift
- dem Sozialarbeiter
- dem Bürokrat bzw. Sachbearbeiter
- und dem Berater, der sich als Dienstleister für Arbeitslose versteht.

Eine Analyse unserer Interviews mit den Fachkräften und Teamleitern sowie die Eigenbeschreibung des Selbstverständnisses der Fachkräfte innerhalb der Interviews zeigen, dass diese mehrheitlich zum „Typ Berater“, vereinzelt auch zum „Typ Sozialarbeiter“ zuzuordnen sind. Der „Typ Makler“ kommt quasi nicht vor, was in erster Linie damit zu tun haben dürfte, dass wir mehrheitlich mit Fallmanagerinnen und Fallmanagern Interviews geführt haben und nur sehr vereinzelt mit Arbeitsvermittlerinnen und Arbeitsvermittlern. Im Fallmanagement werden nur Personen mit vielfältigen Vermittlungshemmnissen (vgl. Abschnitt 2.6) betreut, ein Stellenvorschlag bzw. gar die

konkrete Arbeitsvermittlung (sog. Vermittlung nach Auswahl und Vorschlag⁵⁹) ist eher die Ausnahme denn die Regel. Auch der „Typ Bürokrat bzw. Sachbearbeiter“ kam in unserem Sample im eigentlichen Sinne nicht vor, auch wenn einige Fachkräfte sich bei einzelnen Aspekten stark auf formale Elemente zurückzogen. Diese Aspekte dominierten aber keinesfalls den grundsätzlichen Habitus.

Das überwiegend vorherrschende Selbstverständnis als „Berater und Dienstleister“ untersetzt mit einer sozialarbeiterischen Komponente kommt beispielhaft in folgendem Zitat zum Ausdruck:

„Dass man ihn [den Leistungsbezieher] unterstützt, dass man ihm die Möglichkeiten aufzeigt, vielleicht sogar alles erstmal benennt, was er [der Leistungsbezieher] vielleicht gar nicht wissen kann. Weil es so vielfältige Unterstützungsmöglichkeiten gibt, wo ich sage, wir haben eine riesengroße Förderpalette schon von unserer Seite aus, aber auch von kommunalen Eingliederungsleistungen. Das kann schon mal für den Betroffenen gar nicht alleine zu erkennen sein. Und da sehe ich uns als Dienstleister in der Verantwortung, dass man dem Kunden diese Hilfestellung aufzeigt.“ [01 01 Teamleitung]

Dieser Anspruch der Fachkräfte, Dienstleister, Hilfesteller und Unterstützer zu sein, steht im Widerspruch zum geäußerten Empfinden einiger Fachkräfte, dass der Erfolg ihrer Arbeit nur nach der Anzahl der Arbeitsmarktintegrationen bewertet wird. Ein Teil der Fachkräfte, insbesondere im Fallmanagement, sah die eigene Arbeit in diesem Zielsystem überhaupt nicht abgebildet⁶⁰, da sie aus ihrer Sicht eine Vielzahl von Leistungsberechtigten betreuen, bei denen eine Arbeitsmarktintegration unrealistisch erscheine:

„Und unser Problem ist ja auch, dass man bestimmte Kunden hat, da weiß man, die wird man nie in Arbeit bringen können, weil das halt so ist. Und dass ich, die sich auch zwar vielleicht in psychischer Behandlung, aber wo die einfach nur stabil gehalten werden, aber die nie so sein werden, dass sie den Anforderungen des Arbeitsmarkt genügen werden, wie er sich eben heute darstellt. Ja, aber den muss man halt dann betreuen, ohne dass man zu einem Erfolg kommt. Das ist vielleicht der Erfolg, dass die einen Ansprechpartner haben. Es gibt ja auch viele, die haben überhaupt niemanden, mit dem die reden können. Gerade psychisch Kranke, häufig sozial isoliert, häufig keine sozialen Kompetenzen, für die das schon ein erster Schritt ist, wenn die sich

⁵⁹ Bei der Vermittlung nach Auswahl und Vorschlag schlägt das Jobcenter (bzw. die Agentur für Arbeit) einem Bewerber oder einer Bewerberin und dem Arbeitgeber die Besetzung einer konkreten Stelle vor und der Bewerber oder die Bewerberin wird auf diese Stelle eingestellt. Dabei kann es dann zusätzlich Unterstützung in Form einer begleitenden Förderung, wie zum Beispiel durch einen Eingliederungszuschuss, geben. Vgl. Obermeier / Oschmiansky 2014b)

⁶⁰ Vgl. kritisch zum Zielsystem und zur Zielsteuerung im SGB II Brülle u.a. (2016).

einem sozusagen öffnen können. Das ist ja häufig für die das Problem.“ [01 04 Fallmanager]

Ein anderer Teil der Fachkräfte argumentierte, dass sie beschäftigungsorientiertes Fallmanagement durchführen würden, mithin die Beschäftigungsaufnahme der Leistungsberechtigten zumindest langfristiges Ziel sein sollte, denn *„wenn jemand erwerbsfähig ist, dann sind wir nach dem Gesetz auch verpflichtet, denjenigen in Arbeit zu vermitteln“ [02 01 Teamleitung]*. Dieser Teil der Fachkräfte möchte aber zumindest auch die Zwischenschritte abgebildet sehen, da hier wesentliche Teile ihrer Arbeit stattfinden.

In über der Hälfte der acht Jobcenter versuchen die Führungskräfte, dieses „Dilemma“ zumindest zum Teil zu minimieren, indem das Fallmanagement dort nicht mit Zielvorgaben im Hinblick auf Arbeitsmarktintegrationen hinterlegt wird. Gleichzeitig kann dies aber auch bedeuten, dass das Fallmanagement nur mit geringen finanziellen Ressourcen ausgestattet wird, um die vorhandenen Mittel dort vor allem einzusetzen, wo Arbeitsmarktintegrationen realistischer erscheinen:

„Die Integrationsquote ist so, pfff, ist so (...) sind wir gerade so (...) gerade so dran. Ich sehe nicht, dass ich jetzt da einfach Geld abziehen kann und sagen kann, jetzt mache ich mal was für psychisch Kranke. Es ist ja nicht (..) für die Zahlen ist es nicht gut. Ich mache eine Maßnahme, wo hinten erstmal vordergründig nichts rauskommt und wenn was rauskommt, dann dauert das wahrscheinlich ganz, ganz lang.“ [08 01 Teamleitung]

Wie bereits oben beschrieben, wird in einigen Jobcentern daher die arbeitsmarktfernste Gruppe, häufig Personen mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen, aus allen Vermittlungs- und Integrationsbemühungen ausgeklammert, um einerseits die Ressourcen auf diejenigen zu fokussieren, wo höhere Reintegrationschancen bestehen und andererseits auch die Leistungsberechtigten von „Maßnahmen und Beratungsterminen zu entlasten“.

5.5 Förderangebote

Neben der Betreuung durch die Fachkräfte sind insbesondere arbeitsmarktpolitische Fördermaßnahmen von hoher Relevanz für die potenzielle Arbeitsmarktintegration psychisch kranker Leistungsberechtigter. Unsere zentralen Fragen in den Interviews in den Jobcentern waren hierbei, welche arbeitsmarktpolitischen Instrumente⁶¹ für die

⁶¹ Vorangestellt sei hier, dass die Fachkräfte die Förderangebote des Jobcenters nicht immer einem speziellen Paragraphen in den Sozialgesetzbüchern zuordnen konnten. Beispielsweise berichteten sie von Maßnahme xyz, konnten aber nicht sagen, ist dies eine Arbeitsgelegenheit (§ 16d SGB II) oder eine Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (§ 45 SGB III). Dies ist bei der Auswertung dieses Kapitels zu berücksichtigen. Insbesondere die Coachingmaßnahmen konnten die Fachkräfte häufig nicht zuordnen.

Zielgruppe genutzt werden, welche warum besonders geeignet oder auch nicht geeignet sind und welche Angebote sich die Fachkräfte für die Zielgruppe wünschen würden. Weitere Fragen betrafen u.a. die Angebote der psychosozialen Betreuung nach § 16a SGB II und die Rolle beruflicher Rehabilitationsleistungen bei Personen mit psychischer Erkrankung. Seitens der Klientinnen und Klienten werden in diesem Abschnitt ihre Erfahrungen mit arbeitsmarktpolitischen Fördermaßnahmen beschrieben. Ein abschließender Abschnitt befasst sich mit der Sicht der Behandlerinnen und Behandler auf arbeitsmarktpolitische Fördermaßnahmen.

Nutzung des Spektrums arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für die Zielgruppe

Grundsätzlich nutzen die Jobcenter auch für die Gruppe der psychisch Kranken alle in § 16 (1) SGB II normierten Angebote; dazu die kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II, AGH nach § 16d SGB II sowie die Förderung von Arbeitsverhältnissen nach § 16e SGB II. Seitens des potenziellen Spektrums wurden lediglich das Einstiegsgeld nach § 16b SGB II und die Freie Förderung nach § 16f nicht genannt. Im Hinblick auf die Freie Förderung war dieses Ergebnis überraschend, da hierdurch die Möglichkeit besteht, die gesetzlich geregelten Eingliederungsleistungen durch freie Leistungen zur Eingliederung in Arbeit zu erweitern⁶² und die bereits mehrfach erwähnte Studie von Schubert u.a. (2013: 62f.) zu dem Ergebnis kam, dass zumindest einige Regionen das Instrument auch intensiver nutzen.

Neben den im SGB II (bzw. mit Querverweis auf das SGB III) normierten Fördermöglichkeiten nutzen einige der acht Regionen für die Zielgruppe Bundes- und (weniger) Landesprogramme, am häufigsten das BMAS-Programm „Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt“, das sich zum Zeitpunkt der Interviewführung aber noch in der Startphase befand.

Die Häufigkeit der Nutzung der unterschiedlichen Maßnahmen für die Zielgruppe variierte dabei stark. In allen Regionen wurden besonders häufig AGH, die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Kommunalen Eingliederungsleistungen und Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III genutzt.

Geeignete Maßnahmen aus Sicht der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter

Über nahezu alle Fallstudienstandorte hinweg wurden niedrigschwellige Maßnahmen, insbesondere aufsuchende Arbeit und (Einzel-)Coaching, als besonders geeignet für die Gruppe der psychisch Kranken benannt. Dabei unterstützt aufsuchende Arbeit die Fachkräfte nicht nur dabei, schwer zugängliche Personen zu erreichen. Sondern es unterstützt die Fachkräfte auch dabei, das dahinterliegende Problem - hier die psychische Erkrankung - überhaupt mit Unterstützung des aufsuchenden Akteurs zu erkennen (vgl. auch Kap. 5.2) und weitere Schritte zu planen.

⁶² Soweit sie den Zielen und Grundsätzen des SGB II entsprechen und gesetzliche Leistungen nicht umgehen oder aufstocken.

„Und ich (..) und eine Kollegin haben lange Zeit beispielsweise Autismus vermutet. Jetzt geht der Einzelcoach da rein, da geht es um Vertrauen aufbauen, da geht es darum, vielleicht im Umfeld schon mal so zu gucken mit der Familie, weil ich sage mal, das ist jetzt ein Bewerber, der ist über 50, lebt immer noch bei seiner Mutter, ist seit, ja, seit 30 Jahren vielleicht nicht mehr erwerbstätig gewesen oder nach der Bundeswehrzeit oder wenn, dann immer Abbrüche und wenn das dann so ist, dass der jetzt endlich sich bereiterklärt, zum Beispiel zu einer Autismusambulanz zu gehen und dass eine Diagnose erstellt wird, dann (..) und die jetzt plötzlich klar ist, was übrigens kein Autismus war, sondern tatsächlich schon eine Psychose, dann (..) mit Zwängen, dann kann ich diesen Menschen nicht plötzlich da alleine stehen lassen, sondern dann macht das schon auch Sinn, dass er noch so ein Stück weit weiter begleitet wird, dass nächste Schritte initiiert werden können. Eine soziale Assistenz beispielsweise, die dann auf Dauer vielleicht auch unterstützen kann, um auch in Arbeit zu gucken oder vielleicht kann es auch mal ein gesetzlicher Betreuer sein, der bestimmte Dinge mit wahrnehmen kann. [06 03 Fallmanager]

Coachingmaßnahmen in unterschiedlichsten Varianten und Namensausprägungen (Einzelcoaching, Intensivcoaching, Social Coaching, Bedarfsgemeinschaft Coaching, psychosoziales Coaching) werden an sechs der acht Standorte durchgeführt. Es gab sowohl Coachingmaßnahmen, die im Rahmen des § 45 SGB III (Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung) als auch im Rahmen von Arbeitsgelegenheiten (§ 16d SGB II) durchgeführt wurden. Aufsuchende Arbeit als Angebot wurde dezidiert nur an einem Standort genannt, allerdings beinhalten die Coachingmaßnahmen zum Teil aufsuchende Arbeit.

Als besonders relevant wurde von nahezu allen befragten Fachkräften auch genannt, dass die Maßnahmen gerade für die Zielgruppe eine gewisse Dauer haben müssen. Fast einvernehmlich wurde argumentiert, dass Maßnahmen mit einer Dauer von unter sechs Monaten wenig Sinn ergäben.⁶³ Auch eine langsame Heranführung, vor allem durch zeitliche Staffelung, wurde als wichtig für die Zielgruppe benannt, um sie gerade zu Beginn einer Maßnahme nicht zu überfordern.

Besonders häufig wurden auch AGH als geeignet für die Zielgruppe bezeichnet, insbesondere wenn darin sozialpädagogische Betreuung stattfindet oder gar Psychologinnen und Psychologen die Maßnahme mitbetreuen. Aus Sicht der befragten Akteure sorgen AGH bei den psychisch Kranken für Tagesstruktur und stabilisieren die Klientinnen und Klienten. Einige Jobcenter berichten entsprechend, ein breites Spektrum an AGH vorzuhalten, wovon einige auch gut geeignet für die Gruppe der psychisch Kranken seien.

⁶³ Zu gleichen Ergebnissen kommen Schubert u.a. 2013: 62.

„Wir haben auch (...) eine ganz wunderbare Theaterarbeitsgelegenheit. Da hab ich auch drei Borderliner drin. Wie die sich dort entwickelt haben, das ist exorbitant.“ [01 03 Fallmanager]

Betont wurde verschiedentlich aber auch, dass AGH nicht für das gesamte Spektrum der psychisch Kranken ein geeignetes Angebot seien und es mithin einer sorgfältigen Teilnehmerauswahl bedarf. Denn für einen Teil der psychisch Kranken sei ein Gruppenangebot nicht zielführend, für andere wäre eine AGH wiederum nicht niedrigschwellig genug.⁶⁴

„Klassiker ist ja unsere Arbeitsgelegenheit, (lacht kurz) gebe ich eine Arbeitsgelegenheit und tatsächlich blühen die auf, weil sie Tagesstruktur haben, weil sie jemanden haben, der sich um sie kümmert, Volltreffer. Dann gibt es welche, die empfinden das schon als Bedrohung und (...) und äh fallen in eine depressive Phase, weil das Jobcenter von ihnen was will.“ [08 01 Teamleitung]

Problematisiert wurde bei den AGH häufig der Aspekt, dass die Gesetzeslage vorgibt, dass erwerbsfähige Leistungsberechtigte in einem Zeitraum von fünf Jahren nicht länger als insgesamt 24 Monate in Arbeitsgelegenheiten zugewiesen werden dürfen (§ 16d Abs. 6 SGB II⁶⁵). Die Fachkräfte berichteten, dass viele Klientinnen und Klienten, für die AGH aus ihrer Sicht das geeignete Instrument darstellen würde, dieses Maximum bereits ausgeschöpft hätten.⁶⁶ Je nach örtlicher Angebotslandschaft versuchen die Fachkräfte dann auf ähnliche Angebote im Bereich der Bundes- oder Landes-ESF-Förderung auszuweichen. Aber auch im Bereich der ESF-Förderung stehen aus Sicht der Befragten zu wenig niedrigschwellige Maßnahmen zur Verfügung.

In einigen Jobcentern wurde von nahezu allen Befragten ein (sog.) dritter Arbeitsmarkt⁶⁷ oder zumindest eine zeitliche Ausdehnung der AGH gefordert. In einem Jobcenter wurde dabei flächendeckend von allen Befragten auf die sehr guten Erfahrungen mit der „JobPerspektive“⁶⁸ verwiesen.

⁶⁴ Auch hinsichtlich der Einschätzung der AGH unterscheiden sich unsere Ergebnisse nicht von den Ergebnissen von Schubert u.a. 2013: 62.

⁶⁵ In der zum Zeitpunkt der Fallstudien gültigen Fassung. Unterdessen ist die Dauer von 24 auf 36 Monate erweitert worden.

⁶⁶ Auch Bauer (2015: 12) kritisiert, dass es unter den Langzeitarbeitslosen Gruppen gibt, die dauerhafter Unterstützung bedürfen, und kaum innerhalb von zwei Jahren eine hinreichende Arbeitsmarktnähe entwickeln können, um Integrationsaussichten zu haben.

⁶⁷ In Abgrenzung zum zweiten Arbeitsmarkt, unter dem zeitlich befristete öffentlich geförderte Beschäftigung verstanden wird, die die Teilnehmenden an den ersten Arbeitsmarkt heranzuführen soll, subventioniert der dritte Arbeitsmarkt dauerhaft – oder zumindest längerfristig – Arbeitsplätze außerhalb des ersten Arbeitsmarktes für Personen, denen keine oder nur sehr geringe Reintegrationschancen in den ersten Arbeitsmarkt eingeräumt werden.

⁶⁸ Unter JobPerspektive firmierte der 2007 eingeführte und 2011 abgeschaffte Beschäftigungszuschuss, der eine zweijährige Förderung ermöglichte, die unter gewissen Voraussetzungen sogar entfristet werden konnte. Vgl. im Überblick Obermeier u.a. 2013 sowie die Evaluation des Instrumentes von ISG/IAB/RWI 2011.

„Da muss man dann einen dritten Arbeitsmarkt schaffen, weil die wenigsten Leute, die ich kennengelernt habe, die haben gesagt, ich fühle mich wohl auf der Couch.“
[03 02 Fallmanager]

„Ja, also diese Jobperspektive (...). Also die (...) die fand ich sehr gut. Es ist natürlich ein absolut teures Instrument. Ich denke, volkswirtschaftlich ist es (...) hilfreich, bestimmt auch würde es sich gut rechnen, ne.“ [05 03 Reha-Fallmanager]

Einvernehmlich wurde auch argumentiert, dass es weniger auf das konkrete Instrument (AGH, Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, Maßnahmen im Rahmen des ESF etc.) ankomme, sondern auf die Qualität des Trägers und dessen Personals. Hierbei sei es unabdingbar, dass die Träger auf festangestelltes und gut bezahltes Personal zurückgreifen können, da aus Sicht der Befragten nur so eine geringe Personalfuktuation beim Träger gewährleistet sei. Gerade für psychisch Kranke sei es zudem von hoher Relevanz, dass nach Möglichkeit Sozialpädagogen, Ärzte, Psychologen und Arbeitstherapeuten in den Maßnahmen zur Verfügung stehen. Dies sei aber nur sehr selten der Fall.

Weniger geeignete Maßnahmen aus Sicht der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Jobcentern

Als wenig geeignete Maßnahmen für psychisch Kranke sahen die befragten Fachkräfte insbesondere kurze Maßnahmen (*„Durchlaufmaßnahmen wie Bewerbungstrainings“*), Maßnahmen in Vollzeit und Gruppenmaßnahmen an:

„Diese blödsinnigen Maßnahmen, die denen acht Wochen bieten oder so, das ist ja, haben wir hier alles weggefrühstückt, weil das ist Quatsch.“ [03 02 Fallmanager]

Nahezu nicht genannt wurden auf die Frage nach geeigneten Maßnahmen für die Zielgruppe Weiterbildungsmaßnahmen (§ 81 SGB III). Umgekehrt wurden sie dagegen von einigen Befragten als nicht geeignete Maßnahme für die Zielgruppe benannt. Teilweise wurde der Umfang der Förderung von Weiterbildungsmaßnahmen im SGB II insgesamt in Frage gestellt und eine Politikänderung in Form einer stärkeren Förderung von Arbeitsverhältnissen auf dem zweiten (oder dritten) Arbeitsmarkt eingefordert:

„Wenn ich unsere Politik höre, dann frage ich mich immer, ob die unsere Kundschaft kennt. Ich wünschte mir, dass Frau Merkel oder wer auch immer hier mal eine Woche neben uns sitzt und sich einfach mal die Leute anguckt, über die sie spricht (...) oder über die Politiker sprechen. Ähm ganz viele sind einfach nicht in der Lage eine Maßnahme durchzuhalten (...) aus verschiedensten Gründen. Da (...) da werden Weiterbildungsmaßnahmen angeboten in großem Maße und ähm es ist schwierig die zu besetzen, weil wir einfach dieses Klientel hier nicht haben. Wir haben hier ganz viele Menschen, die weder in der Lage sind noch es wollen, an einer Weiterbildung teilzunehmen. Ganz viele, die keinen Schulabschluss haben, ganz viele, die nicht richtig Deutsch sprechen. Mit denen können wir keine Weiterbildung machen und diese

Maßnahmen werden angeboten, während (...). Also ich halte sehr viel von Arbeitsgelegenheiten, wo man dann einfach auf die Menschen eingeht und ihnen einfache Tätigkeiten bietet. Das ist ja richtig Arbeit, die da angeboten wird, sowas brauchen ganz viele Menschen zur Selbstbestätigung einfach auch. Ähm (.) und das ist leider so gekürzt worden in den letzten Jahren. Also wir hatten mal die doppelte Anzahl von Arbeitsgelegenheiten.“ [05 04 Fallmanager]

Implizit wird aus dem Zitat deutlich, dass die vom Jobcenter angebotenen Weiterbildungsmaßnahmen voraussetzungsvoll sind. Insofern kann man sowohl fragen, ob es für die angebotenen Weiterbildungsmaßnahmen im Jobcenter das geeignete Klientel gibt, man könnte umgekehrt aber auch fragen, ob angesichts des Kundenstamms im Jobcenter geeignete Weiterbildungsmaßnahmen angeboten werden. Denn zweifellos ist ein fehlender Schulabschluss kein grundsätzliches Ausschlusskriterium für die Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme. Fehlende Deutschkenntnisse können durch die Vermittlung eines Deutschkurses behoben werden, an den sich eine Weiterbildungsmaßnahme anschließen kann. Insgesamt verweisen einige Antworten der Fachkräfte darauf, dass die Wahl möglicher Unterstützungsangebote nur selten wirklich individuell betrachtet wird. Häufiger wird danach entschieden, in welcher Maßnahme aktuell Plätze frei sind und weniger danach, was wirklich der konkrete Bedarf des oder der Leistungsberechtigten ist. Da Weiterbildungsmaßnahmen nur dann gefördert werden sollen, wenn eine Eingliederungsquote von mindestens 70 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer prognostiziert wird, führen Leistungseinschränkungen auf Seiten der Leistungsberechtigten - wie beispielsweise ein fehlender Schulabschluss, mangelnde Deutschkenntnisse oder das Vorliegen psychischer Beeinträchtigungen - manchmal vorschnell dazu, dass sie als potenzielle Teilnehmerinnen und Teilnehmer von Weiterbildungsmaßnahmen ausgeschlossen werden.

Psychosoziale Betreuung nach § 16a SGB II

Wie in Abschnitt 2.6 beschrieben, kann die psychosoziale Betreuung nach § 16a SGB II von hoher Relevanz für die Betreuung psychisch kranker Leistungsberechtigter sein. Die acht Fallstudien-Jobcenter arbeiten hier entweder mit einem Träger (zwei Jobcenter), zwei (fünf Jobcenter) oder mehr Trägern (ein Jobcenter) zusammen. Eines der Angebote stellt in der Regel der Sozialpsychiatrische Dienst (SpDi) der Kommune dar, der durch weitere Angebote ergänzt wird, beispielsweise der AWO, der Caritas, der Diakonie und in einem Fall einer örtlichen Klinik. Die von den Fachkräften dem Angebot zugeschriebene Relevanz wie auch Art und Häufigkeit der Zusammenarbeit variieren stark. In der Regel besteht das Angebot aus mehreren Gesprächen (je nach Region 3-10). Hinzu kommt, dass einige Jobcenter berichteten, dass der SpDi aufsuchende Arbeit leistet und hierbei vom Jobcenter in Anspruch genommen werden kann.

Es gibt Jobcenter, für die das Angebot der psychosozialen Betreuung für die Zielgruppe der psychisch Kranken das zentrale örtliche Angebot ist und eine enge Zu-

sammenarbeit mit dem bzw. den örtlichen Trägern stattfindet. Hier werden beispielsweise gemeinsame Beratungsgespräche oder Auswertungsgespräche angeboten und die Leistung wird als sehr hilfreich eingestuft, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„(...) also wir machen dann so ein Auswertungsgespräch. Auch zu dritt wieder, wo wir dann eben alle so am Tisch sitzen, wo darüber gesprochen wird. Und dann gibt es Berichte, einen Abschlussbericht, wo dann aufgeschrieben wird, also so und so viele Diagnostik-Termine wurden wahrgenommen. Die bieten unten ja auch Gruppenmodule an, dann haben sie eben an den Gruppenmodulen teilgenommen. Wir kriegen dann mitgeteilt, welche Termine, wie viele wahrgenommen wurden, wie viele entschuldigt oder unentschuldigt gefehlt haben. Und was eben als gemeinsame Ziele rausgearbeitet werden konnte. Ja und dann mit der Einschätzung Vermittlungshemmnis so Richtung Arbeitsmarkt, wie groß ist es halt, ja.“ [04 02 Fallmanager]

Andere Jobcenter verweisen in Beratungsgesprächen mit Klientinnen und Klienten lediglich darauf, dass ein solches Angebot besteht und in Anspruch genommen werden kann. Darüber hinaus gehende Kontakte zwischen den Fachkräften der Jobcenter und den Trägern finden jedoch nicht statt, es bestehen auch keine Rückmeldeformate. Ein Jobcenter verwies darauf, dass Rückmeldungen nur bei Einverständnis des Leistungsberechtigten und einer Schweigepflichtentbindung stattfinden (können). Es gibt auch Jobcenter, die die psychosoziale Betreuung nach § 16a SGB II häufig als Überbrückung zu „echten therapeutischen“ Angeboten in Anspruch nehmen, um während der langen Wartezeiten, die es bei therapeutischen Angeboten gibt (vgl. Abschnitt 5.4.1) „überhaupt etwas anbieten zu können.“

Insgesamt zeigt eine standortbezogene Analyse der Interviews, dass in fünf Jobcentern die psychosoziale Betreuung nicht als zentrales Unterstützungsangebot für die Fachkräfte (bzw. für die Klientinnen und Klienten) beschrieben wird. In einem dieser fünf Jobcenter herrschte sogar hohe Unzufriedenheit mit der Arbeit des umsetzenden Trägers:

Beim SpDi von [NAME TRÄGER] ist es leider so, dass wir da ähm (.) keine gute Zusammenarbeit haben und (.) ich meine, das ist jetzt rein subjektiv, da ist auch nicht besonders viel Engagement von den (.) von den Beratern jetzt da. Also bei uns ist es oder bei unseren Kunden ist es ja oft so, dass die mehrere Anläufe brauchen, um (.) um dann auch wirklich dorthin zu gehen und der SpDi stellt sich halt hin, das ist freiwillig, die müssen von sich aus kommen und das funktioniert in aller Regel nicht. Ähm die gehen vielleicht einmal hin und denken dann: Oh Gott, worüber muss ich da reden und dann war es das und dann würde ich mir wünschen, dass halt jemand mal nochmal versucht und nochmal versucht, weil die brauchen es. Also das verstehe ich auch nicht, wenn (.) wenn also eine Fachstelle äh feststellt, der braucht das, aber der kommt freiwillig nicht, dann ist das sein Problem. Da kann ich auch ganz schwer mit umgehen (lacht leicht), muss ich ehrlich sagen, meine Kollegin auch. Ähm da würde ich mir einfach mehr (...) mehr kommunales Engagement jetzt wünschen. [08 02 Fallmanager]

Während die Inanspruchnahme des Beratungstermins beim Träger der psychosozialen Betreuung nach § 16a für die Klientinnen und Klienten in einigen Jobcentern freiwillig ist, verpflichten andere Jobcenter ihre Klientinnen und Klienten zur Annahme des Angebots. Im letzteren Fall wird das Angebot dann auch im Rahmen einer Eingliederungsvereinbarung schriftlich fixiert.

Leistungen der beruflichen Rehabilitation

Neben den „klassischen SGB-II-Maßnahmen“ kommen auch gerade für die Gruppe der psychisch Kranken Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation in Betracht. Es zeigte sich in den Fallstudien, dass zur kompetenteren Bearbeitung der „komplexen“ Materie Rehabilitation⁶⁹ unterdessen eine Vielzahl von Jobcentern - sieben unserer acht Fallstudien-Jobcenter - spezialisierte Reha-Experten vorhalten oder gar ganze Reha-Teams. Dabei zeigten sich vielfältige Organisationsvarianten. In zwei der Jobcenter gab es ein komplettes Team Rehabilitation/Schwerbehinderte (Reha/SB). In den anderen fünf Jobcentern gab es entweder einzelne Reha-Spezialisten (häufig Reha-Fallmanagerinnen und -manager) oder alle Klientinnen und Klienten bei denen das Thema berufliche Rehabilitation relevant sein könnte, wurden an das Fallmanagement übergeben, so dass sich im Fallmanagement Rehakompetenz aufgebaut hatte. Daneben ist, da das Jobcenter kein Rehabilitationsträger ist (vgl. Abschnitt 2.6), die Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit bei Fragen der beruflichen Rehabilitation für die Jobcenter hoch relevant, ebenso wie die Zusammenarbeit mit den Fachdiensten bzw. ihren Pendanten bei den zugelassenen kommunalen Trägern, da ohne ein entsprechendes Gutachten der Fachdienste eine berufliche Rehabilitation nicht genehmigt wird.

Da die große Mehrheit unserer Interviewpartnerinnen und -partner nicht zu den Reha-Spezialisten gehörte, konnten (bzw. wollten) sie sich nur wenig zu diesem Themenkomplex äußern. Unsere befragten Fallmanagerinnen und Fallmanager sowie die Integrationsfachkräfte waren in der Regel froh, dass sie bei „*der schwierigen Geschichte*“ [02 04 Fallmanager; gleichlautend 05 04 Fallmanager] das Reha-Team oder den Reha-Spezialisten hinzuziehen können, da sie selber nur „*sehr rudimentäres Wissen*“ [08 04 Arbeitsvermittler] besitzen und ein „*bisschen mehr Kompetenz bräuchten*“ [07 03 Arbeitsvermittler]. Sowohl die Zusammenarbeit mit diesen Reha-Spezialisten als auch mit dem Reha-Team der Agentur für Arbeit wird nahezu flächendeckend als sehr gut beschrieben.⁷⁰ Kritischer wurde die Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung beurteilt, hier gab es zwar auch vereinzelt positive Stimmen, es überwog aber die Kritik.

Als Antwort auf die Frage nach geeigneten Förderangeboten für die Gruppe der psychisch Kranken wurden berufliche Rehabilitationsleistungen nur von jeder dritten

⁶⁹ Vgl. DGB 2012; Dornette / Rauch 2007 sowie Abschnitt 2.6.

⁷⁰ Lediglich das eine Jobcenter, das keine eigenen Reha-Spezialisten und Reha-Spezialistinnen hat, beklagte, dass die Reha-Beratung der Agentur für Arbeit nicht gut funktioniere, da seit längerer Zeit die Reha-Abteilung der Agentur unterbesetzt sei.

Fachkraft im Jobcenter genannt, während fast alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachdienste bzw. Gesundheitsämter diese als wichtig erachteten. Eine Erklärung hierfür könnte die beschriebene Spezialisierung sein, da die Fachkräfte potenzielle Reha-Fälle jobcenterintern abgeben und berufliche Rehabilitationsleistungen in ihrem Arbeitsalltag daher nur sehr selten ein Thema werden. Umgekehrt ist die Abklärung der Eignung von Leistungsberechtigten für Rehabilitationsmaßnahmen Alltagsgeschäft der Fachdienste und deshalb für sie im hohen Maße präsent.

Diejenigen Fachkräfte, die auf die Frage nach geeigneten Fördermaßnahmen berufliche Rehabilitationsmaßnahmen nannten, sahen diese in der Regel auch als sinnvollste und beste - aber natürlich auch teuerste - Fördermaßnahme überhaupt an („Mercedes unter den Maßnahmen“ [05 02 Reha-Fallmanager]), da Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Psychologen etc. einbezogen sind. Betont wurde aber auch, dass die Voraussetzungen seitens der Leistungsberechtigten stimmen müssten, da die Maßnahmen in der Regel in Vollzeit stattfinden, häufig nicht wohnortnah angeboten werden und die Leistungsberechtigten vorrangige medizinische Leistungen in Anspruch genommen haben müssen bzw. gesundheitlich entsprechend stabil sein müssen, um die Maßnahme zu absolvieren:

„Die sind wahnsinnig gut aufgestellt. Da gibt es einen Psychologen, der betreut, einen Sozialarbeiter, Arbeitsanleiter, das ist natürlich die Maßnahme schlechthin. Nur für diese Maßnahme müssen die Leute ähm therapeutisch angebunden sein, müssen krankheitseinsichtig sein, die müssen arbeitswillig sein, ne. Um dahin zu kommen, finde ich, sind diese stabilisierenden, ganz kleinen Maßnahmen oft hilfreich.“ [05 02 Reha-Fallmanager]

Unterstützte Beschäftigung

In vielen der Interviews mit den Fachkräften der Jobcenter fragten wir dezidiert nach der Rolle der Unterstützten Beschäftigung (§ 38a SGB IX), da wir nach den explorativen Experteninterviews davon ausgingen, dass dieses Instrument eine größere Rolle bei der Förderung psychisch Kranker spielen könnte. Denn nahezu alle im Rahmen der Exploration befragten Interviewpartnerinnen und -partner aus dem psychosozialen Versorgungsbereich erwähnten „Unterstützte Beschäftigung“ und votierten für einen Ausbau dieses Ansatzes.

In den Jobcentern zeigte sich aber, dass zum einen „Unterstützte Beschäftigung“ auf die offene Frage nach geeigneten Förderinstrumenten nur sehr vereinzelt genannt wurde und zum anderen, dass auch auf die explizite Nachfrage nur wenige Fachkräfte dem Instrument eine tragende Rolle zumessen. Dies liegt einerseits daran, dass es in den Jobcentern nur sehr vereinzelte Förderfälle gibt („nutzen wir, hatten aber überhaupt erst zwei Förderfälle, beides keine psychisch Kranken“; 03 02 Fallmanager) und zum anderen daran, dass das Verfahren über die Reha-Träger läuft und daher die Jobcenter Fachkräfte kaum involviert sind. Weitere kritische Anmerkungen waren, dass in der Wahrnehmung der Fachkräfte das Instrument seitens der Rehabilitationsträger zu sehr als Vorstufe zur Werkstatt für behinderte Menschen gesehen werde

und dass das Zustandekommen eines solchen Arbeitsverhältnisses hoch komplex sei.

Vereinzelt wurde es von den Fachkräften aber auch als „tolles Instrument“ [06 01 Teamleitung] bezeichnet und ein Jobcenter hat eine Fachgruppe eingesetzt, die sich mit dem Thema beschäftigt und es voranbringen soll.

Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Falls eine berufliche Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht möglich ist, besteht die Möglichkeit, im Rahmen eines Berufsbildungsbereiches auf die Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen vorbereitet zu werden. Die Frage, wann eine WfbM für psychisch Kranke ein geeignetes Angebot darstellen kann, wurde in den Interviews kontrovers diskutiert:

- Es wurde auf das komplexe Verfahren unter Einschaltung der Fachdienste/des Gesundheitsamtes verwiesen.
- Es wurde auf fehlende passende Werkstätten für psychisch Kranke in der Region hingewiesen.
- Es wurde darauf hingewiesen, dass die Zahl psychisch Kranker in WfbM stetig zugenommen hat und es (landes-)politische Interessen gäbe, die Zahl zu verringern.
- Es wurde argumentiert, dass im Sinne eines Inklusionsansatzes versucht werden müsse, Menschen aus den Werkstätten herauszuholen, anstatt sie vermehrt dorthin zu integrieren.
- Besonders wurde auf die Problematik der fehlenden Akzeptanz bei den Leistungsberechtigten hingewiesen, die in ländlichen Regionen noch geringer sei, als in städtischen Regionen und unter Migrantinnen und Migranten geringer als bei Deutschen. Es wurde aber auch argumentiert, dass es für bestimmte Menschen das geeignete Angebot sei und diese oftmals erleichtert wären und rückmelden, dass die Arbeit in der Werkstatt ihren Bedarfen und Fähigkeiten entspreche. Häufiger wurde seitens der Fachkräfte berichtet, dass oftmals zunächst keine Akzeptanz seitens der Klientinnen und Klienten zu erkennen sei, „bis wir sie da haben, dann sind sie ganz zufrieden.“ [02 01 Teamleitung]

Zusammenfassend ist für die Fachkraft die Empfehlung zu einer Werkstatt Ultima Ratio, verbunden in der Regel mit einer sehr langen Vorgeschichte im SGB II (und der Sozialhilfe) und der Übergang dorthin sehr langwierig:

„Der Weg ist sehr individuell, das kann man nicht anders sagen. Und der Weg ist auch manchmal ganz lang. Ich habe Fälle jetzt dieses ähm zum 01.12. geht eine junge Frau in die Werkstatt, die kenne ich seit sieben Jahren. Die hat eigentlich mal eine Ausbildung gemacht, die hat eigentlich auch mal gearbeitet, aber irgendwie - ist auch psychisch krank - passte alles nicht und wir haben ganz viel ausprobiert, bevor klar war, der erste Arbeitsmarkt ist überhaupt gar nicht mehr geeignet und dann ist es aber klassisch gegangen, ne. Dann wurde ein ärztliches Gutachten erstellt, dann

wurde ein Rehaantrag gestellt, weil auch die Werkstatt für behinderte Menschen ist eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben. Der wurde positiv entschieden. Der Fachausschuss der Werkstatt hat positiv entschieden. Dann musste noch ein Platz frei sein und dann ist die junge Dame jetzt hoffentlich zum 01.12. dort angekommen. Aber es war ein sehr langer Weg. [05 02 Reha-Fallmanager]

Wünsche der befragten Fachkräfte

Im Rahmen der Interviews benannten die befragten Fachkräfte immer wieder, welche Ansprüche oder Wünsche sie an zielführende Arbeitsmarktförderinstrumente haben. Genannt wurden insbesondere aufeinander aufbauende Angebote (Förderketten), Begleitung bei erfolgter Integration, flexiblere Lohnkostenzuschüsse, die es z.B. ermöglichen sollen, den Arbeitgebern „Fehltag“ aufgrund der Erkrankung nach erfolgter Integration aus Mitteln des SGB II zu ersetzen oder Minderleistung auch dauerhafter zu kompensieren sowie vor allem auch eine Auflösung des Denkens und Handelns in Rechtskreisen bei der Konzipierung von Maßnahmen.

„Das ist ja schon der Wunsch, den alle (...), ich mache nun so lange Sozialarbeit und wir reden immer von diesen blöden Rechtskreisen, die, wir verschwenden so unendlich viel Mittel und Zeit damit, dass wir uns voneinander abgrenzen, anstatt mal zu sagen, was kann denn jeder in den Hut schmeißen? Und sobald einer sagt, ich kann aber ein bisschen weniger, sagt der andere, dann mache ich auch nichts. So, das ist eigentlich die Realität. Also wir bräuchten Maßnahmen, wo tatsächlich aus dem Gesundheitssystem jemand kommt, aus dem System Bildung jemand kommt, aus dem System Sozialwesen jemand kommt und die müssten zusammen eine Maßnahme entwickeln. (...) Also einfach sich zusammensetzen und sagen, Rechtskreise im Kopf mal auflösen, ich gebe das, du gibst das und du gibst das. Passiert aber nicht. Also das wäre so mein Wunsch.“ [03 02 Fallmanager]

„Ich finde, es wird zu wenig geguckt, wie man Leistungen miteinander verknüpfen kann aus den verschiedenen Sozialgesetzbüchern. Weil meine Wunschvorstellung für psychisch Kranke, gerade für psychisch Kranke ist, dass man wie so einen Bahnhof macht, ja, also eine Einrichtung schafft, wo Kunden aus dem SGB XII, Kunden SGB II gemeinsam drin sind, (...) vielleicht einen Arbeitstherapeuten, der dann aus dem SGB IX bezahlt wird, dass wir eine Co-Produktion (...) und dass der Rententräger da stärker mitspielt und das ist nicht so einfach.“ [04 01 Teamleitung]

Weitere häufiger genannte Wünsche bezogen sich auf einen Ausbau der Coachingangebote und auf einen stärkeren Einsatz präventiver Elemente. Ein Jobcenter hatte der örtlichen Agentur für Arbeit ein präventives Projekt zur Verhinderung des Eintritts von Arbeitslosigkeit bei Menschen mit psychischer Behinderung vorgeschlagen, was diese aber ablehnte. Problematisiert wurde, dass entsprechende Projekte häufig auf wenig Resonanz bei den Führungskräften stoßen, da sich positive Ergebnisse nicht im bestehenden Controllingssystem abbilden lassen.

„Wir hatten hier schon die Situation, dass wir ein gemeinsames Projekt mal vorgeschlagen haben mit der Agentur und dem Jobcenter der Stadt, wo es nur darum ging,

Menschen in Arbeit mit seelischer Behinderung zu halten und das wurde abgelehnt halt auch äh im letzten Jahr, weil sie sagten: Nein, Schwerpunkt soll ja sein, die Leute in Arbeit zu kriegen und das mit in Arbeit zu halten war dann erstmal noch ein bisschen restriktiv gesehen.“ [06 01 Teamleitung]

Einzelne Fachkräfte sprachen zudem kritisch an, dass die unter dem Motto „Wirkung und Wirtschaftlichkeit“ stehende Steuerung der Arbeitsmarktpolitik (vgl. Hiel-scher/Ochs 2009) und des Einsatzes arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen gerade für die Zielgruppe der psychisch Kranken in Frage zu stellen sei.

„Unsere Maßnahmen sind natürlich auf Effizienz getrimmt, logischerweise, ist ja auch legitim. Aber bei psychisch Kranken muss ich weg von Effizienz. Die sind aus meiner Sicht erstmal vordergründig nicht effizient, nicht in unserem Sinne. Mittelfristig können die effizient sein, aber auf einer ganz anderen Ebene.“ [08 01 Teamleitung]

Unterschiede in der Bewertung der Förderangebote

Auffallend an den Bewertungen der Fördermaßnahmen der Jobcenter in den Interviews war, dass die befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachdienste/Gesundheitsämter das Förderportfolio der Jobcenter im Durchschnitt deutlich positiver bewerteten, als die Fachkräfte im SGB II selbst. Dies könnte daran liegen, dass gerade die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachdienste das eingeschränktere Maßnahmenportfolio des SGB III bei der Bewertung als Vergleichsmaßstab heranziehen.

Standortunterschiede

Hinsichtlich der Förderpolitik (bezogen auf die Zielgruppe der psychisch Kranken) zeigten sich zwischen den Standorten zum Teil erhebliche Unterschiede. Dies betrifft zum einen die Frage, ob das lokale Angebot als ausreichend interpretiert wurde, was an einem Teil der Standorte über die unterschiedlichen befragten Akteure hinweg entschieden verneint wurde, während an anderen Standorten betont wurde, dass das örtliche Maßnahmenportfolio flexibel und ausdifferenziert sei und an wiederum anderen Standorten unterschiedliche Auffassungen von den Befragten vertreten wurden.

Weiterhin zeigte die Auswertung, dass sich die Standorte hinsichtlich ihrer Förderpolitik für die betrachtete Zielgruppe grob typisieren lassen. Drei Jobcenter setzen vornehmlich auf das Instrument der AGH. Betont wurde hier in der Regel, dass ein breites Spektrum an AGH, hinterlegt mit guter sozialpädagogischer Betreuung, für eine große Gruppe der psychisch Kranken das ideale Instrument sei, insbesondere unter dem Aspekt der Niedrigschwelligkeit und der Tagesstrukturierung. Ein Standort setzt bei der Zielgruppe in erster Linie auf (Einzel-)Coachings, zumindest soweit es die finanziellen Ressourcen des Jobcenters zulassen. Ein Jobcenter nutzt für die Zielgruppe einerseits AGH, andererseits baut es auf den sehr starken Einsatz der psychosozialen Betreuung nach § 16a SGB II. Zwei Jobcenter betonen einen sehr starken Maßnahmenmix. Ein Jobcenter setzt insbesondere auf einen Mix aus aufsuchender Arbeit, psychosozialem Coaching, AGH und einer breiten Palette von Bundes- und Landes-ESF Maßnahmen. Das andere Jobcenter hat spezielle Maßnahmen für

die Gruppe der psychisch Kranken entwickelt und sticht bei der Zielgruppenorientierung bei der Maßnahmenkonzipierung für diese Gruppe deutlich hervor. Zuletzt gibt es ein Jobcenter, das zum einen kein Spezifikum hinsichtlich des Einsatzes von Fördermaßnahmen aufweist. Zum anderen war bei den Fachkräften Frustration über fehlende geeignete örtliche Maßnahmen für die Zielgruppe vorzufinden, nicht zuletzt, da aus ihrer Sicht geeignete (besonders niedrigschwellige) Maßnahmen in der Vergangenheit durchgeführt, diese aber nicht fortgesetzt wurden.

Erfahrungen der Klientinnen und Klienten

Nachdem ausführlich die Einschätzungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter auf das arbeitsmarktpolitische Instrumentarium dargelegt wurden, sollen im Folgenden die Erfahrungen der Klientinnen und Klienten mit erhaltenen Fördermaßnahmen beschrieben werden. Da drei Viertel aller befragten Klientinnen und Klienten bereits mindestens eine – in der Regel mehrere – arbeitsmarktpolitische Maßnahme durchlaufen hatten, konnten diese entsprechend auch ihre Erfahrungen mit arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen reflektieren.

Die Hälfte dieser Befragten berichtete positiv von ihren Maßnahmenerfahrungen. Dabei decken sich die Erfahrungen der Klientinnen und Klienten mit den Einschätzungen der Fachkräfte. So haben auch die Klientinnen und Klienten in erster Linie Coachingmaßnahmen und Arbeitsgelegenheiten positiv bewertet. Insbesondere der Erhalt von Tagesstruktur („Man hat Struktur“; „entkommt dieser Tristheit“, „hängt nicht zu Hause durch“, „geregelter Ablauf des Tages“, „man kommt raus“) und eine gestaffelte zeitliche Heranführung wurden als zentral und hilfreich betrachtet. Zum Teil machten die Klientinnen und Klienten auch deutlich, dass sie durch die bzw. in der Maßnahme das Gefühl bekamen, gebraucht zu werden.

„Ja. Man fängt hier zum Beispiel langsam an mit drei Stunden. Kann sich bis zu sechs Stunden hocharbeiten und Betreuung, wenn man Betreuung braucht, wenn man einen Ansprechpartner braucht, ist auch immer irgendwie immer jemand da. Das finde ich halt auch gut.“ [AG 06 01 06]

Ein Viertel der befragten Leistungsberechtigten berichtete negativ von ihren Erfahrungen in den Maßnahmen. Als Gründe wurden vor allem unqualifiziertes Personal, mangelnde Betreuung und fehlende Passgenauigkeit der erhaltenen Maßnahme genannt. Einige berichteten davon, das Gefühl zu haben, dorthin „gesteckt“ worden zu sein, wo Plätze frei waren. Häufig wurden kurze Aktivierungsmaßnahmen und die „unzähligen Bewerbungstrainings“ als negativ empfunden.

„Im Endeffekt war es leider eine Maßnahme, die in etwa so aussah, dass ich morgens um acht dorthin bin (...) und mittags um halb vier nach Hause gehen durfte und in der Zwischenzeit die Zeit totgeschlagen habe, weil einfach nichts wirklich passiert ist, man hat sehr viel alleine mit sich machen dürfen. Wir hatten dann so Kurse wie (...), wie hieß das denn, da ging es halt auf jeden Fall (...) vom Namen her ging es halt eben darum, eine Ausbildung zu suchen, Bewerbungen und so weiter auszuarbeiten und

sowas, im Endeffekt hat man uns dann einfach in den Computerraum gehockt und die Seite vom Jobcenter aufgemacht und gemeint, ja gucke mal.“ [AG 06 01 03]

Das letzte Viertel machte ambivalente Erfahrungen. Einerseits gab es Klientinnen und Klienten, die bereits sehr viele Maßnahmen durchlaufen und gute und weniger gute Erfahrungen gemacht haben. Andererseits gab es Leistungsberechtigte, die zwar den Erhalt der Maßnahme positiv empfanden, insbesondere aufgrund der als wichtig empfundenen Tagesstrukturierung, aber die konkret erhaltene Maßnahme als nicht passend empfanden oder sonstige kritische Anmerkungen zur erhaltenen Maßnahme hatten.

„Also natürlich war es gut, nicht ständig nur zu Hause zu sitzen (...) Aber manchmal hat man, sag ich mal, auch das Gefühl, dass das manchmal nur so, naja, wir stecken ihn mal hier irgendwo hin, so.“ [AG 01 01 04]

Eindrücke der Behandlerinnen und Behandler

Abschließend soll der Blick der befragten Behandlerinnen und Behandler auf arbeitsmarktpolitische Maßnahmen der Jobcenter referiert werden. Allerdings sahen sich nur wenige der befragten Behandlerinnen und Behandler im Stande, eine Bewertung vorzunehmen. Wenn sie es taten, dann gründeten sich die Bewertungen in der Regel auf Rückmeldungen der Klientinnen und Klienten.

Insgesamt sind die Eindrücke der Behandlerinnen und Behandler kritischer als die Bewertungen der Klientinnen und Klienten, was daran liegen könnte, dass eher diejenigen Personen, die unzufrieden mit ihrer Maßnahme sind, dies auch in den Gesprächen äußern. So überwiegen bei den Behandlerinnen und Behandlern die Eindrücke von unspezifischen Maßnahmen mit fehlender Passgenauigkeit.

„Und dann werden sie mal in irgendeine Maßnahme geschickt, aber das ist ja so eine Sammelsuriumsmaßnahme, da sind Leute, die haben eine körperliche Erkrankung, da haben Leute eine psychische Erkrankung, da hat jemand ein Drogenproblem, da hat jemand eine schwere Depression, also das ist viel zu unspezifisch.“ [AG 08 02 05 Arzt, psychiatrische Tagesklinik]

Sehr heterogen sind die Bewertungen der Arbeitsgelegenheiten seitens der Behandlerinnen und Behandler. Hier reicht das Spektrum von „sinnfreier Beschäftigungstherapie“ und „Notlösung“ bis hin zu „sind Mutmacher“ und wichtig für die Tagesstrukturierung.

5.6 Umsetzung des Forderns

Wie bereits in Abschnitt 2.6 ausführlich dargelegt, stellt „Fördern und Fordern“ das Grundprinzip des SGB II dar. Die Eingliederungsvereinbarung (EGV) ist dabei das zentrale Instrument zur Unterstützung der gemeinsamen Eingliederungsbemühungen der Fachkraft und der Klientin bzw. des Klienten. Der Grundgedanke ist hierbei, den Eingliederungsprozess grundsätzlich auf der Basis gemeinsam vereinbarter Ziele und

gegenseitiger Rechte und Pflichten aufzubauen. Dazu werden in der Eingliederungsvereinbarung die Rechte und Pflichten des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten verbindlich festgelegt. So wird beispielsweise festgelegt, welche eigenen Aktivitäten der Leistungsberechtigte bei der Arbeitsuche unternehmen muss und welche unterstützenden Eingliederungsleistungen das Jobcenter dabei erbringt.

Die EGV lässt sich damit sowohl dem Fördern wie dem Fordern zuordnen. In der Rechtssystematik des SGB II ist sie bei den Leistungen, mithin dem Bereich des Förderns zugeordnet. Allerdings zeigen sowohl bisherige Forschungsergebnisse (Schütz u.a. 2011; Osiander/Steinke 2011: 14ff.; Reis/Siebenhaar 2015: 40ff.) als auch unsere Ergebnisse, dass die Fachkräfte die EGV eher als ein Instrument des Forderns als des Förderns interpretieren. Zudem sind die in der Eingliederungsvereinbarung dokumentierten Pflichten des Leistungsberechtigten sanktionsbewehrt, während auf in der EGV dokumentierte potenzielle Unterstützungsleistungen in der Regel kein Rechtsanspruch besteht. Aus diesen Gründen halten wir es für angemessen, die Umsetzung der EGV in diesem Abschnitt abzuhandeln.

Der Umgang mit der Eingliederungsvereinbarung seitens der Fachkräfte

Mit einer Ausnahme⁷¹ schließen alle befragten Fachkräfte mit den Klientinnen und Klienten EGV ab. Der Umgang mit der EGV und die dort hinterlegten Angebote und Verpflichtungen sind allerdings in jeglicher Hinsicht heterogen, was auch in dem Interviewzitat *„da arbeiten, glaube ich, alle ein bisschen unterschiedlich“* [01 04 Fallmanager] zum Ausdruck kommt:

- Teilweise wird das Aufsuchen ärztlicher, psychiatrischer oder psychosozialer Unterstützung in die EGV aufgenommen, teilweise nicht.
- Das Aufsuchen einer solchen Unterstützung wird teilweise nachweislich verlangt. Andere Fachkräfte argumentierten hingegen, dass das Aufsuchen ärztlicher Hilfe nicht in eine EGV geschrieben werden dürfe.
- Sucht die Klientin bzw. der Klient keine ärztliche oder psychosoziale Unterstützung auf, obwohl es in der EGV gefordert war, halten dies einige Fachkräfte für sanktionierbar, andere nicht (vgl. auch weiter unten den Abschnitt zu Sanktionen).
- Einige Fachkräfte halten die EGV für ein relevantes Instrument im Hilfeprozess, andere für überwiegend überflüssig. Einige Fachkräfte betonten daher, dass sie Eingliederungsvereinbarungen abschließen, weil *„der Gesetzgeber das fordert“* [04 02 Fallmanager] und *„statistisch abgeprüft wird, ob ich das mache“* [03 02 Fallmanager]. Die inhaltlichen Aspekte werden entsprechend für irrelevant gehalten, weil *„inhaltlich guckt da kein Mensch nach, was ich da reinschreibe“* [03 02 Fallmanager]

⁷¹ An einem Standort schließen die Reha-Fallmanager keine Eingliederungsvereinbarungen ab.

- Einige Fachkräfte betonten, dass sie in den Formulierungen gezielt allgemein bzw. unbestimmt bleiben, sowohl was das Fordern wie das Fördern angeht (z.B. Fördern: Beratung im Rahmen des Fallmanagements, Fordern: Arbeitet aktiv im Fallmanagement-Prozess mit)
- Vereinzelt wurde argumentiert, dass der Inhalt der EGV und ihre darin vorgenommene Konkretisierung an das Handlungspotenzial der Klientinnen und Klienten anknüpfen müsse, und daher nicht verallgemeinerbar sei, was dort aufgenommen wird.

Der Umgang mit Sanktionen seitens der Fachkräfte

Ähnlich wie beim Umgang mit der EGV zeigt sich auch beim Thema Sanktionierungen von Klientinnen und Klienten mit psychischen Beeinträchtigungen ein unterschiedliches Vorgehen. Allerdings spiegelt sich hier die Heterogenität vor allem zwischen den Jobcentern und deutlich weniger innerhalb der Jobcenter. Es bestätigen sich ältere Forschungsergebnisse, dass es strengere und mildere Arbeitsverwaltungen gibt (vgl. Müller/Oschmiansky 2006).

In zwei Jobcentern wurde jeweils von der Mehrzahl der dort Befragten darauf hingewiesen, dass man Sanktionen als Instrument brauche, dass Sanktionen wirken, dass auch 100 Prozent Sanktionen ausgesprochen würden und dass drastische Mittel auch zu Erfolgen führten.

„Die Sanktionen können erstmal sein, dass die wirklich kein Geld mehr haben, das sie nichts mehr zu essen haben. Dann kommen die. Aber dann habe ich sie erstmal am Tisch. So, dann wissen die aber, dass es so nicht geht. Dann habe ich zu mindestens erstmal, - wenn ich jetzt das nicht genau weiß, dass sie krank sind, beim Ärztlichen Dienst, ein Termin, und wenn die nicht noch mehr Sanktionen haben wollen, gehen die dorthin.“ [01 02 Fallmanager]

Die qualitativen Ergebnisse zur unterschiedlichen Sanktionspraxis in den von uns besuchten Jobcentern decken sich dabei mit den entsprechenden Statistiken. Die beiden Jobcenter, in denen die befragten Fachkräfte den resoluten Einsatz von Sanktionen positiv vertreten und ihn auch für einen großen Teil der Gruppe der psychisch Kranken für durchaus geeignet halten, haben deutlich höhere Sanktionsquoten als die anderen sechs Fallstudienjobcenter.⁷²

Auffällig war insbesondere in einem der beiden Jobcenter mit hohen Sanktionsquoten, dass die befragten Fachkräfte bei sehr vielen Themenkomplexen auf Sanktionen zu sprechen kamen und sei es in negativer Abgrenzung, dass in diesem oder jenem Fall nicht sanktioniert werden würde. Während in den anderen Jobcentern darauf hingewiesen wurde, dass es bei Sanktionen größere Ermessensspielräume gäbe, wurde

⁷² Der Anteil erwerbsfähiger Leistungsberechtigter, gegen die 2014 von den Jobcentern mindestens eine Sanktion neu festgestellt und statistisch erfasst wurde, pro 100 erwerbsfähig Leistungsberechtigte im Bestand, betrug in den beiden Jobcentern gerundet 15 bzw. 14 %, während die Spanne in den anderen sechs Jobcentern von 7 bis 11 % reichte.

dies in den zwei „restriktiven“ Jobcentern anders bewertet: *„Wir haben im Sanktionsbereich kein Ermessen. Eine Sanktion tritt ein und wir haben das nur festzustellen (...).“* [03 03 Fallmanager]

Eine Fachkraft in einem dieser beiden Jobcenter argumentierte, dass eine stärkere Aktivierung durch die Möglichkeit erreicht werden könne, Leistungen einzufrieren, bis die Klientin bzw. der Klient wiedererscheint, anstatt Sanktionen auszusprechen. *„Besser wäre es, wenn man die Leistungen einstellen würde, bis der kommt. Dann würden Sie diese ganzen Sanktionen umgehen. Und das machen die nicht, - hier in der Leistung.“* [01 02 Fallmanager]

In den anderen sechs Jobcentern gab es Fachkräfte, die explizit betonten, eine Sanktion sei nur das allerletzte Mittel bzw. nicht Mittel der Wahl und gerade bei der Gruppe der psychisch Kranken sei besonders zurückhaltend mit diesem Mittel umzugehen. Andererseits gab es in vier dieser sechs Jobcenter auch jeweils vereinzelte Stimmen die betonten, dass es manchmal auch nötig sei *„mit der Gesetzeskeule zu winken“* [02 03 Fallmanager], *„Konsequenzen (...) Rechtsgrundlage sind“* [07 03 Arbeitsvermittler] bzw. *das „Jobcenter einen gesetzlichen Auftrag hat und der ist auch mit Sanktionen bewehrt“* [08 01 Teamleitung].

Während einige Befragte herausstellten, bei Erkrankten generell anders mit Sanktionen umzugehen bzw. auch darauf verwiesen, dass *„bei gesundheitlichen Sachen ja alles freiwillig ist“* [02 01 Teamleitung], fällt anderen Befragten ein differenzierter Umgang - auch aufgrund mangelnden Wissens über die Spezifika psychischer Erkrankungen und damit verbundenen Einschränkungen - schwer. Zum Teil zeigten sich auch unterschiedliche Rechtsauslegungen. So betonten Fachkräfte, dass beispielsweise eine „Überweisung“ an den SpDi nicht an Sanktionen gekoppelt werden könne, während andere Fachkräfte diesbezüglich mit Sanktionen arbeiteten.

Auffallend war auch, dass viele Fachkräfte davon berichteten, dass Sanktionen zwar zahlreich ausgesprochen, aber sehr häufig auch wieder zurückgenommen würden, z.B. bei Nachreichung eines Attests.

„Fördern und Fordern“ als Leitmotiv des SGB II

In den Interviews mit den Fach- und Führungskräften der Jobcenter sowie den Fachdiensten bzw. Gesundheitsämtern haben wir die Frage gestellt, ob die Interviewpartnerinnen und -partner das Leitprinzip des SGB II „Fördern und Fordern“ (auch) für die Gruppe der psychisch kranken Leistungsberechtigten als geeignet ansehen. Dabei zeigte sich, dass fast zwei Drittel der Befragten das Leitprinzip vom Grundsatz her auch für die Gruppe der psychisch Kranken als passend bzw. geeignet empfindet und ein weiteres knappes Fünftel den Leitsatz zumindest überwiegend auch für die Gruppe der psychisch Kranken als geeignet einstufte. Lediglich ein Sechstel stand dem Leitsatz für diese Gruppe ambivalent gegenüber oder gab an, er sei hier gänzlich ungeeignet.

Zwar räumten auch die „Befürworter des „Fördern und Fordern“ ein, dass sowohl das Fördern als auch gerade das Fordern teilweise anders – insbesondere niedrighschwelliger⁷³ - ausgestaltet sein müsse als bei gesunden Leistungsberechtigten, was aber nichts an der Sinnhaftigkeit des prinzipiellen Ansatzes ändern würde.

„Das wäre für mich, wenn ich sage, die kann ich nicht fordern, die kann ich nur fördern, wäre für mich ein „In-Watte-Packen“, das vielleicht viele gar nicht möchten. Und auf der anderen Seite einfach auch ein Abschreiben von Menschen, die in meinen Augen gar nicht abgeschrieben werden müssen und sollten, auf gar keinen Fall.“ [02 04 Fallmanager]

„Ja, also was ich fordere ist: Tu was. Also das ist ganz klar. Verkriech dich nicht in dein Schneckenhaus, sondern tu was. Also das fordere ich schon.“ [08 02 Fallmanager]

Insbesondere die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachdienste und Gesundheitsämter unterstützen das Leitprinzip mit einer Ausnahme und insgesamt noch deutlicher als die Fachkräfte im SGB II.

„(...) Aber ich würde nochmal grundsätzlich sagen, Fördern und Fordern, der Satz sollte (...) sollte auch wirklich für Menschen mit psychischen Erkrankungen gelten.“ [08 05 Berufspsychologischer Service]

„Das Prinzip passt. Ich sage das jetzt mal etwas despektierlich, es sich nicht in der psychischen Behinderung bequem machen.“ [05 05 Berufspsychologischer Service]

Einige Fachkräfte verwiesen darauf, dass sie vor ihrer Arbeit im Jobcenter in anderen Kontexten der Sozialarbeit gearbeitet haben (z.B. Jugendhilfe) und dort gerade die vorgefundene „Beliebigkeit“ kritisch sahen. Die klareren Regeln und Zielstellungen im SGB II werden bevorzugt, einerseits erleichtere es die eigene Arbeit, andererseits stößt es aus ihrer Sicht auch bei der überwiegenden Zahl der Klienten auf Zustimmung.

„Sondern ich will den Leuten eine Richtung vorgeben und ich glaube auch, ich höre ja in den Gesprächen, dass die wenigsten sagen, lass mich ganz in Ruhe, ja.“ [03 02 Fallmanager]

Einzelne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter äußerten im Kontext dieser Frage auch die Hoffnung bzw. Erwartung, dass auch die Therapeutinnen und Therapeuten stärker dieses Prinzip im Rahmen ihrer Arbeit umsetzen.

⁷³ Hinsichtlich des Forderns beispielsweise „Auseinandersetzung mit der Krankheit“, „Termin beim Ärztlichen Dienst wahrnehmen“, „Annahme medizinischer Hilfe“.

„Also ich (.) denke mir schon manchmal, dass ich mir auch von Therapeutenseite wünsche, dass die auch mal ihren Patienten auch mal auch was fordern, angemessene Forderungen. Also manchmal habe ich den Eindruck auch, dass die ähm auch ein Stück weit therapeutisch verwalten.“ [08 01 Teamleitung]

5.7 Erfahrungen der Klientinnen und Klienten mit der Beratung und Betreuung durch das Jobcenter

Die Situation und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten im SGB II soll auch aus Sicht der befragten Klientinnen und Klienten beleuchtet werden. Den Ausgangspunkt bildet zunächst die Frage nach der Bedeutung des SGB-II-Leistungsbezugs im Leben der Betroffenen. Daran anschließend wird der Frage nachgegangen, welchen Stellenwert die Thematisierung der Erkrankung im Rahmen der Beratung und Betreuung durch die Jobcenter einnimmt. Damit zusammenhängend wurde untersucht, wie sich das Verhältnis zur persönlichen Ansprechpartnerin bzw. zum persönlichen Ansprechpartner im Jobcenter gestaltet und von welchen Faktoren eine konstruktive und vertrauensvolle Beziehung aus Sicht der befragten Klientinnen und Klienten abhängt. An diese Fragestellung anknüpfend nahmen die Klientinnen und Klienten Stellung dazu, wie sie die Unterstützung durch das Jobcenter wahrnehmen. Abschließend berichten sie von Konflikten, die sie bereits mit dem Jobcenter hatten. Zwei Fallrekonstruktionen sollen am Ende des Kapitels exemplarisch die Erfahrungen von Betroffenen mit der Beratung und Betreuung durch die Jobcenter veranschaulichen.

5.7.1 Bedeutung des SGB-II-Leistungsbezugs im Leben der Betroffenen

Zunächst wurde der Frage nachgegangen, welche Bedeutung der SGB-II-Leistungsbezug im Leben der Betroffenen einnimmt und welche Aspekte sie hiermit verbinden. Eine Minderheit der Befragten äußerte sich **ausschließlich positiv** zum SGB II und bewertete sowohl die erhaltene Unterstützung bei der Arbeitsuche sowie bei der Vermittlung anderweitiger Maßnahmen, als auch die erhaltenen finanziellen Leistungen als unterstützend. Diese Befragten assoziierten den Leistungsbezug überwiegend mit der Sicherung ihres grundlegenden Lebensunterhalts und empfanden hierfür Dankbarkeit.

„Für mich ist das ein Geschenk. Weil ich habe mich immer selber ernährt und wenn ich dann das bekomme, [...], als ich dann auch zum Beispiel gehört habe, dass ich hier Krankengeld bekommen, habe ich gesagt Danke.“ [AG 07 01 03]

„[Es bedeutet] auf der einen Seite unheimliche Hilfe. Äh, ich bin, ich bin schon, ich bin froh, dass es das gibt, weil ich sonst einfach, ja, äh, das ist, äh, mein Leben wäre durchaus sehr schwer. Äh, es ermöglicht mir außerdem, äh, oder hat mir ermöglicht, an ganz bestimmten Maßnahmen teilzunehmen, an denen ich gerne teilnehmen wollte.“ [AG 08 01 02]

Einige wenige Befragte äußerten sich hingegen **ambivalent** im Hinblick auf die Frage, welche Bedeutung der Hilfebezug in ihrem Leben einnimmt. So wurde auch von diesen Klientinnen und Klienten die positiven Aspekte gewürdigt und hervorgehoben, dass der SGB-II-Leistungsbezug ihnen eine Grundversorgung garantiere, nannten darüber hinaus allerdings auch eine Reihe von negativen Auswirkungen des Leistungsbezugs, die sie teils als massive Beeinträchtigungen der Lebensqualität wahrnehmen.

„Von daher bin ich dankbar, dass man das in Anspruch nehmen kann, aber es hat halt seine Schattenseiten und das sind ganz böse Schattenseiten. (...) Das sind einfach, dass man schikaniert wird. (...) Ja, man muss alles über sich ergehen lassen. Man hat keine Wahl. Entweder man macht oder man wird sanktioniert. Und wenn man sanktioniert wird, dann fliegt man aus der Gesellschaft raus, und dann kommt man alleine auch nicht mehr rein.“ [AG 04 01 06]

„Also ich möchte mich da nicht beschweren. Also, also ein schönes Leben ist es natürlich nicht, aber also man muss nicht verhungern und man hat ein Dach über dem Kopf und da bin ich schon froh drüber auch.“ [AG 05 01 03]

Die Mehrheit der Befragten hingegen äußerte sich **ausschließlich negativ** über den SGB-II-Leistungsbezug. Dabei konnten die meisten Aussagen vier großen Themenbereichen zugeordnet werden, die teilweise Überschneidungen zeigten oder auch von den Betroffenen selbst als zusammenhängend geschildert wurden. Bei den vier identifizierten Bereichen handelte es sich um (1) die finanzielle Einschränkung bzw. Armut und dem sich hieraus ergebenden, notwendigen Verzicht, (2) die wahrgenommene Fremdbestimmung durch das Jobcenter, (3) die negative Selbstbewertung und (4) die gesellschaftliche Stigmatisierung. Diese werden im Folgenden genauer dargestellt:

(1) Die *finanzielle Einschränkung* wurde von etwa einem Viertel der Betroffenen als wesentliche Bedeutungskomponente des SGB-II-Leistungsbezugs genannt. Einige verwiesen hierbei eher wertungsfrei auf die Notwendigkeit, sparen zu müssen, oder auf die verhältnismäßige Schlechterstellung im Vergleich zur vorherigen Erwerbstätigkeit. Mehrere Betroffene schilderten aber auch explizit die negativen Auswirkungen der geringen finanziellen Mittel auf die Lebensgestaltung. Sie berichteten davon, ihren Hobbys nicht mehr nachgehen zu können und von sozialen Aktivitäten ausgeschlossen zu sein. In diesem Zusammenhang wurde von einigen Betroffenen kritisch thematisiert, dass durch die materielle Deprivation und die damit einhergehenden geringen sozialen Teilhabemöglichkeiten ihre gesundheitliche Genesung negativ beeinflusst werde. Verschärft werde der Faktor der finanziellen Einschränkung einerseits durch zusätzliche bürokratische Vorgaben (wie jene zum gestatteten Wohnraum), durch persönliche Lebensumstände (bspw. ein mangelndes soziales Netzwerk), sowie durch langwierige oder fehlerhafte Bearbeitung von (Zusatz-)Anträgen durch die zuständigen Sachbearbeiterinnen oder Sachbearbeiter der Jobcenter.

„Ja, was bedeutet das für mich. Ich lebe am Existenzminimum, ich kann die meisten Sachen, die mir eigentlich aus der Depression auch hätten raushelfen können, nicht machen, wie zum Beispiel auch mal irgendwie ein Fitnessstudio oder sowas, kann man sich nicht leisten. Ich kann nicht weggehen, ich kann nicht ausgehen, also ich habe halt gerade genug Geld zum Überleben, und wenn ich mir was gönne, dann kann ich da ganz dankbar bei meiner Mutter sein, die halt immer mal wieder ein bisschen Geld zusteckt. Ansonsten würde ich halt mit dem Geld, was ich habe, meine Miete zahlen können und Essen. Das war es.“ [AG 06 01 03]

(2) Etwa ein Fünftel der Betroffenen verbindet mit dem SGB-II-Leistungsbezug eine *Fremdbestimmung* durch das Jobcenter. Sie berichteten davon, sich von den Bestimmungen des SGB II oder von den Fachkräften der Jobcenter bevormundet, schikaniert oder unter Druck gesetzt zu fühlen, beziehungsweise sich fortwährend vor Sanktionen zu fürchten. Den Äußerungen ließ sich dabei ein Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins entnehmen. Mehrfach wurden auch Empfindungen wie Frustration und Resignation geteilt.

„Also ich hatte, sagen wir mal für meinen Intellekt her, habe ich gedacht, das ist in Ordnung, dass man das bekommt, und ich habe auch ein Recht darauf, dass ich das bekomme, weil ich genug Steuern bezahlt habe in meinem Leben. Aber rein, rein emotional hat es mit mir, hat mich das so in die Resignation getrieben. Also diese, diese, diese, wie soll ich das sagen, man ist ja so ausgeliefert. Man ist ja komplett ausge-. Man ist sein ganzes Leben lang selbstbestimmt, ja, denkt man, und auf einen Schlag schreiben einem irgendwelche Leute irgendwas vor. Was man zu tun und zu lassen hat.“ [AG 05 01 05]

(3) Ebenfalls etwa ein Fünftel der Betroffenen berichtete davon, den SGB-II-Leistungsbezug als *beschämend* zu empfinden. Den Betroffenen fiel es schwer, den Erhalt finanzieller Hilfen als legitim zu erachten, da dies im Widerspruch zu ihren eigenen Werten von Selbstständigkeit, Unabhängigkeit und Leistung stehe. Als besonders unangenehm wurde dabei von Seiten der Betroffenen empfunden, dass sie ihrer Ansicht nach auf Kosten der Gemeinschaft leben müssten, ohne selbst aktiv etwas beitragen zu können.

„Ich musste mir wirklich lange Zeit jetzt sagen, okay, ich habe 25, fast 30 Jahre gearbeitet, von daher darf ich jetzt auch anderes Geld annehmen. Aber es ist ein blödes Gefühl irgendwie, dass man nichts dafür tut. Also man hat das Gefühl, man tut dafür nichts. Ja?“ [AG 05 01 05]

„[...] dann hat man halt so Gefühle wie irgendwie so, ja für mehr reicht es nicht und ist schon schade, dass du halt Arbeitslosengeld II beziehen musst und so vom Staat lebst und selber nix hinkriegst und so, man macht sich dann Vorwürfe so ein bisschen.“ [AG 07 01 01]

(4) Die gesellschaftliche Stigmatisierung wurde im Zusammenhang mit dem SGB-II-Leistungsbezug am häufigsten genannt: Mehr als ein Viertel der Betroffenen schilderte dementsprechende Eindrücke oder Erlebnisse. Diese reichen von expliziten Vorwürfen und Beleidigungen aus dem sozialen Umfeld über die Wahrnehmung einer ablehnenden Grundhaltung gegenüber Personen, die auf Grundsicherung angewiesen sind, bis hin zu konkreter Diskriminierung. Als häufigstes Vorurteil wurde dabei genannt, dass Leistungsempfänger nicht arbeiten wollten und keine Anstrengungen unternähmen, selbst für ihren Lebensunterhalt zu sorgen.

„Pff, das ist, das ist das Allerletzte, ja, das ist am untersten Rand der Gesellschaft, tiefer sinken kann man eigentlich nicht, na. (...) Finanziell, im Ansehen der Leute, ja. Ich, ich weiß nicht, wie oft ich in den vielen Jahren schon gehört habe, ich wäre asozial, ich solle mal arbeiten gehen und, ja, ich lebe ja nur auf Staatskosten und pff, ja. Und es, es isoliert einen, ich sage immer, Hartz IV macht arm und einsam.“ [AG 04 01 08]

„[...] aber ich bin auch, als ich mich dann wieder ein bisschen erholt hatte, ich bin auch aggressiv geworden über diese Ignoranz der Leute. Also auch so zu tun wie, wer Arbeit will, kriegt Arbeit. Oder das sind alles Sozialschmarotzer. Das stimmt nicht! [...] Und man zieht sich immer mehr zurück und man traut sich nicht mehr und man fühlt sich vor allem selbst auch noch schuldig. Und das finde ich ganz furchtbar.“ [AG 05 01 02]

Aus den wahrgenommenen negativen Konsequenzen des SGB-II-Leistungsbezugs leitete ein Großteil der Betroffenen explizit oder implizit einen Verlust der Lebenszufriedenheit und einen sozialen Ausschluss aus der Gesellschaft ab. Manche äußerten, dass ihnen kaum Hoffnung bliebe, aus eigener Kraft ihre Lage verbessern zu können. Andere schilderten, dass vor allem ihr Selbstwert darunter leide, ihren eigenen Werten nicht entsprechen zu können.

„Also zum Leben ist das zu wenig irgendwie. Irgendwie hängt man doch in der Luft dann, also ja, ich habe da einmal einen schönen Vergleich hier unten gehört. Das ist praktisch wie so ein Elefant, der an seiner Kette reißt und will los. Aber irgendwie klappt das nicht. Also egal, was man irgendwie tut, irgendwie landet man trotzdem wieder da.“ [AG 03 01 03]

„[Es ist] eine große Schande, weil ich sonst ein sehr aktiver Mensch war, und als Teildienstleiter hatte ich auch Lehrlinge und sowas, es ist eine Art Abgeschiedens-ein, weil man nicht mehr funktioniert.“ [AG 02 01 02]

„Was macht das mit einem? Hartz IV ist wie ein Damoklesschwert.“ [AG 05 01 02]

Die dargelegten Befunde zeigen deutlich auf, dass die befragten psychisch kranken SGB-II-Leistungsberechtigten teils größere Einschränkungen im Lebensstandard in Kauf nehmen müssen. Damit verbunden sind häufig geringe soziale und kulturelle Teilhabechancen sowie eine damit verbundene geringere Lebenszufriedenheit. Auf

diesen Zusammenhang haben bereits andere Studien aufmerksam gemacht, die sich mit der Lebenssituation von SGB-II-Leistungsberechtigten auseinandergesetzt haben (vgl. u.a. Beste u.a. 2014; Sthamer u.a. 2013).

5.7.2 Rolle der Erkrankung im Beratungs- und Vermittlungsprozess

Wie bereits in Kapitel 5.4 dargelegt, hängt der weitere Beratungs- und Betreuungsprozess von psychisch kranken Leistungsberechtigten u.a. davon ab, ob den Fachkräften die Erkrankung bekannt ist. Es wurde in den Interviews mit den Betroffenen deshalb auch der Frage nachgegangen, inwiefern die eigene Erkrankung und damit einhergehende Einschränkungen im Rahmen von Beratungsgesprächen thematisiert wurden und welche Rolle dies für den weiteren Prozess spielte.

Nach Auskunft der Mehrheit der befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten wurde ihre psychische Erkrankung und gesundheitliche Situation von ihnen selbst initial angesprochen. *„Also es ist wirklich so, dass ich beim ersten Termin klipp und klar gesagt habe, so und so sieht das aus, ich bin krank, ich habe Depressionen.“* [AG 03 01 02] Teilweise wurde die Erkrankung aber auch durch Dritte, wie Betreuer und Sozialarbeiter bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jobcenter thematisiert, wenn die Betroffenen sich hiermit überfordert fühlten. Einige Betroffene berichteten wiederum davon, dass ihre psychische Erkrankung erstmalig aufgrund der Einreichung einer Krankschreibung bekannt geworden wäre und sie daraufhin von Seiten ihrer Fachkraft auf die Erkrankung angesprochen worden wären. Andere wiesen auf Begutachtungen des Ärztlichen Dienstes, des Gesundheitsamtes oder des Berufspsychologischen Service hin.

„Also ich meine, die Dame wäre gar nicht drauf gekommen wahrscheinlich, warum auch? Ich meine, man fragt ja keinen, haben Sie Depressionen oder geht es Ihnen nicht gut oder so. Und wie gesagt und ich habe wirklich tunlichst vermieden, dass das überhaupt jemand irgendwie merkt.“ [AG 02 01 03]

Dieses Zitat macht bereits deutlich, dass einzelne Befragte auch angaben, dass dem Jobcenter nicht bekannt sei, dass sie psychisch krank sind. Als Gründe für eine Nichtbenennung der psychischen Erkrankung wurde von Seiten der Betroffenen vereinzelt auf die Angst vor einer Stigmatisierung und damit verbundene Nachteile hinsichtlich der Förderung durch die Fachkräfte im Jobcenter verwiesen. Andere erklärten, dass es ihnen schwerfalle, über ihre psychische Erkrankung offen zu sprechen bzw. bereits im therapeutischen Kontext immer wieder eine Auseinandersetzung damit stattfinden müsse und deshalb die Motivation fehle, dies mit einem weiteren Personenkreis thematisieren zu müssen.

„Ja, weil das so ein bisschen auch ein schwieriges Thema für mich ist. So...Zum einen bringt es mir ja auch ein bisschen aus der jetzigen, ja aus der jetzigen Komfortzone so ein bisschen raus. Ja zum anderen ist es halt so man ist halt ja weil es mir halt Probleme bereitet. Wo man eigentlich Dinge, die einem Probleme bereiten, ja doch

eher so ansprechen sollte.“ [AG 07 01 02]

Anhand der Beschreibungen der befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten lässt sich ableiten, dass der Umgang der Fachkräfte mit dem Bekanntwerden einer psychischen Erkrankung sehr differiert. In einigen Fällen folgte daraufhin eine vertiefte Thematisierung und Auseinandersetzung mit der Erkrankung und sich daraus ergebenden Konsequenzen für den weiteren Beratungs- und Betreuungsprozess zwischen Betroffenen und Fachkraft. Oftmals war damit die Einschätzung der Betroffenen verbunden, dass sie offen mit ihrer Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner über die Erkrankung sprechen könnten und sich diese auch regelmäßig nach ihrem gesundheitlichen Wohlbefinden erkundigen würden. Dies führte in den meisten Fällen dazu, dass sich die Betroffenen von Seiten der Fachkraft verstanden fühlten.

Andere Betroffene berichteten wiederum davon, dass die Erkrankung nur in Zusammenhang mit Formalien bzw. jobrelevanten Aspekten thematisiert wurde, aber nicht spezifisch auf das momentane gesundheitliche Wohlbefinden eingegangen wurde.

„Nur formal und was wichtig war halt für sie, ob ich, zum Beispiel der Grad meiner Behinderung, wann das festgestellt wurde, der Gleichstellungsantrag beim Arbeitsamt, diese Dinge, diese formalen Dinge, das ja. Aber jetzt für den, für den, dass das so Thematik in unseren Gesprächen war, nee [...]“ [AG 07 01 03]

Teilweise wurden die Befragten nach Bekanntwerden der Erkrankung an andere Stellen innerhalb des Jobcenters übermittelt wie z.B. das Fallmanagement oder einen Reha-Berater. Diese spezifischere Betreuung wurde von den betroffenen Klientinnen und Klienten oft besser bewertet, als wenn die Zuständigkeit bei der Arbeitsvermittlung oder der persönlichen Ansprechpartnerin bzw. dem persönlichen Ansprechpartner lag. Nach Auskunft der Befragten erfolgten sowohl im Fallmanagement als auch im Reha-Bereich tiefergehende und offenere Besprechungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit und der Vermittlung passender Stellen.

In anderen Fällen berichten die Befragten davon, dass die Erkrankung auch nach Bekanntgabe nicht weiter thematisiert und kein Interesse der Jobcentermitarbeiterinnen und -mitarbeiter diesbezüglich erkennbar wurde. Die Betroffenen fühlten sich in Folge oftmals nicht verstanden und hatten die Einschätzung, dass der Umgang mit psychischen Erkrankungen ein Problem im Jobcenter darstelle, was wiederum negative Konsequenzen für die weitere Betreuung und Vermittlung nach sich ziehen würde.

„Ja, das gehört nicht dahin, also die sagt nur halt eben, wenn eine Krankmeldung da ist, dann ist das auch gut so. Habe ich gesagt, prima. Also die pocht nur da drauf, dass sie mich irgendwo hinschicken kann, ne?“ [AG 04 01 01]

I: „Reden Sie darüber?“ B: „Ja, die macht sich mehr lustig darüber als ja, die versteht das nicht. Und Tschüss.“ [AG 08 01 01]

Aus den Aussagen der Betroffenen lässt sich spiegelbildlich zu den Angaben der befragten Fachkräfte ableiten, dass der Arbeitsfähigkeitsstatus der Klientinnen und Klienten einen Einfluss auf die Terminfrequenz im Jobcenter hatte. Klientinnen und Klienten, die krankgeschrieben waren, bekamen relativ selten einen Termin im Jobcenter und mussten häufig nur halbjährlich zur Antragsverlängerung persönlich erscheinen. Ein Teil der Befragten nahm diese reduzierte Einbindung durch das Jobcenter positiv wahr, da sie hiermit weniger Druck verbanden.

"Ich glaube, ich war einfach froh, dass ich in Ruhe gelassen wurde, zu der Zeit und nicht noch die ganze Zeit gestresst wurde, okay, du musst jetzt hier deinen Job machen, sonst kriegst du das Geld nicht mehr." [AG 01 01 01]

Demgegenüber stehen befragte psychisch kranke Leistungsberechtigte, die sich durch diese Praxis unterfordert fühlten und eine enge Anbindung und Förderung durch die Jobcenter favorisieren würden, um rascher eine Ausbildung oder eine Arbeit aufnehmen zu können.

„Man will auch nicht ewig von Hartz IV leben, sag ich mal so. Ich zumindest nicht. Und von daher war es schon ein bisschen blöd, dass, weil ich habe das nicht verstanden, ich war in Behandlung und so, und habe mich gut gefühlt, und eigentlich hätte ich auch arbeiten können oder eine Ausbildung machen können.“ [AG 01 01 06]

Für einige Befragte stand nach Bekanntwerden ihrer Erkrankung auch die Prüfung der Erwerbsfähigkeit im Raum (vgl. hierzu auch ausführlicher Kapitel 5.4.2). Bei einigen Betroffenen herrschte Unklarheit darüber, zu welchem Zweck etwaige Gutachten erstellt werden und von welcher Institution die Begutachtung in Auftrag gegeben wurde bzw. realisiert werden würde. Kritisch wurde angemerkt, dass die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Jobcenter, Arbeitsagentur und Rentenversicherung nur schwer zu durchschauen seien. Zudem wurde von vielen der Betroffenen beklagt, dass sie hinsichtlich der Beantragung einer Erwerbsminderungsrente keine transparente Beratung erfahren würden. Mit Blick auf die Klientinnen und Klienten, die konkrete Aussagen darüber treffen konnten, deutet sich jedoch an, dass ein Antrag auf Erwerbsminderungsrente vor allem für die älteren Befragten in Frage kam. Demnach waren alle fünf Befragten, die angaben, eine Erwerbsminderungsrente beantragt zu haben, mindestens 47 Jahre alt und mindestens drei Jahre arbeitsuchend. Auch jene vier Klientinnen und Klienten, an die der Vorschlag seitens des Jobcenters zur Beantragung der Erwerbsminderungsrente herangetragen wurde, waren mindestens 39 Jahre alt und mindestens zwei Jahre arbeitsuchend. Für die jüngeren Befragten stellte eine Erwerbsminderungsrente hingegen keine Option dar, da sie sich trotz ihrer Erkrankung prinzipiell arbeitsfähig fühlten und in sich den Willen spürten, arbeiten gehen zu wollen.

„[...] weil ich fühle mich fit genug, dass ich Leistung bringen kann, und Rente - später.“ [AG 01 01 06]

„Ich möchte auch arbeiten. Früher hatte ich auch mal sehr starke Depressionen, da kamen die [Anm.: die Mitarbeiter des Jobcenters] schon mit dem Rentenantrag. (...) Und da habe ich gesagt, wie, was, Rente mit unter Dreißig? Nee, das geht ja gar nicht.“ [AG 04 01 07]

5.7.3 Rolle der persönlichen Ansprechpartnerin bzw. des persönlichen Ansprechpartners

Bereits in der Studie von Schubert u.a. (2013) wurde herausgearbeitet, dass der inhaltlichen Gestaltung der Arbeitsbeziehung zwischen Vermittlungsfachkräften und psychisch kranken Leistungsberechtigten eine hohe Bedeutung zukommt. So sei eine vertrauensvolle und offene Kommunikation die Basis für das Erkennen eines spezifischen Unterstützungsbedarfes und das Festlegen und Erreichen gemeinsamer Ziele. Es wurde deshalb im Rahmen der Interviews mit den Betroffenen insbesondere auch der Frage nachgegangen, welche Rolle die persönliche Ansprechpartnerin bzw. der persönliche Ansprechpartner für die wahrgenommene Unterstützung spielt und wie die Arbeitsbeziehungen ausgestaltet werden.

Zunächst wurde ersichtlich, dass nur die Hälfte der Befragten davon berichtete, eine feste und kontinuierliche Ansprechpartnerin bzw. festen Ansprechpartner im Jobcenter zu haben, während die andere Hälfte von einer hohen Fluktuation der für sie zuständigen Fachkräfte berichtete. Die häufigen Wechsel wurden von der Mehrheit der betroffenen Klientinnen und Klienten als sehr belastend wahrgenommen, da ihres Erachtens keine persönliche Beziehung aufgebaut werden könne und kein Vertrauensverhältnis entstehe. Des Weiteren kritisierten sie, dass sie aufgrund der häufigen Wechsel ihre Krankengeschichte sowie ihre persönliche Situation stets aufs Neue wiederholen und erklären müssten.

„Nein, eigentlich wäre es mir lieber, wenn es ständig derselbe wäre. Weil man fängt ja im Prinzip dann, wenn der neue kommt, wieder alles von vorne aufzurollen an.“ [AG 02 01 04]

„Aber es wechselt auch sehr häufig, und das finde ich das Schlimme. Man hat permanent neue Ansprechpartner. Man kann sich nie richtig drauf einlassen auf eine Person.“ [AG 06 01 06]

Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie die Beziehung zwischen den persönlich zuständigen Fachkräften und den Leistungsberechtigten aus Sicht der Betroffenen wahrgenommen wird und der Versuch einer Typisierung unternommen. Um einen möglichst großen Erkenntnisgewinn zu generieren, wurden deshalb zusätzlich zur inhaltsanalytischen Queranalyse aller Interviews einzelne Betroffeneninterviews zu dieser Fragestellung in Anlehnung an die Dokumentarische Methode ausgewertet. Hierfür wurden 13 Interviews ausgewählt, die besonders aussagekräftige und beschreibende Passagen zu diesem Themenkomplex beinhalteten und vertieft analysiert.

Die Beziehung zur persönlichen Ansprechpartnerin bzw. zum persönlichen Ansprechpartner – der Versuch einer Typisierung

Aus den Interviewpassagen lassen sich verschiedene Dimensionen bzw. Themenfelder herausarbeiten, die von Seiten der Betroffenen im Kontext der Beziehung zu ihrer persönlichen Ansprechpartnerin bzw. ihrem persönlichen Ansprechpartner verhandelt wurden. Neben der Beschreibung der wahrgenommenen Arbeitsbeziehung und des persönlichen Verhältnisses zur jeweiligen Fachkraft, wurde von Seiten der Betroffenen auch häufig auf die Strategie des eigenen Handelns und den Auswirkungen auf die persönliche Gesundheit eingegangen. Im Folgenden sollen die Ergebnisse hierzu detailliert vorgestellt werden.

Beschreibung und Bewertung der Arbeitsbeziehung

Aus den Interviewpassagen lassen sich zunächst Beschreibungen zu der wahrgenommenen *Arbeitsbeziehung* aus Sicht der Klientinnen und Klienten herausarbeiten, die sich in der komparativen Analyse drei Typen zuordnen ließen. Eine Gruppe von Klientinnen und Klienten beschrieb ihre Arbeitsbeziehung zwischen sich und ihrem persönlichen Ansprechpartner als *konstruktiv*. Nach Auskunft der Betroffenen sei ihre persönliche Ansprechpartnerin bzw. der persönliche Ansprechpartner sehr engagiert, berücksichtige individuelle Wünsche und Bedürfnisse, leiste konstruktive Unterstützung und schaffe eine konzentrierte und zugleich zwanglose Arbeitsatmosphäre. Die Betroffenen selbst versuchten wiederum, den größtmöglichen Nutzen aus den dargebotenen Angeboten zu ziehen, um die Arbeitslosigkeit schnellstmöglich zu beenden.

Die zweite Gruppe von Befragten beschreibt die Arbeitsbeziehung eher *ambivalent*. Zwar wird an den Beschreibungen ersichtlich, dass sich die entsprechenden Klientinnen und Klienten grundsätzlich gut durch ihre Ansprechpartnerin bzw. ihren Ansprechpartner betreut fühlen und Hilfsangebote erhalten, im Vordergrund der Erzählung steht jedoch häufig eine gewisse Unzufriedenheit mit der Arbeitsbeziehung. Die Unzufriedenheit kann verschiedene Ursachen haben: Einige Betroffene haben den Eindruck, dass die Jobcenterfachkräfte trotz der offenkundigen psychischen Einschränkungen vor allem auf die Einhaltung von Vorgaben und Regularien drängen und auf individuelle Bedürfnisse zu wenig eingehen würden. Dies wird von Seiten der Betroffenen nicht selten als „Gängelei“ interpretiert. Darüber hinaus wurden der fehlende Informationsfluss bzw. die Undurchsichtigkeit von Informationen sowie mangelnde Transparenz beklagt. Anhand der Beschreibungen wird ersichtlich, dass die Betroffenen die an sie gestellten Anforderungen gern erfüllen würden, aber aufgrund eines mangelnden Verständnisses und persönlicher Einschränkungen hierzu oftmals nicht in der Lage sind.

Die dritte Gruppe von Befragten stellte heraus, dass sie die Arbeitsbeziehung mit ihrem Ansprechpartner als *unkonstruktiv* erleben würde. Besonders häufig wurde problematisiert, dass sie kaum Hilfe und Unterstützung bei der Berufsintegration erhalten würden. Nach Einschätzung der Betroffenen würden häufig unpassende Vermittlungsvorschläge unterbreitet oder ihnen Fördermaßnahmen verweigert (vgl. ausführlich dazu auch die Kapitel 5.5 und 7). Zudem äußerten viele der Befragten, dass aus

ihrer Sicht mündliche Absprachen nicht eingehalten würden, Auskünfte nicht verlässlich seien und Informationen vorenthalten würden. Oftmals können die Befragten die Entscheidungen ihrer Ansprechpartnerin bzw. ihres Ansprechpartners nicht nachvollziehen und beklagten die intransparenten Strukturen des Jobcenters. Kritisch thematisiert wurde in diesen Fällen auch häufig ein fehlender respektvoller und höflicher Umgangston der Fachkräfte. Nach Ansicht der Betroffenen würden Entscheidungen häufig von oben herab ohne ihren Einbezug getroffen. Für die drei herausgearbeiteten Typen von Arbeitsbeziehungen sollen in der folgenden Tabelle beispielhaft Textpassagen aufgeführt werden.

Tabelle 11
Textbeispiele für Typik „Arbeitsbeziehung“

Typus „Konstruktive Arbeitsbeziehung“	Typus „Ambivalente Arbeitsbeziehung“	Typus „Unkonstruktive Arbeitsbeziehung“
<p>B: [...] ich bin jetzt gerade auch im Fallmanagement drin, da ist jetzt zum Beispiel eine sehr positive Erfahrung, die ich da gemacht habe. Also mit der komme ich super aus, die ist sehr hilfsbereit. Ja, da wird man als Mensch behandelt. Also da ist jetzt jemand, der erkennt mich im Gesamtpaku.a.s Menschen, der weiß um meine Probleme, der weiß um meinen Bedarf, die weiß halt auch, wie sie mit mir sprechen muss und wie sie mir helfen kann. Und da ist halt nicht mehr einfach nur ein Blatt Papier mit ein paar Zahlen drauf. (...) Ja, habe ich eigentlich ein sehr gutes Verhältnis. Also die setzt sich tatsächlich, als ich mich da beworben habe, hat die sich sogar noch ein bisschen privat eingesetzt, also hat halt selbst privat Kontakte mal angesprochen, ob die eine Stelle frei haben und mir was rausgesucht, das fand ich sehr gut. Also die ruft dann auch zwischendrin immer mal wieder an und fragt einfach nur mal so, Fünf-Minuten-Gespräch, wie sieht es denn aus, wie geht es Ihnen?</p> <p>I: Wie unterstützt Sie sie konkret?</p>	<p>I: Welche Bedeutung hat der [Anm.: Ansprechpartner] für Sie?</p> <p>B: Naja, einen ziemlichen hohen, weil das ja auch irgendwie so ein Vertrauensding ist. Und das ist halt aber auch schwierig, (.) wenn dann halt ständig Umstrukturierungen sind und wird dann halt dreimal der Ansprechpartner gewechselt oder so. [...] Eine Zeitlang war das so, dass ich ein paar Mal einen neuen gekriegt hab. Und dann immer wieder jemand anderes zuständig war. Und dann musste ich mich halt wieder jedes Mal wieder auf jemand anderes einstellen. Und das war halt auch anstrengend, weil man ja auch dann irgendwie dann jedes wieder von vorne erzählen muss und das ist meine Geschichte und das hab ich gemacht und das hab ich schon alles erledigt. [...]</p> <p>I: Erleben Sie den als unterstützend, den Mitarbeiter aus dem Jobcenter?</p> <p>B: Schon. Es ist nur, wie gesagt, wie ich vorhin schon sagte, manchmal schwer da durchzu-</p>	<p>B: Also, wie ich das halt grad schon, ich hab so das Gefühl, dass man halt wie gesagt, so direkt in eine Schublade gesteckt wird, ne? Und (...) von Bemühungen oder so, da nicht wirklich viel spüre leider, ne? Und wenn da eine junge Frau vor einem sitzt, die wirklich auch was machen möchte und man merkt aber, da kommt nicht wirklich viel Hilfe, weil, ich sage mal, andere in meinem Fall, die hätten wirklich schon spätestens jetzt einen Anwalt eingeschaltet, weil ich meine, ich hatte das wirklich schriftlich, dass ich diesen Bildungsgutschein bekomme und dann wurde er mir auf einmal verwehrt, sag ich mal. (...) Und dann ist es natürlich auch, dass man schon mit Ängsten dahin geht, weil man schon wieder denkt, man wird sowieso wieder, es wird einem sowieso wieder nicht geholfen und meine nächste Angst ist natürlich jetzt auch wieder, was ist jetzt? Weil der Dezember und der Januar praktisch, bis die Schule losgeht, würde ich zu Hause sitzen. Was ist dann? Kriege ich dann wieder Stellen zugeschickt? Weil genau das ist es, was ich momentan ja noch nicht möchte. Deswegen möchte ich</p>

Typus „Konstruktive Arbeitsbeziehung“	Typus „Ambivalente Arbeitsbeziehung“	Typus „Unkonstruktive Arbeitsbeziehung“
<p>B: Na ja, indem sie jetzt zum Beispiel den Reha-Antrag stellt. Also wir haben es hier ausgearbeitet, jetzt habe ich heute dort noch Einverständniserklärung und Entbindung der Schweigepflicht und sowas unterschrieben und meine Fallmanagerin reicht den jetzt heute auch ein und spricht dann auch mit den Leuten, damit da jetzt nicht nochmal ein extra ein ärztliches Gutachten kommen muss, weil ich halt schon genug habe eigentlich und die kümmert sich dann darum. [AG 06 01 03]</p>	<p>blicken. Also manchmal fehlt einem so ein bisschen so dieses, ja, warum ist denn das der beste Weg für mich. Also man versteht zwar, okay, wenn der sagt, dass das besser ist als das. Aber manchmal fehlt einem so ein bisschen so dieses, ja, aus dem und dem Grund oder wegen diesem, diesem Punkt in Ihrem Lebenslauf finde ich, dass das Ihr Weg ist. [AG 01 01 04]</p>	<p>ja die Schule machen, um mich wieder sicherer zu fühlen. [AG 06 01 02]</p>

Quelle: Interviews mit Klientinnen und Klienten

Grundsätzlich lässt sich erkennen, dass die Bewertung der Qualität der Arbeitsbeziehung maßgeblich dadurch bestimmt wird, wie der zwischenmenschliche Umgang sowie die Sachkompetenz der Fachkräfte durch die Leistungsberechtigten wahrgenommen wird. Hinsichtlich des *zwischenmenschlichen Umgangs* wurden von Seiten der Betroffenen insbesondere folgende Aspekte thematisiert:

- a) das persönliche Vertrauensverhältnis zur Ansprechpartnerin bzw. dem Ansprechpartner
- b) das Verständnis der Fachkraft der psychischen Erkrankung gegenüber sowie
- c) der entgegengebrachte Respekt und Höflichkeit in der Kommunikation.

a) Das persönliche Vertrauensverhältnis wurde insgesamt positiver bewertet, wenn die Betroffenen von einer Fallmanagerin bzw. einem Fallmanager anstatt in der Arbeitsvermittlung betreut wurden. Nach Auskunft der befragten Leistungsberechtigten seien diese meist verständnisvoller, die persönliche Lebenssituation fände mehr Beachtung und sie würden mehr Interesse an der gesundheitlichen Situation der Betroffenen zeigen.

Diejenigen Befragten, die sich nicht im Fallmanagement befanden, äußerten sich weitaus kritischer über das persönliche Vertrauensverhältnis. Mehr als die Hälfte beklagte ein distanziertes oder auch kompliziertes Verhältnis, dem jegliche Vertrauensbasis fehle. Häufig wurde darauf hingewiesen, dass die Fachkraft als abwertend, kontrollierend und bestrafend erlebt werde. Die persönliche Situation und Bedürfnisse würden zu wenig berücksichtigt und das Verhältnis wäre von gegenseitigem Unverständnis geprägt. Sanktionierungen würden nach Auskunft der betroffenen Leistungs-

berechtigten ohne Berücksichtigung der persönlichen Lebensumstände ausgesprochen. Negativ auf das persönliche Vertrauensverhältnis wirkte sich des Weiteren eine hohe Fluktuation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter, eine geringe Terminfrequenz sowie eine schlechte Erreichbarkeit der Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner aus.

b) Ein weiterer wichtiger Aspekt für die befragten Klientinnen und Klienten stellte das Verständnis gegenüber ihrer psychischen Erkrankung dar. Während einige der Befragten verdeutlichten, dass sie ihre Erkrankung offen thematisieren könnten und sich bei ihrer zuständigen Fachkraft verstanden und unterstützt fühlten, konstatierte etwa ein Viertel der Befragten, dass sie bei ihrer Fachkraft Desinteresse und Unverständnis gegenüber ihrer psychischen Erkrankung erkennen würden. Darüber hinaus wurde das mangelnde Wissen der Fachkräfte über psychische Erkrankungen und die fehlende Kompetenz im Umgang damit beklagt. Dies hätte mitunter zur Folge, dass nicht auf die individuellen Bedürfnisse eingegangen werde und keine bedarfsgerechte Unterstützung stattfinde.

„Und er sagte auch damals, wo er mich bekommen hatte, er sagte, er weiß auch nicht direkt, wie er mit einem umgehen soll, ob er mich jetzt ganz wie die normalen Arbeitssuchenden behandeln soll oder sonst. Ich sagte, ich bin auf dem Weg, ich möchte auch ganz normal behandelt werden. Und ich meine, er hat das ja nicht umsonst vorgeschlagen. Er sagte, Sie brauchen sich keine Sorgen zu machen, wir bleiben so lange als Leistungsträger auch da, wenn Sie auch über die Klinik, da (...) zeigte er schon Verständnis.“ [AG 07 01 05]

„I: Wie erleben Sie denn die Gespräche mit dem Jobcentermitarbeiter, wenn Sie jetzt mit dem reden über Ihre Erkrankung? B: Ja, auf jeden Fall so, dass die das nicht nachvollziehen können so wirklich. Die sagen dann zwar, okay, da nehmen wir Rücksicht drauf, das tut mir leid und wir können da jetzt kleine Schritte machen und so. Die behandeln dann einen so als wäre man irgendwie, ja, behindert so, na, also die sehen dann halt nicht die volle Funktionsfähigkeit. Die sagen dann auch (...) halt so, merkt man dann an ihrem Umgangston, die sind dann auf einmal verändert so, die sind dann wie so, so als wäre ein Kind vor denen oder so, erklären alles so sehr ausgiebig und mit einfachen Worten und so, na, ja.“ [AG 07 01 01]

(c) Viele der befragten Leistungsberechtigten thematisierten zudem, dass für eine gute Arbeitsbeziehung ein respektvoller Umgang und ein höflicher Kommunikationsstil Voraussetzung sei. Auch hinsichtlich dieses Aspektes zeigten sich diejenigen Leistungsberechtigten zufriedener, die im Fallmanagement betreut wurden. Die Mehrheit der Befragten äußerte hingegen Kritik gegenüber Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Arbeitsvermittlung sowie der Leistungsabteilung. So wurde davon berichtet, dass Entscheidungen häufig von oben herab ohne Berücksichtigung ihrer Interessen getroffen würden.

„Weil, weil sie gemeint hat, wir gehen auf, sie hat immer gesagt wir. Aber es stimmt

ja gar nicht, weil es immer nur das war, was sie gesagt hat. Und dann hat sie gesagt, ja, wir gehen auf Vollzeit. Und da habe ich gesagt, ja, aber wenn ich doch erstmal irgendwas in Teilzeit mache, vielleicht komme ich dadurch dann rein. (...) Aber sie hat mir das untersagt. Definitiv. Also das ist krass. [AG 050103]

Häufig wurde zudem darauf hingewiesen, dass das Kommunikationsverhalten aufgrund unsensibler, beschuldigender Äußerungen als herabwürdigend und unpassend empfunden werde. In einzelnen Fällen führte der als respektlos und unfreundlich empfundene Umgang zu Gefühlen der Angst.

„Das lag dann wahrscheinlich auch an diesem Menschen, der dort gerade saß, der mich tatsächlich irgendwie ziemlich niedergemacht hat. Jedes Mal, wenn ich dahin kam, da bin ich schon zitternd hingegangen irgendwie.“ [AG 06 01 06]

Neben dem zwischenmenschlichen Umgang nimmt auch die wahrgenommene *Sachkompetenz* der Fachkräfte einen Einfluss auf die Bewertung der Arbeitsbeziehung. Hierbei bezogen sich die Befragten häufig auf die praktische Unterstützung, die sich durch ihre persönliche Ansprechpartnerin bzw. ihrem persönlichen Ansprechpartner erhielten. Erneut wurde ersichtlich, dass Fallmanagerinnen und Fallmanager positiver wahrgenommen werden als Fachkräfte der Arbeitsvermittlung oder der Leistungsabteilung. Nach Ansicht vieler Befragter sei die Hilfe im Fallmanagement konstruktiver und sachkundiger sowie stärker auf die individuelle Situation bezogen. Darüber hinaus würden die Unterstützungsangebote auf die persönlichen Wünsche und Fähigkeiten abgestimmt. Die praktische Unterstützung im Hinblick auf die Beantragung von Maßnahmen und Hilfe bei der Arbeitssuche wird im Fallmanagement überwiegend als angemessen erlebt. Die Betroffenen stellten es als besonders positiv heraus, wenn sie Informationen zu bisher unbekanntem Maßnahmen und Hilfsangeboten erhalten hatten und gemeinsam mit ihren Ansprechpartnern ein geeignetes Vorgehen bei ihrer Berufsintegration ausarbeiten konnten.

Die Mehrheit der befragten Klientinnen und Klienten machte mit der Arbeitsvermittlung und der Leistungsabteilung hingegen weniger gute Erfahrung. Viele Befragte empfanden die Fachkräfte außerhalb des Fallmanagements als wenig kompetent. Ihrer Ansicht nach würde keine oder kaum praktische Unterstützung angeboten, oder es würden unpassende Vermittlungsangebote hinsichtlich Qualifikation und Belastbarkeit gemacht. Einige der Befragten gaben an, dass im Jobcenter allein die Sachbearbeitung ihres Antrages im Vordergrund stünde, darüber hinaus jedoch keine Betreuung, Beratung oder Vermittlung von Maßnahmen oder Jobangeboten erfolgen würde. Um an hilfreichen Maßnahmen teilnehmen zu können bzw. geeignete Jobs zu finden, wäre viel Eigeninitiative erforderlich.

„Also wie soll ich sagen, dass, dass die auch keine Tipps geben oder was man machen kann, wenn man jetzt zum Beispiel große Lücken im Lebenslauf hat. Wie man das kaschiert vielleicht. Oder auch irgendjemanden unterstützt. Also ich zum Beispiel konnte jetzt irgendwie eine Hilfe, nehmen wir es mal an, wenn ich jetzt, wenn meine

Rente ausläuft, also die läuft jetzt im September Zwanzigsiebzehn aus. Aber ich möchte irgendetwas machen. Ich weiß aber nicht, wie ich es machen soll, dass ich irgendwie wieder in irgendwas reinkomme. Und da brauche ich halt Unterstützung. Da brauche ich aber keine, jetzt, sozusagen keinen Druck so, Sie müssen sich bewerben, Sie müssen sich bewerben, Sie müssen sich bewerben. Sondern ich würde gerne wissen, was ich wieder machen könnte. Das ist halt beim Jobcenter meistens nicht gegeben.“ [AG 05 01 04]

Vier Betroffene äußerten die Vermutung, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aufgrund von Sachzwängen wenig handlungsfähig seien. Dies hätte zur Konsequenz, dass sie Klientinnen und Klienten Maßnahmen und Forderungen auferlegen, auch wenn sie wüssten, dass diese „sinnlos“ seien. *„Sie ist (...) in der Zwangslage, dass sie mir dann sozusagen oder überhaupt Dinge auferlegen muss, so und so viele Bewerbungen zu schreiben, obwohl man schon im Vorfeld eigentlich schon oftmals weiß, dass das ein ungeborenes Kind ist.“ [AG 02 01 03]*

Die Weitergabe von Informationen und die Transparenz von Entscheidungen wurden ebenfalls von vielen Befragten stark kritisiert. So würden mündliche Absprachen oftmals nicht eingehalten, Auskünfte würden nicht oder fehlerhaft erteilt, es erfolge weder eine Beratung über bestehende Möglichkeiten der Berufsintegration, noch über bestehende Ansprüche der Klientinnen und Klienten. Die internen Abläufe und Entscheidungen im Jobcenter wurden von vielen Befragten als intransparent und nicht nachvollziehbar bezeichnet, und es wurde in den Beschreibungen der Betroffenen häufig Unwissenheit hinsichtlich der Rolle der Ansprechpartner (Arbeitsvermittler, Fallmanager oder Reha-Berater) ersichtlich.

„Das weiß ich gar nicht genau. Ich denke, so lang ich eigentlich in dem Rehastatus bin, ist er vielleicht zuständig für mich. [...] Aber es ist einfach, man weiß einfach nicht so viel darüber. Find ich. Also es ist einfach vieles nicht so klar, obwohl ich manchmal halt schon dann die Fragen halt stelle. Für was sind Sie jetzt zuständig?“ [AG 01 01 02]

Zu berücksichtigen ist, dass viele Kritikpunkte der befragten Klientinnen und Klienten an der Beratung und Betreuung (z.B. mangelndes Eingehen auf individuelle Wünsche, Defizite in der Beratungskompetenz, mangelnde Transparenz von Entscheidungen) bereits in früheren Studien herausgearbeitet wurden (vgl. u.a. Hielscher/Ochs 2009; Schütz u.a. 2011; Behrend/Ludwig-Mayerhofer 2008) und somit nicht notwendigerweise spezifisch für die Erfahrungen von psychisch kranken Leistungsberechtigten stehen.

Handlungsstrategien der Betroffenen

Es stellt sich anschließend die Frage, welche Handlungsstrategien die Betroffenen im Umgang mit ihrer persönlichen Ansprechpartnerin bzw. ihrem persönlichen Ansprechpartner wählen. Nach der Analyse der relevanten Textpassagen in Anlehnung an die Dokumentarische Methode lassen sich drei unterschiedliche Strategietypen

herausarbeiten. Eine Gruppe von Klientinnen und Klienten zeigt sich *proaktiv und sehr engagiert*. Diese Personen sind sehr bemüht und motiviert, wieder in Arbeit zu kommen. Sie suchen aktiv Kontakt zu ihrer Ansprechpartnerin bzw. ihrem Ansprechpartner und kommunizieren offen über ihre Anliegen. Sie zeigen viel Eigeninitiative und nehmen engagiert an Maßnahmen teil. Anhand der Analyse wird ersichtlich, dass sich insbesondere diejenigen Betroffenen, die die „Arbeitsbeziehung zu ihrem Ansprechpartner im Jobcenter“ als konstruktiv beschreiben und das „zwischenmenschliche Verhältnis“ als angenehm, während des Prozesses der Integration in Arbeit engagierter und motivierter zeigen. Gleichzeitig gibt es allerdings auch einzelne Klientinnen und Klienten, die trotz oder gerade wegen einer unkonstruktiv erlebten Arbeitsbeziehung eine proaktive Strategie wählen (siehe hierzu auch das erste Textbeispiel in Tabelle 8).

Die zweite Gruppe von psychisch kranken Leistungsberechtigten verhält sich hingegen *angepasst* an das System. Diese Klientinnen und Klienten ordnen sich den Vorgaben des Jobcenters unter und akzeptieren diese, auch wenn sie diese nicht nachvollziehen können oder sie für unpassend halten. Sie vermeiden Konflikte mit der persönlichen Ansprechpartnerin bzw. dem Ansprechpartner und stellen ihre persönlichen Interessen und Bedürfnisse zurück.

Die dritte Gruppe wählt wiederum eine reaktive Strategie im Umgang mit ihrer persönlichen Ansprechpartnerin bzw. ihrem persönlichen Ansprechpartner. Häufig hatten die Betroffenen zuvor negative Erfahrungen gemacht und berichteten von unkonstruktiven Arbeitsbeziehungen. Einige der Betroffenen gaben an, dass sie zu Terminen im Jobcenter grundsätzlich eine Begleitung als „*Zeugen*“ mitnehmen würden, um die Fachkräfte unter Druck zu setzen und einen freundlicheren Umgang zu erzwingen. Sie betrachteten die Angestellten im Jobcenter als Gegenspieler, denen gegenüber man keine Schwäche zeigen dürfe und gegen die es sich durchzusetzen gelte. Einige unter ihnen formulierten ihre Anliegen nur noch schriftlich, um die Konfrontation zu vermeiden und um „*etwas in der Hand zu haben*“, wenn Absprachen nicht eingehalten werden. Eine weitere Strategie bestand darin, sich krankschreiben zu lassen, um den Forderungen der Ansprechpartnerin bzw. des Ansprechpartners zu entgehen oder sich bei der Teamleitung über die entsprechende Fachkraft zu beschweren. Beispielhaft für diese drei Strategietypen sollen einige Textpassagen herangezogen werden.

Tabelle 12
Übersicht Typik „Handlungsstrategien“

Typus „Engagement“	Typus „Anpassung“	Typus „Reaktiv“
<p>I: Das haben Sie schon von Ihrem, von diesem Jobcentermitarbeiter bekommen?</p> <p>B: Nein. In dem Sinne nicht. Ich bin dann auch selber hingegangen und habe gesagt, ich will, ich möchte da was mitmachen. (...) Die bringt mir nix. Ich gehe dann immer selber hin, wenn ich was gefunden habe. (...) Ich war, ich hatte ein anderes Projekt, ein Auslandsprojekt mitgemacht. Das hatte ich auch selber in der Zeitung gefunden. (...) Und dieses Projekt ging über 8 Wochen. Und das schloss an ein Projekt in Deutschland an. Und da war ich erst in einer Boutique. Und da war wieder eine Bewerbungstrainerin am Ort, die hatte mir was von diesem Projekt erzählt und da habe ich die Internetseite angeguckt und habe gesagt ja, das will ich mitmachen. Und dann habe ich der Jobmanagerin Bescheid gesagt, ich habe das und das gefunden, das möchte ich gerne machen. Und dann hat sie gesagt, ja. (...) Das kam alles von mir. Ob das ein Englischkurs, ein Computerkurs. Die kommen nicht in Gang, also ich habe festgestellt, ich muss denen was vorzeigen und die sagen dann ja oder nein. [AG 04 01 07]</p>	<p>Weil es geht nur darum, wann können Sie jetzt wieder arbeiten. Wann kann ich dich wieder, weil du musst ja auch automatisch als, als Vollzeitkraft wieder arbeiten. Weil du musst ja die Stunden machen, die, wo du davor in deinem Job auch gemacht hast. (...) Ja, weil das vom Arbeitsamt so ist. Das ist so vorgeschrieben. Du, wenn du, du kannst nicht einfach nein sagen, oder du musst mit Sanktionen rechnen. So, nö ich habe daher Vollzeit, ich will jetzt aber nur Teilzeit. Das ist nicht drin. Du musst dann auch wieder. [AG 05 01 01]</p> <p>Ich weiß gar nicht ehrlich gesagt. Weil ich hatte ganz andere Vorstellungen, weil ich habe jetzt hier bei der Frau ANONYMISIERTER PERSONENNAME, (.) zu der bin ich gekommen im, im Mai und dann war es schon eigentlich mein und unser Ziel Ende des Jahres wenigstens ein Vierhundertfünfzig-Euro-Job zu machen. Also das hat mich alles vollkommen aus der Bahn geworfen. [...] da ganz am Anfang, ich habe mich mal beim ANONYMISIERTER FIRMENNAME beworben auf Vierhundert-Euro-Basis und dachte mir, vielleicht als Einstieg oder so. Und dann hat die mir verboten, dort zu arbeiten. [...]. [AG 05 01 03]</p>	<p>Ja, das ist immer noch meine Ansprechpartnerin. Mit der verkehre ich eigentlich nur noch schriftlich. Ich war dann noch einmal bei ihr, als ich diesen Antrag abgeben musste. Da habe ich mir dann allerdings einen Zeugen mitgenommen, weil ich gesagt habe, ich gehe da nicht mehr alleine hin. Und da war sie wieder so unfreundlich. Und dann habe ich einmal ein Telefonat dann noch geführt mit ihrem Chef, weil ich gesagt habe: ‚Entschuldigung, ich bin eine korrekte Dame, ich bin keine Arbeitsverweigerin. Ich mache ehrlich meine Angaben. Ich betrüge euch nicht, gar nichts, und werde hier behandelt wie der letzte Dreck.‘ Und seitdem versucht sie freundlicher zu sein. Es ist nicht einfach. [AG 05 01 02]</p>

Quelle: Interviews mit Klientinnen und Klienten

Auswirkungen der Arbeitsbeziehungen auf die psychische Gesundheit der Betroffenen

Die Analyse des Textmaterials macht deutlich, dass die Qualität der Arbeitsbeziehungen zwischen Fachkräften und Leistungsberechtigten durchaus auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Betroffenen haben kann. Wird die Arbeitsbezie-

hung als sehr konstruktiv und das zwischenmenschliche Verhältnis als offen, unterstützend und respektvoll wahrgenommen, erleben die entsprechenden Leistungsberechtigten hierdurch oftmals eine Entlastung. Vielen von ihnen wird hierdurch das Gefühl vermittelt, bedarfsgerecht unterstützt und beraten zu werden. Anhand der entsprechenden Interviews wird ersichtlich, dass für manche der befragten Leistungsberechtigten die Fachkraft eine relevante Bezugsperson darstellt, mit der auch über Aspekte der Gesundheit in einer vertrauensvollen und offenen Weise kommuniziert wird. Zwar finden sich keine expliziten Äußerungen über die positiven Auswirkungen einer konstruktiven Arbeitsbeziehung auf die Gesundheitssituation der Betroffenen, es ist aber anzunehmen, dass dies grundsätzlich förderlich für eine Stabilisierung der Lebenssituation ist.

Andere Befragte haben hingegen explizit verdeutlicht, dass die Beziehung zu ihrer Fachkraft bzw. deren Umgang mit ihnen negative Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit gehabt hätte. Die Betroffenen fühlten sich aufgrund der unkonstruktiven Arbeitsbeziehung und dem schlechten zwischenmenschlichen Verhältnis im Kontakt mit der entsprechenden Fachkraft häufig überfordert und unter Druck gesetzt. Verstärkt wurde dies in Fällen von Sanktionierung oder wenn die Betroffenen das Gefühl hatten, keine ausreichenden Informationen zu besitzen. Die negativen Erfahrungen würden sie destabilisieren und „aus der Bahn werfen“. Sie wären dadurch zunehmend frustriert, verspürten große Ängste, wenn Termine anstünden und erlebten die Beziehung zum Ansprechpartner als große Belastung.

„[...] und da bin ich bei einer Dame gelandet, die für die Leistungen zuständig ist. Ich s c h w ö r e es Ihnen, die hat mit einem geredet, wie mit Abfall. Du bekommst keine Auskunft. Sie hat nur mit ihren ja, Schlagwörtern um sich geschmissen, die du als Normalmensch ja nicht kennst und ja, „dann müssen Sie halt alles aufgeben.“ Aber in einem Tonfall von oben herab, dass es, also da hat es mich umgehauen. Also das war dann auch der Auslöser, dass es mir immer schlechter ging. [AG 05 01 02]

5.7.4 Konflikte mit dem Jobcenter

Besondere Belastungen treten auf, wenn es zu offenen Konflikten mit dem Jobcenter kommt. Die Hälfte der befragten Klientinnen und Klienten hatte laut eigener Aussage bereits Konflikte mit dem Jobcenter, die zum größten Teil die finanziellen Leistungsansprüche betrafen. Nach Auskunft der Betroffenen kam es zu Konflikten, da seitens des Jobcenters entweder materielle Leistungen zurückgefordert oder verzögert bzw. gar nicht an die Klientinnen und Klienten ausgezahlt wurden. Die Betroffenen beklagten sich in den Interviews darüber, dass es bei Fehlern des Jobcenters, die die Klientinnen und Klienten aufgrund von anfallenden Überziehungszinsen und Mahngebühren teilweise in finanzielle Nöte stürzten, keine Entschuldigung gegeben hätte.

Des Öfteren komme es auch vor, dass die von Klientinnen und Klienten persönlich eingereichten oder per Post und E-Mail versendeten Unterlagen wie z.B. Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen oder Anträge auf Weitergewährung von den Mitarbeitern im Jobcenter nicht mehr aufzufinden seien. Eine Aufklärung fände allerdings meist

erst dann statt, wenn die betroffenen Klientinnen und Klienten feststellen würden, dass sie keine Leistungen erhalten hätten oder wenn ihnen Sanktionen angedroht würden. Ein großes Ärgernis für die betroffenen Befragten ist folglich, erst nach einer Neueinreichung der Unterlagen die ihnen zustehenden Leistungen zu erhalten und diese Zeit finanziell nur mühsam überbrücken zu können.

"Es sind angeblich schon mal irgendwelche Krankenscheine (...) dann nicht da gewesen sind, obwohl ich sie in den Briefkasten geschmissen habe, angeblich haben mal irgendwelche Papiere gefehlt, wo ich mit hundert Prozent sicher bin, ich hab sie abgeschickt. E-Mails sind nicht angekommen." [AG 06 01 02]

"Ich musste zwar einen Weiterbewilligungsantrag stellen, ist schon immer schwierig, weil mir ist es passiert, dass einmal auch eine Antwort nicht kam, auch kein Geld kam. (...) Und dann bin ich mal hingegangen, und habe mal gefragt, wo mein Antrag denn bleibt. ‚Ja hier fehlt ja noch eine Unterlage.‘ Sage ich: ‚Und woher soll ich das wissen?‘ ‚Na ja, das haben Sie ja jetzt gemerkt.‘ Sage ich: ‚Stimmt, es kam ja kein Geld‘. Also und ich meine, in dem Moment, ich habe nicht so viel auf meinem Konto, dass diese Überziehung locker zu machen ist. Also mir kommt es so vor, wie erzieherische Maßnahmen, von denen." [AG 02 01 01]

Auffällig oft sehen die Befragten in der Kommunikation den Ursprung von Konflikten. Unterschiedliche Auskünfte zu Sachverhalten, Negierungen von mündlichen Absprachen sowie eine fehlende Beratung empfanden viele der betroffenen Klientinnen und Klienten als ein großes Ärgernis. Einige Befragte standen zudem vor der Herausforderung, sich mit ihren Rechten auseinanderzusetzen und fühlten sich hierbei mitunter überfordert.

„Beim Jobcenter habe ich jetzt gelernt, muss man alles schriftlich machen. Also auf mündliche Sachen ist kein Verlass. Da kommt dann von dem Jobcenter-Mitarbeiter so ungefähr: ‚Habe ich nie gesagt. Weiß ich nichts von. Keine Ahnung. War nicht so. Ist nicht so.‘ Und deswegen habe ich mich jetzt halt schon, wenn es geht, darauf eingestellt, per E-Mail alles zu schicken.“ [AG 05 01 04]

„Und auch viel Kraft. Mir fiel es manchmal auch sehr schwer, also auch einen Widerspruch zu schreiben. Überhaupt erst in dieses Regelsystem reinzudenken. Auch in die Rechte, die man hat so. [...] Man hat so viel mit sich selbst zu tun. Das ist einfach, denk ich, für die meisten Menschen zu viel und manchmal erfordert es auch, wie gesagt, fast auch ein Jurastudium um damit klar zu kommen, was man für Rechte hat.“ [AG 01 01 02]

Häufig assoziierten die Betroffenen mit einem Konflikt zurückliegende oder aktuell auferlegte Sanktionen. Fanden sie diese nicht gerechtfertigt, zögerten viele der betroffenen Klientinnen und Klienten nicht, sich von Dritten Unterstützung zu holen. Demnach nimmt ein Drittel der Klientinnen und Klienten, die Konflikte mit dem Jobcenter schilderten, externe Hilfe in Anspruch. Zum einen wurden Ansprechpartner aus anderen Institutionen, die die Betroffenen betreuen, um Unterstützung gebeten. So

hatten beispielsweise Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Jugendamt oder einer Klinik bei Telefonaten mit dem Jobcenter unterstützt oder begleiteten sie zu Terminen vor Ort. Zum anderen zogen Betroffene auch juristischen Beistand hinzu, um „mit einem Anwalt drum [zu] kämpfen, dass man sein Geld bekommt.“ [AG 01 01 02]

Im Folgenden wird abschließend anhand zweier Fallrekonstruktionen aufgezeigt, wie unterschiedlich sich die Erfahrungen der Betroffenen hinsichtlich der wahrgenommenen Beratung und Unterstützung im SGB II gestalten können. Deutlich wird daran allerdings auch, wie groß der Wunsch vieler psychisch kranker SGB-II-Leistungsberechtigten ist, auf Augenhöhe bedürfnisorientiert beraten und gefördert zu werden und welchen Beitrag hierbei Transparenz, Verständnis und Offenheit leisten können.

Tabelle 13 **Fallrekonstruktionen**

Fallrekonstruktion 1 [AG 01 01 02]

Frau Bauer ist 27 Jahre alt und wohnt mit ihrem Partner zusammen. Ihre Erkrankung hat sich bereits während der Adoleszenz begonnen zu entwickeln und ging mit starken Schmerzen einher, die sie als so andauernd und stark empfand, dass sich Selbstmordgedanken abzeichneten, „*einfach um das zu beenden*“. Nach verschiedenen Untersuchungen wurde eine psychische Erkrankung diagnostiziert, unter der Frau Bauer „*verschiedene Traumata und eine narzisstische Persönlichkeitsstörung*“ subsumiert. Den Besuch des Gymnasiums für Gesundheit und Soziales konnte sie auch aufgrund der erkrankungsbedingten Belastung und der damit verbundenen Fehlzeiten nicht mit dem Abitur abschließen. Von ihren Lehrern zeigte sie sich zu dieser Zeit sehr enttäuscht, weil diese ihr „*Steine in den Weg gelegt haben und gesagt haben, das würde an mir liegen und nicht an meiner Erkrankung*“. Die Zeit nach der Schule war für Frau Bauer vom Ausloten ihrer Belastbarkeit und der Motivation einer Erwerbsarbeit nachzugehen geprägt, da diese einen „*Eckpfeiler [darstellt], um gesund zu werden, dass man einfach irgendwas hat*“. Statt eine sie vermutlich sehr fordernde Ausbildung zu absolvieren, hat sie deshalb zunächst ein Freiwilliges Soziales Jahr in einer Kindertagesstätte aufgenommen, nachdem sie für ein Freiwilliges Ökologisches Jahr keine passende Einsatzstelle finden konnte. Darauf folgten geringfügige Beschäftigungsverhältnisse oder Minijobs. Die unterschiedlichen Erwerbstätigkeiten haben Frau Bauer gut getan, da sie diese als sinnstiftend und vor dem Hintergrund ihrer Erkrankung als wichtige Ablenkung und Mittel zur Strukturierung ihres Alltags begriffen hat. Trotz ihres starken Willens arbeiten zu gehen, fühlte sie sich jedoch „*durch die Erkrankung manchmal ausgehebelt*“. Der Bezug von ALG II belastet Frau Bauer zusätzlich. Es sei „*schwer, irgendwie nichts Eigenes zu haben, sondern sozusagen schon auf Kosten anderer*“ zu leben. Weil sie sich stigmatisiert fühlt, vermeidet sie es auch, ihre Arbeitslosigkeit öffentlich zu machen.

Ihre Erfahrungen mit dem Jobcenter beschreibt Frau Bauer als „sehr durchwachsen“. Zu Beginn hatte sie sich dort gut aufgehoben gefühlt, weil das Verhältnis zu ihrem Ansprechpartner „freundlich“ war und sie es als „Trost“ empfand, „dass man [...] auch nicht ständig Bewerbungen anbringen musste aufgrund seiner psychischen Erkrankung“. Im weiteren Verlauf ihrer Erwerbslosigkeit stellte sich jedoch das Gefühl ein, in ihrer Entwicklung eher behindert als unterstützt worden zu sein. Dieser Eindruck verfestigte sich durch das Ausbleiben von Maßnahmen- und Jobangeboten, nicht eingehaltene Absprachen und ausweichende Rückmeldungen. Da sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jobcenters grundsätzlich als nett und ihr zugewandt empfindet, ist sie der Meinung, dass diese instruiert werden, Informationen und ihren eigentlichen Handlungsspielraum nicht vollumfänglich preiszugeben, um Geld zu sparen:

„Also erst mal gilt glaub ich die Regel, dass vom Jobcenter gesagt wird, man darf nicht alles sagen, damit man nicht so viel Geld rausgeben muss. Weil das Jobcenter halt auch sparen muss. Und deshalb muss man sich vieles dann auch erkämpfen.“

Hier klingt bereits Frau Bauers Bewusstsein darüber an, „dass man ein bestimmtes Auftreten haben muss, um was durchzusetzen“, womit sie aber auch schon einmal angeeckt ist und sich daraufhin mit dem Sicherheitspersonal des Jobcenters konfrontiert sah. Diese prägende Situation hat sie als entmenslichend und entwürdigend erlebt – auch weil sie von einigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jobcenters weiß, denen - nach Frau Bauers Interpretation - ebenso der Arbeitsverlust drohe, wenn sie zu menschlich und fürsorglich auftreten. Demgegenüber steht Frau Bauers Wunsch nach Verständnis, Offenheit und Aufrichtigkeit in der Kommunikation mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Jobcenter. Gleich mehrere Situationen, die Frau Bauer im Interview fast stakkatoartig schildert, verdeutlichen, dass sie eher Gegenteiliges erfährt:

„[M]eistens, werden Versprechen (...) nicht gehalten. Und dass man irgendwie Versprechen gibt oder (...) versucht eine klare Antwort zu bekommen und die bekommt man aber nicht. Und es wird dann auch nicht eingehalten. Also ich hab jetzt grad was, da wurde mir gesagt, eine Woche später haben Sie den Brief im Haus mit einer Geldanweisung. Und das ist aber nicht der Fall. Man hat keine Handhabe. (...) Man versucht halt in dem anderen auch den Mensch zu sehen und dann also auf Abmachungen, die macht trifft, auch dass die eingehalten werden. Aber man muss dann halt wirklich so [seufzen]. Na ich weiß nicht den als Gegner auch irgendwie sehen. Dass man seine Sachen durchbekommt, auch wenn es nur ganz kleine Sachen sind. Es ist, also es türmt sich dann alles auf und wird zu Schwierigkeiten, die das Leben dann auch wieder schwieriger machen. Und das tut dann auch sehr belasten irgendwie. Manche Anträge oder das nicht beachtet wird irgendwie. Manche Widersprüche darauf nicht eingegangen wird. Oder man sein Geld nicht rechtzeitig bekommt.“

Das Gefühl, nicht nur mit dem Wunsch nach einer Erwerbstätigkeit vom Jobcenter allein gelassen zu werden, sondern auch in den damit assoziierten Lebensumständen, skizziert Frau Bauer an einem konkreten Beispiel zu ihrem Umzug. Ein Mitarbeiter des Jobcenters hatte ihr zugesagt, dass das Jobcenter die mit dem Umzug verbundenen Kosten übernehme. Nachdem Frau Bauer zu wichtigen Absprachen vor dem Umzug im Jobcenter noch einmal vorstellig wurde und der zuständige Mitarbeiter nicht wie vereinbart vor Ort war, fand der Umzug zunächst ohne eine finanzielle Beteiligung des Jobcenters statt, woraufhin Frau Bauer die Umzugsunterlagen zur Kostenerstattung nachreichte. Nach drei vergangenen Monaten wartete Frau Bauer noch immer auf die ihr zugesagte finanzielle Unterstützung und wurde vom Jobcenter informiert, dass die Umzugskosten vorbehaltlich nicht erstattet werden, da sie die Möglichkeit in Anspruch genommen hätte, sich das Geld anderweitig zu leihen. Frau Bauer zeigte sich darüber so verärgert, dass sie mehrere Widersprüche einlegte, zu denen bis zum Zeitpunkt des Interviews jedoch keine Rückmeldung folgte.

Andere Situationen, die Frau Bauer mit dem Jobcenter als konfliktreich in Verbindung bringt, im Interview aber nur kurz erwähnt, betreffen Unterkunftsanzahlungen, um die sie unter Einbeziehung eines Anwalts kämpfen musste sowie falsch protokollierte Einschätzungen ihrer Person („war nicht kooperationsbereit“) und Verrechnungen, die seitens des Jobcenters nur umständlich und bürokratisch erfolgten („Da habe ich dann fünf Briefe an einem Tag im Briefkasten – von der gleichen Stelle.“). In ihrer Gesamtheit erlebt Frau Bauer die Konflikte als enorm kräftezehrend. Ihr falle es schwer, sich in die Regeln von Hartz IV hineinzudenken und „manchmal erfordert es (...) fast auch ein Jurastudium, um damit klar zu kommen, was man für Rechte hat.“ Sie schlussfolgert, dass das für die meisten Menschen überfordernd sei, zumal man „so viel mit sich selbst zu tun“ habe.

Die geschilderten Negativerfahrungen mit dem Jobcenter haben Frau Bauer dazu veranlasst, sich Unterstützung in unabhängigen Beratungszentren zu suchen. Dort hatte man ihr geraten, sich im

Jobcenter alle Absprachen in schriftlicher Form aushändigen zu lassen und sich zu Terminen im Jobcenter von einer weiteren Person begleiten zu lassen.

Positivere Erfahrungen hat Frau Bauer mit ihrem Reha-Berater gesammelt, mit dem sie in Kontakt kam, als die Planung einer beruflichen Reha-Maßnahme im Raum stand. Dieser hatte auch ein psychologisches Gutachten zur Prüfung des Rehabilitationsbedarfs veranlasst, nach dessen Realisierung Frau Bauer die berufliche Reha-Maßnahme beginnen konnte. Die Kommunikation mit dem Reha-Berater empfand sie als unterstützend und angenehm:

„Das fand ich, war ein sehr gutes Gespräch. Der hat (...) mich bisschen so getestet, (...) den Anspruch sozusagen. (...) Und hat mit mir dann auch so bisschen einen Plan entworfen, was vielleicht danach kommen kann, für eine Unterstützung auch. War sehr offen, finde ich, hat mich nicht belogen. [Er] hat auch (...) mit seinen Informationen nicht hinter dem Berg gehalten. Fand ich sehr angenehm.“

Auf die berufliche Reha-Maßnahme selbst ist Frau Bauer jedoch erst über den Rat Dritter während einer anderen Beschäftigungsmaßnahme aufmerksam geworden. Nachdem sie sich daraufhin selbst ein Bild vom Beruflichen Trainingszentrum gemacht hatte, hat sie im Jobcenter die Idee dazu zur Sprache gebracht und „einfach signalisiert, dass ich das brauche“. Frau Bauer hat kaum Verständnis dafür, dass man ihr im Jobcenter nicht eher davon erzählt hat:

„Das fand ich ganz schwierig. [Das war etwas], was man auf jeden Fall bessern müsste. Ich hab erst ganz, ganz spät davon erfahren, dass es so was gibt. [Ich habe] ja ständig behandelnde Leute um mich. Und niemand hat das je erwähnt, dass es so was gibt. Und ich bin dann irgendwann selbst darauf gestoßen, durch (...) eine Arbeitsmaßnahme, die ich gemacht habe.“

Hier deutet sich auch an, dass Frau Bauer im Jobcenter Kontakt mit mehreren Ansprechpartnern hat. Sie moniert deren häufige Wechsel, die für sie im Hinblick auf spezielle Zuständigkeitsbereiche nicht nachvollziehbar erscheinen:

„Aber es ist einfach, man weiß einfach nicht so viel darüber. Find ich. Also es ist einfach vieles nicht so klar, obwohl ich manchmal halt schon dann die Fragen halt stelle. Für was sind Sie jetzt zuständig?“

Lediglich die Reha-Berater scheinen in Frau Bauers Augen Transparenz zu zeigen und „sagen auch ganz streng, dass sie nichts mit den anderen zu tun haben. Das wird immer ganz, ganz deutlich gesagt, dass sie sich ganz doll davon abheben“. Der Wunsch nach „gleichbleibenden Ansprechpartnern“ ist groß, wengleich Klientinnen und Klienten die Möglichkeit haben sollten, Wechselwünsche auszusprechen.

Die berufliche Rehabilitation ist nicht die einzige Maßnahme, die Frau Bauer eigeninitiativ recherchiert und in das Beratungsgespräch mit dem Jobcenter eingebracht hat. Mehrfach lässt Frau Bauer anklagen, dass sie um sämtliche Maßnahmen „kämpfen musste“ und auch Jobangebote „nie erwähnt worden“ sind. Da alle Ideen für Maßnahmen von ihr selbst kamen und sie „alles immer eingehalten“ hat, kam es bisher auch nie zu Sanktionen.

„Eigentlich wissen wir Betroffenen ja, was wir brauchen. [...] Aber es ist (...) auch schwer einzuschätzen für jemanden, der da im Jobcenter sitzt, zu wissen, was der andere braucht.“

Neben einem Großteil der befragten Klientinnen und Klienten, die eher negative Erfahrungen mit dem Jobcenter gesammelt haben, gibt es auch einige wenige Betroffene, die die Unterstützung durch das Jobcenter vornehmlich positiv wahrgenommen haben. Eine von ihnen ist Frau Müller, die mit ihrem Alter von 31 Jahren ähnlich jung wie Frau Bauer ist, doch das Abitur sowie eine sich anschließende universitäre Lehramtsausbildung mit dem 1. Staatsexamen bereits abgeschlossen hat. Da sie das Referendariat an einer Schule zwar ein Jahr lang durchlaufen aber nicht fertig absolviert hat, bleibt ihr der übliche Weg, als Lehrerin an einer staatlichen Schule zu arbeiten, verwehrt. Mit ihren ersten Arbeitserfahrungen an verschiedenen Schulen verbindet Frau Müller jedoch ausgeprägt positive Gefühle und berichtet, „an sehr angenehmen Arbeitsplätzen gearbeitet“ zu haben. Den Grund für den Abbruch ihres Referendariats sieht Frau Müller in ihrer schon länger andauernden Erkrankung, da sie in der Schule „unglücklich getriggert worden“ ist, indem sie „durch [den] Kontakt und die Zusammenarbeit mit Personen, die eine gewisse Verhaltensstruktur hatten, [...] selbst in alte Verhaltensmuster gefallen“ ist. Zugleich ist sie sich darüber bewusst, dass das Referendariat per se eine „sehr, sehr anstrengende Zeit mit sehr viel Druck, sehr viel Leistungsanspruch (...), sehr viel Verantwortung [und] sehr viel Neuem“ darstellt und es schon allein deshalb eine Leistung ist, dieses durchzustehen. Vor diesem Hintergrund hat Frau Müllers Vorerkrankung die Realisierung des Referendariats zusätzlich erschwert. Wegen chronischer Depressionen ist sie seit knapp sechs Jahren ununterbrochen in therapeutischer Behandlung. Damals hatte Frau Müller die psychosoziale Beratungsstelle der Universität aufgesucht, in der ihre erfahrenen Belastungen und Beschwerden eingeordnet und definiert werden konnten. Seit neun Monaten krankgeschrieben und arbeitsuchend gemeldet, bezieht Frau Müller derzeit Arbeitslosengeld II anstelle von Arbeitslosengeld I, da sie als verbeamtete Referendarin nicht für dessen Bezug berechtigt gewesen wäre. Der Bezug von Arbeitslosengeld II ist für Frau Müller in erster Linie eine „unheimliche Hilfe“. Sie ist „froh, dass es das gibt, weil [sonst das] Leben durchaus sehr schwer“ wäre und ihr zudem ermöglicht wird, „an ganz bestimmten Maßnahmen teilzunehmen, an denen [sie] gern teilnehmen“ möchte. Auf der anderen Seite ist sich Frau Müller auch über die mit Hartz IV verbundene Stigmatisierung bewusst. Diese wiegt für sie jedoch nicht derart schwer, dass die Situation an ihrem Selbstbild nagt, da sie die Gegebenheit, als gebildete Person Hartz IV zu beziehen, mit anderen teilt:

„Ich weiß, dass auch schon der Begriff Hartz IV grundsätzlich mit vielen Vorurteilen belegt ist, auch in gewisser Weise stigmatisierend sein kann. Für mich ist es [das] eigentlich [nicht] so sehr, weil ich dadurch trotzdem noch derselbe Mensch bin und auch, wie soll ich sagen, ich weiß einfach (...) von vielen durchaus sehr gebildeten Menschen, dass sie Hartz IV beziehen oder bezogen haben, beziehen mussten. Dadurch ist das für mich nicht (.) mit einem Klischeebild verbunden.“

Mit dem Jobcenter verbindet Frau Müller persönlich sehr positive Erfahrungen, obwohl sie weiß, „dass es da sehr viele sehr andere Berichte gibt“. Sie stellt heraus, dass sie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als sehr freundlich wahrnimmt und sie den Eindruck hat, dass diese sich bemühen, ihr Hilfestellung zu geben. „Also, dass sie mich sozusagen nicht einfach nur für eine Statistik in einen Job bringen wollen, sondern dass ich dort Hilfe erfahren habe, die ehrlich wirkte.“ Einen großen Anteil an der positiven Einschätzung der Unterstützung durch das Jobcenter hat demnach nicht vorrangig dessen finanzielles Entgegenkommen, sondern der sehr gute, direkte und offene Kontakt mit ihren Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern:

„In der Maßnahme habe ich natürlich Unterstützung erhalten und ansonsten sind die Menschen mit Rat und Tat für mich sehr unterstützend. [...] Ich kann nachfragen und ich konnte ihnen gegenüber auch sehr offen sein.“

Die Offenheit war für Frau Müller auch von großer Bedeutung, als es darum ging, ihre Erkrankung im Gespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jobcenters zu thematisieren. Sie schätzt,

dass die Information darüber „einfach so hingegenommen, angenommen“ wurden und es „keine negativen Rückmeldungen“ gab.

Kritik äußert Frau Müller an der organisatorischen Trennung von Arbeitsvermittlung und Leistungsabteilung. Für Frau Müller, die nach eigenen Angaben „Probleme mit Formularen und Antragskram“ hat, wäre es viel einfacher, wenn sie Verwaltungsangelegenheiten auch mit ihrem persönlichen Ansprechpartner klären könnte.

Da Frau Müller auch auf ihren eigenen Wunsch hin viele Maßnahmen wahrgenommen hat, wurden im Jobcenter keine regelmäßigen Termine vereinbart. Vielmehr wurde der Kontakt relativ flexibel gestaltet. So kam sie beispielsweise auch ihr Ansprechpartner aus dem Jobcenter bei der Teilnahme einer Maßnahme besuchen, die sie selbst als sehr förderlich wahrgenommen hat, da ihr bewerbungsrelevante Informationen und Kompetenzen vermittelt wurden.

„Ich habe überhaupt erstmal Bewerbungsunterlagen erstellt. Sowas hatte ich überhaupt nicht, weil ich sie nie brauchte in meinem Leben. Also konnte [ich] mich da vor Ort informieren, sowohl in Literatur, als auch [im Rahmen der] Hilfestellung von den [...] Jobcoaches. [Ich] konnte immer Hilfestellung bekommen, wenn ich denn wollte, also wenn ich sie angesprochen habe; ich hatte Austausch mit den anderen Teilnehmern, was da sehr gefördert wird, sehr erwünscht ist. Einfach, ja, ich sage mal, auf ein gewisses Netzwerk zugreifen konnte, auf viele Erfahrungen, Tipps, Links, die einfach schon da waren. Ich (.) konnte meine Bewerbungsunterlagen damit erstellen, ich habe aber auch, und das fand ich sehr angenehm, die Zeit nutzen können (..) für mich erstmal herauszufinden: Wie mach ich denn jetzt weiter? Ich kam aus dem abgebrochen Referendariat und musste mich ja irgendwie neu orientieren und (...) Bestandsaufnahme [machen]: Was kann ich eigentlich? Was brauche ich? Was will ich?“

Frau Müller wirkt sehr dankbar für die durch die Maßnahme eröffnete Möglichkeit, sich sowohl mit ihren Fähigkeiten und Kompetenzen als auch mit ihren Wünschen und Bedürfnissen auseinanderzusetzen und daraufhin ihren beruflichen Weg in Kooperation mit den Jobcoaches vorzubereiten. Die Anschlussmaßnahme bewertete sie hingegen als weniger gewinnbringend, was sie insbesondere auf die Teilnehmerheterogenität sowie ein geringeres Engagement der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des durchführenden Trägers zurückführt:

„In der Anschlussmaßnahme sind zum einen viele Teilnehmer, [die ich] als absolut unmotiviert erlebe. Die sind nur da, weil sie es müssen, weil sie sonst Kürzungen bekommen oder erwarten, dass sie es bekämen, das weiß ich nicht, (....) die daraus nichts Positives ziehen. [...] Die Mitarbeiter sind freundlich, keine Frage. Sie sind aber irgendwie weg. Die sitzen da im Büro und sind auch ansprechbar, aber haben irgendwie in ihrem Büro immer irgendwas zu tun. [...] Ich habe das Gefühl, ich darf da zwar auch sein und ich darf auch mal fragen, aber es liegt ihnen nichts daran, sozusagen.“

Anhand von Frau Müllers Schilderungen wird deutlich, dass die subjektiv empfundene Qualität der Maßnahmen stark von der Zuwendung und wahrgenommenen praktischen Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Träger abhängt. Analog dazu finden sich diese Aspekte im Verhältnis zwischen Jobcenter und Betroffenen wieder: Frau Müller wirkt trotz ihrer Erkrankung und ihrem Bezug von Arbeitslosengeld II enorm bestrebt, ihre derzeitige Situation zu verändern – dies drückt sich auch in ihrem wiederholten Reflektieren über die Freude an ihrer ursprünglichen Tätigkeit („Ich habe bei der Arbeit in der Schule schlichtweg gute Laune.“) und der wiederkehrenden psychischen Bestandsaufnahme („Ich kann vom Prinzip her arbeiten, aber wo kann ich arbeiten? Was kann ich arbeiten? Wie kann ich (..) meine Fähigkeiten eigentlich einbringen?“) sowie der Ablehnung einer Erwerbsunfähigkeitsrente („[...] also irgendwo möchte ich es nicht. Ich möchte erwerbstätig sein können.“) aus. Zusätzlich lässt sie mehrfach anklingen, wie wesentlich die Ehrlichkeit und Authentizität im unterstüt-

zenden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Jobcenters für sie ist („Ich bin auf freundliche Menschen [im Jobcenter] getroffen, die mir, und das ist mir besonders wichtig, einigermaßen authentisch darin erschienen, mir Hilfestellung geben zu wollen“).

Quelle: Interviews mit Klientinnen und Klienten

5.8 Bewertung der Grundprinzipien des SGB II und ihrer Umsetzung aus Sicht der Behandlerinnen und Behandler

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten aufgezeigt wurde, wie sich die psychisch kranken Menschen von den Jobcentern unterstützt fühlen, soll im Folgenden beschrieben werden, welchen Blick die im Rahmen der Studie befragten Behandlerinnen und Behandler auf das SGB II haben und wie sie psychisch kranke Leistungsberechtigte im Jobcenter betreut sehen.

Dabei zeigte sich zunächst ein überwiegend kritischer Blick auf das SGB II. Die Behandlerinnen und Behandler verbinden mit dem SGB II überwiegend Stigmatisierung, das Erleben von Scham, Unmut, viele Klagen und Einschränkungen bei den Betroffenen sowie fehlende Beschäftigungsangebote. In der Wahrnehmung der Behandlerinnen und Behandler werden die Betroffenen im Jobcenter in der Schublade „psychisch krank“ abgelegt; eine individuelle Sicht auf die Besonderheiten und Bedarfe der Betroffenen fehle überwiegend.

„Also erst einmal wird man eh anders behandelt. Jobcenter, Arbeitsamt. Insofern, [...] Dass man wirklich den Mut spürt, dass ein Arbeitsvermittler sagt, Mensch, ich hätte da was für Sie oder so oder könnten Sie sich vorstellen? Sondern dass es eher abgetan wird, okay, psychisch krank und wo oft auch über Rente gesprochen wird. (...) Was natürlich sehr demotivierend ist“ [AG 03 02 06 Krankenpfleger, Case Manager, Psychiatrie]

„Und Hartz IV ist ein großer Stempel für die Leute, da fürchten die sich vor, das wollen die nicht haben [...] Da schämen die sich dafür.“ [AG 02 02 02 Arzt, psychiatrische Tagesklinik]

Nur vereinzelt war die grundsätzliche Resonanz der Behandlerinnen und Behandler positiv, indem beispielsweise auf gute und einfühlsame Unterstützung und Betreuung sowie die elementaren Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts verwiesen wurde.

„Die sind freundlich, die sind irgendwo verständnisvoller. Da wird man (...) es geht auch häufig um die Behandlung. Da wird man nicht von oben herab behandelt. Bei Arbeitslosengeld I fühlen sich viele Patienten, die mir das erzählt haben, schlecht behandelt, irgendwie abgeschoben, möglichst schnell irgendwo hin vermittelt, kategorisiert, und beim Arbeitslosengeld II sagen sie: „[...] aber die sind irgendwie nett, unterstützend.“ [AG 02 02 03 Psychologe, psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz]

Im Folgenden werden weitere Aspekte benannt, die in den Interviews mit den Behandlerinnen und Behandlern häufig zur Sprache kamen.

Leistungsrechtliche Regelungen des SGB II

Viele leistungsrechtliche Rahmenbedingungen im SGB II, welche auch für gesunde Leistungsempfänger gelten, (z.B. Umgang mit Sparanlagen, Regelung zu Bedarfsgemeinschaften) würden laut Behandlerinnen und Behandlern von den psychisch Kranken verstärkt als einengend und als Schikane erlebt und werden nach Möglichkeit umgangen. In der Behandlung psychisch kranker Menschen gibt es mitunter ärztliche Empfehlungen, wie beispielsweise den Wohnraum zu wechseln, die aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen im SGB II nicht umsetzbar sind oder mit einem für die Betroffenen unüberwindbaren Aufwand verbunden wären. Daneben wurden andere Konstellationen beschrieben, in denen gewisse Regularien im SGB II den Genesungsverlauf behindern können, beispielsweise wenn ein depressiver und selbstwerteingeschränkter Mann finanziell von seiner Frau abhängig ist.

Auch die Leistungshöhe wurde teilweise kritisch benannt und als zu niedrig beschrieben. Ein SGB-II-Bezug bedeute danach für die Betroffenen eine gravierende sozioökonomische Schlechterstellung und stelle eine finanzielle Beeinträchtigung dar, was sich auch nachteilig auf die Inanspruchnahme von notwendigen Behandlungen auswirken könne, wenn beispielsweise die Fahrtkosten zum Behandlungsort nicht aufgebracht werden können.

„Ich denke, das ist eine der gravierendsten Verschlechterungen letzten Endes. Nicht nur jetzt für psychisch Kranke, sondern überhaupt für darunter Betroffene, für Arbeitslose und innerhalb dieser Personengruppe sind natürlich die Menschen, die jetzt nicht nur arbeitslos sind, sondern andere Handicaps haben, wie beispielsweise psychische Erkrankungen, nochmal doppelt davon betroffen.“ [AG 04 02 03 Psychologe, Beratungsstelle, Tagesstätte]

Das Grundprinzip des „Fördern und Fordern“

Das Grundprinzip des „Fördern und Fordern“ wurde nur von wenigen Behandlerinnen und Behandlern prinzipiell in Frage gestellt. Viele Befragte machten deutlich, dass dieses Prinzip letztlich auch für viele therapeutische Ansätze gilt. Sie betonten mehrheitlich, dass auch ein Fordern gegenüber psychisch kranken Menschen sinnvoll sein könne, allerdings verfehle die Art der Umsetzung in der gängigen Praxis der Jobcenter, die laut der Behandlerinnen und Behandler wenig individuell ausgerichtet sei, häufig das Ziel. Die Umsetzung des Forderns habe daher häufig zur Folge, dass sich die Betroffenen überfordert, ohnmächtig, bedroht und unter Druck gesetzt fühlen. Verweigerungshaltungen und ein Verharren im negativen Denken sei dann die Folge. Ein auf Vertrauen basierendes Arbeitsbündnis sei dann kaum mehr möglich. Deutlich wird in vielen Argumentationsketten der Behandlerinnen und Behandler, dass sich die Wahrnehmung und Bewertung nur zum Teil auf die Grundsätze des SGB II beziehen, sondern häufig auf die operative Ausgestaltung auf individueller Ebene zielen.

„Ja, ich denke, dass Schlagwörter immer was Schönes sind, (lacht) und dass man sie dann irgendwie mit Inhalten füllen muss, ne? Und natürlich: Ja, "fördern und fordern",

was anderes machen wir auch nicht. Das ist auch ganz viel Therapie. Natürlich fordern wir auch, dass die Patienten vieles versuchen, vieles probieren, vieles mit arbeiten. Anders funktioniert es nicht. Das muss man ihnen aber auch immer erklären. Und gleichzeitig muss man sagen: "Wenn es nicht geht, dann will ich wissen, warum, und will dann mit Ihnen weiter gucken." Und nicht einfach sagen: "Ich glaube Ihnen nicht. Sie stellen sich an." [AG 02 02 03 Psychologin, psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz]

„Also ich halte es wenig für förderlich. Was ich erlebe ist, wenn sowas androht, dann, dass sie eher noch mehr sich bestätigt fühlen in ihrem, siehst du, ne? Habe ich doch gewusst, habe ich auch nicht hingekriegt. Und in diesem Negativen bleiben, statt nach vorne zu schauen. Also ich glaube, dass der Ausblick auf Mensch (..) So kleine Sahne-Bonnis, also pass mal auf, ne? Wenn das hier, wenn wir das hier zusammen hinkriegen und du, ne? Guckst für dich, dass wir dann auch, dann werde ich Sie dabei unterstützen, dass wir das und das vielleicht noch hinkriegen und, ne? [...] Also ich glaube, dass das förderlicher ist, als dieses, also wenn du das nicht machst, dann kriegst du das auch nicht mehr. Also das erlebe ich hier eher, dass die Menschen sich noch mehr zurückziehen, dass sie sich bestätigt fühlen, in ihrem negativen Denken.“ [AG 03 02 02 Ergotherapeut, psychiatrische Tagesklinik]

In Abhängigkeit von der psychischen Erkrankung und eventueller Begleiterkrankungen würde die Umsetzung einzelner Regelungen des SGB II - sei es die Umsetzung von Sanktionen oder die verpflichtende Teilnahme an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen - bei den Betroffenen mitunter zu einer Verstärkung bzw. Chronifizierung der Symptomatik und zu weiteren Problemen wie Verschuldung oder Wohnungsverlust beitragen. Allein ein anstehender Termin im Jobcenter könne bei vielen Betroffenen bereits mit einer gewissen Unsicherheit und mit Ängsten verbunden sein:

„Ja, das macht denen schon ganz schön Stress. (...) Schlaflose Nächte und wie können sie, also jetzt gerade zum Beispiel denke ich jetzt an einen mit einer Angststörung, der jetzt dann in so eine Gruppengeschichte gehen soll und sagt auch, nein, ich habe schon schlaflose Nächte, alleine wenn ich dann daran denke“ [AG 04 02 05 Sozialarbeiter, psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle]

„Das [...] führt dann rasch zu [...] einer weiteren Chronifizierung oder dann gehen die ja, genau dann gehen sie nicht hin und dann ist da immer, und dann öffnen sie den Brief nicht mehr, nicht und dann, dann, dann ist sozusagen die nächste Baustelle, Verschuldungsproblematik oder was weiß ich, nicht, [...] das Ganze, das passiert dann relativ rasch, nicht? Also, da diese ganzen Sanktionierungen, das, das, das, dann überfordert die meisten psychisch Kranken ja vollständig, nicht, also. Führt überhaupt, führt gar nicht zum Ziel, könnte man sagen, ne?“ [AG 07 02 01 Arzt, medizinische Rehabilitation]

Der motivierende Gedanke, der aus Sicht der Befragten möglicherweise hinter Leistungskürzungen und Sanktionen stehe, laufe bei psychisch kranken Menschen ins

Leere und könne zu fatalen Folgen führen. Die Sichtweise der Behandlerinnen und Behandler auf das Prinzip des „Fördern und Fordern“ unterscheidet sich hier von der Sichtweise des Gesetzgebers (vgl. hierzu Abschnitt 2.6 sowie Lauterbach 2013 in Gagel § 31 SGB II), da im therapeutischen Kontext auch mit dem Fordern immer ein motivierender Ansatz verbunden ist. Der Patient soll entsprechend seiner Möglichkeiten, seiner Kompetenzen und Ressourcen aktiviert, gefordert und gefördert werden, diese weiter zu entwickeln, um eigene Ziele zu verfolgen, weiter zu gesunden und am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Fast alle befragten Behandlerinnen und Behandler halten Sanktionen bei psychisch kranken Menschen für gänzlich ungeeignet.

„Also sprich, die Sanktionen sollen ja motivieren. Sie sollen ja, sie sollen ja das Fordern (...) unterstützen. Aber wenn das nicht mehr greift, weil der Patient überhaupt nicht mehr den Sensus dafür hat, das wahrzunehmen, dann läuft das ins Leere. Wenn es ins Leere läuft, ist es, wird es katastrophal. Weil es gibt dann (...) kein Geld mehr und wenn es kein Geld mehr gibt, (...), hat der Patient keine Möglichkeiten mehr, seine Verbindlichkeiten zu begleichen und da sind mir Situationen bekannt, wo es zur Wohnungsräumung gekommen ist, wo es zu Situationen gekommen ist, wo der Patient auf der Straße lag, nicht, weil er nicht gewollt hätte, sondern weil er krankheitsbedingt nicht konnte. Ich denke, da ist es wichtig, hinterherzugehen. Da muss, bevor sozusagen da gestrichen wird oder total gestrichen wird, muss geguckt werden und teilweise vielleicht sogar vor Ort geguckt werden, wie geht es demjenigen da, dem ich gerade sämtliche Bezüge streiche.“ [AG 07 02 04 Ergotherapeut, psychiatrische Klinik]

Der im SGB II hinterlegte Ansatz des Forderns, insbesondere die im § 10 SGB II konnotierte „Schlüsselnorm im gesetzlichen Kontext des Forderns“ (Rixen 2008: 257) zur Zumutbarkeit, ist nach Auffassung der Behandlerinnen und Behandler vor dem Hintergrund der gegenwärtigen Arbeitsmarktbedingungen bzw. Arbeitsplatzanforderungen insbesondere für psychisch kranke Menschen sehr in Frage zu stellen. Psychisch kranke Menschen könnten den heutigen Anforderungen, z.B. hinsichtlich Flexibilität, Mobilität, Anpassung an Veränderungen und Arbeitsdruck vergleichsweise weniger gut nachkommen.

„Ich glaube nämlich, dass es eher veränderte Arbeitsmarktbedingungen sind und nicht an dem Unwillen letzten Endes der einzelnen Arbeitslosen liegt. Aber das, was dahinter steckt, dass man da beispielsweise eine höhere Flexibilität voraussetzt oder das, was vielleicht einem psychisch Gesunden auch möglich ist, also mobil zu sein, sich wechselnden Anforderungen auch mal auszusetzen, Wohnortwechsel zu machen, hier mal zu arbeiten, dort mal zu arbeiten. Im Grunde genommen diese Flexibilität und diese Eigeninitiative, die dann auch unter Druck dann gefordert wird, gerade das fällt psychisch kranken Menschen extrem schwer. Also das ist gerade das, wo dann nochmal, was ich gemeint habe, gerade chronisch Kranke, die ein besonderes Bedürfnis nach Stabilität, auch nach einem gesicherten Rahmen und nach Vertrauen dann letzten Endes haben, was gerade den Menschen besonders fehlt.“ [AG 04 02 03 Psychologe, Beratungsstelle, Tagesstätte]

Die Umsetzung dieser Prinzipien von Patientenseite wird nach Auffassung der Behandlerinnen und Behandler unterschiedlich erlebt und reflektiert. Es gebe Patienten, die diese positiv wahrnehmen und sich unterstützt fühlen, andere fühlten sich bevormundet und gegängelt. Sicherlich basiert diese Wahrnehmung auf zahlreichen Aspekten, die mit der Umsetzung verbunden sind und die beispielsweise in Anzahl und Ausgestaltung der Kontakte beim Jobcenter, in der Beziehungsgestaltung oder in den konkreten Maßnahmeangeboten liegen (vgl. Abschnitt u.a. Kapitel 5.5 und Kapitel 5.7). Deutlich wird hier, dass Wahrnehmung und Bewertung nicht allein in den Grundsätzen des SGB II begründet liegen, sondern die individuelle Ausgestaltung einen entscheidenden Einfluss hat.

Einige der befragten Behandlerinnen und Behandler äußerten, dass es möglicherweise auch Betroffene gebe, die absichtsvoll und unabhängig von der psychischen Erkrankung eine Mitwirkungspflicht verweigern. Jedoch sei es in solchen Fällen schwierig, eine dahinter liegende psychopathologische Symptomatik auszuschließen. Betroffene, welche möglicherweise willentlich ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkämen, seien laut Einschätzung der Behandlerinnen und Behandler in geringer Zahl zu finden. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Mehrheit der durch die befragten Behandlerinnen und Behandler erlebten Sanktionen, an psychisch kranken Menschen erfolgte, welche aufgrund ihrer Erkrankung nicht in der Lage waren, den Forderungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Jobcenter nachzukommen.

„Na ja, ist so ein bisschen eine Frage. Wenn man so vom ganz gesunden Menschenverstand ausgeht, würde man sagen, na also Hallo, dann mach doch eine Arbeit, brauchst dich doch nicht sanktionieren zu lassen. Ist so ein bisschen die Frage, ob das nicht schon ein Zeichen für eine, ja mindestens schon / also ich denke, die hatten Persönlichkeitsstörungen, ja. Die dann wirklich bereit waren alles zu tun, nur um auf keinen Fall irgendeinen Arbeitsplatz mal auszuprobieren.“ [AG 02 02 02 Arzt, psychiatrische Tagesklinik]

„Also man hat natürlich auch psychisch Kranke, die zusätzlich [...] ihrer Mitwirkungspflicht nicht nachkommen, was ich jetzt aber nicht zwangsläufig der psychischen Erkrankung zuschreiben würde. Natürlich gibt es auch solche Fälle und natürlich wird in solchen Fällen auch mit Sanktionen gearbeitet. Aber das sind aus meiner Erfahrung ganz begrenzte Einzelfälle“ [AG 01 02 01 Psychologe, berufliche Reha]

Gewichtung zwischen Fördern und Fordern und Passgenauigkeit der Fördermaßnahmen

Laut der befragten Behandlerinnen und Behandler überwiege in der Fallbearbeitung der Jobcenter das Fordern eindeutig das Fördern, zumal letzteres aus Sicht der Behandlerinnen und Behandler nur selten passgenau und zielgerichtet ist. Nach Auffassung der Befragten stehen die Durchsetzung der Mitwirkungspflicht und die Umsetzung von Sanktionen im Vordergrund.

„Also Sanktionieren hat da eine größere Rolle, als tatsächlich ein gutes Fördern, ja.“ [AG 07 02 06 Psychiater, psychiatrische Ambulanz]

Die Sinnhaftigkeit der verordneten Maßnahmen werde in spezifischen Kontexten (z.B. ein Bewerbungstraining für einen 59-jährigen Patienten nach einer 6-monatigen stationären Behandlung wegen einer schweren depressiven Episode) durch die Behandlerinnen und Behandler angezweifelt. Es wird von Behandlerseite wahrgenommen, dass zum Teil Maßnahmen vermittelt werden ohne Rücksicht auf die Besonderheiten, die Einschränkungen und die besonderen Bedarfe der Betroffenen. Dabei passiere es nicht selten, dass Vorgaben der Jobcenter einfach „abgearbeitet“ werden. Ein Teil der Betroffenen werde in der Wahrnehmung der Behandlerinnen und Behandler lediglich verwaltet und nicht unterstützt und gefördert.

„Ja, das ist schon auch immer so eine Frage. Fällt mir jetzt auch einer ein [...] ein narzisstisch-persönlichkeitsgestörter Patient, der das extrem kränkend erlebt, wenn ihm da was angeboten wird, was doch so gar nicht geht. So ein Gefühl, hey, ich bin da nur eine Nummer, ich werde da schikaniert. Also das ist dann so die Patientenwarte natürlich bei einem, wie gesagt, narzisstischen Patient, der mir das auch gestern auch gerade erzählt hat. Ich werde da gar nicht unterstützt und ich bin da nur ein Fall. Also das ist so das, was schon so kommt.“ [AG 02 02 06, Arzt psychiatrische Klinik]

Regularien und Prozessabläufe im Umgang mit psychisch kranken SGB-II-Leistungsberechtigten

Die Regularien im Umgang mit psychisch kranken SGB-II-Leistungsberechtigten durch die Fachkräfte der Jobcenter sind für die Behandlerinnen und Behandler nicht immer zu durchschauen: Wer stellt wann und auf welchem Wege psychische Auffälligkeiten fest und was passiert danach? Und wie gestaltet sich der konkrete Umgang mit einem psychisch kranken Leistungsberechtigten? Die Behandlerinnen und Behandler erkennen keine allgemeingültigen Regeln; der Umgang mit den psychisch Kranken und die Umsetzung der Regularien erscheint ihnen abhängig vom jeweiligen Jobcenter und den einzelnen Fachkräften.

„[...] was ich gerne mal wüsste wäre, wie die Regeln sind. Ich habe Patienten aus den unterschiedlichsten Jobcentern [...] Wann zum Beispiel ein Arbeitsamt-Mitarbeiter entscheidet, diesen Menschen halte ich für psychisch angeschlagen, den stelle ich mal jemandem vor. Wann das getan wird oder wer das am Ende tut, ob einer relativ flott zum MDK des Arbeitsamtes [gemeint ist der Ärztliche Dienst] kommt und in eine von diesen Maßnahmen für psychisch Kranke oder manchmal kriegen die ja auch dann so sechs Monate ohne Druck. Das habe ich noch nicht verstanden. Und wenn ich dann mal einem sage: "Da wird jetzt in Kürze, werden Sie da ganz bestimmt einem Mitarbeiter vorgestellt, Sie sind ja (.)", dann passiert das über Monate nicht. Und bei manch einem denke ich, hups, ist ja ganz schnell gegangen. Auch wie viel Druck die ausüben oder wie gnädig sie damit sind, dass einer da aus psychischen Gründen immer wieder Termine verbaselt, klar“ [AG 02 02 02 Arzt, psychiatrische Tagesklinik]

Die Komplexität und Uneinheitlichkeit der Regularien und Zuständigkeiten führen nach Auffassung der Befragten auch zu Sanktionierungen oder der Nichtbeantragung

von Leistungen, da die psychisch Kranken vor der Komplexität kapitulieren. Dies betreffe bereits den, aus Sicht der Behandlerinnen und Behandler, höchst komplexen Erstantrag, der für viele der psychisch Kranken bereits eine unüberwindbare Hürde darstelle.

„Ja, das sind viele Blätter, da ist der Grundantrag, hier ist der Einkommensnachweis, das ist Vermögen, das sind noch die Kinder im Haushalt und so weiter. Und dann noch eine Veränderungsmitteilung und so und tschüss. Dann hast du einen Stapel voll Formularen in der Hand und damit gehst du erstmal los. Also viele sagen, ich fang gar nicht erst an das auszufüllen, weil ich davon schon, von der Fülle der Blätter überfordert bin. Dann kommt da einmal der Wind rein, dann wuscheln die durcheinander und dann ist es vorbei. Und bei manchen gibt es dann natürlich, und gerade bei denen, die arm sind und wenig Geld haben, gibt es dann auch eine Häufung von verschiedenen Ämtern. Dann hast du hier manchmal noch das Jugendamt, dann hast du da noch, was weiß ich, vielleicht noch mit dem (..) na Sozialamt geht ja nicht, aber noch mit vielen anderen Behörden zu tun.“ [02 02 01 Sozialarbeiter, psychiatrische Tagesklinik]

Insgesamt sei eine zielführende Kommunikation, auch über die Beantragung von Mitteln und das Ausfüllen der Formulare hinaus, mit der Behörde für die Betroffenen ohne Unterstützung oft nicht realisierbar. Beispielsweise könnten Fristen mitunter von den Betroffenen nicht eingehalten werden. Ein adäquates Reagieren auf Sanktionsfolgen gegenüber den Fachkräften der Jobcenter könne durch die Betroffenen ohne geeignete Unterstützung durch Dritte kaum erfolgen und ein gemeinsames Verständnis über die Erkrankung und die daraus resultierenden Folgen in einer solchen „Behörde“ kaum erreicht werden.

„(...) ganz einfaches Beispiel: wenn man sehr depressiv ist, der kriegt das einfach nicht hin, fristgerecht eine Meldung zu machen. Das ist auch wirklich, das ist dann auch krankheitsbedingt, das kann man denen auch gar nicht vorwerfen und die Kommunikation dann auch mit den Arbeitsagenturen [bzw. Jobcentern] - das ist teilweise schwierig. Also wenn da jemand nicht gut betreut wird und begleitet wird, dann geht das fast immer daneben. [...] Und die Krankheit und die Folgen der Krankheit zu kommunizieren, auch formal mit einer Behörde, das ist fast unmöglich.“ [06 02 01 Sozialpädagoge, medizinische Reha]

5.9 Zusammenfassung

Nach Auskunft der Fach- und Führungskräfte in den befragten Jobcentern stellen psychisch Kranke eine relevante und zunehmende Gruppe unter den Leistungsberechtigten im SGB II dar. Sehr häufig wurden psychische Erkrankungen von ihnen in Zusammenhang mit weiteren Problemlagen wie Sucht, Schulden sowie schwierigen Wohnverhältnissen gebracht und auf multidimensionale Problemlagen verwiesen. Insgesamt zeigte sich, dass die Fachkräfte die Kundengruppe der psychisch Kranken häufig als defizitär und stark arbeitsmarktfremd beschrieben haben. Daher verwiesen

sie häufig darauf, dass eine Integration in den Arbeitsmarkt bei dieser Personen-
gruppe nicht primär im Fokus der Bemühungen stehe, sondern vielmehr das Ziel der
gesundheitlichen Stabilisierung verfolgt werde.

Als besondere Herausforderung beschrieben die Fachkräfte das Erkennen von psy-
chischen Erkrankungen. Insbesondere, wenn zwar konkrete Anzeichen für eine psy-
chische Erkrankung vorliegen, aber aus Sicht der Fachkräfte keinerlei Krankheitsein-
sicht bei den Leistungsberechtigten zu erkennen ist, gäbe es kaum Ansätze für den
weiteren Beratungs- und Betreuungsprozess.

Während sich eine Gruppe von Fachkräften beim Prozess des Erkennens von psy-
chischen Beeinträchtigungen insbesondere auf ihr „Bauchgefühl“ verlässt und das
weitere Vorgehen bei der Abklärung von psychischen Erkrankungen eher unpräzise
und diffus beschreibt, greifen andere Fachkräfte in der Regel auf eine Art „Instrumen-
tenkoffer“ zurück, der ihnen beim Prozess des Erkennens hilfreich ist. Häufig wurden
in diesem Zusammenhang eine regelmäßige Nutzung von Gesundheitsfragen im
Rahmen des Profiling, die Hinzuziehung von Dritten oder auch die schnelle Abklä-
rung über die Fachdienste der Agenturen für Arbeit bzw. das Gesundheitsamt ge-
nannt. Eine vertiefte Analyse verdeutlichte, dass insbesondere diejenigen Fachkräfte
ein strukturiertes und indiziengeleitetes Vorgehen beim Erkennen von psychischen
Erkrankungen wählten, die diesbezüglich auf vorhandenes Wissen und Kompetenzen
(z.B. durch Schulungen) zurückgreifen konnten.

Die Fachkräfte in den Jobcentern können zu der Abklärung der gesundheitlichen Si-
tuation ihrer Klientinnen und Klienten die Fachdienste der Agenturen für Arbeit bzw.
die Gesundheitsämter einschalten. Die Fachkräfte nutzen bei Hinweisen bzw. bei
Vorliegen von psychischen Krankheiten den ärztlichen Dienst bzw. die Gesundheits-
ämter insbesondere zur Beurteilung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit sowie zur Ab-
klärung von Rehabilitationsbedarf. Von vielen Fachkräften wurde darauf hingewiesen,
dass die Qualität der Gutachten sehr unterschiedlich sei und in vielen Fällen durchaus
auch hilfreich für den weiteren Betreuungs- und Beratungsprozess. Deutlich wurde
jedoch auch, dass die Mehrheit der befragten Fachkräfte die Gutachten des Ärztli-
chen Dienstes bzw. der Gesundheitsämter häufig als zu allgemein gehalten wahrneh-
men (aufgrund der hohen Standardisierung), weshalb sich viele Befragte detailliertere
und spezifischere Informationen zu den Leistungsberechtigten und den Rahmenbe-
dingungen, unter denen sie arbeiten könnten, wünschten.

Der Berufspsychologische Service wird seitens der Fachkräfte der Gemeinsamen
Einrichtungen insbesondere dann eingeschaltet, wenn diese das Gefühl haben, dass
eine psychische Krankheit bei einem Leistungsberechtigten vorliegen könnte und sie
Einschränkungen abgeklärt haben möchten. In diesem Zusammenhang spielt häufig
die Frage nach der Belastbarkeit der Leistungsberechtigten sowie deren Leistungsfä-
higkeit eine große Rolle sowie die Frage nach erforderlichen Hilfestellungen und Rah-
menbedingungen, die die Integrationschancen erhöhen. In vielen Fällen wird dies mit

der Bitte um eine Eignungsfeststellung für eine arbeitsmarktpolitische Maßnahme verknüpft. Die unterschiedlichen Unterstützungsformate des BPS wurden von den Fachkräften überwiegend sehr positiv bewertet. Insbesondere die häufig in Anspruch genommene Psychologische Begutachtung enthält nach Auskunft der befragten Fachkräfte relevante Hintergrundinformationen über die Leistungsberechtigten, die ihnen häufig noch nicht bewusst seien. Als sehr hilfreich wurde darüber hinaus die Beschreibung der Rahmenbedingungen empfunden, die für eine zielgerichtete Förderung hilfreich sei.

Kritisch merkten die Mitarbeiterinnen der Fachdienste sowie der Gesundheitsämter an, dass manche Fachkräfte die Leistungsberechtigten nicht ausreichend über die Ziele und Hintergründe einer Begutachtung vorinformieren würden. Gleichzeitig konstatierten sie aber auch eine deutliche Kompetenzsteigerung und höhere Sensibilität seitens der Fachkräfte im Vergleich zu den Anfangsjahren der Grundsicherung, insbesondere im Bereich des Fallmanagements.

Wenn die zunächst mit der Betreuung betrauten persönlichen Ansprechpartner oder Arbeitsvermittler den Eindruck oder die Gewissheit haben, dass beim Leistungsberechtigten eine psychische Erkrankung vorliegt, erfolgt häufig eine Übergabe zu spezialisierten Fachkräften (Fallmanager, Reha-Fallmanager etc.), insbesondere dann, wenn weitere Vermittlungshemmnisse vorhanden sind. Der weitere Betreuungs- und Beratungsprozess gestaltet sich meist individuell an den Bedarfslagen der Betroffenen ausgerichtet.

Trotz der Individualität der weiteren Betreuungswege benannten die Fachkräfte einige zentrale Herausforderungen, mit denen sie häufig konfrontiert sind. Dazu gehört zum einen die Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten ohne Krankheitseinsicht. Verweigern diese Termine bei den Fachdiensten oder dem Gesundheitsamt, kann keine Klärung stattfinden und den Fachkräften bleibt meist nur die Option, kontinuierlich an die Bereitschaft der Betroffenen zu appellieren, Unterstützungsangebote in Anspruch zu nehmen. Einige Fachkräfte versuchen darüber hinaus die Betroffenen über allgemeine Leistungen der Arbeitsförderung „auszutesten“ oder durch Sanktionierung bei entsprechend vorliegenden „Verfehlungen“ eine Einsicht bei den Leistungsberechtigten zu erwirken bzw. wieder mit ihnen ins Gespräch zu kommen. Laufen die Bemühungen der Fachkräfte jedoch über lange Zeit ins Leere und es können keinerlei Fortschritte erzielt werden, lässt sich häufig Resignation und eine Strategie des Verwaltens erkennen. So wurde an einigen Standorten explizit darauf hingewiesen, dass manche Personen nach Jahren erfolgloser Bemühungen zu „Zahlfällen“ gemacht würden.

Ebenfalls als Herausforderung benannten einige Fachkräfte den Umgang mit psychisch kranken Leistungsberechtigten, die starke Stimmungsschwankungen oder Aggressionen erkennen lassen oder sie mit suizidalen Gedanken konfrontieren. Zwar hatten viele der Fachkräfte darauf hingewiesen, dass in den letzten Jahren häufiger Schulungen zu dem Themenfeld angeboten worden wären. Dennoch sahen sich

manche von ihnen noch unzureichend auf das Erkennen von psychischen Erkrankungen sowie den Herausforderungen im Umgang mit der Zielgruppe vorbereitet. Des Weiteren thematisierten einige der Fachkräfte u.a. Aspekte des Datenschutzes, die sie als Herausforderung bei der Betreuung empfanden. So gäbe es insbesondere Unsicherheiten hinsichtlich der Frage, welche Informationen in der EDV (nicht) hinterlegt werden dürften.

Als zentrale Herausforderung bei der Beratung und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten wurde die Regelung zur Erwerbsfähigkeit genannt. Aus Sicht der Fachkräfte befinden sich unter der Zielgruppe auch Personen, denen sie die Leistungsfähigkeit für eine Beschäftigung absprechen, die aber vom Ärztlichen Dienst oder von der Deutschen Rentenversicherung als erwerbsfähig eingestuft werden. Psychische Einschränkungen würden nach Auffassung einiger Fachkräfte bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit zu wenig berücksichtigt. Insbesondere durch die restriktive Handhabung der Rentenversicherung bei der Frage der Erwerbsfähigkeit würden ihnen Klientinnen und Klienten in der Betreuung verbleiben, die sie nach eigener Einschätzung nicht in den Arbeitsmarkt - und zum Teil auch nicht in arbeitsmarktpolitische Fördermaßnahmen - integrieren könnten.

Hinsichtlich der Nutzung arbeitsmarktpolitischer Fördermaßnahmen zeigte sich, dass für die Gruppe der psychisch kranken Leistungsberechtigten insbesondere Arbeitsgelegenheiten, die psychosoziale Betreuung im Rahmen der Kommunalen Eingliederungsleistungen sowie Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III genutzt werden. Als besonders geeignete Maßnahmen für die Zielgruppe beschreiben die Fachkräfte niedrigschwellige Angebote wie beispielsweise Coachingmaßnahmen oder auch spezielle Arbeitsgelegenheiten sowie langfristige Angebote mit einer langsamen zeitlichen Heranführung. Zudem sei es nach Auffassung der Fachkräfte von hoher Relevanz, dass nach Möglichkeit Sozialpädagogen, Ärzte, Psychologen und Arbeitstherapeuten in den Maßnahmen zur Verfügung stehen. Dies deckt sich überwiegend mit den Einschätzungen der befragten Klientinnen und Klienten. Auch diese bewerteten insbesondere Coachingmaßnahmen und mit Abstrichen Arbeitsgelegenheiten positiv, wenn auch einige Klientinnen und Klienten von negativen Erfahrungen berichteten. Dagegen äußerten sich die befragten Behandlerinnen und Behandler überwiegend kritisch zu der grundsätzlichen Förderpraxis der Jobcenter.

Als Antwort auf die Frage nach geeigneten Fördermaßnahmen für die Gruppe der psychisch Kranken wurden berufliche Rehabilitationsleistungen nur von jeder dritten befragten Fachkraft genannt, während fast alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachdienste bzw. Gesundheitsämter auf diese hinwiesen. Auch die befragten Behandlerinnen und Behandler äußerten sich sehr positiv zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen. Eine Erklärung für diese unterschiedliche Bewertung könnte in der von vielen Jobcentern vollzogenen Spezialisierung liegen, die Personen mit potenziellem Rehabilitationsbedarf speziell geschulten Reha-Mitarbeitern zuordnet, von de-

nen im Rahmen der Fallstudien nur wenige interviewt wurden. Grund für die Etablierung spezialisierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Bereich ist die Komplexität der „Materie Rehabilitation“. Entsprechend klagten auch die befragten Klientinnen und Klienten, dass ihnen die unterschiedlichen Zuständigkeiten im Bereich der beruflichen Rehabilitation nicht klar seien.

Obwohl seitens der im Rahmen der Exploration befragten Experten aus dem psychosozialen Versorgungsbereich "Unterstützte Beschäftigung" als wirksamster Maßnahmenansatz für psychisch Kranke bezeichnet wurde, ist dieses Instrument in den Jobcentern bislang nahezu bedeutungslos. Die Fachkräfte wünschten sich insbesondere einen Ausbau der Coachingangebote, die Etablierung von Förderketten sowie rechtskreisübergreifende Angebote, bei denen die unterschiedlichen Sozialleistungsträger Mittel und Ressourcen für gemeinsame Angebote zur Verfügung stellen.

Neben dem Fördern gehört das Fordern zu den Grundprinzipien des SGB II. Die grundsätzliche Sinnhaftigkeit „Fördern und Fordern“ zu koppeln, wird dabei von kaum einer Fachkraft bestritten. Betont wird allerdings, dass das Fordern bei der Gruppe der psychisch Kranken niedrighschwelliger ausgestaltet sein müsse. Hinsichtlich des Umgangs mit Sanktionen zeigte sich dabei ein sehr heterogener Umgang. Während es Fachkräfte gibt, die Sanktionen für die Gruppe der psychisch Kranken nahezu ausschlossen, wenden andere Sanktionen bei psychisch Kranken kaum anders an als bei gesunden Leistungsberechtigten. In zwei Jobcentern zeigte sich insgesamt ein sehr offensives Anwenden von Sanktionen.

Seitens der Behandlerinnen und Behandler wird der Leitsatz des „Förderns und Forderns“ ebenfalls mehrheitlich gutgeheißen. Sie wiesen darauf hin, dass auch im Rahmen von Therapien mit diesem Grundsatz gearbeitet wird. Gleichzeitig machten die Behandlerinnen und Behandler aber auch deutlich, dass bei psychisch kranken Leistungsberechtigten Fordern schnell zur Überforderung führen kann und daher sehr verantwortungsvoll gehandhabt werden müsse und eine Orientierung an den individuellen Besonderheiten der Betroffenen notwendig sei. Das Verhängen von Sanktionen gegen psychisch kranke Leistungsberechtigte lehnten die Behandlerinnen und Behandler einhellig ab, da hiermit schwerwiegende negative Folgen für den weiteren Krankheitsverlauf verbunden sein können.

Eher kritisch fiel der Blick der befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten auf das SGB II aus. Zwar gibt es einige Befragte, die die Betreuung durch das Jobcenter, erhaltene Unterstützungsangebote sowie die finanziellen Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts als positiv und unterstützend einordnen. Die Mehrheit der Befragten verbindet mit dem SGB-II-Leistungsbezug aber finanzielle Einschränkungen, Schikane durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter, Scham sowie gesellschaftliche Stigmatisierung. Aus diesen negativen Konsequenzen des SGB-II-Leistungsbezugs leitete ein Großteil der Betroffenen explizit oder implizit einen Verlust der Lebenszufriedenheit und einen sozialen Ausschluss aus der Gesellschaft ab.

Ähnlich kritisch äußerten sich die befragten Behandlerinnen und Behandler, die aufgrund der Berichte der Patientinnen und Patienten mit dem SGB II Stigmatisierung, Scham sowie finanzielle Einschränkungen für die Betroffenen verbinden.

Hinsichtlich der konkret erhaltenen Unterstützung durch die Fachkräfte im Jobcenter beklagten viele Klientinnen und Klienten häufig wechselnde Ansprechpartner, mit der Folge, ihre Kranken- und Lebensgeschichte immer wieder aufs Neue wiederholen und erklären zu müssen. Häufig wurde das Fehlen eines respektvollen und verständnisvollen Umgangs moniert. Dabei wurde ersichtlich, dass sich die Befragten insbesondere dann negativ über das persönliche Verhältnis zu ihrem Ansprechpartner äußerten, wenn sie nicht im Fallmanagement waren. Weiterhin kritisierten die Betroffenen die fehlende Transparenz von Entscheidungen, die Vergabe oft unpassender Arbeitsfördermaßnahmen, den Ausschluss älterer Leistungsberechtigter von Arbeitsfördermaßnahmen und das völlige Fehlen von Arbeitsangeboten bzw. die Versendung unpassender Stellenangebote. Im Fokus der Kritik der Behandlerinnen und Behandler standen insbesondere wenig passgenaue Arbeitsförderangebote.

Laut Aussagen der Betroffenen gibt es zu einem Teil Fachkräfte im Jobcenter, die die Erkrankung in den Beratungsgesprächen offen thematisieren und als unterstützend wahrgenommen werden. Gleichzeitig haben aber auch einige der Betroffenen die Erfahrung gemacht, dass die Erkrankung auch nach Bekanntgabe nicht weiter im Rahmen der Beratungsgespräche thematisiert wurde. Dabei wünschen sich die befragten Betroffenen mehrheitlich einen offenen Umgang mit ihrer Erkrankung, auch in den Gesprächen im Jobcenter.

Die Hälfte der befragten Klientinnen und Klienten hatten laut eigener Aussage bereits Konflikte mit dem Jobcenter. Im Fokus standen dabei überwiegend Leistungsfragen. Moniert wurden differierende Auskünfte zu Sachverhalten, Negierungen von mündlichen Absprachen sowie fehlende oder unzureichende Beratung. Ein häufiges Konfliktthema waren auch ausgesprochene Sanktionen. Ein Drittel der Klientinnen und Klienten, die von Konflikten berichteten, nehmen externe Unterstützung in Anspruch. Obwohl sich viele Klientinnen und Klienten durchaus kritisch über ihr Verhältnis zur betreuenden Integrationsfachkraft äußerten, stand dieses per se selten im Fokus von Konflikten.

Die Behandlerinnen und Behandler betonten stark den Aspekt, dass die Regularien und Prozessabläufe im SGB II unklar, komplex und uneinheitlich wären und für Außenstehende kaum zu durchdringen. Dies führt nach Auffassung der Behandlerinnen und Behandler auch häufig zu Sanktionierungen oder zur Nichtbeantragung von Leistungen, da die psychisch Kranken vor der Komplexität kapitulieren.

6 Netzwerke und Kooperationen

Nach der ausführlichen Darstellung der Situation und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten soll im Folgenden beschrieben werden, wie die Akteure

des Hilfe- bzw. Unterstützungssystems miteinander kooperieren. Die Termini Kooperation und Netzwerk haben bis heute in Theorie und Praxis keine einheitliche Interpretation erfahren. Nach der grundlegenden und häufig zitierten Definition von Mitchell (1969: 2) können Netzwerke als „spezifische Mengen von Verbindungen zwischen sozialen Akteuren“ beschrieben werden. Kooperation besteht laut Müller und Goldberger (1986), wenn zwei oder mehr Partner auf der Grundlage kollegialer Entscheidungen zusammenarbeiten, ohne dabei aber ihre wirtschaftliche Selbstständigkeit im Verhältnis zueinander aufzugeben.

Es kann an dieser Stelle nicht die Aufgabe sein, die Begrifflichkeiten tiefergehend zu interpretieren. Um die Ergebnisse der Erhebungen einordnen zu können, gehen wir allerdings von der theoretischen Annahme aus, dass Kooperation und Koordination im Netzwerk prinzipiell zu einer effektiveren Implementation führen. Kooperation ermöglicht den beteiligten Organisationen die Nutzung zusätzlicher Ressourcen wie problemspezifischer Expertise und Informationen (vgl. Jennings/Ewalt 1998) sowie zusätzlicher Mittel, Mitarbeiter und Infrastruktur (vgl. Lundin 2007). Durch Kooperation können die Aktivitäten und Handlungen der involvierten Akteure koordiniert werden, so dass eine effektivere und effizientere Bereitstellung öffentlicher Güter erfolgen kann (ebd.). Darüber hinaus ist aus der Institutionentheorie bekannt, dass dezentrale Kooperation zwischen den betroffenen Akteuren normalerweise die für alle Beteiligten erfolgreichste Lösung darstellt (Ostrom 1990). Kooperation kann verhindern, dass Ressourcen verschwendet werden oder unerwünschte soziale Effekte infolge Konkurrenz- oder konfliktorientierten Verhaltens öffentlicher Organisationen auftreten (vgl. Hooghe/Marks 2003).

Im Hinblick auf unsere untersuchten Fallstudienregionen zeigt sich, dass institutionalisierte Formen der Kooperation mit Beteiligung von Akteuren des Jobcenters, beispielsweise in Form von Gremien, nur in fünf der acht Regionen (z.B. Runder Tisch für Psychiatriebetroffene, Bündnis gegen Depression, Steuerungsgruppe psychosoziale Hilfen, kommunaler Psychiatriebeirat, Arbeitskreis Arbeit und Beschäftigung, Gemeindepsychiatrischer Bund) vorzufinden waren. Darüber hinaus wurde ersichtlich, dass Informationen aus diesen Gremien kaum oder gar nicht bei den Fachkräften ankamen.

Lediglich an einem Standort wurde von speziellen Arbeitsgruppen berichtet, welche vierteljährlich stattfänden und auf sehr positive Resonanz seitens der Behandlerinnen und Behandler und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter stießen. Neben den Vernetzungstreffen gibt es an diesem Standort auch Schulungen und Hospitationsmöglichkeiten, welche durch Behandlungsinstitutionen für Fachkräfte des Jobcenters angeboten werden, um das Fachwissen zu psychischen Erkrankungen auszubauen, Kontaktstellen zu schaffen und über Abläufe und Maßnahmen in Beratungsstellen zu informieren. An diesem Standort wurde auch davon berichtet, dass Fachkräfte des Jobcenters einmal im Monat die Klinikmitarbeiterinnen und Klinikmitarbeiter aufsuchen, um gemeinsam Fälle zu besprechen. Allein an diesem Standort kann insgesamt von funktionierenden Netzwerkstrukturen gesprochen werden, während an

allen anderen besuchten Standorten die Zusammenarbeit im Wesentlichen maximal auf der konkreten Fallebene angesiedelt war. Diese Formen der Zusammenarbeit und auch fehlende Zusammenarbeit werden im Folgenden kursorisch aus den unterschiedlichen Perspektiven dargestellt (Abschnitt 6.1) bevor anschließend der Blick geweitet wird auf weitere Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der Führungs- und Fachkräfte der Jobcenter und der Behandlerinnen und Behandler bei der Betreuung von psychisch Kranken (Abschnitt 6.2).

6.1 Kooperationen zwischen den Akteuren der Jobcenter und den Akteuren des ärztlichen und psychosozialen Versorgungssystems

Für eine profunde Bewertung der vorhandenen Kooperationen zwischen den Akteuren der Jobcenter und den Behandlerinnen und Behandlern mussten alle Sichtweisen in die Betrachtung einbezogen werden. So wurden neben den Führungs- und Fachkräften der Jobcenter auch die Behandlerinnen sowie Behandler um ihre Einschätzung sowie um eine Beschreibung von konkreten Beispielen der Zusammenarbeit gebeten. Darüber hinaus war von Interesse, wie die Betroffenen die Kooperation zwischen ihren Ansprechpartnern in den Jobcentern sowie ihren Behandlerinnen und Behandlern wahrnehmen und welche Wünsche sie hinsichtlich der Zusammenarbeitsstrukturen äußern. Im Folgenden sollen die verschiedenen Perspektiven vorgestellt werden.

Kooperationsbeziehungen zwischen Behandlern und Jobcentern aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Jobcenter

Lediglich in der eingangs kurz skizzierten Region, in der von institutionalisierten Arbeitsgruppen berichtet wurde, zeigten sich auch insgesamt etablierte Formen einer engen Zusammenarbeit, insbesondere mit der zentralen örtlichen Klinik.

„Wenn wir einen Kunden haben, wo wir glauben, es ist ganz dringlich, dass der in Behandlung kommt, können wir dem auch einen (...) einen Überweisungsschein sozusagen ausstellen und ihn auffordern, sich dort vorzustellen. Das läuft relativ gut. (...) Es ist ein enger Kontakt, ist ein gewachsener Kontakt. Die Klinik arbeitet, glaube ich, gern mit uns zusammen, weil ja alle das Optimale für den Patienten bzw. Kunden erreichen möchten. Das läuft auch mit Bescheinigungen, wenn jemand dann stationär aufgenommen wird, ähm das sind so Verfahren, die sind sehr etabliert mittlerweile.“
[05 02 Reha-Fallmanager]

An allen anderen Standorten⁷⁴ benannten die Fachkräfte die Behandlerinnen und Behandler nur selten überhaupt als relevante Kooperationspartner. In Einzelfällen wurden hier große Kliniken und RPK benannt. Die Fachkräfte betonten aber, dass sich Formen der Zusammenarbeit nur bei sehr wenigen Einzelfällen ergeben würden. Nur

⁷⁴ Unabhängig davon, ob in der Region institutionelle Gremien bestehen oder nicht.

etwa jede sechste befragte Fachkraft äußerte, dass sie häufiger Kontakte zur Behandlerseite hätte. Die anderen Fachkräfte äußerten jeweils hälftig, nie oder nur sehr vereinzelt solche fallbezogenen Kontakte zu haben.

Hierbei zeigte sich, dass seitens der Fachkräfte die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und Therapeutinnen und Therapeuten aus Kliniken noch vergleichsweise häufig stattfindet, mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aber praktisch keine Kooperation stattfindet. Viele der Befragten äußerten zudem sehr negative Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Behandlerinnen und Behandlern und bewerteten deren Kenntnisstand über das SGB II und die Arbeit der Fachkräfte im Jobcenter als sehr gering. Relativ häufig beschrieben die Fachkräfte die Behandlerinnen und Behandler gar als unnahbar oder abweisend.

„Man kommt entweder gar nicht an die dran oder die sagen: Was wollen Sie denn. Oder total, sag ich mal, meinen Ansatz oder unseren Ansatz hier im Hause nicht verstehen. Was ist das Jobcenter, was ist Arbeitslosengeld II.“ [01 04 Fallmanager]

„Weil sie sich auf ihr trotziges Schweigerecht zurückgezogen haben, obwohl das [die Schweigepflichtentbindung] vom Kunden soweit vorhanden war. Und so ansonsten habe ich keine Aussagen erhalten, also keine klaren Aussagen.“ [02 04 Fallmanager]

„Aber die kennen unsere Angebote dann nicht, und da erlebe ich ganz oft, dass von deren Seite wiederum so die Vorstellung ist: Oh, mein armer Patient, ich muss den vom bösen Jobcenter schützen. Das Jobcenter ist böse, die wollen ja die Leute nur traktieren, sonst was und dann kommt auch so eine falsche Schutzhaltung. (Lacht kurz). Also die schreiben sie dann immer krank, sind nicht arbeitsfähig, aber was den Leuten ja auch nichts bringt, äh weil sie auch gar nicht wissen, dass wir ja auch was Positives machen könnten. Also ich weiß nicht, wie man da jemals zusammenkommt, weil ich kann nicht zu jedem Therapeuten gehen und sagen: Guck mal an, wie toll wir im Jobcenter sind. Das ist völlig unmöglich.“ [08 01 Teamleitung]

Wie die Interviewzitate zeigen, haben viele Fachkräfte den Eindruck, dass Ärztinnen und Ärzte oftmals leichtfertig Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellen, anstatt sich mit den Fachkräften im Jobcenter abzusprechen. Hierdurch - so beklagten die Fachkräfte - würden sie unbewusst ihren Patientinnen und Patienten eher Chancen auf Fördermaßnahmen oder auch Bewerbungsgespräche und Arbeitsangebote verbauen.

Das von vielen Fachkräften beschriebene Desinteresse der Behandlerinnen und Behandler an engerer Kooperation zeigte sich sehr plastisch in einer unserer Regionen. Dort hatte das Jobcenter 100 Behandlerinnen und Behandler angeschrieben und zu einem Informationsabend über das SGB II eingeladen. Von den 100 angeschriebenen Ärztinnen und Ärzten bekundeten aber nur vier ihr Interesse an einer solchen Veranstaltung. Bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jobcenters, die sich viel von einer solchen Veranstaltung versprochen, hinterließ diese geringe Resonanz eine große Enttäuschung.

Aus Sicht der Befragten an diesem Standort haben Ärztinnen und Ärzte nur Interesse an Veranstaltungen bzw. Bildungsmaßnahmen, die ihnen Fortbildungspunkte im Sinne der Fortbildungsverpflichtung nach §§ 95d bzw. 116 SGB V bieten.⁷⁵ Dies kann ihnen aber das Jobcenter (zumindest bislang) nicht bieten.

Der Wunsch nach mehr Kooperation wurde von einem Teil der Fachkräfte dezidiert geäußert, während andere Fachkräfte eine strikte Trennung der jeweiligen „Sachgebiete“ bevorzugten und einen größeren Austausch nicht wollten bzw. aus ihrer Sicht nicht bräuchten. Dabei äußerten einzelne Fachkräfte auch konkrete Vorschläge, wie sie sich im Einzelfall eine solch engere Zusammenarbeit vorstellen können, beispielsweise *„dass er [der Klient] vormittags in die Tagesklinik geht und nachmittags an einer Maßnahme [des Jobcenters] teilnimmt, so dass man dann gemeinsam guckt, dass man da Schritt für Schritt irgendwie Stabilität reinbringt.“* [03 01 Teamleitung]

Der Wunsch dieser Fachkräfte war es, die fragmentierten Unterstützungsangebote zu bündeln, um stärker Hilfen aus einer Hand anbieten zu können, da gerade bei psychisch Erkrankten in der Regel bereits viele unterschiedliche „Helfer“ tätig seien, die sich selten abstimmen und mitunter völlig unterschiedliche und teils konträre Empfehlungen geben. Bei diesen Fachkräften war der Wunsch groß, alle Beteiligten mit dem Klienten an einen Tisch zu bringen, um gemeinsam Lösungen zu erarbeiten.

„Also alle Beteiligten mal an den Tisch mit dem Bewerber selber und wer auch immer da jetzt beteiligt ist, also ob das jetzt Familienmitglieder sind oder äh schon Beratungsstellen oder weiß der Geier, um einfach mal gemeinsam zu gucken, wo stehen wir denn jetzt gerade und auch irgendwie klarzumachen, ähm wir alle haben dasselbe Ziel und aus unserer Sicht natürlich auch zu sagen, wir sind nicht die Bösen, wir finanzieren hier gerade das Leben von dieser Person und damit verbunden haben wir Aufgaben. Und äh das bedeutet aber immer noch nicht, dass wir jemanden zu irgendwas zwingen wollen, was (..) was er jetzt gar nicht so will. Das wäre ganz schön, ja. Aber das ist (...) wir machen das in Einzelfällen, aber es ist total schwierig und die Erfahrung zeigt uns, (.) ähm dass bei psychisch Kranken ganz oft schon viele Helfer sind, die aber voneinander nichts wissen. Und die Person selber, der psychisch Erkrankte, ähm (.) selber das oftmals auch gar nicht sagt. Das sind eher äh in der Regel Zufallsgeschichten, dass sie dann mal erzählen: Ja, Herr so und so hat auch gesagt und wo dann drauf (..) ah, da kommt noch jemand, da ist noch jemand und es (...) eigentlich wäre es doch mal gut zu gucken, wer ist denn da, ja. Und das ist aber auch so ein Ding, da, ne, wo uns der Datenschutz im Grunde genommen das erstmal so unmöglich macht und ähm psychisch Kranke wissen oftmals selber nicht ähm in allen Fällen, wer da eigentlich warum zu ihnen kommt oder warum sie irgendwo hingehen.“ [06 04 Arbeitsvermittler]

⁷⁵ Im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung können den Ärztinnen und Ärzten nur solche Fortbildungsveranstaltungen angerechnet werden, die zuvor von einer Ärztekammer oder anderen Heilberufskammern anerkannt und mit Fortbildungspunkten bewertet wurden.

Die Skeptiker einer engeren Zusammenarbeit betonten dagegen, dass die unterschiedlichen Sozialleistungsträger per se nicht wirklich kooperationsfähig seien, da jeder nur aus seiner Profession heraus denke und nur das Beste für sich bzw. seine Institution herausschlagen wolle. Andere Fachkräfte betonten, dass sie keinen Mehrwert in einer engeren Kooperation mit Behandlerinnen und Behandlern sehen, da ihnen entsprechende Rückmeldungen der Klientinnen und Klienten zum Stand der ärztlichen bzw. therapeutischen Behandlung vollkommen ausreichen würden.

„Und wenn die bei mir richtig in Betreuung sind, dann sagen die immer: „Ich habe dann und dann wieder einen Termin. Ich kriege Tabletten, wir planen eine Therapie.“ Da weiß ich immer Bescheid. Das reicht mir. Warum soll ich da noch mit den Ärzten reden. Ne, das muss ich nicht. Da vertraue ich den Kunden, dass die die Zeit brauchen und belaste die nicht.“ [01 02 Fallmanager]

Kooperationsbeziehungen zwischen Behandelnden und Jobcentern aus Sicht der Behandlerinnen und Behandler

Die Behandlerinnen und Behandler schilderten im Vergleich zu den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jobcenter heterogenere Erfahrungen hinsichtlich ihrer Zusammenarbeit. Etwa ein Viertel der Behandlerinnen und Behandler gab an, keinen persönlichen Kontakt zum Jobcenter zu haben. Diese Behandlergruppe setzt sich größtenteils aus Ärztinnen und Ärzten und Psychologinnen und Psychologen zusammen. Sie berichteten, dass der Austausch nur indirekt, schriftlich über Anträge und Formulare verlaufe, allerdings kein telefonischer oder persönlicher Austausch stattfinde. Die Mehrheit dieser Behandlerinnen und Behandler wünschte sich jedoch einen stärkeren Austausch und würde Vorteile in einer Kooperation sehen.⁷⁶ Teilweise kritisierten sie, dass sie auf konkrete Anfragen keine Rückmeldungen vom Jobcenter oder von den Fachdiensten der BA erhielten und dass diese schriftliche Kommunikation und Abklärung bevorzugen.

„Ja, schriftlich. Also ich bekomme immer mal Anfragen zum ärztlichen Befundbericht. [...] Dann bin ich ein bisschen ärgerlich. Ich kreuze wirklich konti-, also konsequent an, dass ich gerne das ärztliche Gutachten haben möchte und das ist im Formular ja auch vorgedruckt und ich habe noch nie eins bekommen vom Arbeitsamt. Allenfalls bringen mir die Patienten das dann manchmal mit.“ [AG 01 02 03 Psychiater, Niederlassung]

Der Großteil der Befragten berichtete jedoch von persönlichen - unregelmäßigen und anlassbezogenen - Erfahrungen mit dem Jobcenter. In dieser Gruppe waren neben Ärzten und Psychologen auch die befragten Pädagogen, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten vertreten. Laut der Mehrheit der Befragten, welche sich zu fallbezogenen

⁷⁶ Es ist keinesfalls so, dass die Gruppe der Behandlerinnen und Behandler, die keine Kooperationsbeziehungen zum Jobcenter hat, überhaupt nicht mit Arbeitsmarktakteuren kooperiert. So benannte diese Gruppe beispielsweise als Kooperationspartner die Reha-Berater der Agentur für Arbeit oder die Integrationsfachdienste.

Kontakten äußerten, erfolge ein Austausch hierbei über Telefonate. In manchen Fällen fänden auch Kontakte in Form von persönlichen Gesprächen, meist zusammen mit dem Patienten bzw. der Patientin, vorwiegend in den Räumlichkeiten der Jobcenter, seltener in denen der Behandlungsinstitutionen statt.

Mitunter ging die Kontaktaufnahme auf Wünsche der Patientinnen und Patienten zurück, die Hilfe und Unterstützung durch die Behandlerinnen und Behandler einforderten. Die Behandlerinnen und Behandler berichteten, dass die Betroffenen mitunter Ängste hätten und sich durch die Vermittlung des Behandlers ein besseres Verständnis für ihre Erkrankung und die damit verbundenen Besonderheiten auf Seiten des Jobcenters erhofften. Häufig gehe es aber auch um die Klärung leistungsrechtlicher Aspekte.

„Ja, das ist dann meistens so, dass die Klienten hier sind, irgendeinen Bescheid haben und sagen, ja Mensch, warum ist denn das hier so und so und ja, dass ich dann sage, ja, wissen Sie was? Dann klären wir das. Dann rufe ich jetzt gerade, wenn Sie da sind, hier an und frage mal nach, warum. [...] ich sage mal, im Schnitt rufe ich da bestimmt einmal in der Woche irgendeinen Fallmanager an und frage auch noch irgendwelche so zahlreichen Details, warum was bei wem jetzt gerade so ausgelegt wird oder was.“ [AG 04 02 05 Sozialarbeiter, psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle]

Die telefonische Zusammenarbeit wurde unterschiedlich bewertet. Einerseits wurde beschrieben, dass sie ergebnisorientiert sei und der Informationsaustausch zur verbesserten Einschätzung der Leistungsfähigkeit des Patienten oder der Patientin führe. Andererseits berichteten Behandlerinnen und Behandler, dass eine gute Zusammenarbeit abhängig von der Fachkraft des Jobcenters sei und teilweise unerfreuliche Telefonate geführt werden würden. Kritisiert wurde, dass Fachkräfte des Jobcenters mitunter die eigene Rechtslage nicht kennen würden und eine große Schwierigkeit in der Kontaktaufnahme und Erreichbarkeit der zuständigen Fachkraft bestehe, da häufig eine Vermittlung über Hotlines und Callcenter verlaufe. Nur in wenigen Jobcentern haben einige Behandlerinnen und Behandler Durchwahlnummern der Fachkräfte, die eine schnelle Erreichbarkeit und Problemlösung ermöglichen.

„Aber ich habe schon sehr unerfreuliche Telefonate mit denen geführt, von daher. [...] Das gibt ganz tolle Menschen da und es gibt Katastrophen, wo man sich wirklich anlegt in einer Art und Weise, wo man sich fragt, ja, es ist, geben Sie Menschen Macht und da gibt es immer Menschen, die Macht ausnützen. Das ist situativ, das ist personenbezogen.“ [AG 07 02 06 Arzt, psychiatrische Ambulanz]

„Ich versuche hundertfünfundneunzig Mal dort mit den Klienten anzurufen. Äh, es ist leider sehr schwierig mittlerweile, telefonisch da durchzukommen.“ [AG 05 02 06 Sozialpädagoge, psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz]

„Wir haben hier das Glück, dass wir die direkte Durchwahl von zwei Fallmanagern haben, die wir dann direkt anrufen können und die auch zu allem und jedem eine Info

geben. Und das ist halt einfach so Bonus. Das haben wir jetzt in den letzten Jahren erarbeitet, weil sonst, da mal direkt jemanden an den Hörer zu bekommen, das ist schwierig.“ [AG 03 02 03 Ergotherapeut, psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz]

Neben einer guten telefonischen Erreichbarkeit betonten die Behandlerinnen und Behandler die Relevanz vertrauter konstanter Ansprechpartnerinnen und -partner im Jobcenter. Häufig genannte Probleme bei der Umsetzung einer stärkeren Kooperation waren daher die hohe Fluktuation der Ansprechpartnerinnen und -partner im Jobcenter und die Fragmentierung der Arbeitsschritte bzw. -aufgaben. Auch und v.a. im Interesse der psychisch Kranken wünschten sich einige Behandlerinnen und Behandler einen konkreten und persönlichen Ansprechpartner im Jobcenter und klare Strukturen, welche Institution (Agentur für Arbeit, Jobcenter, Rentenversicherung etc.) wann für wen zuständig ist. In den Aussagen der Behandlerinnen und Behandler bestätigten sich an dieser Stelle sehr eindrücklich bisherige Forschungsergebnisse zur Grundsicherung, nach denen die mit Einführung des SGB II versprochene Schaffung einheitlicher und effizienter Anlaufstellen und Dienstleistungen aus einer Hand (Deutscher Bundestag 2003: 42ff.) bislang nicht eingelöst wurde (Knuth 2009: 63). Gerade bei der Gruppe der Rehabilitanden im SGB II komme es hierdurch zu einer bürgerunfreundlichen, verwaltungsaufwändigen und für Außenstehende kaum nachzuvollziehenden Doppelbetreuung (vgl. ausführlich Oschmiansky/Kaps 2009). Sell (2009: 6) stellte daher kritisch fest, dass die gegenwärtige institutionelle Ausformung der Teilsysteme eher komplizierter, vielgestaltiger und auch mit entsprechend mehr Widersprüchen versehen ist, als vor der Einführung der Grundsicherung.

„Und diese Zerstückelung, die ist auch, glaube ich, für psychisch Kranke nicht so sinnvoll. Es wäre da wünschenswert, wenn das in einer Hand bliebe auch. [...] Die rotieren halt in den Ämtern. Man trifft ja quasi niemals auf den gleichen.“ [AG 02 02 01 Sozialarbeiter, psychiatrische Tagesklinik]

„Schwierig macht es, wenn irgendwie so zwei große Institutionen sich damit beschäftigen. Ich denke, das sollte so ein bisschen klarer strukturiert sein. Das würde wahrscheinlich auch uns als Behandler helfen, dann da einen Ansprechpartner zu haben und nicht irgendwie eine Vielzahl. Also ist es die Bundesagentur oder ist es das Jobcenter oder ist es das, die Reha, der Rentenversicherungsträger.“ [AG 01 02 03 Psychiater, Niederlassung]

Wenn aber zumindest die telefonische Erreichbarkeit und konstante Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner gegeben sind - was aber eher die Ausnahme denn die Regel ist - wird die Zusammenarbeit positiv von Seiten der Behandlerinnen und Behandler bewertet.

„Ja, da ist eine langjährige Kooperation inzwischen entstanden. Mit viel fachlichem Austausch und persönlicher Kontaktpflege, da gelingt inzwischen also eine gute Zusammenarbeit, sodass die Entscheidungen auch sinnvoll für die Patienten sind.“ [AG 03 02 04 Psychiater, Psychiatrie]

Befragte Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten berichteten aber auch durchaus von differenzierter konkreter Zusammenarbeit, beispielsweise von gemeinsamen Fallbearbeitungen oder der Begleitung von Klientinnen und Klienten zu Terminen im Jobcenter.

„Ich habe einen Patienten, der ist gelernter Maler und auch schon seit Ewig und drei Tagen arbeitslos, noch ein junger Mann. Und da arbeite ich auch mit der Fallmanagerin zusammen und wir wechseln uns ab ihn zuhause zu besuchen, weil er auch schwer erkrankt ist, mittlerweile. Und ja, da wäre es zum Teil halt auch zu Kürzungen gekommen, aber da klappt die Zusammenarbeit einfach so super, dass sie erst mich anruft, um sich nach dem aktuellen Status zu informieren oder über diesen Status zu informieren, bevor es da direkt zu Kürzungen kommt.“ [AG 03 02 03 Ergotherapeut, psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz]

„Also 50 Prozent unserer Klienten werden von uns begleitet, wenn die Termine im Jobcenter haben. [...] Da gibt es aber welche dabei, die sind geängstigt oder sind verunsichert und die begleiten wir dann.“ [AG 06 02 03 Sozialarbeiter, Wohneinrichtung]

Wenn persönliche Gespräche mit Jobcenter-Fachkräften stattfanden, wurden diese überwiegend als positiv und ergebnisorientiert bewertet. Fallbezogene Sichtweisen ließen sich durch solche Gespräche erweitern und anstehende Sanktionen mitunter verhindern. In zwei Fällen wurde aber auch von negativen Erfahrungen der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter mit persönlichen Gesprächen im Jobcenter berichtet. Kritisiert wurden ein respektloser Umgang der Fachkraft mit dem Patienten, die Zerstückelung der Arbeitsschritte im Jobcenter und die benötigte Rechtskenntnis, um Problematiken überhaupt für sich selbst verstehen zu können.

An einem Standort wurde berichtet, dass es Einladungen zu Fallkonferenzen, initiiert vom Jobcenter, gäbe. Jedoch wäre laut eines behandelnden Arztes der eigene Zeitmangel ein Problem zur Wahrnehmung dieser Einladungen. An einem anderen Standort gibt es Akteure des sozialpsychiatrischen Behandlungssettings, die direkt im Jobcenter (in einer Nebenstelle) ansässig sind. Hier werden ein psychosoziales Coaching und Kurzzeitinterventionen für SGB-II-Leistungsberechtigte angeboten. Außerdem finden fallbezogene Absprachen mit den Fachkräften des Jobcenters statt. Diese Form der Zusammenarbeit wurde als wirkungsvoll eingestuft; die Fachkräfte seien sehr kooperativ und würden sich an den Einschätzungen und Hinweisen der beratenden Psychologinnen und Psychologen orientieren.

„Wir sitzen sozusagen im Jobcenter. (...) Und beraten hier, ja, ALG-II-Empfänger (...). Also wir haben tatsächlich eine Wirkungsanalyse jetzt eben auch mal letztes Jahr gemacht. (...) Ich glaub, inzwischen sind es schon über 25 Prozent der Teilnehmer am, die beim psychosozialen Coaching teilgenommen haben, in versicherungs-, sozialversicherungspflichtige Arbeit integriert werden konnten. Das ist für Jobcenterverhältnisse und auch im Vergleich zu anderen Maßnahmenangeboten, die Arbeitslosen

angeboten werden, eine ziemlich hohe Zahl. (...) Aber wir haben so das Fazit gezogen, dass das psychosoziale Coaching eben ein wirkungsvoller Baustein ist. Ja? Beim Reintegrationsprozess. Und dass es eben beitragen kann, zur Integration in Arbeit.“ [AG 01 02 06 Psychologe, Psychosoziales Coaching]

Der Großteil der Behandlerinnen und Behandler äußerte durchaus den Wunsch nach einer Intensivierung der Zusammenarbeit mit den Jobcentern. Durch eine verbesserte Kooperation könne ein stärkerer Austausch über Kompetenzen und aktuelle Schwierigkeiten der psychisch Kranken in Zusammenhang mit der Erkrankung erzielt werden. Die aktuelle Leistungsfähigkeit im Hinblick auf die berufliche Eingliederung ließe sich so genauer einschätzen und erforderliche Maßnahmen oder eine individuelle Passung zwischen dem Leistungsprofil und den Arbeitsanforderungen erreichen. Zudem könne die psychosoziale Behandlung effektiver abgestimmt werden.

„Ja dass die Einschätzung der Patienten einfach besser wäre. Ja? Was, was, was können die? Was wäre nötig? (...) Welches Arbeitsumfeld würden Sie brauchen, damit Sie überhaupt die Arbeit schaffen. Solche Dinge.“ [AG 05 02 05 Arzt, psychiatrische Ambulanz]

Im Weiteren kritisierten die Behandlerinnen und Behandler fehlende Transparenz über Möglichkeiten und Angebote der Jobcenter und wünschten sich entsprechend eine Beratung über vorhandene Angebote und Maßnahmen, um ihre Behandlung stärker darauf anpassen und die Betroffenen besser vorbereiten zu können.

„Was gibt es eigentlich vom Arbeitsamt⁷⁷ für Maßnahmen, damit wir mal einen Überblick haben. Was kann ich denn eigentlich empfehlen? Was gibt es für Alternativen? Für welche Menschen, ist was geeignet? Das wird mit uns nicht abgestimmt, als Versorger. [...]. Wie gesagt, ich würde gerne mal von denen hören, was wir eigentlich den Patienten sagen sollen, was da passiert, was sie mitbringen sollen, wie es läuft. Wie sie gut vorbereitet sind.“ [AG 02 02 03 Psychologe, psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz]

Ein weiterer Wunsch der Behandlerinnen und Behandler betraf bessere Schulungen der Fachkräfte in den Jobcentern zum Themenkreis der psychischen Erkrankungen. Verbunden damit ist die Hoffnung, dass entsprechend geschulte Fachkräfte empathischer agieren und mehr Verständnis für die individuellen Problemlagen der Betroffenen aufbringen.

⁷⁷ In diesem, wie in vielen anderen Zitaten zeigt sich, dass den Behandlerinnen und Behandelern oft schon die Unterscheidung zwischen der Agentur für Arbeit (bzw. nach altem Namen das Arbeitsamt) und den Jobcentern schwer fällt.

Wünsche der Betroffenen aus Sicht der Behandlerinnen und Behandler

Etwa die Hälfte der Behandlerinnen und Behandler berichtete, dass ein Austausch zwischen ihnen und den Fachkräften der Jobcenter aus Sicht der Betroffenen erwünscht sei. Teilweise beruhten die Einschätzungen auf Erfahrungen der Behandlerinnen und Behandler, da bereits konkrete Kontakte vorhanden waren. Andere Beurteilungen basierten auf der fiktiven Einschätzung der Befragten und auf der Annahme von Vorteilen eines solchen Austausches in Form von Entlastung der Betroffenen und einer besseren Arbeitsvermittlung.

„Wünschen die sich sehr, weil die sich davon eben etwas bessere Vermittlungsmöglichkeiten erhoffen und auch erhoffen, dass sie nicht so - ich sag mal wirklich so wie es gemeint ist - nicht so drangsaliert werden.“ [AG 06 02 03 Sozialarbeiter, Wohnrichtung]

Etwa ein Viertel der befragten Behandlerinnen und Behandler betonte, dass der Wunsch eines Austausches je nach Patient und Patientin, oft abhängig von der Motivation und der Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten, differiere. Außerdem spielten Faktoren wie die Bereitwilligkeit der Informationsweitergabe und bisherige Erfahrungen mit dem Jobcenter eine relevante Rolle. Beispielsweise wurde berichtet, dass junge Patienten sowie Kurzzeitleistungsbeziehende eher offen für einen Austausch wären als ältere und Langzeitleistungsbeziehende sowie Patienten und Patientinnen, welche bereits schlechte Erfahrungen mit den Ämtern gemacht haben.

„Ich denke die Patienten wären da (...) unterschiedlich. Die, die jetzt neu rein kommen, wären wahrscheinlich offener. Die, die schon eine Weile zwischen diesen Mühlen hin und her (...) ich glaube, die hätten da sehr große Ängste, dass da hinten rum irgendwas ausgehandelt wird, um ihnen was zu verweigern“ [AG 02 02 03 Psychologe, psychiatrische Tagesklinik und Ambulanz]

„Das, würde ich sagen, so fifty-fifty. Also es gibt Einige, die sagen, nee ich mache das alleine, ich regele das alleine. Und Andere, die ganz klar sagen, können Sie da bitte mal Kontakt aufnehmen und uns von der Schweigepflicht entbinden. Oder über, die das Angebot, was wir hier im Hause haben, dann einfach um Unterstützung und Hilfestellung von uns bitten.“ [AG 07 02 07 Ergotherapeut, psychiatrische Klinik]

Ein weiteres Viertel der Behandlerinnen und Behandler schätzte einen Austausch aus Sicht der Patientinnen und Patienten als nicht oder nur selten erwünscht ein. Dies gründet sich insbesondere auf die schlechten Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit dem Jobcenter und daraus entstandenem Misstrauen.

„Und mein persönlicher Eindruck ist, dass sie eher so ein Stück misstrauisch sind, wenn die Ämter von mir Informationen wollen.“ [AG 01 02 03 Arzt, eigene Praxis]

Kooperationsbeziehungen zwischen Behandelnden und Jobcenter aus Sicht der Klientinnen und Klienten

Knapp 90 Prozent der Befragten gaben an, dass kein persönlicher Austausch zwischen den Fachkräften des Jobcenters und ihren Behandlerinnen oder Behandlern

bestehe bzw. ihnen kein persönlicher Kontakt bekannt sei. Wesentliche Informationen würden schriftlich über ein Gutachten übermittelt und der Datenschutz sei ein Grund, dass kein Austausch stattfindet.

„Die haben damit ja eigentlich wenig, - finde ich, wenig zu tun. Die tun ja nur die Psyche aufbauen, und den Rest muss man eigentlich schon selber machen. Also sich um Arbeit bemühen, muss man eben alleine.“ [AG 01 01 03]

„Ja, nur, wenn ich ja von meiner Psychologin da, ich habe ja auch diese Papiere auch schon mal da angeboten, ne? Und die wollten die aber nicht haben, das geht uns nichts an und Schweigepflicht und Pipapo.“ [AG 04 01 01]

Lediglich eine Minderheit der Befragten berichtete, dass es die Möglichkeit eines Austausches zwischen den Fachkräften des Jobcenters und den Behandlerinnen und Behandlern gebe. Dies würde einerseits durch Angabe von behandelnden Kontaktpersonen und der Unterschreibung einer Schweigepflichtentbindung erfolgen. Von bereits erfolgtem Austausch wurde nur in sehr vereinzelt Fällen berichtet. Laut der Befragten ging in diesen Fällen die Initiative von den Behandlerinnen bzw. Behandlern und Sozialarbeitern bzw. Sozialpädagogen aus. In lediglich zwei Fällen wurde von Fallkonferenzen berichtet, beide Male mit positiver Resonanz seitens der Betroffenen.

Eine Mehrheit der Patientinnen und Patienten wünscht sich durchaus eine engere Kooperation zwischen den Fachkräften der Jobcenter und den Behandlerinnen und Behandlern, verbunden mit der Hoffnung, dass hierdurch ein besseres Verständnis für die mit der psychischen Erkrankung verbundenen Besonderheiten erzielt werden und gezieltere Unterstützung, Beratung und Vermittlung stattfinden könne. Allerdings betonten einige Patientinnen und Patienten, dass bestimmte Bedingungen erfüllt sein sollten. Genannt wurden hier wieder die Existenz einer festen Vertrauensperson im Jobcenter und von Fachkräften, die auf die Vermittlung psychisch erkrankter Personen spezialisiert sind oder ein gewisses Mindestwissen zu psychischen Erkrankungen mitbringen.

„Austausch, ja, damit die anderen auch mal Bescheid wissen, was es heißt, eigentlich psychisch behindert zu sein oder psychische Krisen erlebt zu haben und dann wieder ins Arbeitsleben und Berufsleben zurückzukehren, da herrschen doch echt Barrieren, das wächst auf beiden Seiten. Und das kann nur über Aufklärung geschehen eigentlich.“ [AG 03 01 04]

Während es unter den Patientinnen und Patienten, die sich eine bessere Kooperation zwischen Behandlerinnen bzw. Behandlern und den Fachkräften des Jobcenters wünschen, Personen gibt, die einer vollen Informationsweitergabe positiv gegenüberstehen, betonten andere, dass sie nur diejenigen Informationen an das Jobcenter übermittelt sehen wollen, die dort zur Einschätzung der Belastbarkeit und Arbeitsfähigkeit dienlich sind.

„Ich finde, dass Sie wissen sollte, woran ich erkrankt bin. Aber, ich denke nicht, dass es Sie zu interessieren hat, aus welchen Gründen ich erkrankt also was dazu geführt hat.“ [AG 05 01 01]

„Dürften Sie eigentlich alles haben, weil das gehört mit zu meinem Leben und da wäre ich ganz offen da drinne und ich denke mal, je mehr, mehr Info man kriegt, desto besser kann auch der Mensch gegenüber einem, mit einem arbeiten.“ [AG 07 01 05]

Etwa ein Drittel der Befragten gab jedoch an, dass eine Kooperation gar nicht erwünscht sei, da sie hierin entweder keinen Mehrwert erkennen können oder generell eine strikte Trennung zwischen „Arbeit und Krankheit“ bevorzugen. Geäußert wurden in diesem Zusammenhang auch fehlendes Verständnis und Fachwissen der Fachkräfte über psychische Erkrankungen und Sorgen, dass ein Austausch gar nachteilige Auswirkungen haben könnte, beispielsweise durch ausbleibende Vermittlungsangebote. Erneut wurde angemerkt, dass zur Fachkraft des Jobcenters aufgrund hoher Fluktuation und ständig wechselnder Ansprechpartner kein Vertrauensverhältnis bestehe und auch keins aufgebaut werden könne. In Einzelfällen wurde auch die Verschwiegenheit der zuständigen Fachkraft angezweifelt.

„Auf Grund vom Bauchgefühl. [...] Und wenn man jetzt mit dem Jobcenter zusammenarbeitet, also ich hätte da ganz starke Bedenken, dass das bei dem Bearbeiter bleibt. Na und weil die Bearbeiter ja auch ständig wechseln.“ [AG 01 01 08]

6.2 Weitere Ansprechpartner und Kooperationspartner bei der Betreuung von Psychisch Kranken im SGB II

In unseren Interviewleitfäden mit Akteuren der Jobcenter war lediglich im Interviewleitfaden mit den Teamleitern eine dezidierte Frage zu weiteren Netzwerkpartnern enthalten. Allerdings nannten auch die Fachkräfte in unterschiedlichsten Zusammenhängen im Rahmen der Interviews Akteure, mit denen sie zusammenarbeiten und die im Rahmen der Codierung von uns entsprechend unter Netzwerke und/oder Kooperation zugeordnet wurden, wenn eine gewisse Form der Kooperation ersichtlich wurde. Daher konnten auch die Interviews mit den Fachkräften in die Auswertung einbezogen werden, zumal nicht nur von Interesse ist, welche Akteure erwähnt wurden, sondern auch, welche nicht genannt wurden.

Dennoch sind die Ergebnisse in diesem Unterkapitel vorsichtig zu interpretieren, da sie nicht auf einer systematischen Erhebung gründen. Gleichwohl bieten sie einige interessante Aspekte, die in anderen Forschungszusammenhängen vertieft werden könnten. Zur Auswertung wurden die einzelnen Interviews auf die Ebene der einzelnen Jobcenter aggregiert, um ein entsprechendes Bild auf regionaler Ebene zu erhalten.

Es zeigte sich zum einen, dass in vier Jobcentern nur wenige Netzwerkpartner bzw. Kooperationspartner benannt wurden (<5), während in den anderen vier Jobcentern

jeweils mindestens fünf Partner erwähnt wurden.⁷⁸ Kein Akteur wurde in allen Jobcentern gleichermaßen erwähnt, am häufigsten noch die Träger der kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II mit fünf Nennungen. Angesichts der Relevanz der psychosozialen Betreuung und zum Teil auch der Suchtberatung für die Gruppe der psychisch Kranken ist es aber eher verwunderlich, dass die Träger der kommunalen Eingliederungsleistungen in drei Regionen nicht erwähnt wurden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass - wie der Deutsche Gewerkschaftsbund konstatiert - „die kommunalen Eingliederungsleistungen nicht bedarfsgerecht in dem Umfang und dem Sinne erbracht werden, wie der Gesetzgeber dies mit Einführung von Hartz IV intendiert hatte“ (DGB 2014). Ebenso hätten wir auf Basis der Relevanz und der Forschungslage (vgl. Abschnitt 2.6) eine häufigere Nennung der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) und der Integrationsfachdienste erwartet. Die nur einmalige Nennung der Betriebe als relevante Kooperationspartner verweist darauf, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jobcenter bei psychisch Kranken nur selten an eine direkte Arbeitsmarktintegration denken (vgl. hierzu auch folgendes Kapitel 7.1). Die folgende Tabelle gibt die genannten Kooperationspartner in den acht Fallstudienregionen wider.

⁷⁸ Nicht aufgeführt sind hier die Behandlerinnen und Behandler, über die bereits ausführlich in Abschnitt 6.1 berichtet wurde und die Maßnahmeträger, die ganz selbstverständlich an allen Standorten wichtige Kooperationspartner der Jobcenter sind. Die Rehabilitationsträger wurden von Seiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufig den Behandlerinnen und Behandlern zugeordnet, was die seltene Nennung erklären kann.

Tabelle 14**Nennung von relevanten Kooperationspartnern bei der Betreuung von psychisch Kranken in den 8 Fallstudienregionen**

Akteur	Anzahl der Nennungen
Träger der kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II	5
Rentenversicherung	4
Sozialpsychiatrischer Dienst (SpDi)	4
Integrationsfachdienst (IFD)	3
Rehabilitationsabteilung der Agentur für Arbeit	3
Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter	2
Fachdienst für betreutes Wohnen bzw. die entsprechenden Betreuer	2
ASD	1
Vereine	1
Betriebe	1
Rehabilitationsträger	1
Integrationsamt	1
Jugendamt	1
Krankenkassen	1
Frauenhaus	1
Obdachloseneinrichtungen	1
Regionalspezifische Akteure	2

Anmerkung: Mehrfache Nennungen in einem Jobcenter wurden nur einmal gezählt.

Quelle: Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jobcenter

Wenn Kooperationspartner zur Sprache kamen, dann wurden sie in der Regel positiv konnotiert. Ausnahmen sind zum einen die Rentenversicherung, wenn es um die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit geht, sowie an einem Standort der SpDi, dem dort von mehreren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Jobcenters Engagement und Motivation abgesprochen wurde.

Während einige Befragte überwiegend zufrieden mit der Anzahl und der Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern waren, äußerten andere den Wunsch nach mehr Kooperation, in der Hoffnung, dadurch passgenauere Angebote machen zu können oder auch Fallkonferenzen durchführen zu können.

Die insgesamt eher geringe Vernetzung erschwert ein funktionierendes Case Management, also bedarfsentsprechend eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen bewerkstelligen zu können. In Einzelfällen konnten die Fachkräfte aber auch hier von guten Beispielen berichten, wie das folgende Zitat verdeutlicht.

„Pfff. (..) Puh. (10) Ja, also die eine Kundin, die ich hatte, die habe ich übernommen ähm (.) welche Nationalität war die? (.) Bosnien-Herzegowina. Die ist von ihrem Mann ähm (..) eigentlich ständig vergewaltigt worden, ähm auch misshandelt worden. Da hängt auch noch ein Sohn mit dranne. Ähm (..) die einfach hier(...) hier äh kam und sagte, sie kann nicht weiter, geheult und, und, und, und der es wirklich ganz, ganz

schlecht ging, weil sie einfach ähm, ja, hier fremd war und gar nicht wusste, welches Netzwerk usw. sie jetzt da äh in Anspruch nehmen kann. Und das haben wir halt dann einfach langsam erarbeitet. Ich habe dann das betreute Einzelwohnen für psychisch Kranke auch äh äh etablieren können. Ähm die kam dann auch immer mit der Betreuerin. Sie wurde dann an die Klinik angebur/gebunden, ähm eine Psychiaterin und eine Therapie. Ähm (..) dann ging es also wirklich auch (..) auch um (..) um (..) um Sachen wie Papiere lesen oder so, was sie gar nicht konnte, was wirklich einfach beim betreuten Einzelwohnen, das haben die zusammen erlernt. Ähm der Sohn wurde stabilisiert. Also da war auch ein enger Kontakt einfach mit der Betreuerin vom (...) vom betreuten Einzelwohnen.“ [08 02 Fallmanager]

Neben der Fachkraft waren eine Betreuerin vom betreuten Wohnen, eine Psychiaterin, die zuständige Betreuerin des Trägers der Arbeitsgelegenheit und letztlich auch ein Betrieb in den Unterstützungsprozess involviert, wenn auch aus Sicht der Fachkraft die Unterstützung des Maßnahmeträgers eher negativ zu verorten war. Da aber allem Anschein nach die jeweiligen Informationen bei der Fachkraft des Jobcenters zusammenliefen, konnte diese auch beim Konflikt mit der Betreuerin der AGH rechtzeitig steuernd eingreifen. Im Ergebnis konnte hier bei einer Klientin eine Arbeitsmarktintegration erreicht werden, bei der dies zu Beginn des Prozesses sehr unwahrscheinlich erschien. Dies korrespondiert mit unseren Ergebnissen zu „Fallbeispielen gelungener Integration“, die in Abschnitt 7.1 referiert werden und ebenfalls zeigen, dass bei den wenigen genannten gelungenen Arbeitsmarktintegrationen psychisch kranker Leistungsbeziehender in der Regel mehrere Unterstützerinnen und Unterstützer beteiligt waren.

Die Behandlerinnen und Behandler wurden konkreter nach weiteren Kooperationspartnern für Fragen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung ihrer Patienten und Patientinnen befragt. Die Antworten variieren sehr stark in Abhängigkeit vom Arbeitskontext und von den regionalen Besonderheiten. Als Ansprech- und Kooperationspartner wurden neben dem Jobcenter hauptsächlich Rehabilitationsträger, wie die der Rentenversicherungen und die der Unfallversicherungen (Berufsgenossenschaften), sowie die Träger der Sozialhilfe benannt. Ein wichtiger Partner sei zudem der Integrationsfachdienst, der hier oft beratend zur Seite stehe. Außerdem stehen die Behandlerinnen und Behandler mit dem Ziel einer direkten Vermittlung ihrer Patientinnen und Patienten mit regionalen Arbeitgebern u.a. auch von Integrationsbetrieben und den Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sowie regionalen Bildungseinrichtungen in Kontakt. Es gibt Kooperationen mit Einrichtungen der Wohlfahrtsverbände, anderen sozialen Dienstleistungsunternehmen und auch mit den Werkstätten für behinderte Menschen.

Grundsätzlich finden sich viele Schnittstellen im Behandlungssektor selbst, beispielsweise zu Kliniken, speziellen Beratungsstellen oder zu sozialpsychiatrischen Diensten.

6.3 Zusammenfassung

Kooperationen zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jobcenter und Behandlerinnen und Behandlern sind bislang nur sehr vereinzelt vorzufinden, was von beiden Seiten beklagt wird. Als Hauptgrund für die geringere Kooperation nennen beide Akteursgruppen die Verweigerungshaltung des jeweils anderen. Während die Fachkräfte im Jobcenter insbesondere noch die geringen Kenntnisse seitens der Behandlerinnen und Behandler zum SGB II als kooperationshemmend benennen, betonen die Behandlerinnen und Behandler die schwierige Erreichbarkeit der Fachkräfte aufgrund vorgelagerter Callcenter sowie die hohe Mitarbeiterfluktuation in den Jobcentern. Beide Seiten äußern mehrheitlich den Wunsch nach mehr und besserer Kooperation.

Die Beschreibungen der Klientinnen und Klienten bestätigen die kritischen Einschätzungen, da knapp 90 Prozent angaben, dass kein persönlicher Austausch zwischen den Fachkräften des Jobcenters und den Behandlerinnen und Behandlern bestehe. Auch die Klientinnen und Klienten wünschen sich mehrheitlich eine engere Kooperation zwischen Jobcenter und Behandlerinnen und Behandlern, notwendigen Schweigepflichtentbindungen würden sie mehrheitlich zustimmen. Sie erhoffen sich hierdurch eine gezieltere Unterstützung und Beratung. Allerdings äußerte auch ein Drittel der befragten Klientinnen und Klienten, dass es keinen Mehrwert in einer engeren Kooperation erkennen würde bzw. einer solchen ablehnend gegenüberstünde.

Die ernüchternden Ergebnisse in unseren Fallstudienregionen bestätigten dabei Ergebnisse unserer Experteninterviews im Vorfeld der Fallstudien. Diese betonten ebenfalls fehlende institutionalisierte Netzwerke, maximal rudimentäre regionale Kooperationen und Vernetzungen von Jobcentern und Angeboten der Gemeindepsychiatrie sowie allenfalls positiven Ausnahmen in einigen wenigen „Leuchtturmregionen“ (vgl. Abschnitt 4.1).

7 Die (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in Arbeit

In diesem abschließenden Kapitel soll der Stellenwert der (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in den Arbeitsmarkt sowie damit verbundene Barrieren und Gelingensfaktoren diskutiert werden. In allen Interviews wurden die Befragten um ihre Einschätzung gebeten, welche Chancen psychisch kranke Leistungsberechtigte haben, (wieder) eine Arbeitsstelle zu finden, aber auch mit welchen Herausforderungen sie sich dabei ggf. konfrontiert sehen. Dabei stellte sich auch bilanzierend die Frage, inwiefern die (Re-)Integration in Arbeit im Rahmen der Beratungs- und Betreuungsgespräche von Seiten der Fachkräfte und der psychisch kranken Leistungsberechtigten verfolgt wird und welche Ansätze und Strukturen als förderlich oder auch hemmend empfunden werden. Im Folgenden soll zunächst der Stellenwert der (Re-) Integration in Arbeit in der Betreuung und Beratung von psychisch kranken

Leistungsberechtigten aus Sicht der befragten Fachkräfte dargestellt und exemplarisch auf Fallbeispiele eingegangen werden, die im Rahmen der Interviews von ihnen angeführt wurden (Abschnitt 7.1).

Daran anschließend werden die von allen Befragten identifizierten Barrieren für eine (Re-)Integration (Abschnitt 7.2), sowie mögliche Gelingensfaktoren vorgestellt (Abschnitt 7.3). Hierbei finden sich häufig Bezüge zu Themen, die bereits in vorangegangenen Kapiteln andiskutiert wurden, im Hinblick auf die Frage nach den (Re-)Integrationsmöglichkeiten von psychisch kranken Leistungsberechtigten jedoch noch einmal stärker aufeinander bezogen und bilanzierend bewertet werden sollen.

7.1 Stellenwert und Fallbeispiele gelungener (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in Arbeit

Wie bereits in Kapitel 3.2 dargelegt, wünschte sich die Mehrzahl der befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten einen (Wieder-)Einstieg in das Erwerbsleben. Gleichzeitig fühlten sich viele von ihnen jedoch nicht in ausreichender Form von Seiten der Jobcenter in ihren Bemühungen unterstützt (vgl. Kapitel 5.7). Die befragten Fachkräfte erachteten die (Re-)Integration in Arbeit ebenfalls als sehr wichtig für psychisch kranke Leistungsberechtigte, da ihres Erachtens Erwerbsarbeit Stabilität, eine Tagesstruktur sowie soziale Kontakte vermitteln könne. Sie waren sich auch grundsätzlich der Wünsche vieler ihrer Klienten und Klientinnen bewusst, möglichst schnell (wieder) Anschluss an den Arbeitsmarkt zu finden.

Gleichzeitig wird jedoch offensichtlich, dass die befragten Fachkräfte die (Re-)Integration in Arbeit für psychisch kranke Leistungsberechtigte überwiegend als langfristiges Ziel definieren und zunächst die Stabilisierung der Gesundheit der Betroffenen in den Vordergrund stellen. Nur wenige Fachkräfte stellten die gesetzliche Beschäftigungsorientierung des SGB II heraus. So argumentierten viele Fachkräfte, dass es zunächst darauf ankomme, den Druck für die psychisch kranken Leistungsberechtigten herauszunehmen (indem auf Bewerbungsnachweise verzichtet wird, die Betroffenen aus der Stellenvermittlung herausgenommen werden, etc.) und eher darauf hinzuwirken sei, dass die psychisch kranken Leistungsberechtigten professionelle Unterstützung im Hinblick auf ihre Erkrankung in Anspruch nehmen. Diese Aussagen stehen insofern teilweise im Widerspruch zu den an anderer Stelle geäußerten Einschätzungen vieler befragter Fachkräfte, dass auch bei psychisch kranken Leistungsberechtigten das Fordern einen wichtigen Stellenwert einnehmen müsste.

Im Rahmen der Interviews mit den Fachkräften wurde ersichtlich, dass diese seltener auf direkte Vermittlungsangebote bei psychisch kranken Leistungsberechtigten setzen, sondern vielmehr Coachingangebote, Arbeitsgelegenheiten sowie andere Angebote öffentlich geförderter Beschäftigung zur Verbesserung der Integrationschancen als geeignete Mittel bei dieser Zielgruppe ansehen (vgl. auch Kapitel 5.5). Teilweise wurde dies damit begründet, dass es keine passenden Stellenangebote für psychisch kranke Leistungsberechtigte gebe, Arbeitgeber nicht gewillt seien, Personen mit „Handicaps“ einzustellen, oder auch damit, dass zunächst eine Stabilisierung der Klientinnen und Klienten erreicht werden müsse, bevor diese in den ersten Arbeitsmarkt

vermittelt werden könnten. Dies deckt sich insofern mit den Aussagen vieler Betroffener, die häufig ansprachen, dass sie kaum Stellenangebote von Seiten ihrer Fachkräfte unterbreitet bekämen (siehe Kapitel 5.7 sowie 7.3).

Alle Fachkräfte wurden im Interview darum gebeten, ein Beispiel für eine gelungene (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in Arbeit zu beschreiben. Hierbei ist zunächst darauf hinzuweisen, dass es manchen Fachkräften ad hoc schwerfiel, von einem entsprechenden Beispiel aus ihrem Beratungs- und Betreuungsalltag zu berichten, da sie sich z.B. aufgrund hoher Betreuungszahlen außerstande sahen, sich detailliert an einen Fall zu erinnern. Eine Fachkraft kam hingegen zu dem Schluss, dass ihr keine gelungene Integration eines psychisch kranken Leistungsberechtigten in den ersten Arbeitsmarkt bekannt sei. Andere Fachkräfte beschrieben hingegen Fallbeispiele, bei denen zwar keine Erwerbsintegration erzielt werden konnte, aber eine deutliche Stabilisierung der bzw. des Leistungsberechtigten erkennbar und erste Schritte in Richtung Ausbildungs- oder Arbeitsmarkt realisiert wurden.

Analysiert man die dargelegten Fallbeispiele detaillierter, wird zunächst ersichtlich, dass viele der psychisch kranken Leistungsberechtigten von multiplen Einschränkungen betroffen waren, die sie nicht nur in der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit behinderten, sondern vielfach auch die Alltagsgestaltung erschwerten. So wurde von massiven Angsterkrankungen berichtet, die die Betroffenen daran hinderten, das Haus zu verlassen oder öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. In einigen der berichteten Fälle lag neben der psychischen Erkrankung auch eine Suchtproblematik vor oder häusliche Gewalt. Dies verdeutlicht zunächst, dass die psychische Erkrankung häufig nur eine von vielen Barrieren darstellt, die im Rahmen der Beratungs- und Betreuungsverläufe thematisiert und angegangen werden müsste. Fast alle Betroffenen in den Fallbeispielen waren langjährig in der Betreuung des Jobcenters. In vielen Fällen stellte die Sensibilisierung und Unterstützung der Betroffenen bei der Suche nach einer professionellen Behandlung ihrer psychischen Erkrankung den ersten Schritt der Fachkräfte dar. In einzelnen Fällen wurden hierfür auch Hausbesuche von Seiten der Fachkräfte vorgenommen und mit weiteren Netzwerkpartnern zusammengearbeitet (z.B. Berufspsychologischer Service, Bildungsträger, Betreutes Wohnen).

In einem weiteren Schritt wurde häufig versucht, durch verschiedene Maßnahmenangebote auf den Arbeitsmarkt bzw. eine Ausbildung vorzubereiten. Es wurde dabei – wie bereits dargestellt – insbesondere auf Arbeitsgelegenheiten zurückgegriffen, aber auch Einzelcoachings, Trainingsmaßnahmen, Rehabilitationsmaßnahmen sowie Umschulungen wurden im Rahmen der Fallbeispiele angesprochen. Interessanterweise wurde eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt – bis auf ein Fallbeispiel (siehe hierzu auch Fallbeispiel II weiter unten) – nicht durch eine Vermittlung durch das Jobcenter erzielt, sondern in den meisten Fällen war dies der Eigeninitiative der Betroffenen selbst geschuldet. Dabei darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass in einigen Fällen die Fachkräfte die Arbeitsaufnahme insofern mit ermöglicht hatten, als sie beispielsweise die Finanzierung des hierfür notwendigen Führerscheins/PKWs übernahmen oder auch durch die Unterstützung einer vorangegangenen Weiterbildungs- oder

Umschulungsmaßnahme eine Umorientierung und Qualifizierung der Betroffenen ermöglichen. Deutlich wurde anhand der Fallbeispiele, wie heterogen die Ausgangsbedingungen und jeweiligen Herausforderungen der psychisch kranken Leistungsberechtigten waren. Entsprechend vielfältig und an den Bedarfslagen der Betroffenen ausgerichtet gestalten sich die Herangehensweisen der Fachkräfte. Offensichtlich wird an den meisten dieser Beispiele aber auch, dass die (Re-)Integration in Arbeit häufig als langfristiges Ziel gesehen wird, welchem viele Schritte vorangegangen sind. Im Folgenden sollen zwei Fallbeispiele aufgeführt werden, die dies verdeutlichen, um daran anschließend in den beiden folgenden Unterkapiteln auf mögliche Barrieren und Gelingensfaktoren bei der (Re-)Integration von psychisch Kranken in Arbeit einzugehen.

Fallbeispiel I

B: Ich hab jetzt zum Beispiel sogar einen Kunden, da hab ich (.) das ist ein Pärchen mit zwei kleinen Kindern, die hab ich beide vermittelt, die sind nicht mehr bei mir im Bezug. Die kommen trotzdem einmal alle zwei Monate. Einfach, weil er in dem, wo er jetzt vermittelt ist, der macht jetzt eine Ausbildung, psychische Schwierigkeiten hat und eben sagt, ich hab Angst da rauszufliegen. Und ich sag: "Bevor Sie zu mir wiederkommen und hier wieder im Bezug sind, kommen Sie lieber einmal alle zwei Monate mit einer Betreuung vorbei und wir sprechen drüber, wie es Ihnen geht, um zu gucken, wie wir helfen können", damit er nicht eben jeden Tag hierher wieder an dackeln muss, sondern eben nur noch einmal alle zwei Monate. Auch sowas mach ich zum Beispiel. Ist aber, glaub ich, nicht so Usus, ehrlich gesagt.

I: Aber dieser Fall ist im Grunde genommen schon die halbe Antwort auf die Frage, die ich allen immer gleichstelle. Da fehlt nur noch ein Teil. Nämlich, ob Sie aus Ihrem Bestand von jemandem berichten können, den Sie länger betreut haben, mit psychischen Problemen natürlich, und der heute auf dem ersten Arbeitsmarkt ist und wie die Betreuungsschritte dahin waren. Also das Ergebnis haben Sie gerade schon genannt, aber (.)

B: Ja, das war auch gar nicht so leicht. Es ist damit zusammengespielt, dass es, wie gesagt, ein Pärchen ist. Sie junge Mutter, er Vater davon und im Grunde genommen mehr mit seiner Tüte zusammen als mit seiner Frau. Also der hat mit seinem Bruder, der auch bei mir hier ist, eigentlich den ganzen Tag nur gekiff't. Und sie war immer hier, hat mir das immer erzählt. Und das war schon sehr, sehr schwierig. Ich hab dann viel versucht das mit ihm zu machen, um ihn zu stabilisieren, um zu sagen, sie kann besser auf die Kinder aufpassen. Das wollten die auch so. Sie kann besser auf die Kinder aufpassen, sie würde das auch tun. Und er soll doch versuchen, sein Leben auf die Kette zu kriegen. Bis ich irgendwann gesagt hab, das funktioniert nicht. Und ich würde mal einen anderen Weg einschlagen und habe vorgeschlagen, sie mal zu vermitteln. Und dann sagte sie ja, sie wollte auch echt eine Ausbildung machen, aber sie hat es eben immer zurückgeschoben wegen der Kinder. Und dann hab ich gesagt: "Wissen Sie was? Dann machen wir es jetzt so: Sie bewerben sich beide. Und wer es zuerst kriegt, fängt zuerst an. Und dann gucken wir, was wir mit dem anderen machen." Und dann hat die sich achtmal beworben und sieben Ausbildungsstellen davon gekriegt. Und da hab ich nur gedacht, holla, Gott sei Dank bin ich auf die Idee gekommen, die noch da unterzubringen. Die wäre von alleine nie auf die Idee gekommen. Und die ist (..)

B: Okay. Die hatte jetzt aber auch keine psychische Problematik, nur er?

I: Nein, nein. Die hat nur die Problematik, dass sie mit dem halt zusammen ist und sagte, ich hab drei Kinder zu Hause und nicht zwei und ihn, sondern ich hab drei. So. Und die ist jetzt tatsächlich in Vollzeitausbildung. Und dann hab ich gesagt, okay, jetzt gucken Sie sich mal an, wie es Ihnen geht, wenn Sie das sehen, dass die Frau das macht. Und da hat es Klick gemacht. Und da hab ich ihn dann

in eine, von uns also angeleiert, betreute Ausbildung quasi gebracht. Also in eine BaE. Und ist eben / im Grunde genommen ist das nur eine Ausbildung mit ganz engmaschiger Betreuung, so ein bisschen vergleichbar, wie der zweite Ausbildungsmarkt, vorsichtig gesagt, aber (..)

I: Ich kenn BaE.

B: Okay. Und aber eben vorsichtig gesagt. Weil die ja dann auch, wenn sie im Betrieb sind und so / es ist letzten Endes zwar so. Aber die haben ja auch die gleichen Chancen. Und da ist er rein und da war es ganz schwierig. Gesundheitlich ganz, ganz schwierig. Und da hab ich gesagt: "Ich krieg Sie da nicht noch mal rein." Es war schon schwierig wegen des Alters, ihn da reinzubringen. Ich sag: "Ich krieg Sie nicht noch mal rein, wenn Sie rausfliegen. So, und dann kam der (.) also der kam wirklich dann einmal die Woche. Ich hab einmal die Woche gesagt ich möchte Sie sehen, ich möchte wissen, was hier Sache ist, was hier Phase ist. Und dann haben wir zusammen mit der Betreuerin Therapiemöglichkeiten besprochen und haben gesagt: "Wenn Sie bis da und da eine Therapie anfangen und uns darlegen können, inwiefern eine prognostische Erfolgsaussicht da sein könnte, dann können wir es vielleicht schaffen, Sie in der BaE zu halten." Und mittlerweile war er jetzt letzte Woche da. Ihm geht es viel besser, er ist super drauf. Saß hier, hat plötzlich gegrinst. Ich hab den vorher noch nie lachen sehen. Und hat gesagt: "Okay, ich geh es an. Es kann echt funktionieren." Wir fangen jetzt wieder quasi von vorne an, er kann das anre- / wie auch immer, ob er es anrechnen kann oder nicht, das müssen wir noch klären. Aber er ist guten Mutes. Und ich glaube tatsächlich auch, dass es diesmal funktionieren kann. Also das war wirklich so ein ganz (..)

I: Dass er die BaE zu Ende macht?

B: Dass er die BaE jetzt zu Ende macht, genau. Und wenn er das dann geschafft hat - das ist eben auch ein Fach, wo er echt Spaß dran hat. Da haben wir Glück gehabt, dass wir das noch für ihn gefunden haben. Weil er eben das, was er an Ausbildung gesucht hat, das ist / mit IT, Büro, solchen Geschichten auf dem ersten Arbeitsmarkt, da muss man schon echt einen Mega-Abschluss haben, um da überhaupt auf dem ersten reinzukommen, wenn man eben keine Schwierigkeiten hat. Und deswegen ist es (..)

I: Und was macht der?

B: Ja, der macht jetzt IT / genau, so eine IT-Ausbildung, irgendwie gekoppelt, glaub ich, mit Bürokaufmann oder irgendwie sowas. Und da ist es auf dem ersten schon so schwierig gewesen, überhaupt einen nicht erkrankten reinzubringen, dass es natürlich jetzt ein Glück war, den in die BaE zu kriegen. Und das scheint zu funktionieren. Und es scheint wirklich auch / er sagt eben auch, sein Bruder ist auch in Psychotherapie. Und der guckt sich das jetzt an und ich hab jetzt eben die Hoffnung, dass er jetzt am großen Bruder sieht, es funktioniert vielleicht auch für mich. Das ist ja jetzt so ein bisschen der nächste Schritt, dass erstmal ihm was vormachen durch die Frau und dann dem Bruder vormachen lassen. So, das ist so ein bisschen mein Plan, eben den kleinen Bruder da auch mit reinzubringen, weil die eben beide sehr ähnliche Probleme haben.

I: Was, außer dem Dauerkiffen, hatte der jetzt nun an psychischen Problemen?

B: Depressionen.

Fallbeispiel II

B: Mhm. Also ich hatte einen Bewerber, der ist vor, ich glaube, (.) ja, Anfang 2013 gekommen. Nee, Quatsch, schon Mitte 2012 und da war ich auch noch normale Arbeitsvermittlerin in meinem Buchstabenbereich. Der ist mit seinem Bruder gekommen und hat eben gesagt so: Seit 20 Jahren bin ich nicht mehr krankenversichert, ähm (..) ich habe äh in der Wohnung gelebt, die meine Eltern mir vererbt haben und den Rest hat mich die Familie unterstützt. Ist kaum noch rausgegangen und der Bruder irgendwann hat jetzt gesagt: So, ähm (..) der braucht jetzt wieder eine Krankenversicherung, so geht

das nicht, weil ohne Krankenversicherung kann ähm kann ein Mensch auch nicht ähm (.), ja, versorgt werden, ärztlich versorgt werden. Gut, und ähm der war unheimlich verängstigt, weil es auch sicherlich auf der Gerüchteebene übers SGB II bestimmte (.) Vorstellungen gibt. Ähm der (.) wir haben die Erwerbsfähigkeit festgestellt, wobei man sie vielleicht auch hätte anzweifeln können, aber erstmal auch aufgenommen ähm und langsam angefangen, sodass der dann beim dritten Mal auch ohne Bruder gekommen ist. Dann hat man erstmal geguckt: Ja, wo sind denn eigentlich Ihre Probleme und äh (.) zuerst auch gesagt, so, und jetzt versuchen Sie einfach mal erstmal sich auch medizinisch behandeln zu lassen. Und wenn man 20 Jahre nicht beim Arzt war, dann kann man sich ja vorstellen, was alles ansteht, über Zähne, Augen, äh Hausarzt, Facharzt, also auch ein neurologischer, und das (.) dieser ganze Prozess, bis diese medizinische Versorgung erstmal gewährleistet hat (.) war, hat eigentlich, denke ich, ähm bestimmt ein dreiviertel Jahr gedauert und dann haben wir parallel hm habe ich gefragt: Ja, was brauchen Sie denn? Oder können Sie sich vorstellen, dass Sie erstmal über Einzelcoaching, dass Sie sich mit jemandem wirklich jetzt so jede Woche treffen, einfach auch mal gucken, ähm was passieren kann? Und der hat sich gut auf ein Einzelcoaching auch einlassen können, hatte dann aber irgendwann auch wirklich schon mit einer Einzeltherapie angefangen, mit einer Gesprächstherapie.

I: Was hatte der dann sozusagen, was war da die Diagnose bei der Person?

B: Äh Depressionen und auch Angststörung. Mhm. Ähm (.) Einzelcoaching, über dieses Einzelcoaching schon mal in ein Praktikum gegangen, auch äh dieses Praktikum eigentlich ausgereizt sehr, sehr lange und, ja, der (.) der ist aufgeblüht. Der ist wieder rausgegangen, der ist... hat seine Schwester wieder nach ähm besucht, ist nach (Stadt anonymisiert) gefahren und dann haben wir so geguckt: So, und jetzt können wir einfach mal gucken, irgendwie so (.), ja, Arbeit. Also das ist so weit gegangen, dass (...) dieses Praktikum hatte er in der Altenhilfereinrichtung gemacht, hm (.) dass er sich überlegt hat, das könnte wohl irgendwie so ein Bereich sein, da könnte ich... könnte ich münden. Da war aber aktuell so nichts, ich hatte auch aktuell keine Fortbildung, um ihn irgendwie zu qualifizieren, weil das Budget das zu dem Zeitpunkt nicht hergab oder wir nichts hatten und irgendwie war da eine Stelle im Krankenhaus in (Stadt anonymisiert), wo es erstmal nur um Reinigung des OP-Saals ging. Und dann habe ich ihn gefragt, ob er sich das so vom Grundsatz her mal so vorstellen könnte, mit sowas einzusteigen. Ja gerne, hat er gesagt. Ja gerne und damit ist der angefangen. Ähm das waren zunächst, ich glaube, nur 25 Stunden, aber der war dann im Endeffekt damit raus, äh weil er die Eigentumswohnung hatte. Ähm das hat er ein halbes Jahr gemacht, dann ist er nochmal einmal zurückgekommen für eine gewisse Zeit, weil er konnte dort nicht bleiben oder die waren irgendwie mit der Gründlichkeit (.) aber der war nicht frustriert oder so, sondern wir haben dann einfach geguckt und der ist dann in einen regulären Arbeitsplatz wirklich eingemündet und ähm auch nicht wiedergekommen. Also ich denke, er ist jetzt wirklich schon seit über einem Jahr weg. Anfang des Jahres hat er nochmal eine E-Mail geschrieben, dass es ihm gut ginge und er gerne (.) er würde demnächst mal vorbeikommen. Und das fand ich schon für mich wirklich eine ganz tolle Sache, dass jemand wirklich ärztlich versorgt wurde über Einzelcoaching, Praktikum, ja, einfach so in die Arbeit gegangen ist, ne. Der ist auch gerne dann gekommen. (.) Gut, der war dann auch medikamentös eingestellt, aber der ist trotz medikamentöser Einstellung dann gut zurechtgekommen, ne.

I: Ja, das klingt nach einem Erfolg auf jeden Fall.

B: Ja, das war für mich wirklich ähm ein Erfolg.

Quelle: Interviews mit Fachkräften

7.2 Barrieren für die (Re-)Integration

Von Seiten der Fachkräfte, Betroffenen, den Experten aus dem ärztlichen Versorgungssystem sowie den Behandlerinnen und Behandlern wurden im Rahmen der Interviews auf Barrieren für die (Re-) Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in den Arbeitsmarkt hingewiesen (vgl. hierzu auch Kapitel 2.5). Viele dieser

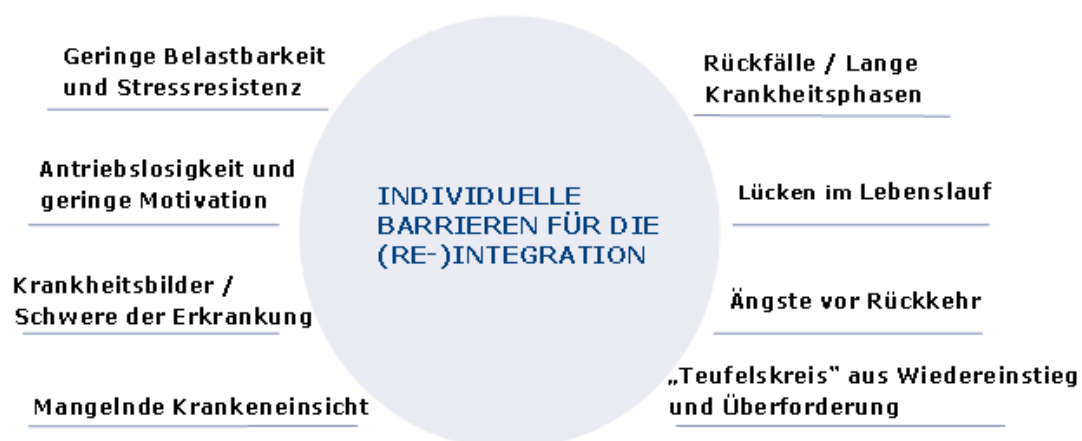
genannten Barrieren sind in den Schilderungen der Befragten deckungsgleich und verweisen somit auf eine hohe Übereinstimmung in den Einschätzungen. Andere Barrieren wurden hingegen nicht von allen Befragungsgruppen gleichermaßen genannt, im Folgenden wird dies entsprechend kenntlich gemacht. Zu berücksichtigen ist zudem, dass sich viele der genannten Hemmnisse nicht nur für die Gruppe der psychisch Kranken im SGB-II-Leistungsbezug feststellen lassen, sondern in vielen Fällen auch die (Re-)Integration von psychisch Kranken im Allgemeinen betreffen.

Für eine bessere Übersichtlichkeit werden zunächst mögliche individuelle Barrieren für eine (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten aufgeführt, um anschließend daran auf mögliche strukturelle Barrieren einzugehen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass sich individuelle und strukturelle Barrieren in den meisten Fällen gegenseitig bedingen. So wird beispielsweise eine geringere Leistungsfähigkeit nur dann zu einer Hürde, wenn der Arbeitsmarkt dies nicht toleriert und keine Stellen nachgehalten werden für Personen, die einem hohen Leistungsdruck nicht standhalten können.

Individuelle Barrieren

Im Rahmen der Interviews mit den Fachkräften, den Betroffenen sowie den Behandlern und Behandlerinnen wurden in vielfältiger Weise individuelle Barrieren für die (Re-)Integration in Arbeit dargelegt und diskutiert. Diese reichen von sehr krankheitsspezifischen Einschränkungen bis hin zu Hemmnissen, mit denen sich auch Langzeitarbeitslose konfrontiert sehen dürften, die nicht psychisch erkrankt sind. In der folgenden Grafik wird zunächst ein Überblick über die zentralen genannten individuellen Barrieren gegeben, um anschließend daran auf die einzelnen Hemmnisse detailliert einzugehen.

Abbildung 1
Individuelle Barrieren für die (Re-)Integration von psychisch Kranken in den Arbeitsmarkt



Quelle: Eigene Darstellung

Sowohl Fachkräfte als auch Betroffene und Behandlerinnen und Behandler teilten zunächst die Einschätzung, dass eine geringere Belastbarkeit und Stressresistenz von psychisch kranken Leistungsberechtigten eine Hürde für eine (Wieder-)Aufnahme einer Erwerbsarbeit darstellen können. So wurde von Seiten der Betroffenen

sehr häufig geäußert, dass sie Zweifel hätten, das geforderte Arbeitspensum am Arbeitsmarkt bewältigen zu können, etwa, weil sie aus der Übung seien, zu langsam arbeiteten oder zu viel Stress nicht aushielten.

„Aber ich weiß nur nicht, also einen ganzen Tag halte ich nicht aus. Also, das schon, aber kann ich halt nicht viele Tage nacheinander. Dann bin ich wahrscheinlich zu schnell ausgelaugt.“ [AG 08 01 01] „Und bei mir [...] dass ich nicht stressbelastet bin. Dass ich sehr schnell überfordert bin.“ [AG 05 01 04]

Diese Einschätzung wird von vielen Fachkräften sowie Behandlerinnen und Behandlern geteilt. Es wird dabei häufig auf die Wechselwirkung zwischen den zugenommenen Leistungsanforderungen auf dem Arbeitsmarkt und der niedrigeren Belastbarkeit und Frustrationstoleranz verwiesen. Einzelne Fachkräfte äußerten für einige ihrer betreuten psychisch kranken Leistungsberechtigten gar die Einschätzung, dass sie eine Integration in Arbeit für nicht realistisch halten, da diese den Anforderungen am Arbeitsmarkt nicht genügen könnten.

„[...] auf dem normalen Arbeitsmarkt, da herrscht überall Leistungsdruck. Also ich glaube, es gibt kaum noch eine Stelle, wo es (...) wo es nicht so ist. Äh und das ist das große Problem dieser Kranken, dass die diesen Druck nicht aushalten können, ne.“ [05 04 Fallmanager]

„Also (...) sicherlich, was oftmals bei, für psychisch Kranke oder was eine Begleitererscheinung der psychischen Erkrankung ist es ja, dass die Belastbarkeit nicht immer voll da ist. So. Und wenn eben, wenn erwartet wird, dass, ja, dass ich eben wenig krank bin, dass ich viele Stunden am Tag arbeiten muss, dass ich Überstunden machen muss, das sind so (.). Da würde ich sagen, das sind so Bedingungen oder Barrieren, wo ein psychisch Kranker, ja, so an seine Grenzen stoßen kann.“ [AG 03 02 01 Pädagoge, Tagesklinik, Institutionsambulanz]

Des Weiteren wurde auf die Problematik verwiesen, dass zur Symptomatik einiger psychischer Erkrankungen oder auch als Begleitererscheinung einer Medikation Konzentrations- und Antriebsstörungen und geringe Motivation zählen können, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt erschweren können. In diesem Zusammenhang wurde von einigen Fachkräften sowie Behandlerinnen und Behandlern auch darauf hingewiesen, dass es manchen psychisch kranken Leistungsberechtigten aufgrund dieser Problematiken häufig auch an einer geregelten Tagesstruktur fehle, die für eine Tätigkeit am Arbeitsmarkt jedoch häufig Voraussetzung sei.

„Da ist so eine Trägheit. Es gibt Schwierigkeiten, eine Tagesstruktur wieder aufzuziehen, also das ist eigentlich das größte Problem, wieder wirklich in die Gänge zu kommen, sich zu motivieren, den Antrieb wieder hochzufahren, so ein Ziel zu sehen, also etwas Zielgerichtetes. Etwas, ja, da (...) da fehlt so jeglicher Antrieb irgendwann. Da (...) sind die in so einem trägen Trott und es ist schwierig dann wieder sich zu aktivieren.“ [AG 03 02 02 Ergotherapeut, psychiatrische Tagesklinik]

Von den befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten gaben ebenfalls 17 Personen an, dass die mit der jeweiligen Störung assoziierten Symptome (wie etwa Konzentrations- und Antriebsstörungen) das Arbeiten erschwere und somit eine Barriere für eine (Re-)Integration darstelle.

Von einigen Fachkräften und insbesondere von Seiten der Behandlerinnen und Behandler wurde darauf aufmerksam gemacht, dass die Chancen einer (Re-)Integration von psychisch Kranken häufig von der Schwere der Beeinträchtigungen (sowohl der psychopathologischen als auch der psychosozialen Beeinträchtigungen) abhängig seien. So würden schwere, chronifizierte Krankheitsverläufe oftmals dazu führen, dass die Integration in Arbeit nur als langfristiges Ziel definiert werden könne und andere, vorgelagerte Themen für die Betroffenen im Vordergrund stünden (z.B. Stabilisierung, Alltag meistern). Des Weiteren seien mit einzelnen Krankheitsbildern besondere Herausforderungen für die Integration in Arbeit verbunden. So könne beispielsweise eine (Re-)Integration von Personen, die Schwierigkeiten haben, mit anderen Menschen / im Team zusammenzuarbeiten, eine nicht unwesentliche Hürde darstellen. Gleichzeitig sei vielen Arbeitgebern eine Depression leichter zu vermitteln als etwa eine Persönlichkeitsstörung.

„Wenn ich eine schizophrene Psychose mit fünf Phasen hatte und jedes Mal ein bisschen mehr in meinen kognitiven Fähigkeiten einbüße, dann sind meine, ja, meine Fähigkeiten und das, was ich am Arbeitsplatz einbringen kann, sicherlich was Anderes, als wenn jetzt jemand das erste Mal in seinem Leben, sagen wir mal, in einer Trennungssituation, da ist jemand gestorben, äh, das erste Mal jetzt eine schwere Depression hatte, aber sonst ein gesunder Mensch davor war. Psychisch krank sind die ja beide, aber ich denke, in der Auswirkung ist das ein großer Unterschied.“ [AG 08 02 05 Arzt, psychiatrische Tagesklinik]

Als eine besondere Herausforderung wurden Rückfälle bzw. wiederkehrende Krankheitsphasen der Betroffenen benannt. Häufige Krankheitsausfälle sowie die damit verbundene Planungsunsicherheit würden – so die Ansicht vieler Fachkräfte sowie Behandlerinnen und Behandler – viele Arbeitgeber nicht tolerieren. Darüber hinaus dürfe nicht aus den Augen verloren werden, dass auch eine Arbeitsaufnahme bei psychisch Kranken eine erneute Krankheitsphase auslösen könne. So würden die Betroffenen mit dem (erneuten) Erwerbseintritt vor neue Herausforderungen gestellt (z.B. Eingliederung in ein neues Team, Arbeitsanforderungen), die mitunter zu hohem Stressempfinden und hierdurch zu einem Rückfall führen können. Es könne somit zu einem „Teufelskreis“ zwischen (Re-)Integration in Arbeit und Wiedererkrankung kommen.

„Das bedeutet ja Stress und wenn ich jetzt eine neue Stelle habe, dann muss ich ja dort erst mal diese ganzen neuen Leute kennenlernen. Ich habe einen neuen Vorgesetzten, ich habe, ich muss ja auch mich da einarbeiten und habe diesen Stress, der ja vorher oft so schwer war und dann habe ich, fange ich wieder an zu arbeiten, dann habe ich ja die ganzen Faktoren wieder, muss mich mit den Kollegen irgendwie auseinandersetzen und das macht ja wahnsinnig Stress und das kann dann auch sein, dass das halt wieder zu einer erneuten Krise dann führt, wenn man dann nicht gut

aufpasst und die Wiedereingliederung gut macht.“ [AG 05 02 02 Ergotherapeut, Psychiatrie]

Auch einzelne Fachkräfte berichteten davon, dass manche Betroffene sich hinsichtlich der Aufnahme einer Beschäftigung zu viel Druck machen würden und zu schnell in den Arbeitsmarkt zurückwollen, obwohl sie gesundheitlich noch nicht stabil genug wären. Die Arbeitsintegration wäre in diesen Fällen meist nicht nachhaltig, weil die Betroffenen dem Druck dauerhaft nicht standhielten und in alte Krankheitsmuster zurückfallen würden. Einzelne Betroffene berichteten in den Interviews ebenfalls von Rückfällen aufgrund einer zu frühzeitig erfolgten Wiederaufnahme von Arbeit.

„Und habe dann (...) wieder versucht jobmäßig Fuß zu fassen, aber war da auch noch nicht so gestärkt (...). War noch nicht der richtige Zeitpunkt, weil ich noch nicht wieder fit genug war und dann ist es auch alles halt schiefgegangen, dass ich da wie(der) so Panikattacken hatte und gar nicht mehr irgendwo das hingekriegt habe.“ [AG 01 01 01]

Insbesondere von Seiten der Behandlerinnen und Behandler wurden als weitere mögliche Barriere für die (Re-)Integration die Ängste der Betroffenen genannt, die sie mit einer Beschäftigungsaufnahme verbinden. Diese könnten vielfältig sein und würden u.a. Ängste vor Stigmatisierungen im Arbeitsleben als psychisch Kranker, Ängste vor Veränderungen und Überforderung sowie Ängste vor Konflikten mit Vorgesetzten und Kollegen betreffen. Von Seiten der Betroffenen wurden Ängste vor allem im Zusammenhang mit der Frage nach einer Stigmatisierung oder einem erneuten Rückfall durch eine Arbeitsaufnahme thematisiert.

„Und ich glaub das ist für mich und auch vielleicht für viele andere immer wieder so ein großes Problem, sich überhaupt zu trauen, sich irgendwo zu bewerben, weil man immer Angst hat, kommt das raus oder was denken die Chefs über sowas, die Arbeitgeber über sowas. Ist das Verständnis dar für Leute, die Depressionen haben oder andere psychische Erkrankungen. Wie hoch ist da dieses Toleranzlevel einfach da im Berufsleben?“ [AG 01 01 04]

„[...] und die dann Sorge haben, fällt das jetzt auf, wenn ich jetzt hier eine Panikattacke habe, kann ich überhaupt noch auf Arbeit gehen? Wie reden die dann über mich? Und dann auf mehr oder weniger Verständnis stoßen bei den Leuten, dann wieder das Gefühl haben, gemobbt zu werden, weil über sie geredet wird, weil das eben nicht toleriert wird, wenn sie sich da auch mal mehr Auszeit nehmen und krank schreiben lassen oder, oder plötzlich irgend bei so etwas wie eine Panikattacke, nicht weiter als bis zum Bus kommen.“ [AG 01 02 05 Psychologe, Tagesklinik]

Einige Behandlerinnen und Behandler sowie Betroffene machten zudem auf die Problematik aufmerksam, die sich aus größeren Lücken im Lebenslauf ergeben. So können durch längere Klinikaufenthalte und Therapiezeiten längere Phasen im Lebenslauf ungefüllt bleiben, die von Seiten der psychisch Kranken bei einer Bewerbung häufig schwer zu füllen seien. Viele scheuen sich in diesem Zusammenhang von ihrer Erkrankung zu berichten aus Angst vor Stigmatisierungen. Da in Bewerbungsverfahren

ren jedoch häufig der Eindruck entstehe, dass diejenigen Bewerberinnen und Bewerber aussortiert werden, die nur einen lückenhaften Lebenslauf vorweisen können, stelle dies ein nicht zu unterschätzendes Hindernis dar.

Eine Barriere, die nur von Seiten der Fachkräfte häufiger besprochen wurde⁷⁹, stellt eine mangelnde Krankheitseinsicht von psychisch kranken Leistungsberechtigten dar. Aus ihrer Sicht könne eine nachhaltige Erwerbsintegration nur gelingen, wenn sich die Betroffenen im ersten Schritt mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen und entsprechende professionelle Behandlung in Anspruch nehmen. Würden sie entsprechende Angebote jedoch nicht nutzen, weil sie eine Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung ablehnen, könne eine dauerhafte (Re-)Integration nicht gelingen, da sie häufig immer wieder auf dieselben Herausforderungen und Konflikte im Arbeitsleben stoßen und daran scheitern würden.

„Also ich denke, dass kommt sehr auf den Kunden an, ne? Also wenn der in Behandlung ist und wenn der eingestellt ist, medikamentös oder sich da irgendwie beholfen hat, dann glaube ich, sind die Arbeitsmarktchancen nicht unbedingt schlechter als für jeden anderen. Ist das nicht der Fall, wird sich das relativ schnell herauskristallisieren, weil der Arbeitgeber merkt, okay, da sind immer wieder, vielleicht Krankheitsphasen oder der ist unpünktlich oder kann irgendwie im sozialen Bereich, im Sozialkontakt ist irgendwie komisch oder wie auch immer, kann mit, ja, wenn Kundenkontakte da sind, vielleicht mit denjenigen nicht so offen umgehen. Dann wird es etwas schwieriger [...]“ [02 04 Fallmanager]

„Und bei anderen wieder, da denke ich, da sind die Störungen dann doch so umfangreich und weil grade diejenigen auch so wenig (...) ich würde nicht sagen, nicht bereit sind, aber nicht können. Sich behandeln zu lassen. Dass sie aus diesem Krankheitskreislauf nicht rauskommen und dadurch meiner Meinung nach nicht, nicht mehr in den Arbeitsprozess integriert werden können, weil sie da manchmal auch gar nicht annehmen, dass sie krank sind. Und dass sie bestimmte Behandlungsmöglichkeiten hätten. Dass sie die annehmen müssten, dass sie was tun müssten, um dann vielleicht auf einem bestimmten Arbeitsmarktbereich, es gibt ja da völlig verschiedene, vielleicht doch noch irgendwo integriert werden zu können.“ [04 03 Fallmanager]

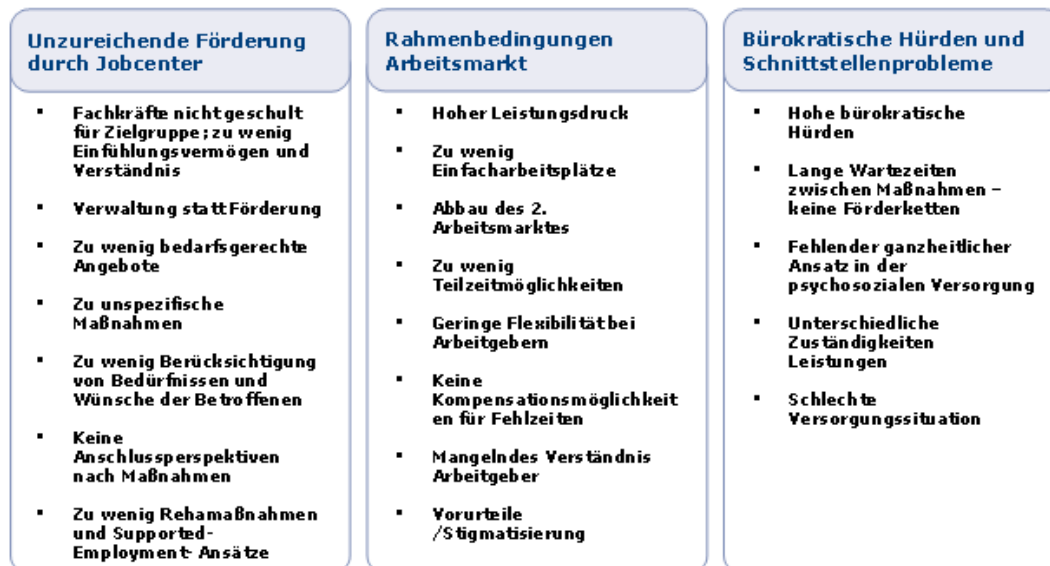
Strukturelle Barrieren

Neben den bislang aufgeführten und vor allem individuell zugeschriebenen Barrieren, haben die Befragten des Weiteren auf strukturelle Hemmnisse für die (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten hingewiesen. In der folgenden Übersicht finden sich die zentralen identifizierten strukturellen Barrieren. Im Vergleich zu den genannten individuellen Barrieren lassen sich im Hinblick auf die Einschätzungen

⁷⁹ Dass diese Barriere nur von Seiten der Fachkräfte genannt wurde, überrascht insofern nicht, da sie häufiger auch Leistungsberechtigte betreuen, die sich bislang nicht in Behandlung befinden und dies auch für sich ausschließen. Die befragten Betroffenen befanden sich wiederum alle in Behandlung bzw. einer entsprechenden Maßnahme. Auch die Behandlerinnen und Behandler arbeiten mit Betroffenen, bei denen mehrheitlich eine grundsätzliche Bereitschaft bestehen dürfte, sich mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen.

zu zentralen strukturellen Barrieren für die (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt stärkere Unterschiede zwischen den Angaben der drei Befragungsgruppen (Fachkräfte, Behandler/-innen, Betroffene) feststellen.

Abbildung 2
Zentrale strukturelle Barrieren für die (Re-)Integration von psychisch Kranken in den Arbeitsmarkt



Quelle: Eigene Darstellung

Von Seiten der Behandlerinnen und Behandler⁸⁰ sowie der Betroffenen wurden zunächst die Rahmenbedingungen des SGB II und eine mangelnde Unterstützung und Förderung durch die Jobcenter als maßgebliche Barriere für die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt für psychisch kranke Leistungsberechtigte gesehen. So teilten einige der Behandlerinnen und Behandler zum einen die Einschätzung, dass die Fachkräfte in den Jobcentern nicht ausreichend geschult seien, um psychische Erkrankungen zu erkennen und mit diesen umzugehen.

„Ich habe häufig den Eindruck, dass sie über die Erkrankungsbilder nicht besonders viel wissen. Also unter einer Depression kann man sich vielleicht noch was vorstellen oder bei einer Angsterkrankung wird es schon schwerer, aber ich glaube bei dem Begriff Schizophrenie oder bipolare Störung wird es schon ganz schwer, weil ich denke auch, dass die Patienten halt unterschiedliche Einschränkungen besitzen und unterschiedlich gefördert werden müssten.“ [AG 01 02 03 Psychiater, Niederlassung]

Häufig wurde in diesem Zusammenhang auf ein mangelndes Verständnis und Einfühlungsvermögen der Fachkräfte für die Bedürfnisse und Einschränkungen der psychisch kranken Leistungsberechtigten hingewiesen. Deren beruflichen Wünsche und

⁸⁰ Sowohl in den vorgeschalteten Interviews mit den Expertinnen und Experten des ärztlichen Versorgungssystems als auch in den Interviews mit den Behandlerinnen und Behandlern vor Ort nahm diese Barriere einen großen Stellenwert ein.

Vorstellungen würden bei einer Förderplanung oder Jobangeboten zu wenig berücksichtigt, was häufig dazu führe, dass sich die Betroffenen unverstanden fühlen und Widerstände entwickeln.

„Teilweise berichten die davon, dass sie sich, ja, im Kontakt auch provoziert fühlen oder auch nicht verstanden fühlen in ihrer Erkrankung, in ihren Schwierigkeiten, dass die Ämter dann da Druck machen und sie in eine ganz andere Richtung schieben wollen, als die das eigentlich wollen“. [AG 07 02 05 Ergotherapeut, Klinik]

Zum anderen wurde die mangelnde Förderung von psychisch kranken Leistungsberechtigten bei der Suche nach Arbeit kritisiert. Von den befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten äußerten immerhin 27 Betroffene die Einschätzung, dass sie das Jobcenter nicht ausreichend oder gar nicht bei der Suche nach Arbeit unterstütze. Man werde „verwaltet“, äußerten mehrere Befragte, das Jobcenter vermittele ihnen kaum oder gar keine Stellenangebote.

„[...] dass jahrelang nichts passiert ist sozusagen, ich musste um jede Maßnahme oder irgendwas kämpfen. Es gab nie irgendwie eine leise Ahnung von Jobangebot oder von irgendwas. Man musste sich wirklich vollkommen um sich selber kümmern. Ich habe nie was vom Jobcenter so erhalten“. [AG 01 01 02]

Hatten die Betroffenen von Seiten der Arbeitsvermittlung oder dem Fallmanagement Maßnahme- bzw. Förderangebote erhalten, wurden diese teilweise als nicht zielführend oder bedarfsgerecht beschrieben. Bei einzelnen Befragten entstand gar der Eindruck, dass man ihnen nicht vertraue, wieder am Arbeitsmarkt Fuß zu fassen und sie keine nachhaltige Förderplanung erkennen könnten, die sie bei der Arbeitsaufnahme unterstützen würde.

„[...] und hat mir ein Bewerbungstraining angeboten gehabt. Aber ich hab gesagt: das bringt mir nichts. Da war ich schon sechsmal gewesen.“ [AG 02 01 04]

„Ich werde immer nur in 1-Euro-Jobs und Trainings gesteckt, so als wäre ich 50 Jahre alt und hätte keine Chance mehr, jemals wieder in Arbeit zu kommen.“ [AG 04 01 04]

Viele der befragten Behandlerinnen und Behandler kamen ebenfalls zu der Einschätzung, dass es häufig an einer passgenauen Förderung der psychisch kranken Leistungsberechtigten durch das Jobcenter mangle. Es entstehe teilweise der Eindruck, dass Maßnahmenangebote eher von institutionellen Zielsystemen gesteuert seien als an den individuellen Bedarf der Betroffenen ausgerichtet, oder dass nur eine Verwaltung der Betroffenen erkennbar sei. Viele der Maßnahmen seien zudem nicht spezifisch auf die Zielgruppe psychisch Kranker ausgerichtet (vgl. auch Abschnitt 5.5).

„Ich denke, bei einigen wird erst gar nicht viel gefordert werden, gefordert und gefördert, dass die in Arbeit kommen. Die werden eher verwaltet.“ [AG 02 02 01 Sozialarbeiter, psychiatrische Tagesklinik]

Als zusätzliche Barriere wurde das Alter der psychisch kranken Leistungsberechtigten für eine gezielte Förderung genannt. So berichteten sowohl die Behandlerinnen und Behandler als auch einige der befragten Betroffenen von der Einschätzung, dass äl-

tere psychisch kranke Leistungsberechtigte von Seiten der Jobcenter „abgeschrieben“ wären und aufgrund dessen keine Fortbildungen oder Umschulungen finanziert bekämen, die aus ihrer Sicht allerdings notwendig wären, um nicht vorhandene Abschlüsse nachholen zu können oder eine Umorientierung auf dem Arbeitsmarkt realisieren zu können. Dies sei insofern problematisch, wenn eine psychische Erkrankung in der mittleren/späteren Lebenshälfte auftrete und durch die Einschränkungen der erlernte Beruf nicht mehr ausgeübt werden könne.

„Na also, es gibt aus meiner Sicht, es gibt so eine willkürliche Grenze, wo, wo es Menschen nicht mehr ermöglicht wird, in einen anderen Berufszweig zu gehen. Also ich, also so gefühlt ist es ungefähr um die achtunddreißig, neununddreißig, vierzig, dass den Patienten gar keine Umschulung mehr gewährt wird. Das ist aus meiner Sicht schwierig.“ [AG 01 02 03 Psychiater, Niederlassung]

Die befragten Fachkräfte sahen die eigenen Bemühungen bei der Förderung und Unterstützung von psychisch kranken Leistungsberechtigten zwar weitaus weniger kritisch als die Betroffenen und die Behandlerinnen und Behandler. Dennoch kamen auch von ihrer Seite vereinzelt Hinweise darauf, dass es teilweise an passenden Maßnahmen für die Zielgruppe fehle bzw. die vorhandenen Gelder vorrangig in Personen investiert werden, deren Integrationschancen positiv eingeschätzt werden (vgl. Kapitel 5.5). Dies könne durchaus dazu führen, dass diejenigen Leistungsberechtigten, die über multiple Einschränkungen verfügen und auf langfristige Sicht nur geringe Eingliederungschancen haben, von Förderangeboten abgeschnitten werden. Anhand des folgenden Zitats einer Teamleitung soll das Dilemma, vor dem sich auch einige der befragten Fachkräfte gestellt sehen, exemplarisch verdeutlicht werden.

„Ich sehe auch weiterhin unsere Aufgabe im Jobcenter ist die Integration, wir sind immer noch die Arbeitsverwaltung. Dass wir jetzt hier an der Schnittstelle sind, ist mir auch klar, aber ähm ich sage mal so: Äh solange man uns an der Stelle auch so alleine lässt, äh sehe ich auch keine Chance, dass sich da was ändert. Also ich kann jetzt (...) sehe nicht ein, dass ich ähm mit den knappen Haushaltsmitteln jetzt auch Maßnahmen mache für Menschen, bei denen eine Integration pff (.) sehr, sehr fern liegt, bzw. vielleicht unmöglich ist. Also von daher muss man schon klar sagen, (.) die Vermittlung steht im Fokus. Wir versuchen eben über Fallmanagement oder so einzelne Coachings noch eventuell Leute auch noch ab- (...) sozusagen die Hilfestellung zu geben. Aber im Fokus stehen Leute, die integrierbar sind, auch wenn sie psychische Einschränkungen haben, werden wir alles versuchen, ja, auch mit EGZ, also Förderung usw. Aber Integration steht im Fokus und diejenigen, die nicht integrierbar sind, die (...) die werden auf der Strecke bleiben.“ [08 01 Teamleitung]

Über alle Befragungsgruppen hinweg wurden des Weiteren die Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes als eine zentrale Barriere für die (Re-)Integration von psychisch Kranken benannt. Durch den zunehmenden Wegfall einfacher Arbeitsplätze zugunsten automatisierter Prozesse, einer Zunahme digitaler Kommunikation sowie hochspezialisierter Berufe bestünden am Arbeitsmarkt schlechte Chancen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Einfach- und Nischenarbeitsplätze, die auch von Personen ausgeübt werden können, die spezifische Einschränkungen mitbringen

(z.B. Sozialphobien), würden nicht nur sukzessive abgebaut, sondern seien oftmals auch von Leiharbeitsfirmen besetzt. Die Arbeitsbedingungen seien entsprechend von hohem Flexibilisierungs- und Leistungsdruck (wechselnde Belegschaften, oftmals Schichtarbeit) und Unsicherheiten (befristete Arbeitsverträge) gekennzeichnet, während psychisch Kranke Tätigkeiten bräuchten, die eine feste Struktur böten. Darüber hinaus bestehe gerade in dieser Branche keine Toleranz für krankheitsbedingte Ausfälle.

„Es gibt eine Branche, die nicht mitzieht, was ich aber auch nicht tragisch finde, das ist die Zeitarbeit, die ich auch nicht für den Personenkreis sehe, weil diese Überforderung beispielsweise sonntagsabends nicht zu wissen, wo ich montags arbeite, das stellt in der Regel ein Problem dar. Ich weiß und das ist schade, dass die Zeitarbeit natürlich manche Branchen mittlerweile komplett abdeckt, gerade die Nischenarbeitsplätze für Menschen, die keine Ausbildung haben oder keine Qualifizierung, aber das gestaltet sich relativ schwierig. Zeitarbeit hat auch immer noch eine große Restriktivität gegenüber Menschen mit Behinderung allein aufgrund dieser Kündigungsschutz-äh -geschichte in der Zeitarbeit.“ [06 01 Teamleitung]

Einig waren sich die meisten Behandlerinnen und Behandler sowie Fachkräfte in ihrer Einschätzung, dass es an Angeboten auf dem öffentlich geförderten Arbeitsmarkt mangelt, die für Personen mit psychischen Einschränkungen in einem geschützten Rahmen längerfristige Perspektiven bieten könnten. In diesem Zusammenhang wurde auch kritisch besprochen, dass viele der Maßnahmen nach kurzer Zeit wieder auslaufen und keine Anschlussperspektiven eröffnet werden. Zudem vermissen einige der befragten Behandlerinnen und Behandler Förderangebote, die die Begleitung und Unterstützung von psychisch Kranken bei der (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt in den Fokus stellen. Es würde in Deutschland noch immer viel zu wenige Programme zur unterstützten Beschäftigung (Supported Employment) geben, obwohl Nutzen und Wirkung dieses Ansatzes nachgewiesen seien.

Durch die zunehmende Ökonomisierung der Gesellschaft, die einhergeht mit höher werdenden Anforderungen in der produktiven Arbeit, steige nach Ansicht der Fachkräfte und der Behandlerinnen und Behandler grundsätzlich der Leistungsdruck im Arbeitsleben, was bei vielen psychisch kranken Leistungsberechtigten aufgrund ihrer teilweise geringeren Belastbarkeit ein Gefühl der Überforderung erzeuge. Hinzu käme, dass es zu wenige Möglichkeiten für Teilzeitarbeit oder flexible Arbeitszeitmodelle gäbe, die es psychisch kranken Leistungsberechtigten ermögliche, mit zunächst wenigen Stunden einzusteigen bzw. während Krankheitsphasen weniger Stunden zu arbeiten. Des Weiteren fehle es bislang an Möglichkeiten, Ausfallzeiten von psychisch erkrankten Leistungsberechtigten, die in eine Tätigkeit einsteigen, finanziell für die Arbeitgeber zu kompensieren. Es bleibe der Eindruck, dass die moderne Arbeitswelt nicht gut zugeschnitten sei auf die Bedürfnisse von psychisch Kranken.

„Also man kann generell sagen, äh ob Verwaltung, ob Wirtschaft, überall herrscht ein unheimlicher Effizienzdruck. Dieser Effizienzdruck macht Menschen zunehmend krank und es macht aber auch unmöglich, dass kranke Menschen wieder zurückkommen, weil dieser Effizienzdruck ist ein Teufelskreis und deswegen sehe ich, haben

die relativ schlechte Chancen. Wenn Du (...) wenn Du in diesen Mühlen nicht leistungsfähig bist, dann äh werden die Arbeitgeber in der Regel alle schnell die Konsequenzen ziehen.“ [08 01 Teamleitung]

„Und eine weitere Barriere, die habe ich ja sozusagen schon genannt, dass ist diese wunderbare Idee, Arbeitslose stufenweise einzugliedern, da gibt es keine Menschen, keine Arbeitgeber, die das anbieten. Also da haben wir bisher keinen gefunden, der so etwas machen würde, der sagt, fang einfach trotzdem nur mit zwei Stunden an oder meinetwegen auch vier.“ [AG 02 02 02 Arzt, psychiatrische Tagesklinik]

Des Weiteren wurde von allen Befragungsgruppen problematisiert, dass von Seiten der Arbeitgeber oftmals Vorbehalte gegenüber der Einstellung bzw. (Wieder-)Beschäftigung von psychisch Kranken festgestellt werden können. Es bestünde noch immer viel Unwissen über psychische Erkrankungen und damit verbunden Vorurteile bzw. Ängste der Arbeitgeber (z.B. Berührungsängste, Besorgnis über lange Ausfallzeiten), psychisch Kranke einzustellen. Hinzu käme die Gefahr einer Stigmatisierung von Seiten der Kolleginnen oder Kollegen, wenn durch eine psychische Erkrankung höhere Fehlzeiten bzw. geringe Belastbarkeit entstünden.

„Ja, das, was ich erlebe, ist leider, dass die Bereitschaft sehr gering ist, also zum einen ist es so, dass viele mit dem Thema sich nicht auskennen und da Berührungsängste haben, also dass es einfach noch allgemein in der Gesellschaft ein großes Tabuthema immer noch ist und ja die so auf dieser Welle leider auch dann so mitreiten und die haben natürlich auch sehr oft die Sorge, ich stelle hier jetzt möglicherweise jemanden ein, der dann ständig krank ist und fehlt und den ich vertreten muss oder der gar nicht die Leistung abrufen kann, die ich eigentlich von ihm verlangen möchte, wo ich auch noch besonders mir einfallen lassen muss, wie kann ich den jetzt schonen, dass der möglichst lange arbeitsfähig bleibt.“ [AG 07 02 05 Ergotherapeut, Klinik]

Als dritte zentrale strukturelle Barriere wurden bürokratische Hürden und Schnittstellenprobleme benannt. Insbesondere die Behandlerinnen und Behandler wiesen zum Beispiel darauf hin, dass die Beantragung von Förder- und Rehabilitationsmaßnahmen, die die Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in den Arbeitsmarkt vorbereiten oder unterstützen sollen, mitunter mit viel Aufwand verbunden sei. Insbesondere die Patientinnen und Patienten seien mit der Informationsbeschaffung und den organisatorischen Aufgaben häufig überfordert.

„Also ich erlebe hier, dass ein hoher bürokratischer Aufwand betrieben werden muss, um diese Patienten auch in Maßnahmen zu bringen, die ja durchaus dafür da sind, eine berufliche Integration erfolgreich zu gestalten. Und ich merke, dass das so schwer ist, dass die Patienten Zugang dazu finden, weil das für sie ein sehr sehr hoher Aufwand ist, die ganzen Sachen zu beantragen, dann wird es vielleicht erstmal abgelehnt, dann ist es notwendig, einen Widerspruch zu stellen, sich überhaupt erstmal über das Angebot zu informieren. Das ist eine Menge an Informationen, was man da bekommt und es wird von den Patienten sehr sehr viel abverlangt im Sinne von, es ist ein hoher Zeitaufwand, sich diese Formulare zu besorgen, diese Formulare

auszufüllen, wir müssen zu mehreren Stellen gehen, um Berichte, um Gutachten einzuholen, wir müssen mit sehr sehr vielen Menschen, unterschiedlichen Menschen sprechen [...].“ [AG 07 02 05 Ergotherapeut, Klinik]

Darüber hinaus wurden lange Wartezeiten und die mangelnde Vernetzung zwischen den einzelnen beteiligten Institutionen und Akteuren bemängelt, da sie den Arbeitsmarkteinstieg der Betroffenen maßgeblich verzögern könnten. Von Seiten der Behandlerinnen und Behandler wurde insbesondere auf die teilweise sehr langen Wartezeiten zwischen Tagesklinik und beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen hingewiesen, die dazu führen könnten, dass die psychisch kranken Leistungsberechtigten die gewonnenen Tagesstrukturen und Motivation wieder verlieren. Des Weiteren wurde problematisiert, dass durch Schnittstellenproblematiken und mangelnden Austausch zwischen den Akteuren eher die Finanzierungsfrage im Fokus stehe und weniger die Bedürfnisse der psychisch Kranken. Insgesamt finde sich eine starke Segmentierung der Versorgung und Schwierigkeiten der Finanzierung. So gäbe es kaum Vernetzungen von Jobcentern und psychiatrischen Angeboten, kaum institutionalisierte Konzeptionen und kaum Vernetzung auf Einzelfallebene. Eine regelhafte Vernetzung von Entscheidungsträgern, um Konzepte abzustimmen und regionale Bedarfe zu erheben und zu besprechen, finde nicht statt. Das hätte „*autistische Qualifikationen*“ [Professor, Sozialpsychiatrie] der unterschiedlichen Akteure zur Folge, wie es einer der befragten Experten aus dem ärztlichen Versorgungssystem ausdrückte.

„Naja, dass die aufgrund der unterschiedlichen Kostenträger, wenn man jetzt an den Bereich Arbeit denkt, dauert das auch immer mit einem Wechsel ist es verbunden, diesen neu zu beantragen, das braucht dann so seine Zeit bis das durchläuft und entschieden ist. Das ist einfach so ein bürokratisches Problem, was in den seltensten Fällen gelingt, auch wenn man es früh genug angeht, ja, zu reduzieren. Das sind lange Wartezeiten und zu einem idealen Feld würde sicherlich auch noch einmal gehören, wenn man eines Tages das gleiche Verständnis, den gleichen Ansatz hätte und wenn es gelingen würde auch trotz der unterschiedlichen Finanzierungsmodelle der einzelnen Institutionen trotzdem mehr einheitlich zu denken. Nicht so sehr institutionenorientiert zu denken, sondern mehr zu denken, was auch diese Personengruppe will.“ [AG 06 02 04 Ergotherapeut, SpDi]

Nach Angaben einiger Behandlerinnen und Behandler läge die geringe Arbeitsmarktintegration psychisch Kranker aber auch in der schlechten Versorgungssituation in Deutschland mitbegründet. Es gäbe in einigen Gebieten keine flächendeckenden Spezialangebote für psychisch kranke Menschen (RPKs, berufliche Trainingszentren, etc.), aber auch das ambulante Therapieangebot sei nicht ausreichend. Lange Wartezeiten könnten wiederum dazu führen, dass die psychisch kranken Leistungsberechtigten weiter destabilisiert würden und die Schritte in Richtung Arbeitsmarkt zeitlich nach hinten verlagert werden müssten.

7.3 Gelingensfaktoren für eine (Re-)Integration in Arbeit

Im Rahmen der Interviews wurden jedoch nicht nur Barrieren für eine (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten aufgezeigt, sondern auch diskutiert,

welche Faktoren dazu beitragen können, dass ein (Wieder-) Einstieg in den Arbeitsmarkt gelingen kann. Die identifizierten Gelingensfaktoren lassen sich in der Regel direkt in Bezug mit den benannten Barrieren setzen und wurden mit einigen wenigen Ausnahmen von fast allen Befragungsgruppen - wenn auch mit teils unterschiedlicher Gewichtung - angesprochen. Nachfolgend werden die Gelingensfaktoren näher beleuchtet und Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede zwischen den verschiedenen Perspektiven der Befragungsgruppen verdeutlicht.

Von Seiten der befragten Fachkräfte aus den Jobcentern wurde zunächst häufig darauf hingewiesen, dass die psychische Stabilität der Leistungsberechtigten Voraussetzung für eine erfolgreiche berufliche (Wieder-)Eingliederung sei. Viele von ihnen teilten die Einschätzung, dass die Einsicht in die Erkrankung und die Bereitschaft, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, der erste Schritt in Richtung einer Stabilisierung darstelle und daran anschließend die Chancen für eine (Re-)Integration in Arbeit steigen würden. Einige Fachkräfte verdeutlichten dabei, dass eine therapeutische/medizinische Anbindung für sie die Voraussetzung für Qualifizierungs- und Vermittlungsangebote sei.

„Also (.) psychisch Auffällige, wenn sie in Behandlung sind, wenn sie sozusagen oder wenn sie Krankheitsbilder haben und es ist diagnostiziert und man hat (..) ist (...) hat (.) ist dem angegangen und man hat seine Therapien begonnen alles, dann können die ja ganz normal den Weg wegen. Es ist ja nicht so, dass man mit einer psychischen Erkrankung total daniederliegt [...].“ [04 01 Teamleitung]

„Also Chancen gibt es, solange sie sich irgendwo anbinden lassen. Also wenn (...) wenn jemand wirklich in (..) in regelmäßiger Betreuung ist, also das erarbeite ich eigentlich auch mit den Kunden, dass ich sage, also ähm ich habe jetzt einen, ich sage: Wenn Sie eine Ausbildung machen wollen, okay, dann aber nur in Begleitung mit einer Psychotherapie. [...]. Also das ist so der schöne Weg, so sollte es sein und wenn die Kunden da auch äh, ja, da Vertrauen auch zu ihrem Therapeuten haben, dann kann es auch wirklich klappen.“ [08 02 Fallmanager]

Von Seiten einiger Betroffener, aber auch von Behandlerinnen und Behandlern wurde der Wunsch nach einer besseren Betreuung, Unterstützung und Vermittlung durch die Jobcenter geäußert. Es wurde darauf hingewiesen, dass ein individueller und verständnisvoller Umgang mit den speziellen Problemlagen der Betroffenen, Hilfe bei der Antragstellung und dem Ausfüllen von Formularen sowie mehr Transparenz über Entscheidungen des Jobcenters und Informationen über Fördermöglichkeiten dazu beitragen können, dass der Weg in Richtung einer (Re-)Integration in Arbeit beschleunigt werden könne. Insbesondere durch eine systematischere Informationsvermittlung sowie einem besseren Zugang zu Fördermaßnahmen und Qualifizierungsangeboten könne der (Wieder-)Einstieg in den Arbeitsmarkt verbessert werden.

„Das A und O ist, glaube ich, einfach der Zugang zu Hilfsmöglichkeiten. Also viele sitzen einfach bei mir, die haben, ha, die sind, jahrelang kämpfen die mit schweren psychischen Problemen, (..), die wissen nicht, was es alles gibt, die haben einfach

ein extremes Informationsdefizit. [...] Aber den Kunden sozusagen diese, diese Information und diese Hilfsmöglichkeiten zukommen zu lassen, das ist, glaube ich, tatsächlich aus meiner Sicht das Beste, was das Jobcenter da oder, oder auch von institutioneller Seite getan werden kann.“ [AG 01 02 06 Psychologe, Psychosoziales Coaching]

Die Behandlerinnen und Behandler, die Fachkräfte sowie die Betroffenen selber, wiesen darauf hin, dass niedrighschwellige Förderangebote und Maßnahmen, wie etwa AGH, öffentlich geförderte Beschäftigung, Coachingmaßnahmen, oder auch die Einbindung in Integrationsfirmen die Selbstwirksamkeit der Betroffenen stärken könne, was sich wiederum positiv auf eine erfolgreiche Arbeitsintegration auswirke. Insbesondere von Seiten der Fachkräfte wurde häufig auch explizit die Forderung nach einem dauerhaften öffentlich geförderten Arbeitsmarkt laut, um psychisch kranken Leistungsberechtigten mit größeren Einschränkungen Beschäftigungsmöglichkeiten anbieten zu können (vgl. Kapitel 5.5). Betont wurde zudem von Seiten der Behandlerinnen und Behandler, dass Maßnahmen passgenau auf die Bedarfslagen der psychisch Kranken zugeschnitten sein sollten und eine zu große Teilnehmerheterogenität bei der Maßnahmenbesetzung vermieden werden sollte, um größere Erfolge zu erzielen. Darüber hinaus forderte die Behandlerseite auch häufig einen Ausbau und besseren Zugang zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen für die (Re-)Integration von Betroffenen in den Arbeitsmarkt (vgl. auch Kapitel 5.8).

Ein Großteil der befragten Expertinnen und Experten aus dem ärztlichen Versorgungssystem empfahl zudem einen ganzheitlichen Ansatz in der psychosozialen Versorgung. Das Thema berufliche Rehabilitation und Arbeit müsse im Rahmen einer Behandlung/Therapie von Anfang an thematisiert werden. Arbeit und Beschäftigung müssten wieder näher an den psychiatrischen Versorgungskontext gebracht werden, anstatt den Themenkomplex segmentiert in der beruflichen Rehabilitation zu behandeln. So wäre es zielführend, die Arbeitssituation der Patientinnen und Patienten frühzeitig zu erfassen und zu thematisieren.

Von allen Befragungsgruppen wurden die Vorbereitung und Unterstützung beim sukzessiven (Wieder-)Einstieg in das Berufsleben als ein wesentlicher Gelingensfaktor benannt. Die Betroffenen äußerten häufig den Wunsch, sich zunächst in einem Arbeitsumfeld ausprobieren und vorbereiten zu wollen, - beispielsweise in Form eines vorgeschalteten Praktikums - um langsam wieder eine Arbeitsroutine aufbauen zu können und sich nicht zu überfordern. Auch von Seiten der Behandlerinnen und Behandler sowie der Fachkräfte aus den Jobcentern wurden Praktika und Belastungserprobungen zu Beginn eines (Wieder-)Einstieges sehr positiv bewertet, da sowohl Betroffene als auch Arbeitgeber häufig davon profitieren würden und Ängste dadurch abgebaut werden könnten.

„Also in der Belastungserprobung, wie gesagt, da habe ich die positive Erfahrung gemacht, dass beide Seiten einfach merken, ist gar nicht so schlimm, wenn ich sage, dass ich psychisch krank bin, weil ich hier ein offenes Ohr habe auf der anderen Seite und der Arbeitgeber dann auch sagt, okay, da ist zwar jemand psychisch krank, aber ich habe hier einen wertvollen Mitarbeiter.“ [AG 07 02 07 Ergotherapeut, Klinik]

Betont wurde von vielen Befragten zudem, dass eine stufenweise (Re-)Integration in Arbeit zielführend sei. So wünschten sich die meisten Betroffenen zunächst einen (Wieder-)Einstieg auf Teilzeitbasis. Unterstützung erhielten sie auch von großen Teilen der Fachkräfte sowie Behandlerinnen und Behandler, die ebenfalls deutlich machten, dass ein Einstieg bei geringerer Stundenanzahl mit Möglichkeiten des sukzessiven Aufstockens ein Gelingensfaktor für eine erfolgreiche (Re-)Integration darstellen könne. Grundsätzlich wurde eine größere – an den Bedarfen der Klientinnen und Klienten orientierte - Flexibilisierung der Arbeitszeiten eingefordert, um auf die individuellen Bedarfe und Möglichkeiten der Betroffenen besser reagieren zu können.

„[...] und die haben vielleicht diese Chance, das finde ich wesentlich einfacher, wenn die durch die Therapie etwas gelernt haben, wie sie besser auf ihre Grenzen, auf ihre Bedürfnisse achten können, sich besser strukturieren können, besser kommunizieren können, na, also dann fangen sie meinetwegen mit vielleicht zwanzig Stunden pro Woche an, steigern das ganz langsam und kommen dann irgendwann wieder auf das vorherige Pensum. Also, das ist eine günstige Variante, da haben wir gute Erfahrungen mit gemacht.“ [AG 01 02 05 Psychologe, Tagesklinik]

Wichtig war vielen Betroffenen zudem ein persönlicher Ansprechpartner am Arbeitsplatz, der sie bei der (Re-)Integration unterstützt und an den sie sich wenden können, wenn Probleme mit dem Arbeitgeber auftauchen oder sie einen Vermittler benötigen. Dabei äußerten die Befragten unterschiedliche Vorstellungen davon, wen sie sich an ihrer Seite wünschen würden bzw. berichteten von positiven Erfahrungen u.a. mit Jobcoaches, Integrationsfachdiensten, Sozialarbeitern und Psychologen. Auch von Seiten der Behandlerinnen und Behandler sowie einzelner Fachkräfte wurde betont, dass Betroffene von einer persönlichen Begleitung am Arbeitsplatz profitieren, da sie hierdurch Rückhalt und Unterstützung bei einer (Wieder-) Eingliederung bekämen.

„Und da geh ich wieder mit dem Herrn vom Integrationsfachdienst hin, weil ich das Gefühl habe, dass ich dort [beim Arbeitgeber] alleine abgeblockt werde und da eigentlich nicht weiterkomme. Dass man mich da einfach im Regen stehen lässt. Und deswegen brauche ich unbedingt Unterstützung, jemanden, der dann dort mit mir hingehet und sagt: So, das ist jetzt hier Fakt und bitte haben Sie jetzt einen Arbeitsplatz, es ist immer noch ihre Mitarbeiterin und da offen gesagt einfach mehr Druck macht. Und da würde ich mich alleine ehrlich gesagt auf verlorenem Posten sehen [...].“ [AG 06 02 01 Sozialpädagoge, medizinische Reha]

„Ja, also ich glaube, unterstützt zu werden, also da kommt jemand mit, da redet jemand mit dem Chef, da wird ein Kontakt hergestellt, das, also wenn es um Wiedereingliederung geht, Kontaktaufnahmen, das habe ich, sagt ein Großteil der Patienten, die bei uns sind, dass sie das in der Form so wünschen und das als sehr hilfreich, äh, empfinden. Also, dass sie dem nicht alleine ausgesetzt sind.“ [AG 08 02 05 Arzt, psychiatrische Tagesklinik]

In diesem Zusammenhang wurde von einigen Behandlerinnen und Behandlern sowie vielen Experten aus dem ärztlichen Versorgungssystem noch einmal ein stärkerer Ausbau von Supported-Employment-Ansätzen gefordert, die auf eine schnelle (Re-

)Integration in das Erwerbsleben in Kombination mit einer Begleitung am Arbeitsplatz setzen (vgl. u.a. Kapitel 2.6 und 5.5).

Voraussetzung für eine gelingende (Re-)Integration sei zudem häufig eine flexible Arbeitsplatzanpassung an die Bedürfnisse der psychisch Kranken. Viele Befragte gaben weiterhin an, dass sich ein geringer Leistungsdruck im beruflichen Umfeld positiv auf eine gelingende Arbeitsintegration auswirken würde. Dies setze wiederum Verständnis auf Seiten der Arbeitgeber und Kollegen voraus und eine Form der „Willkommenskultur“. Sofern ein positives Arbeitsumfeld und ein verständnisvoller Umgang mit psychisch kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegeben seien, fallen die (Wieder-)Eingliederung und ein offener Umgang mit der Krankheit und damit einhergehenden möglichen Einschränkungen häufig leichter.

„Wenn jetzt aber jemand Schwierigkeiten hat mit vielen Menschen in einem Raum zu sein und ein Arbeitgeber sagt, ja, wir haben da ein Büro da kann jemand für sich arbeiten. (...) Dann ist das ja etwas, was man anpassen kann und wo eben die Störung/ wo man trotz Störung gute Arbeit leisten kann.“ [AG 06 02 06 Ergotherapeut, berufliche Reha]

„Das sind vor allen Dingen das Betriebsklima und Menschen, Vorgesetzte, die offen oder vorbehaltlos mit denen umgehen oder auch Rücksicht nehmen bei eventuellen Leistungseinschränkungen oder Schwankungen der Leistungsfähigkeit.“ [AG 06 02 01 Sozialpädagoge, medizinische Reha]

Um Stigmatisierungen und Vorbehalten gegenüber psychisch kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entgegenzuwirken, wies ein Großteil der Behandlerinnen und Behandler und Experten aus dem ärztlichen Versorgungssystem sowie einige Fachkräfte darauf hin, dass eine Sensibilisierung von Arbeitgebern und Kollegen notwendig sei. Es sollte transparent und offen über mögliche Herausforderungen bei der Beschäftigung von psychisch Kranken aufgeklärt werden. Gleichzeitig müsse jedoch auch auf Möglichkeiten der Bewältigung dieser Herausforderungen sowie Fördermöglichkeiten hingewiesen werden. Eine breite Aufklärung über psychische Erkrankungen, die gezielte Bereitstellung von Informationen an Arbeitgeber sowie ein offener Umgang mit psychischen Erkrankungen seien wichtige Voraussetzungen, um den Arbeitsmarkt stärker für psychisch kranke Menschen zu öffnen. Von enormer Bedeutung sei dabei die enge Kooperation und Unterstützung von Unternehmen, die bereit sind, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen einzustellen.

Insbesondere von Behandlerseite wurde zudem darauf hingewiesen, dass eine systematischere Kooperation und ein regelmäßiger Austausch zwischen der ärztlichen/psychosozialen Versorgung, den Jobcentern sowie weiteren Leistungsträgern nicht nur zu einer besseren Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in den Arbeitsmarkt führen, sondern zudem zu einem besseren gegenseitigen Verständnis beitragen würde. Ein entsprechender Wissensaufbau und Schulungen der jeweiligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter könnten zudem zu einer besseren Beratung von psychisch kranken Leistungsberechtigten beitragen.

„[...] dass es kaum eine Koordination oder Absprachen gibt, zwischen den verschiedenen Institutionen. Für uns gibt es beispielsweise auch keine Fortbildung, ne? Könnte man ja anbieten: Was gibt es eigentlich vom Arbeitsamt für Maßnahmen, damit wir mal einen Überblick haben. Was kann ich denn eigentlich empfehlen? Was gibt es für Alternativen? Für welche Menschen ist was geeignet? Das wird mit uns nicht abgestimmt als Versorger.“ [AG 04 02 03 Psychologe, Beratungsstelle, Tagesstätte]

„[...] die Menschen, die dort als Fallmanager tätig sind, dass die noch mehr oder dass es noch mehr geben könnte, vielleicht geben müsste, im Bereich der psychischen Erkrankung für sich noch mal ein bisschen mehr geschärft haben (...), die sich dann nochmal gezielt in diesem Bereich schulen lassen und die dann vor Ort Ansprechpartner sind für die und, für die, für die Arbeitslosengeld II Empfänger mit einer psychischen Erkrankung.“ [AG 07 02 04 Ergotherapeut, psychiatrische Klinik]

7.4 Zusammenfassung

In diesem abschließenden Ergebniskapitel wurde der Stellenwert der (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in den Arbeitsmarkt, sowie damit verbundene Barrieren und Gelingensfaktoren diskutiert und bilanziert. Es wurde zunächst ersichtlich, dass die Mehrheit der befragten Fachkräfte die (Re-)Integration in Arbeit für psychisch kranke Leistungsberechtigte eher als langfristiges Ziel definieren und zunächst die Stabilisierung der Gesundheit der Betroffenen in den Vordergrund stellen. Die von Seiten der Fachkräfte dargelegten Fallbeispiele zeigten auf, dass die Ausgangsbedingungen und jeweiligen Herausforderungen der psychisch kranken Leistungsberechtigten ebenso wie die gewählten Herangehensweisen der Fachkräfte sehr heterogen waren. Offensichtlich wurde anhand der meisten der Fallbeispiele aus der Beratung und Betreuung aber auch, dass die (Re-)Integration in Arbeit oftmals nachrangig zu anderen Unterstützungsangeboten angegangen wird.

Im Rahmen der Interviews mit den Fachkräften in den Jobcentern, den Behandlerinnen und Behandlern aus dem psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem sowie den Betroffenen selbst konnten zudem sowohl individuelle als auch strukturelle Barrieren bei der Reintegration psychisch Kranker in den ersten Arbeitsmarkt identifiziert werden. Als strukturelles Hemmnis wurde von Seiten der Behandlerinnen und Behandler sowie der befragten Leistungsberechtigten am häufigsten eine unzureichende Förderung durch das Jobcenter genannt. Die Fachkräfte in den Jobcentern seien im Hinblick auf psychische Erkrankungen nicht ausreichend geschult und zeigten zu wenig Verständnis und Einfühlungsvermögen für die Zielgruppe. Erteilte Maßnahmen und Förderangebote des Jobcenters seien häufig nicht zielführend und bedarfsgerecht. Individuelle Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen würden kaum berücksichtigt. Darüber hinaus wurden die mangelnde Förderung psychisch Kranker durch das Jobcenter, fehlende Anschlussperspektiven nach Beendigung von Maßnahmen sowie der Mangel an Angeboten zur unterstützen Beschäftigung kritisiert.

Über alle Befragungsgruppen hinweg wurden des Weiteren die Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes als zentrale Barriere für die (Re-)Integration von psychisch Kranken benannt. Durch den Wegfall einfacher Arbeitsplätze bestünden am Arbeitsmarkt schlechte Chancen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, da die moderne Arbeitswelt nicht gut auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sei. Die Arbeitsbedingungen am Arbeitsmarkt seien durch einen hohen Flexibilisierungs- und Leistungsdruck sowie Unsicherheiten gekennzeichnet, psychisch Kranke aber bräuchten Tätigkeiten mit fester Struktur. Es mangle zudem an Angeboten auf dem öffentlich geförderten Arbeitsmarkt, der für diese Zielgruppe längerfristige Perspektiven in einem geschützten Rahmen bieten könnte. Hinzu komme, dass es wenig Möglichkeiten für Teilzeitarbeit und kaum flexible Arbeitszeitmodelle gäbe. Auf Seiten der Arbeitgeber und Arbeitskollegen gäbe es aufgrund von Unwissen über psychische Erkrankungen Vorurteile, Ängste und Vorbehalte gegenüber psychisch Kranken. Als dritte zentrale strukturelle Barriere wurden bürokratische Hürden und Schnittstellenprobleme benannt. Die Beantragung von Förder- und Rehabilitationsmaßnahmen für psychisch Kranke sei mit viel Aufwand verbunden, die vor allem die Betroffenen häufig überfordere. Darüber hinaus wurden lange Wartezeiten und die mangelnde Vernetzung zwischen den einzelnen beteiligten Institutionen und Akteuren bemängelt. Es gäbe eine starke Segmentierung der Versorgung, kaum Vernetzungen von Jobcentern und psychiatrischen und psychosozialen Angeboten und kaum institutionalisierte Konzeptionen. Hinzu käme die fehlende flächendeckende Versorgung. In einigen Gebieten seien keine Spezialangebote für psychisch Kranke verfügbar, aber auch das ambulante Therapieangebot sei nicht ausreichend.

Im Rahmen der Interviews wurden in vielfältiger Weise auch individuelle Barrieren für die (Re-)Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in Arbeit dargelegt. Diskutiert wurden u.a. eine geringere Belastbarkeit und Stressresistenz der Betroffenen, Ängste vor dem Wiedereinstieg sowie Antriebslosigkeit als Folge der Krankengeschichte als hemmende Faktoren. Darüber hinaus würden auch die Schwere der Erkrankung sowie eventuelle Rückfälle eine (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt beeinflussen. Nicht zu vernachlässigen ist dabei, dass sich individuelle und strukturelle Barrieren in den meisten Fällen gegenseitig bedingen. So wird beispielsweise eine geringere Leistungsfähigkeit nur dann zu einer Hürde, wenn der Arbeitsmarkt dies nicht toleriert. Von Seiten der Fachkräfte wurde insbesondere eine mangelnde Krankheitseinsicht als individuelle Barriere für den Wiedereinstieg in Arbeit genannt. Aus ihrer Sicht könne eine (Re-)Integration nur gelingen, wenn professionelle medizinische und therapeutische Hilfe in Anspruch genommen wird.

Abschließend wurden die von den Seiten der Befragten genannten Gelingensfaktoren aufgezeigt, die sich in der Regel direkt mit den genannten Barrieren in Bezug setzen lassen. So wurde von Seiten der Fachkräfte hervorgehoben, dass die psychische Stabilität der Betroffenen Voraussetzung für eine berufliche (Wieder-)Eingliederung sei. Von Seiten der befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten und der Behandlerinnen und Behandler wurde häufig der Wunsch nach einer besseren Betreuung, Unterstützung und Vermittlung durch die Jobcenter geäußert. Darüber hinaus wiesen

sowohl die befragten Fachkräfte als auch die Behandlerinnen und Behandler darauf hin, dass durch niedrigschwellige Förderangebote und Maßnahmen der Weg in eine Erwerbstätigkeit geebnet werden könne. Die Behandlerseite forderte auch häufig einen Ausbau und besseren Zugang zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen sowie Supported Employment Ansätzen.

Von allen Befragungsgruppen wurde die Vorbereitung und Unterstützung beim sukzessiven (Wieder-)Einstieg in das Berufsleben als ein wesentlicher Gelingensfaktor benannt. In diesem Zusammenhang wurde auf vorgeschaltete Praktika und Belastungserprobungen sowie die Unterstützung durch persönliche Ansprechpartner am Arbeitsplatz als Gelingensfaktoren hingewiesen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass von fast allen Betroffenen ein beruflicher Einstieg auf Teilzeitbasis favorisiert wurde. Unterstützung erhielten sie diesbezüglich auch von großen Teilen der Fachkräfte sowie der Behandlerinnen und Behandler, die ebenfalls deutlich machten, dass eine an den Bedarfen der Klientinnen und Klienten orientierte Flexibilisierung der Arbeitszeiten wünschenswert sei.

Um Stigmatisierungen und Vorbehalte gegenüber psychisch kranken Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entgegenzuwirken, wies ein Großteil der Behandlerinnen und Behandler sowie einige Fachkräfte darauf hin, dass eine Sensibilisierung von Arbeitgebern und Bevölkerung notwendig sei. Zudem wurde von Behandlerseite darauf hingewiesen, dass eine systematischere Kooperation und ein regelmäßiger Austausch zwischen der ärztlichen/psychosozialen Versorgung, den Jobcentern sowie weiteren Leistungsträgern nicht nur zu einer besseren Integration von psychisch kranken Leistungsberechtigten in den Arbeitsmarkt führen, sondern zu einem besseren gegenseitigen Verständnis beitragen würde.

8 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

Eine der zentralen Fragestellungen dieser Studie befasste sich mit der Gestaltung der Beratung und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten im SGB II. Nachdem die konkrete Betreuung und Beratung von Klientinnen und Klienten sowie deren Interaktion mit den Fachkräften der Arbeitsverwaltung lange Zeit ein Desiderat der arbeitsmarktpolitischen Forschung darstellte, sind in den letzten Jahren verstärkt Forschungsarbeiten erschienen, die sich hiermit auseinandersetzen (z. B. Kolbe 2012; Schütz u.a. 2011; Osiander/Steinke 2011, Hielscher/Ochs 2009; FH Frankfurt Main u.a. 2008; Behrend/Ludwig-Mayerhofer 2008; Bartelheimer 2008; Schütz/Oschmiansky 2006; WZB/Infas 2006). Spezifischen Subgruppen von SGB-II-Leistungsberechtigten wurde in diesen Studien jedoch kaum Aufmerksamkeit gewidmet.

Vor diesem Hintergrund verfolgte die vorliegende Studie im Wesentlichen zwei Kernziele. Zum einen sollte die Situation von Personen mit einer psychischen Erkrankung im SGB II unter Einbezug der Betroffenenperspektive untersucht werden. Dabei waren die biographischen Erfahrungen der Betroffenen mit ihrer Krankheit und mit Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit ebenso von Interesse wie die Frage, welche Erwartungen die

psychisch kranken Leistungsberechtigten an die Beratung und Unterstützung durch die Jobcenter formulieren und wie sich ihre bisherigen Erfahrungen diesbezüglich einordnen lassen. Zum anderen stand die konkrete Fallbearbeitung und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten durch die Jobcenter sowie durch Einrichtungen der psychosozialen Versorgung im Mittelpunkt der Studie. Im Folgenden sollen zentrale Ergebnisse der Studie diskutiert, pointiert bilanziert und soweit möglich, mit Handlungsempfehlungen verknüpft werden.

8.1 Psychisch Kranke im SGB II: Lebenssituation und Arbeitsmarkt

Auch wenn die Datenlage sehr heterogen ist und in ihrer Grundlage uneinheitlich, zeigte bereits die Studie von Schubert u.a. (2013), dass sich im SGB II ein relevanter Anteil von Personen mit psychischen Erkrankungen befindet. Anhand von Zahlen der Krankenkassen aus dem Jahr 2009 zeigte die Studie, dass psychiatrische Diagnosen bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten weitaus höher liegen als bei Beschäftigten. Bezogen auf ein Jahr wird bei einem Drittel der SGB-II-Leistungsbeziehenden eine psychische Erkrankung diagnostiziert (vgl. ebd.: 41).

Die von uns befragten Fach- und Führungskräfte aus den Jobcentern bestätigten die relativ hohe Verbreitung psychischer Erkrankungen in ihrem jeweiligen Kundenstamm und äußerten oftmals die Wahrnehmung, dass die Kundengruppe in den letzten Jahren anteilig zugenommen habe. Von Seiten der Fachkräfte wurde diesbezüglich u.a. auch kritisch diskutiert, inwiefern sich Langzeitarbeitslosigkeit negativ auf die psychische Gesundheit der Klientinnen und Klienten auswirkt. Einen wechselseitigen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit haben mehrere Langzeitstudien festgestellt (vgl. Kapitel 2.4). Sowohl kann Arbeitslosigkeit und insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit zu psychischer Krankheit führen („Kausalitätshypothese“), umgekehrt kann Arbeitslosigkeit Folge einer psychischen Erkrankung sein („Selektionshypothese“). In der von uns befragten Stichprobe von psychisch kranken Leistungsberechtigten spiegelten sich beide Mechanismen wieder.

Die Interviews mit den Klientinnen und Klienten zeigten, dass diese die Situation der Arbeitslosigkeit extrem negativ erleben. Sie berichteten von massiven Auswirkungen auf ihre Gesundheit, aber auch von Erfahrungen der Stigmatisierung und sozialer Exklusion. Der überwiegende Teil der befragten Klientinnen und Klienten räumte Arbeit im eigenen Leben einen großen Stellenwert ein und äußerte den Wunsch, wieder eine Tätigkeit aufnehmen zu wollen. Mit einer Arbeitsaufnahme ist der Wunsch nach einer sinnvollen und strukturgebenden Tätigkeit, einem Verdienst, von dem sich nicht nur der Lebensunterhalt, sondern auch Hobbys, Freizeit und materielle Wünsche erfüllen lassen, nach Anerkennung und Bestätigung, nach dem Gefühl, nützlich zu sein, sowie sich sozial eingebunden zu fühlen, verbunden. Gleichzeitig gab es allerdings Hinweise, dass mit dem Wunsch nach einer Rückkehr in Arbeit auch Ängste assoziiert sind. Betroffene berichteten in Zusammenhang mit einem beruflichen Wiedereinstieg oft davon, Ängste vor möglichen Konzentrations- oder Leistungsproblemen oder vor Schwierigkeiten mit Kolleginnen und Kollegen sowie Vorgesetzten zu haben. Hier

existiert große Unsicherheit, beispielsweise hinsichtlich eines offenen Umgangs mit der Erkrankung. Darüber hinaus wurden oftmals Stigmatisierung aufgrund der Erkrankung oder ein gesundheitlicher Rückfall befürchtet.

Anhand der Ausführungen der befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten wurde ersichtlich, dass sich diese von Seiten der Jobcenter insbesondere eine bedarfsgerechte Beratung und Unterstützung erhoffen. Die Betroffenen wünschten sich eine Beratung, die ihre individuelle Lebenssituation berücksichtigt und auf Respekt und Verständnis gegenüber der Erkrankung gründet. Weiterhin wünschten sie sich transparente Entscheidungen sowie eine aktive Unterstützung bei der (Re-)Integration in Arbeit.

Dem gegenüber steht die Situation auf dem Arbeitsmarkt, die psychisch kranken Menschen nur bedingt Chancen bietet. Die Merkmale der aktuellen Arbeitswelt sind u.a. wachsender Zeit- und Leistungsdruck, objektive Unsicherheit und subjektive Verunsicherung bereits im so genannten Normalarbeitsverhältnis, erst recht aber im Sektor atypischer oder gar prekärer Beschäftigungsverhältnisse, der Wegfall sogenannter Einfacharbeitsplätze sowie die zunehmende Auflösung der Trennung von Arbeits- und Privatleben. Die Situation psychisch kranker Leistungsberechtigter ist dagegen oftmals geprägt von geringer Belastbarkeit und Stressresistenz, Ängsten vor dem Wiedereinstieg und Stigmatisierung sowie zum Teil auch spezifischen Einschränkungen, die aus der Erkrankung resultieren.

Die Anforderungen der aktuellen Arbeitswelt und die individuellen Bedarfe psychisch kranker Arbeitsloser komplett in Einklang zu bringen, wird nicht in allen Fällen gelingen. Allerdings können durch eine psychische Stabilisierung der Betroffenen, individualisierte Unterstützungsangebote und die Bereitstellung von Arbeitsangeboten auf Teilzeitbasis bzw. eine stärker an den Bedarfen psychisch kranker Menschen orientierte Flexibilisierung der Arbeitszeiten Passungshemmnisse abgebaut werden. Durch eine ergänzende Sensibilisierung von Arbeitgebern und Bevölkerung kann Stigmatisierungen und Vorbehalten gegenüber psychisch kranken Menschen entgegengewirkt werden. Besonders soll in diesem Zusammenhang darauf verwiesen werden, dass die gesundheitsförderlichen und stabilisierenden Effekte von beruflicher Tätigkeit auf psychisch Kranke lange bekannt sind.

- Die Betreuung psychisch kranker SGB-II-Leistungsbezieher sollte auf der Annahme fußen, dass ein großer Teil dieser Gruppe erwerbstätig sein will und auch grundsätzlich dazu in der Lage ist.
- Die Ergebnisse der vorliegenden Studien bestätigen zudem die aus der Literatur bekannten Befunde, dass Arbeit auch für Menschen mit psychischer Erkrankung eine positive und stabilisierende Funktion hat. Vor diesem Hintergrund sollten Arbeit und sinnvolle berufliche Beschäftigung in Abstimmung mit den Betroffenen frühzeitig fokussiert werden.

- Sensibilisierung und Aufklärung können dazu beitragen, Stigmatisierung gegenüber psychisch kranken Menschen zu reduzieren.

8.2 Der Stellenwert von Arbeit im Behandlungskontext

Die Frage nach der Integration in Arbeit stellte per se ein wichtiges Thema in der Beratung und Betreuung in den Jobcentern dar. Von Interesse war es im Rahmen der Studie aber auch, welchen Stellenwert das Thema „Arbeit und Beschäftigung“ im Behandlungskontext einnimmt und ob psychisch kranke Leistungsberechtigte auch durch ihre Behandlerinnen und Behandler Hilfestellungen bei der Integration in Arbeit erhalten. Die Relevanz des Themas in der medizinischen und rehabilitativen Versorgung ist in der Literatur unumstritten (Eikelmann u.a. 2005; Stengler 2014). Der großen Bedeutung der Thematik für die erfolgreiche Behandlung und Bewältigung psychiatrischer Erkrankungen steht aber eine eher „triste Realität“ gegenüber (Amering/Schmolke 2007; Aktion Psychisch Kranke e.V. 2004). Haerlin (2010: 20) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es für niedergelassene Ärzte, Institutsambulanzen und Kliniken kein prioritäres Ziel ist, ihre Patienten intensiv bei der Aufnahme von Erwerbsarbeit zu unterstützen. So spielt der Erfolgsfaktor „Aufnahme von Arbeit“ als Qualitätsindikator einer erfolgreichen Behandlung keine Rolle.

In Deutschland werden die einzelnen Behandlungsbereiche sowie die Bereiche der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation unter Bezugnahme auf die unterschiedlichen Rehabilitations- bzw. Kostenträger leistungsrechtlich und konzeptionell unterschieden. Diese Aufspaltung wurde immer wieder kritisiert, da sie einem Versorgungskontinuum aus Prävention, kurativer Behandlung und Rehabilitation widerspricht (z.B. Stengler 2014). Im Praxisalltag führt das zu einem institutionell geprägten Denken und Handeln, das sich wenig an den allumfassenden Bedarfen der Betroffenen orientieren kann.

Die Besonderheiten, die sich aus solch einem stark zergliederten Behandlungs- und Versorgungssystem ergeben, lassen sich auch aus den Aussagen der in unserer Studie befragten Akteure ableiten. Während die befragten Expertinnen und Experten aus dem ärztlichen und psychosozialen Versorgungssystem betonten, dass das Thema Arbeit und berufliche Inklusion in der „Fachwelt“ eine hohe Bedeutung habe, sei eine gezielte Auseinandersetzung im eigentlichen medizinischen Behandlungsalltag jedoch kaum möglich, da dies von Kostenträgerseite so nicht vorgesehen sei. Allerdings gaben die in unserer Studie befragten Behandlerinnen und Behandler nahezu ausnahmslos an, dass sie „Arbeit und Beschäftigung“ als eine wichtige Säule im Behandlungsalltag betrachten. Hinsichtlich der konkreten Umsetzung und der Form und Intensität zeigten sich jedoch große Unterschiede. Die Spannbreite reichte von der bloßen Frage zum Arbeitsstatus, über eine konkretere Planung persönlicher Ziele, bis hin zu einer Ermunterung zur Beschäftigungsaufnahme und der gezielten Unterstützung beispielsweise in Form von Begleitungen zu Terminen beim zuständigen Jobcenter. In Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation wird Arbeit per Definition zum

Ziel gemacht, aber auch in multiprofessionellen Behandlungssettings - wie beispielsweise dem einer psychiatrischen Institutsambulanz oder Tagesklinik - wurde das Thema Arbeit regelhafter angesprochen und insbesondere im Rahmen von Ergotherapie und Sozialarbeit fokussiert.

Zu der Zergliederung kommen auch noch Kapazitätsprobleme: In fast allen der acht Fallstudienregionen machten die befragten Fachkräfte der Jobcenter explizit darauf aufmerksam, dass therapeutische Angebote nur eingeschränkt bekannt und verfügbar sowie mit (sehr) langen Wartezeiten verknüpft seien, was wiederum zu Abschreckung und Resignation bei den Betroffenen führen könne und zugleich die Integrationsschritte im Jobcenter behindere. Dies korrespondiert mit der Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten und der Auffassung der „Aktion Psychisch Kranke“ (2004: 98), wonach in vielen Regionen die Versorgungslandschaft unzulänglich entwickelt ist.

Interessanterweise erwarten auch die befragten Patientinnen und Patienten von einer klassischen ärztlichen Behandlung in allererster Linie eine (medikamentöse) Therapie. Auch von Betroffeneneseite wurde jedoch reflektiert, dass sie von einer Behandlung durch ein multiprofessionelles Team stärker profitierten, da hier unterschiedliche Professionen zusammenarbeiten und insbesondere Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten explizit konkrete Hilfestellungen zum Thema Arbeit und Beschäftigung leisten. Die Fragestellungen der Betroffenen in den verschiedenen Behandlungszusammenhängen zum Themenkomplex Arbeit sind breit gefächert und abhängig von den persönlichen Problemlagen.

Empfehlungen für den Behandlungskontext

- Der großen Bedeutung von Arbeit sollte auch im Rahmen der psychiatrischen Behandlung stärker als bisher und vor allem frühzeitiger Rechnung getragen werden. Bereits im Erstkontakt sollte die Beschäftigungssituation thematisiert und im Verlauf kontinuierlich nachgehalten werden.
- Behandlung, berufliche Rehabilitation und Reintegration in Arbeit dürfen nicht losgelöst voneinander betrachtet werden, sondern sollten eng miteinander verknüpft erfolgen.
- Arbeit bzw. berufliche Wiedereingliederung sollte ein Qualitätsindikator für eine erfolgreiche Behandlung darstellen.

- Im Sinne von Recovery⁸¹ sollten die zur Zielerreichung notwendigen Ressourcen und Potenziale der Patientin bzw. des Patienten wie Selbstvertrauen, Motivation, Hoffnung und Interessen über den gesamten Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf gestärkt werden.
- Besondere Aufmerksamkeit sollte der Rückfallprophylaxe (z.B. durch Stärkung des Selbstmanagements) geschenkt werden, da erneute psychische Krisen den Rehabilitationsverlauf bzw. die Erwerbstätigkeit negativ beeinflussen können.
- Für Behandlerinnen und Behandler, Betroffene und ihre Angehörigen sollten ausreichende Informationen zu den Möglichkeiten der beruflichen Rehabilitation zur Verfügung stehen, die eine partizipative Entscheidungsfindung der Betroffenen ermöglichen.
- Die Anwendung spezifischer berufsorientierter Trainingsansätze (z.B. auf den beruflichen Kontext gerichtete Ansätze zum Training sozialer Kompetenzen oder kognitiver Fertigkeiten) sollten stärker als bisher Berücksichtigung finden.

8.3 Das Erkennen und Abklären von psychischen Beeinträchtigungen in den Jobcentern

Ein frühzeitiges Erkennen und Ansprechen von psychischen Erkrankungen im Beratungsprozess ist eine Voraussetzung für die Prüfung von besonderen Hilfebedarfen und dürfte zu schnelleren und passgenaueren Hilfeleistungen durch die Jobcenter führen. Es stellte sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie die Fachkräfte diesbezüglich vorgehen und welche Unterstützungsmöglichkeiten sie hierfür in Anspruch nehmen.

Von Seiten der Fachkräfte in den Jobcentern wurde das Erkennen von psychischen Beeinträchtigungen als große Herausforderung beschrieben, zumal bei weitem nicht alle erkrankten Leistungsberechtigten ihre Erkrankung offen in den Beratungsterminen ansprechen und vielen Fachkräften konkrete Kenntnisse zu psychischen Erkrankungen fehlen. Während sich eine Gruppe von Fachkräften beim Prozess des Erkennens von psychischen Beeinträchtigungen insbesondere auf ihr „Bauchgefühl“ verlässt und das weitere Vorgehen bei der Abklärung von psychischen Erkrankungen eher unpräzise beschreibt, gehen andere Fachkräfte strukturiert und indiziengeleitet vor. Sie thematisieren beispielsweise im Rahmen des Profilings das Thema Gesundheit und greifen dabei u.a. auf strukturierte Arbeitsvorlagen (häufig „selbst gebastelt“) zurück, oder sie nehmen die Unterstützungsleistung der Fachdienste bzw. Gesund-

⁸¹ *Recovery* als Leitprinzip für das Ziel einer besseren Teilhabe in der Gesellschaft wird in diesem Zusammenhang als ein „Prozess von persönlichem Wachstum und Entwicklung“ gesehen, „in dem Betroffene die persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Folgen einer psychischen Erkrankung überwinden und (auch mit oder trotz weiter bestehender Symptomatik und psychosozialer Einschränkung) zurück zu einem erfüllten, sinnhaften und selbstbestimmten Leben finden und einen positiven Beitrag in der Gesellschaft leisten können“ (Schrank / Amering 2007: 45f.).

heitsämter sowie anderer Institutionen oder Träger in Anspruch. Eine vertiefte Analyse der Interviews mit den Fachkräften verdeutlichte, dass insbesondere diejenigen Fachkräfte ein strukturiertes und indiziengeleitetes Vorgehen beim Erkennen von psychischen Erkrankungen wählten, die diesbezüglich auf vorhandenes Wissen und Kompetenzen (z.B. durch Schulungen oder berufliche Vorerfahrungen) zurückgreifen konnten. Konkrete Unterstützung oder Strategien, wie sich die Fachkräfte dem sensiblen Thema „psychische Erkrankung“ nähern könnten, fehlen beispielsweise bislang in den Konzepten der Bundesagentur für Arbeit (z.B. 4PM).

Aus den Ausführungen der Fachkräfte wurde zudem ersichtlich, dass sensible Fragen zur Gesundheit oftmals erst dann in ein Beratungsgespräch integriert werden können, wenn zwischen Fachkraft und Klientin bzw. Klient ein Vertrauensverhältnis oder zumindest eine tragfähige Beratungsbeziehung (vgl. auch Ludwig 2014: 74) entstanden ist. Dies stellt insofern eine Herausforderung dar, als dass das Profiling in den Jobcentern in der Regel bereits im Erstgespräch vorgenommen wird. Angesichts der begrenzten Zeit für die Erstgespräche sind viele dieser Gespräche mit einer Vielfalt an Themen überfrachtet, Fragen zur Gesundheit kommen entweder zu kurz oder werden nicht gestellt. Zum Aufbau eines hierfür notwendigen Vertrauensverhältnisses sind nach Aussagen der Fachkräfte häufig mehrere Beratungstermine nötig.

Unterstützung durch die Fachdienste und Gesundheitsämter

Zur Abklärung der gesundheitlichen Situation schalten die Fachkräfte häufig die Fachdienste der Agenturen für Arbeit bzw. im Fall der zugelassenen kommunalen Träger die Gesundheitsämter ein. Die genannten Institutionen stellen unterschiedliche Beratungs- und Begutachtungsformate zur Verfügung, die in den Abschnitten 2.6 sowie 5.3 ausführlich erläutert wurden. Trotz ihrer hohen Bedeutung im Betreuungsprozess von Leistungsberechtigten mit gesundheitlichen Einschränkungen finden die Fachdienste und Gesundheitsämter in der Literatur zu Beratungs- und Betreuungsdienstleistungen der Arbeitsverwaltungen nur am Rande Erwähnung (vgl. hierzu Abschnitt 2.6).

Hinsichtlich der Unterstützungsformate des Berufspsychologischen Service zeigte sich bei den Fachkräften überwiegend eine hohe Zufriedenheit. Insbesondere die häufig in Anspruch genommene Psychologische Begutachtung enthält nach Auskunft der befragten Fachkräfte relevante Hintergrundinformationen über die Leistungsberechtigten, die ihnen häufig noch nicht bewusst seien. Als unterstützend wurden darüber hinaus Erläuterungen zu Rahmenbedingungen empfunden, die für eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Förderung der Klientin bzw. des Klienten hilfreich sei. Kritischer äußerte sich die Mehrheit der befragten Fachkräfte zu den Gutachten des Ärztlichen Dienstes der Agenturen für Arbeit bzw. der Gesundheitsämter. Die Teile des Gutachtens, die ihnen zur Verfügung gestellt werden, nehmen sie häufig als zu standardisiert und daher als zu allgemein gehalten wahr. Sie wünschten sich detailliertere und spezifischere Informationen zu den Leistungsberechtigten und den Rahmenbedingungen, unter denen sie arbeiten können. Sie betonten zugleich, dass trotz

hoher Relevanz psychischer Erkrankungen bei den Ärztlichen Diensten und den Gesundheitsämtern in dieser Hinsicht Fachlichkeit fehle, da hier nahezu keine Psychiaterinnen und Psychiater tätig seien.

Umgekehrt gaben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachdienste und Gesundheitsämtern an, dass sich die Kompetenzen der Fachkräfte in den Jobcentern beim Erkennen und im Umgang mit psychischen Erkrankungen gesteigert hätten (insbesondere im Bereich des Fallmanagements). Sie monierten aber auch, dass manche Fachkräfte die Leistungsberechtigten nicht ausreichend über die Ziele und Hintergründe der Einschaltung der Fachdienste bzw. des Gesundheitsamtes vorinformieren würden, mit der Konsequenz dass viele Klientinnen und Klienten bereits durch die Einschaltung verunsichert sind.

Empfehlungen zum Erkennen und Abklären psychischer Probleme

- Die Beratungsabläufe in den Jobcentern sollten die Möglichkeit vorsehen, bei Bedarf gesundheitliche Fragen in einem zusätzlichen Profiling nach dem Erstgespräch anzusprechen. Hierfür wäre ein ausreichendes Zeitfenster einzuplanen.
- Da die Fachkräfte häufig mit dem Erkennen von psychischen Erkrankungen überfordert sind, sollte ihnen eine Handlungsanleitung zur Ansprache der Thematik zur Verfügung gestellt werden.
- Fachkräfte sind dahingehend zu schulen, dass sie vor der Einschaltung der Fachdienste oder des Gesundheitsamtes den Betroffenen den Grund und das Ziel der Einschaltung benennen und das Vorgehen bei dem gewählten Format schildern.
- Angesichts der hohen Verbreitung von psychischen Erkrankungen ist eine Fokussierung der Fachlichkeit in den Gesundheitsämtern und beim Ärztlichen Dienst auf körperliche Krankheiten problematisch. Zusätzliche Qualifizierungen oder die Anstellung von Psychiaterinnen und Psychiatern könnten Abhilfe schaffen.
- Der durch den Datenschutz bedingte Grad der Standardisierung der ärztlichen Gutachten sollte überdacht und an den Bedarf der Fachkräfte angepasst werden.

8.4 Beratung und Betreuung in den Jobcentern in verschiedenen Kontexten

Nach dem Erkennen einer psychischen Beeinträchtigung stellt sich die Frage, wie sich der weitere Beratungs- und Betreuungsprozess gestaltet. Neben dem Verbleib in der allgemeinen Vermittlung kann auch ein Wechsel von Zuständigkeiten die *Folge* sein. Die Betreuung findet dann z.B. im spezialisierten Fallmanagement oder bei Reha-Fachkräften statt.

Vermittlung

Nur etwa die Hälfte der befragten psychisch kranken Leistungsberechtigten berichtete, einen festen Ansprechpartner im Jobcenter zu haben. Vielfach problematisierten

Betroffene, dass die Personalsituation in den Jobcentern von hoher Fluktuation gekennzeichnet und häufige Wechsel von Ansprechpartnern die Folge seien.⁸² Dies wurde von ihnen sehr kritisch bewertet, da so kein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden könne und die Krankengeschichte oftmals erneut berichtet werden müsse. Angesichts der Komplexität der Aufgabenstellungen, die in unserem Bericht vielfältig zur Sprache kamen, werden den Fachkräften in den Jobcentern hohe (beispielsweise fachliche, soziale und kommunikative) Kompetenzen abverlangt. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit den hierfür notwendigen Zertifikaten und Kompetenzen zu gewinnen und zu halten, stellt angesichts dieser Aufgaben bei gleichzeitig wenig attraktiver Vergütung oftmals eine Herausforderung dar.

Anhand der Beschreibungen der Fachkräfte wurde des Weiteren ersichtlich, dass die Kundengruppe der psychisch Kranken von der überwiegenden Mehrzahl der Befragten in den besuchten Jobcentern als defizitär beschrieben wurde. Es überwogen Einschätzungen, die psychisch Kranke als motivationsarm, arbeitsmarktfremd, isoliert und resigniert beschreiben. Häufig wurde darauf hingewiesen, dass psychisch Kranke die gestellten Anforderungen am Arbeitsmarkt nicht erfüllen könnten. Die Darstellungen der befragten Fachkräfte waren mitunter pauschal, so dass die tatsächliche Heterogenität der Gruppe von psychisch kranken Menschen (hinsichtlich Krankheitsbild, Schweregrad und Chronifizierung) nicht zum Ausdruck kam. Es fehlte zum Teil auch ein Bewusstsein dafür, dass eine psychische Erkrankung nicht zwangsläufig mit schweren Vermittlungshemmnissen gleichzusetzen ist.

Befinden sich die psychisch kranken Leistungsberechtigten in Behandlung oder einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, beschränkt sich der Austausch und die Beratung in diesen Fällen in der Regel darauf, lose Kontakt zu den Klientinnen und Klienten zu halten und in eher größeren zeitlichen Abständen nachzufragen, wie die Behandlung bzw. Therapie voranschreitet. Vermittlungsbemühungen werden entsprechend zurückgestellt. Von Seiten der befragten Klientinnen und Klienten wird dieses Vorgehen nicht immer begrüßt. So äußerten einige der Betroffenen den Wunsch, schnellstmöglich Anschluss an den Ausbildungs- oder Arbeitsmarkt zu erlangen und fühlten sich diesbezüglich nicht ausreichend durch ihre Fachkraft im Jobcenter unterstützt. Auch von Seiten der Expertinnen und Experten aus dem ärztlichen und psychosozialen Versorgungssystem wurde darauf hingewiesen, dass die (Re-)Integration in Arbeit parallel zur Behandlung stets thematisiert werden sollte.

Bei psychisch kranken Leistungsberechtigten, bei denen noch keine medizinische Diagnose vorliegt, konzentrieren sich die Fachkräfte in der Regel darauf, die Betroffenen dahingehend zu sensibilisieren, eine professionelle Abklärung und Behandlung in Anspruch zu nehmen. Grundsätzlich wurde sehr deutlich, dass viele Fachkräfte die

⁸² Dies korrespondiert mit den Befunden der Studie von ISG/Steria Mummert Consulting (2013), die aufzeigte, dass die Personalsituation in den Jobcentern von Fluktuation und fachfremden Quereinsteigerinnen und –einsteigern geprägt ist.

Stabilisierung der Gesundheit bei der Beratung und Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen rücken, und diese auch als Voraussetzung für die Integration in Arbeit ansehen. Als besondere Herausforderung wurde die Betreuung und Beratung von Personen benannt, bei denen die Fachkräfte zwar eine psychische Erkrankung vermuten, aber keine Krankheitseinsicht bei den Betroffenen zu erkennen ist.

Sind auf der Ebene der Arbeitsvermittlung keine Fortschritte zu erkennen und scheitern Bemühungen, die Betroffenen zu einer professionellen Abklärung zu bewegen, entwickelt sich bei den Fachkräften häufig Resignation, die in eine Strategie des Verwaltens mündet. An mindestens vier Standorten wurde explizit darauf hingewiesen, dass diejenigen Leistungsberechtigten, bei denen nach Jahren erfolgloser Bemühungen keine Fortschritte erzielt werden konnten, zu „Zahlfällen“ gemacht werden.

Umgekehrt beschreiben psychisch kranke Leistungsberechtigte ihre Erfahrungen mit der Beratung und Betreuung in den Jobcentern als problembehaftet. Kritisiert wurde oftmals, dass die persönliche Situation und Bedürfnisse zu wenig berücksichtigt würden und die Vertrauensbasis fehle. Einige Betroffene nahmen die Fachkräfte als abwertend, kontrollierend und bestrafend wahr und beklagten die mangelnde Transparenz von Entscheidungen und Zuständigkeiten.

Fallmanagement/Reha

In sieben unserer acht Fallstudien bietet das Jobcenter ein spezialisiertes Fallmanagement an. Dabei betonte die Mehrheit der von uns befragten Fachkräfte, dass der Übertritt oder Wechsel ins Fallmanagement seitens der Klientinnen und Klienten auf freiwilliger Basis erfolge. Das Fallmanagement knüpft stärker an sozialarbeiterische und sozialpädagogische Methoden an und bietet durch bessere Betreuungsschlüssel eine intensivere Betreuung.

Auffällig war, dass das Fallmanagement in allen Aspekten (Qualität der Arbeitsbeziehung, Vertrauensverhältnis, Sachkompetenz, Verständnis für die Erkrankung) von Seiten der Betroffenen und auch der Behandlerinnen und Behandler weitaus positiver bewertet wurde als die Arbeitsvermittlung oder die Leistungsabteilung. Dies deckt sich mit der Selbstwahrnehmung der Fachkräfte: Die befragten Fallmanagerinnen und Fallmanager dieser Studie ließen erkennen, dass ihr berufliches Selbstverständnis häufig einem Beratertypus mit sozialarbeiterischen Komponenten entspricht.

In Übereinstimmung mit der Betroffenenperspektive betonten viele Fachkräfte des Fallmanagements, dass sie sich hinsichtlich des Aspektes der Erhöhung der Beratungskompetenz und des Umgangs mit psychisch Kranken gut geschult sähen. Andere sahen sich aber nur unzureichend vorbereitet. Einige Fachkräfte in den gemeinsamen Einrichtungen verwiesen darauf, dass sie sich durch bevorstehende Schulungen zur Beratungskonzeption der BA (BeKo) weitere Impulse erhoffen. Nahezu alle Fachkräfte kritisierten das Fehlen konkreter Konzepte für den Umgang mit psychisch

kranken Leistungsberechtigten, die auch langfristig kaum in den Arbeitsmarkt vermittelbar sind.

Ein häufig wiederkehrender Kritikpunkt war die Tatsache, dass an den meisten Fallstudienstandorten die Betreuung im Fallmanagement auf zwei Jahre begrenzt war. Dies wurde von der Mehrzahl der befragten Fachkräfte und auch einigen Betroffenen kritisch hinterfragt, indem sie darauf hinwiesen, dass angesichts der vielfältigen Vermittlungshemmnisse des Klientels zwei Jahre ein zu kurzer Zeitraum sei. Zugleich machten sie darauf aufmerksam, dass nach einer Rückkehr in die Arbeitsvermittlung häufig keine weiteren Vermittlungs- und Aktivierungsbemühungen mehr stattfänden.

Auch die Rehaberatung bzw. das Reha-Fallmanagement wurde von den Betroffenen deutlich positiver bewert. a. s die Arbeitsvermittlung oder die Leistungsabteilung. Dies gilt sowohl für die Rehaberatung der Agenturen für Arbeit, als auch für auf Rehabilitationsthemen spezialisierte Fachkräfte in den Jobcentern, die in der Mehrheit der Fallstudienregionen existierten. Allerdings haben wir im Rahmen der Studie nur an wenigen Standorten Interviews mit den „Rehaspezialisten“ geführt, so dass die Ergebnisse dieser Studie an dieser Stelle einer Vertiefung bedürfen. Insbesondere die befragten Vermittlungsfachkräfte verwiesen aber zum Teil deutlich auf den Mehrwert von auf Rehabilitationsfragen spezialisierten Fachkräften in den Jobcentern.

Leistungssachbearbeitung

Ein nicht unbedingt erwartetes Ergebnis der Studie besteht darin, dass im gesamten Betreuungsprozess der Leistungssachbearbeitung eine deutlich höhere Relevanz zukommt, als viele bisherige wissenschaftliche Untersuchungen nahelegen, die die Leistungssachbearbeitung entweder nicht berücksichtigen oder dem Back-Office-Bereich zuordnen (Ausnahmen sind die Studien von ISG/Steria Mummert Consulting (2013) sowie Neureiter u.a. (2013: 51). Einige der von uns befragten Klientinnen und Klienten berichteten davon, sogar häufiger Termine in der Leistungssachbearbeitung zu haben als mit der Integrationsfachkraft und dass Konflikte eher im Rahmen der Leistungssachbearbeitung entstehen. Letzteren Eindruck bestätigten auch die befragten Behandlerinnen und Behandler.

Konflikte entstehen häufig bereits bei der Antragstellung, deren Komplexität viele Leistungsberechtigte vor besondere Herausforderungen stellt. Aber auch bei anderen, häufig nicht minder komplexen Leistungsfragen, wünschten sich die befragten Klientinnen und Klienten adäquate Beratungen seitens der Fachkräfte der Leistungssachbearbeitung. Dort trafen sie aber häufig auf geringe Beratungsqualität und wenig empathisches Verhalten. Auch die befragten Integrationsfachkräfte bestätigten häufige Termine und Konfliktsituationen zwischen Leistungsberechtigten und Fachkräften der Leistungssachbearbeitung. Sie kritisierten ferner die mangelnde Zusammenarbeit von Arbeitsvermittlung und Leistungssachbearbeitung, z.B. einen fehlenden systematischen Informationsaustausch (siehe auch Ames 2008:

110ff.). Ergänzend merkten die befragten Integrationsfachkräfte an, dass die Leistungssachbearbeitung häufig überlastet sei, mit Personalnot zu kämpfen habe und die Kolleginnen und Kollegen bei relevanten Schulungen (z.B. zu psychischen Erkrankungen) nicht berücksichtigt werden.

Empfehlungen für die Betreuung in den Jobcentern

Vermittlung

- Die Jobcenter sollten weiter an einer allgemeinen Steigerung der Beratungsqualität arbeiten. Für die Gruppe der psychisch kranken Leistungsbezieher ist eine stärken- und ressourcenorientierte Beratung von besonderer Bedeutung. Ebenfalls sollten Anstrengungen unternommen werden, eine größere Kontinuität der Betreuung durch persönliche Ansprechpartner sicherzustellen.
- Die Möglichkeit, gesundheitliche Verbesserungen und Integration ins Erwerbsleben parallel voranzutreiben, sollte viel stärker ins Auge gefasst werden. Fachkräften sollte vermittelt werden, dass eine psychische Erkrankung zumeist nicht gleichbedeutend mit einer Nichtintegrierbarkeit in den Arbeitsmarkt ist.
- Im Rahmen von Schulungen sollte transportiert werden, dass der Ausschluss von Klientinnen und Klienten aus Vermittlungsbemühungen und arbeitsmarktpolitischen Angeboten problematisch ist. Eine erzwungene Untätigkeit kann bei Klientinnen und Klienten das Gefühl vermitteln, gesellschaftlich ausgeschlossen zu sein, was die psychische Stabilität weiter schwächt.
- Der direkte Kontakt der Betroffenen mit dem persönlichen Ansprechpartner sollte jenseits der institutionell vorgesehenen Wege erleichtert werden, etwa durch die Herausgabe der Durchwahlnummern der Vermittler. Die Inanspruchnahme der Servicecenter kann für viele Betroffene eine Überforderung darstellen.
- *Fallmanagement/Reha-Fallmanagement*
Die Kriterien für die Beendigung des Fallmanagements sollten sich nicht an einer fixen Dauer (aktuell zumeist zwei Jahre) orientieren, sondern am Entwicklungsstand der Leistungsberechtigten. Zudem mangelt es an einem Konzept für die Beratung und Betreuung von Leistungsberechtigten, die auch nach langer Betreuung im Fallmanagement kaum oder keine Chancen auf Rückkehr in den Arbeitsmarkt haben. Für den Personenkreis (psychisch) kranker Leistungsberechtigter mit erheblichen Vermittlungshemmnissen, die vor dem Hintergrund der aktuellen Arbeitsmarktanforderungen und verfügbaren Mitteln der beruflichen Rehabilitation bzw. Arbeitsvermittlung mittel- und längerfristig nicht integrierbar erscheinen, sollten ein Beratungskonzept und Unterstützungsformate erarbeitet werden, die deren besonderen Bedarfen entsprechen.

Leistungssachbearbeitung

- Die Bedeutung von Leistungsfragen bei der Betreuung von psychisch kranken Leistungsberechtigten muss stärker zum Ausdruck kommen. Offenbar benötigen die Betroffenen mehr Unterstützung beim Ausfüllen der Anträge. Diese sollten wenn möglich vereinfacht werden.
- Da die Leistungssachbearbeitung nicht nur eine Back-Office-Funktion ist, muss bei psychisch Kranken – aber auch bei anderen Leistungsbeziehenden – besonderes

Augenmerk auf die Beratungsqualität und den „Umgangston“ gerichtet werden. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leistungsabteilung, die in Kundenkontakt stehen, sind konsequent in Schulungen beispielsweise zur Beratungskompetenz oder zu psychischen Erkrankungen einzubeziehen.

- Angesichts von verbreiteten Ängsten vor dem „Amt“ wäre zu bedenken, mit unabhängigen Beratungsstellen zusammenzuarbeiten und dies zu fördern. Dies könnte die Unterstützung und Beratung des Personenkreises, z.B. bei der Antragstellung, sicherstellen und Missverständnisse und Konflikte zwischen Fachkräften im Jobcenter und Klientinnen und Klienten entschärfen.

8.5 Arbeitsmarktpolitische Förderung

Kaum ein Bereich ist in Deutschland so gründlich evaluiert wie der Erfolg arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen. Zu nahezu jedem Instrument liegen mehrere Evaluationsstudien vor, in der Regel erfolgen die Evaluationen mit einem multidisziplinären Ansatz (einen Überblick bieten Heyer u.a. 2011 sowie Koch u.a. 2011). Spezielle Evaluationen zur Wirkung arbeitsmarktpolitischer Instrumente bei gesundheitlich eingeschränkten Personen sind dagegen deutlich seltener, Studien zur Wirkung bei psychisch Kranken sind praktisch nicht vorhanden. Es zeigte sich auch, dass sich die Angebote in den acht einbezogenen Jobcentern zum Teil stark unterscheiden (vgl. Kapitel 5.5). Insofern differieren vom potenziellen Angebotsspektrum her die Möglichkeiten, die den psychisch kranken Leistungsberechtigten geboten werden.

Förderpraxis

Die Rückmeldung der befragten Klientinnen und Klienten zu durchlaufenen Fördermaßnahmen war heterogen. Häufig positiv bewertet wurden Coachingmaßnahmen, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen und mit Abstrichen Arbeitsgelegenheiten. Die Klientinnen und Klienten, die positiv von Maßnahmen berichteten, stellten die Tagesstrukturierung und das vermittelte Gefühl „wieder gebraucht zu werden“, heraus. Andere Klientinnen und Klienten berichteten dagegen von fehlender Passgenauigkeit der Maßnahmen, von mangelnder Betreuung und unqualifiziertem Personal. Zudem sahen sich die Betroffenen nach Ende der Maßnahme erneut vor die Frage nach einer dauerhaften Perspektive gestellt.

Die befragten Behandlerinnen und Behandler äußerten sich dagegen überwiegend kritisch zur Förderpraxis der Jobcenter. Sie besaßen nur ein sehr eingeschränktes Wissen über die Fördermöglichkeiten der Jobcenter und äußerten sich aus der Perspektive ihrer Klientinnen und Klienten. So sahen sie die Maßnahmen und Förderangebote des Jobcenters häufig als nicht zielführend und nicht bedarfsgerecht ausgerichtet an. Individuelle Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen würden kaum berücksichtigt. Psychisch Kranke würden in zu geringem Umfang durch die Jobcenter gefördert und es fehle an Anschlussperspektiven nach Beendigung von Maßnahmen. Teilweise wurde moniert, dass psychisch kranke Erwerbslose ab einem bestimmten Alter keine Förderangebote mehr erhielten.

Neuere Studien machen deutlich, dass weniger das konkrete Instrument der entscheidende Erfolgsfaktor ist, sondern vielmehr die regionale Implementierung, die Qualität des Trägers und die Qualifizierung des Personals eine tragende Rolle spielen (vgl. u.a. Apel u.a. 2011). Die von uns befragten Fachkräfte wiesen in diesem Sinne darauf hin, dass es gerade für psychisch kranke Leistungsberechtigte von hoher Relevanz sei, dass hochqualifiziertes Personal in Form von Sozialpädagogen, Ärzten, Psychologen und Arbeitstherapeuten in den Maßnahmen zur Verfügung stehen muss und eine sorgfältige Teilnehmerauswahl bei Gruppenmaßnahmen Grundvoraussetzung sei. Konkret waren sich nahezu alle befragten Fachkräfte der Jobcenter einig, dass insbesondere niedrigschwellige Angebote wie Coachingmaßnahmen, mit entsprechend geeignetem Personal ausgestattete Arbeitsgelegenheiten und insbesondere auch langfristig angelegte Angebote mit einer langsamen zeitlichen Heranführung für die Gruppe der psychisch Kranken sinnvoll sein können.

Die Wahl der Fördermaßnahme kann auch nicht pauschal aus der spezifischen Erkrankung abgeleitet werden, sondern ist vielmehr abhängig von den individuellen Besonderheiten, dem Verlauf sowie den Ressourcen und Präferenzen der Betroffenen. Chronische und schwere Erkrankungsverläufe begleitet durch komorbide psychische und/oder körperliche Erkrankungen sowie soziale Problemlagen erfordern komplexere Maßnahmen als eine passagere leichte psychische Symptomatik, wie sie beispielsweise mit einer leichten depressiven Episode einhergehen kann. Die Betreuung psychisch kranker Menschen sollte sich deshalb immer an den individuellen Präferenzen und Bedarfen orientieren.

Wünsche an die Förderung

Spiegelbildlich zur Kritik an zu kurzen und personell unterausgestatteten Projekten wünschten sich Fachkräfte Maßnahmen, die von der Dauer und der Ausstattung her dem besonderen Bedarf der Klientel gerecht werden. Eine Mindestdauer von mehreren Monaten – häufig war von mindestens einem halben Jahr die Rede – sei erforderlich, um positive Effekte wie den Erwerb einer Tagesstruktur, soziale Kontakte oder ein verbessertes Selbstwertgefühl zu erreichen. Um diese Effekte dauerhaft zu sichern, seien ergänzend Förderketten zu ermöglichen. Als Gegenbeispiel wurden etwa mehrfache Zuweisungen in Bewerbungstrainings genannt, die offenbar erfolglos waren, um die eingekauften Maßnahmen zu füllen.

Ebenfalls angemahnt wurden Angebote für Personen, die aus Sicht der Fachkräfte auch langfristig nicht mehr in den Arbeitsmarkt integriert werden können. Mehrfach wurde eine zeitlich entfristete Variante öffentlich geförderter Beschäftigung angeregt. Insbesondere die im Rahmen der Exploration befragten Expertinnen und Experten, aber auch einige befragte Behandlerinnen und Behandler, wünschen sich für die Zielgruppe sehr arbeitsmarktferner psychisch kranker Menschen einen Ausbau von „Supported-Employment“-Ansätzen. Internationale Studien im Bereich psychosozialer Interventionen zu Erfolgen arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen bei der Reintegration psychisch Kranker deuten auf die Wirksamkeit dieser Ansätze hin (vgl.

hierzu Kapitel 2.6 und 5.5). Zur Umsetzung solcher Ansätze in Deutschland liegen bislang kaum Erkenntnisse vor (vgl. Gühne/Riedel-Heller 2015).

Auch zum Erfolg und zu Erfolgsfaktoren beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen liegt speziell für Deutschland vergleichsweise wenig Wissen vor. Bei psychisch kranken Menschen erfolgen berufliche Rehabilitationsmaßnahmen häufig im Anschluss an medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Einige Fachkräfte betonten die hohe Qualität, aber auch den hohen Preis von Reha-Maßnahmen (gemeint sind hauptsächlich Umschulungen), was sich in der Aussage „Mercedes unter den Maßnahmen“ widerspiegelt. Diese seien allerdings auch voraussetzungsvoll und daher nicht für alle Betroffenen geeignet.

Unsere Studie ergab Hinweise darauf, dass zwischen medizinischer und beruflicher Reha häufig zu viel Zeit vergeht. Erfolgt berufliche Rehabilitation jedoch zu spät, sinken die Chancen einer erfolgreichen und langfristigen beruflichen Wiedereingliederung (vgl. Kapitel 2.5). Behandlung und berufliche Rehabilitation sollten deshalb auf das engste miteinander verknüpft werden.

Empfehlungen zur arbeitsmarktpolitischen Förderung

- Die individuellen Bedarfe der betroffenen psychisch kranken Leistungsberechtigten sollten bei der Vergabe von Maßnahmen stärker als bisher berücksichtigt werden. Ein bedarfsgerechtes Angebot darf nicht daran scheitern, dass die vorhandenen Mittel auf Personen mit größeren Integrationschancen fokussiert werden. Insbesondere Altersdiskriminierung ist zu vermeiden.
- Maßnahmen sollten eine Anschlussperspektive beinhalten, um Erfolge wie psychosoziale Stabilisierung oder Gewöhnung an eine Tagesstruktur nicht zu gefährden, sondern im Gegenteil weiter auszubauen. Eine modulare Förderung im Sinne von individuellen Förderketten kann für einige der Betroffenen, insbesondere für diejenigen, die sich zunächst keine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorstellen können, hilfreich sein. Eine Zuweisung in freie Plätze bei nicht bedarfsgerechten Maßnahmen ist zu vermeiden.
- Maßnahmen für psychisch Kranke benötigen in aller Regel eine (sozialpädagogische, psychologische, medizinische) Betreuung durch qualifiziertes Personal.
- Längerfristige Beschäftigungsmaßnahmen (etwa im Sinne eines „sozialen Arbeitsmarkts“) könnten die Situation psychisch kranker Leistungsbezieher ohne Perspektive auf ungeforderte Erwerbstätigkeit verbessern. Ebenfalls in Betracht gezogen werden sollte mit dem Ziel einer raschen Platzierung auf dem ersten Arbeitsmarkt ein Ausbau von Supported Employment und anderen Coachingansätzen. Dabei muss die Unterstützung der Betroffenen so lange wie notwendig sichergestellt werden.
- Maßnahmen beruflicher Rehabilitation sind in erforderlichem Umfang bereitzustellen. Ansätze einer Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation sollten konsequent gefördert werden.

8.6 Grundsätzliche Aspekte des SGB II

Neben der Beratung und Betreuung in den Jobcentern und der Verfügbarkeit arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen ergab die Studie auch Ansätze und Kritikpunkte, die grundlegende Aspekte des SGB II oder anderer Gesetze betreffen, die auf die Arbeit mit psychisch Kranken einen großen Einfluss haben. Auch diese Punkte und die dazu gehörenden Handlungsempfehlungen sollen erwähnt werden, auch wenn der Adressat in den meisten Fällen der Gesetzgeber ist.

Erwerbsfähigkeit

Wie in den Abschnitten 2.6 und 5.4.2 ausführlich beschrieben, führt die in den Anspruchsvoraussetzungen sehr weit gefasste Definition der Erwerbsfähigkeit dazu, dass sich unter den Bezieherinnen und Beziehern der Grundsicherung viele Personen mit stark eingeschränkter gesundheitlicher Leistungsfähigkeit befinden. Aus Sicht der von uns befragten Fachkräfte (vgl. hier auch gleichlautende Ergebnisse bei Ames 2008: 31ff.) werden vom Ärztlichen Dienst der BA, den Gesundheitsämtern und der Deutschen Rentenversicherung psychische Krankheiten bei der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit zu wenig berücksichtigt. Dies habe zur Folge, dass die Fachkräfte der Jobcenter auch Personen zu betreuen haben, denen sie die Leistungsfähigkeit für eine Beschäftigung absprechen. Besonders kritisch wurde die Begutachtung durch die Deutsche Rentenversicherung gesehen. Einzelne Fachkräfte erklärten dezidiert, dass sie das Gefühl haben, die Rentenversicherung würde systematisch Personen Erwerbsfähigkeit unterstellen, um eigene Folgekosten zu vermeiden.

Personen, bei denen Fachkräfte, betreuende Ärzte und Fachdienste von einer Erwerbsunfähigkeit ausgehen, die aber von Gutachtern der Rentenversicherung als erwerbsfähig erklärt werden, werden von den Fachkräften teilweise aus den Beratungs- und Förderbemühungen herausgenommen und zu „Zahlfällen“ gemacht. Dies kann im individuellen Fall sinnvoll sein, ist aber für die Betroffenen nach wie vor belastend, da sie nicht das Gefühl haben, dass ihre Krankheit angemessen bewertet wird, was in einer Verrentung zum Ausdruck kommen würde.

Fördern und Fordern

Das SGB II ist als ein kombiniertes Arbeitsmarkt- und Fürsorgegesetz konzipiert und knüpft an das Konzept des aktivierenden Sozialstaats und den Grundsatz des Förderns und Forderns an (Oschmiansky 2010). Neben dem Fördern gehört daher das Fordern zu den Grundprinzipien des SGB II. Inwieweit beide Aspekte gleichgewichtig, ausbalanciert, individualisiert und passgenau umgesetzt werden, ist stark umstritten.

Die grundsätzliche Sinnhaftigkeit, „Fördern und Fordern“ zu koppeln, wird dabei nahezu von kaum einer unserer befragten Fachkräfte bestritten. Allerdings argumentieren sie, dass das Fordern bei psychisch Kranken geringer ausgeprägt sein sollte als bei Gesunden. Die Behandlerinnen und Behandler wiesen darauf hin, dass auch im Rahmen von Therapien mit diesem Grundsatz gearbeitet wird. Noch stärker

als die Fachkräfte in den Jobcentern betonten sie jedoch die Gefahr, dass bei psychisch kranken Menschen Forderungen schnell zur Überforderung führen kann und daher sehr verantwortungsvoll gehandhabt werden müsse.

Seitens der befragten Fachkräfte zeigte sich eine große Unsicherheit, inwieweit gesundheitsrelevante Aspekte in eine Eingliederungsvereinbarung aufgenommen werden können und dürfen, beispielsweise die Verpflichtung zum Aufsuchen der Fachdienste, eines Therapeuten bzw. einer Therapeutin oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Auch bisherige Forschungen zeigen Praxisprobleme bei der Umsetzung der Eingliederungsvereinbarung (Schütz u.a. 2011).

Hinsichtlich potenzieller Sanktionen gegen psychisch kranke Leistungsberechtigte zeigte sich seitens der Fachkräfte ein differenziertes Bild. Ein Teil der Fachkräfte schloss Sanktionen bei psychisch Kranken aus, während andere Fachkräfte Sanktionen gegen psychisch Kranke kaum anders als bei gesunden Leistungsberechtigten anwenden. Einige waren sogar der Überzeugung, dass mitunter erst harte Sanktionen, die z.B. zum Verlust der Wohnung führen können, eine Einsicht in den Handlungsbedarf induzieren. Die Behandlerinnen und Behandler in psychosozialen Einrichtungen lehnten Sanktionen gegen psychisch kranke Leistungsberechtigte dagegen kategorisch ab, da hiermit schwerwiegende negative Folgen für den Gesundheitszustand der Betroffenen verbunden sein können.

Zielsteuerung

Unbeschadet unserer Aussage, dass viele psychisch Kranke erwerbstätig sein wollen und bei entsprechender Förderung auch sein können, befasst sich die vorliegende Studie ebenso mit einem hohen Anteil an Personen, bei denen eine Integration in Beschäftigung entweder voraussetzungsvoll ist oder aber unrealistisch. Bei diesen geht es primär um soziale und gesundheitliche Stabilisierung und das Gefühl der Zugehörigkeit zur Gesellschaft, also um Teilhabe. Das Rückgrat der Steuerung im SGB II bilden dagegen Ergebnisgrößen, die Arbeitsmarktintegrationen in den Fokus stellen. Hierdurch befördert das Zielsystem eine Konzentration auf Leichtvermittelbare und erschwert die maßgerechte Unterstützung für psychisch Kranke, die häufig weitere Unterstützungsbedarfe haben und für die eine kurzfristige Vermittlung in Arbeit nicht das primäre Ziel darstellt.

Die Ergebnisgrößen bilden somit die sozialen und teilhabebezogenen Aspekte der Arbeit der Fachkräfte nicht adäquat ab und stehen einer offensiven Vergabe von Fördermaßnahmen an Schwervermittelbare entgegen. Dies drückt sich z.B. in Aussagen von Führungskräften aus, dass Maßnahmen für psychisch Kranke „schlecht für die Zahlen“, also für die Controllingziffern, seien. Auf Seiten der Fachkräfte führt dies zu einem Rückgang der Arbeitszufriedenheit, die bereits andere Studien konstatierten (u.a. Sowa/Staples 2014; Ames 2008).

Datenschutz

Beim Thema Datenschutz zeigte sich auf Seiten der Fachkräfte in den Jobcentern zum Teil Unsicherheit und der Bedarf nach präziseren Regelungen. Weiterhin gab es von Seiten der Fachkräfte Klagen darüber, dass Behandlerinnen und Behandler trotz vorliegender Schweigepflichtsentbindungen unter Verweis auf den Datenschutz die Weitergabe von Informationen verweigern.

Empfehlungen zu grundlegenden Aspekten des SGB II

- Bei Widersprüchen gegen Entscheidungen des Jobcenters zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit ist ein Gutachten der Rentenversicherung einzuholen, das für alle beteiligten Träger bindend ist. Damit entscheidet der Träger, der gegebenenfalls die Erwerbsminderungsrente zahlen muss, letztlich über das Vorliegen einer Erwerbsminderung. Zu überdenken wäre, ob eine neutrale Gutachterstelle hier nicht angemessener wäre.
- Sanktionen gegen psychisch Kranke sind oft wirkungslos, weil das sanktionierte Verhalten nicht Ausdruck einer Weigerung ist, sondern der Erkrankung geschuldet ist. Wenn eine psychische Erkrankung bekannt ist oder vermutet wird, ist der Aspekt der Intentionalität vor Verhängung einer Sanktion sorgfältig zu prüfen.
- Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass eine Sanktionierung von psychisch kranken Leistungsberechtigten gravierende gesundheitlichen Auswirkungen haben kann. In Zweifelsfällen ist von einer Sanktionierung daher abzusehen.
- Das Ziel- und Kennzahlensystem sollte so ausgestaltet werden, dass es die gesamte Arbeit der Fachkräfte und die unterschiedlichen Ziele des SGB II einschließlich der gesellschaftlichen Teilhabe abbildet.
- Regeln zum Datenschutz sollten so ausgestaltet und angewendet werden, dass sie den notwendigen Austausch und sinnvolle Hilfen für die Betroffenen nicht erschweren oder gar unterbinden.

8.7 Kooperationen zwischen den Akteuren der Jobcenter und den Akteuren des ärztlichen und psychosozialen Versorgungssystems

Fallmanagement in der Beschäftigungsförderung setzt laut Göckler (2015: 70) funktionierende Netzwerke voraus, die sich nicht auf die pure Weiterleitung ihrer Kundinnen und Kunden beschränken, sondern den Fall ganzheitlich und kontinuierlich entwickeln. Machen wir uns diese Definition zu eigen, liegt vor einem funktionierenden Fallmanagement bei der Betreuung psychisch kranker SGB-II-Leistungsberechtigter noch ein steiniger Weg. Wie in Kapitel 6 ausführlich dargelegt, stellen funktionierende (institutionelle) Netzwerke die Ausnahme in unseren acht Fallstudienregionen dar und auch auf der konkreten Fallebene findet Zusammenarbeit nur in seltenen Fällen statt, obwohl beide Seiten den Wunsch nach intensiverer Zusammenarbeit mehrheitlich äußerten. Ein abgestimmtes koordiniertes und verknüpftes Handeln von Fachkräften auf der einen und Behandlerinnen und Behandlern auf der anderen Seite war nur selten zu erkennen. Als Hauptgrund für die geringe Kooperation nannten beide Akteursgruppen die Verweigerungshaltung oder

ein Desinteresse der jeweils anderen Seite. Die Fachkräfte im Jobcenter benannten zudem die geringen Kenntnisse seitens der Behandlerinnen und Behandler zum SGB II als kooperationshemmend. Die Behandlerinnen und Behandler betonten die bereits genannte hohe Mitarbeiterfluktuation in den Jobcentern sowie die schwierige Erreichbarkeit der Fachkräfte aufgrund vorgelagerter Callcenter. Deutlich wurde, dass die Fachkräfte und die Behandlerinnen und Behandler mit großem Misstrauen auf den jeweils anderen blicken.

Die Beschreibungen der Klientinnen und Klienten bestätigten die kritischen Einschätzungen, da fast alle Befragten angaben, dass kein persönlicher Austausch zwischen den Fachkräften des Jobcenters und Behandlerinnen und Behandlern bestehe. Auch die Klientinnen und Klienten wünschten sich mehrheitlich eine engere Kooperation zwischen Jobcenter und Behandlerinnen und Behandlern, notwendigen Schweigepflichtentbindungen würden sie mehrheitlich zustimmen. Sie erhoffen sich hierdurch eine gezieltere Unterstützung und Beratung. Ein Drittel der befragten Klientinnen und Klienten äußerte dagegen, dass sie keinen Mehrwert in einer engeren Kooperation erkennen würden bzw. einer solchen ablehnend gegenüberstünden.

Empfehlungen zu Kooperation und Netzwerken

- Jobcenter und Einrichtungen der psychosozialen Versorgung müssen im Interesse der Betroffenen miteinander in Kontakt treten und Möglichkeiten der Zusammenarbeit erkunden.
- Die Kontakte zwischen Jobcentern und Netzwerkpartnern sollten verbessert werden, indem die Jobcenter die Durchwahlnummern von Fachkräften zur Verfügung stellen. Die Erreichbarkeit kann auf bestimmte Zeiten beschränkt werden, um die Entlastung der Beratungsgespräche von Telefonaten nicht zu unterminieren.
- Regionale Netzwerkkarten könnten helfen, einen systematischen Netzwerkaufbau in Gang zu setzen. Die Jobcenter könnten diese den Behandlerinnen und Behandlern in der Region zur Verfügung stellen.
- Mit einer Akkreditierung der Informationsangebote der Jobcenter bei der Ärztekammer könnten Interesse und Bereitschaft der Behandlerinnen und Behandler für eine Teilnahme an einer Fortbildung/Informationsveranstaltung gestärkt werden.

Literatur

Aktion psychisch Kranke e.V.: Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke – Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme (01.01.2004 bis 31.12.2007), Teil 1. Bonn, Im Internet: <http://www.apk-ev.de> (Zugriff am 28.01.2015).

Aktion Psychisch Kranke e.V. (2004): Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Abschlussbericht zum Projekt „Bestandsaufnahme zur Rehabilitation psychisch Kranker“. Bonn.

Amering, Michaela / Schmolke, Margit (2007): Recovery: das Ende der Unheilbarkeit; Psychiatrie Verlag; Köln.

Ames, Anne (2008): Arbeitssituation und Rollenverständnis der persönlichen Ansprechpartner/-innen nach § 14 SGB II. Hans Böckler Stiftung.

Andrews, Howard; Barker, Joan; Pittman, John (1992): National trends in vocational rehabilitation: a comparison of individuals with physical disabilities and individuals with psychiatric disabilities. In: Journal of Rehabilitation, 58. Jg., Nr. 1, S. 7–16.

Apel, Helmut; Fertig, Michael; Koch, Susanne; Osiander, Christopher (2011): Beschäftigungschancen von Ein-Euro-Jobbern in Hamburg: Der Träger macht den Unterschied. IAB-Kurzbericht, 20/2011, Nürnberg.

Badura, Bernhard; Schröder Helmut; Klose, Joachim; Macco, Katrin (2010): Fehlzeiten - Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Berlin: Springer.

Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner; Vetter, Christian (2004): Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor WorkLife-Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Familie, Beruf und Privatleben. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin, Heidelberg.

Bäcker, Gerhard; Kistler, Ernst; Stapf-Finé, Heinz (2011): Erwerbsminderungsrente – Reformnotwendigkeit und Reformoptionen. WISO Diskurs. Im Internet: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/08063.pdf> (Zugriff am 31.05.2016).

Bahemann, Andreas (2006): Kurzer Überblick zur Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach dem Sozialgesetzbuch II (Grundsicherung für Arbeitsuchende). In: MED SACH 102 1/2006; S. 36-38.

BAR (1993): RPK-Abschlussbericht und Arbeitsmaterialien. Frankfurt am Main.

Bartelheimer, Peter (2008): Wie man an seiner Eingliederung mitwirkt. Arbeitsmarktdienstleistungen nach SGB II zwischen institutionellem und persönlichen Auftrag. In: Zeitschrift für Sozialreform, 54. Jg., Nr. 1, S. 11-36.

Bartelheimer, Peter; Henke, Jutta (2014): Vermitteln, unterstützen, beraten – neue fachliche Ansätze für die Jobcenter. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 45. Jg., Nr. 4, S. 82-93.

Barnow, Sven; Stopsack, Malte; Ulrich, Ines; Falz, Susanne; Dudeck, Manuela; Spitzer, Carsten; Grabe, Hans-J; Freyberger, Harald, Jürgen (2010): Prävalenz und Familiarität von Persönlichkeitsstörungen in Deutschland: Ergebnisse der Greifswalder Familienstudie. In: PPM-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie, 60. Jg., Nr. 09/10, S. 334-341.

Bauer, Frank (2015): Sozialer Arbeitsmarkt: Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Landtag Nordrhein-Westfalen am 26.08.2015. IAB-Stellungnahme 04/2015; Nürnberg.

- Becker, Deborah R.; Drake, Robert E. (1994): Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. In: *Community Mental Health Journal*, 30. Jg., Nr. 2, S. 193-206.
- Becker, Deborah R.; Whitley, Richard; Bailey, Ed / Drake, Robert E. (2007): A long-term follow-up of adults with psychiatric disabilities who receive supported employment. In: *Psychiatric Services*, 58. Jg., S. 922-928.
- Behrend, Olaf / Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang (2008): Sisyphos motivieren, oder: Der Umgang von Arbeitsvermittlern mit Chancenlosigkeit. In: *ZSR* 54, Heft 1; S. 37-55.
- Bejerholm, Ulrika; Areberg, Cecilia; Hofgren, Caisa; Sandlund, Mikael; Rinaldi, Miles (2015): Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial. In: *Nordic Journal of Psychiatry*, 69. Jg., Nr. 1, S. 57–66.
- Bersheim, Sabrina; Oschmiansky, Frank; Sell, Stefan (2014): Wie wird Arbeitslosigkeit gemessen? Im Internet: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/54909/arbeitslosigkeit-messen?p=all>; Zugriff 22.09.2016.
- Berth, Hendrik; Förster, Peter; Balck, Friedrich; Brähler, Elmar; Stöbel-Richter, Yve (2006): Arbeitslosigkeit und psychische Belastung. Ergebnisse einer Längsschnittstudie 1991 bis 2004. In: *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 15. Jg., Nr. 3, S. 111-116.
- Berth, Hendrik; Förster, Peter; Balck, Friedrich; Brähler, Elmar; Stöbel-Richter, Yve (2008): Arbeitslosigkeitserfahrungen, Arbeitsplatzunsicherheit und der Bedarf an psychosozialer Versorgung. In: *Gesundheitswesen* 2008, 70. Jg., Nr. 5, S. 289-294.
- Beste, Jonas; Bethmann, Arne; Grundert, Stefanie (2014): Materielle und soziale Lage der ALG-II-Empfänger. IAB-Kurzbericht 24/2014, Nürnberg.
- Bezborodovs, Nikita; Thornicroft, Graham (2013): Stigmatisation of mental illness in the workplace: evidence and consequences. In: *die Psychiatrie*, 10. Jg., S. 102–107.
- Bohnsack, Ralf (1983): *Alltagsinterpretation und soziologische Rekonstruktion*, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bohnsack, Ralf (2007): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in Methodologie und Praxis qualitativer Forschung*, Opladen: Leske & Budrich.
- Bohnsack, Ralf (2014): *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden*, Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Bond, Gary R.; Drake, Robert E.; Becker, Deborah R. (2008): An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. In: *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31. Jg., Nr. 4, S. 280–290.
- Bouwman, Clazien; Sonnevill, Caroline de; Mulder, Cornelis L.; Hakkaart-van Roijen, Leona (2015): Employment and the associated impact on quality of life in people diagnosed with schizophrenia. In: *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11. Jg., S. 2125-2142.
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2013): *BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung*. Im Internet: <http://www.bptk.de>. (Zugriff am 27.02.2015).
- Brown, Jonathan D.; Barrett, Allison; Ireys, Henry; Caffery, Emily; Hourihan, Kerianne (2012): Evidence-based practices for Medicaid beneficiaries with schizophrenia and bipolar disorder. U.S. Department of Health and Human Services Assistant

Secretary for Planning and Evaluation Office of Disability, Aging and Long-Term-Care Policy. Mathematica Policy Research, April 9. Im Internet: <https://aspe.hhs.gov/system/files/pdf/177276/ebpsbd.pdf> (Zugriff am 22.09.2017)

Brenner, Harvey (2006): Arbeitslosigkeit. In: Bramesfeld, Anke.; Stoppe, Gabriela; Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven, Dordrecht, S. 163-189.

Bröker, Andreas H. (2011): Kombinierte Gesundheits- und Beschäftigungsförderung. Gesundheit von (Langzeit-)Arbeitslosen fördern – Voraussetzungen für Erwerbstätigkeit verbessern – Kostenbewusstsein schärfen, Frankfurt am Main: Lang.

Brülle, Heiner; Krätschmer-Hahn, Rabea; Reis, Claus; Siebenhaar, Benedikt (2016): Zielsteuerung im SGB II. Kritik und Alternativen. WISO Diskurs, 09/2016.

Bundesagentur für Arbeit (2013c): Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III). Version 8.0 vom 20.12.2013. https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mje1/~edisp/l6019022dstbai613932.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI613935; Zugriff 04.02.2016.

Bundesagentur für Arbeit (2013d): Interne Revision: Bericht gemäß § 49 SGB II: Ärztlicher Dienst. Horizontale Revision; Nürnberg. https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mje5/~edisp/l6019022dstbai630397.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI630403; Zugriff 02.04.2016.

Bundesagentur für Arbeit (2013e): Interne Revision: Bericht gemäß § 49 SGB II: Berufspsychologischer Service. Horizontale Revision; Nürnberg. https://www.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mjmx/~edisp/l6019022dstbai662210.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI662219; Zugriff 03.04.2016.

Bundesagentur für Arbeit (2014a): Praxisleitfaden zur Einschaltung des Ärztlichen Dienstes im SGB II und SGB III; Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2014b): Praxisleitfaden zur Einschaltung des Berufspsychologischen Service im Bereich des SGB II und SGB III; Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2014c): Kurzinformation: Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Der Arbeitsmarkt für schwerbehinderte Menschen. Veröffentlichung der Arbeitsmarktberichterstattung, Nürnberg November 2014.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) (2015): Entwicklung der Integrationsfachdienste 2010 bis 2014. Im Internet: <https://www.integrationsaemter.de/IFD-Bericht/528c7124i/index.html>; Zugriff 17.05.2016

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen; Frankfurt/Main.

Catty, Jocelyn; Lissouba, Pascale; White, Sarah; Becker, Thomas; Drake, Robert E.; Fioritti, Angelo; Knapp, Martin; Lauber, Christoph; Rössler, Wulf; Tomov, Toma; van Busschbach, Jooske; Wiersma, Durk; Burns, Tom / EQOLISE Group (2008): Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. In: British Journal of Psychiatry, 192. Jg., Nr. 3, S. 224–231.

Conen, Marie-Luise, Cecchin, Gianfranco (2007): Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung in Zwangskontexten, Heidelberg: Carl-Auer.

Cook, Judith A.; Lehman, Anthony F.; Drake, Robert; McFarlane, William R.; Gold, Paul B.; Left, H.Stephen; Blyler, Crystal; Toprac, Marcia G.; Razzano, Lias A.; Burke-Miller, Jane K.; Blankertz, Laura; Shafer, Michael; Pickett-Schenk, Susan A.; Grey, DennisD. (2005): Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. In: American Journal of Psychiatry, 162. Jg., Nr. 10, S. 1948–1956.

Cook, Judith A.; Razzano, Lisa A.; Straiton, D.Madison; Ross, Yvette (1994): Cultivation and maintenance of relationships with employers of people with psychiatric disabilities. In: Psychosocial Rehabilitation Journal, 17. Jg., Nr. 3, S. 103–116.

Dauth, Wolfgang; Dorner, Matthias; Blien, Uwe (2013): Neukonzeption der Typisierung im SGB-II-Bereich. Vorgehensweise und Ergebnisse. IAB-Forschungsbericht, 11/2013, Nürnberg.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2013): S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (DRV) (2014): Rentenversicherung in Zahlen 2014. Im Internet: <http://www.deutsche-rentenversicherung.de> (Zugriff am 13.01.2015).

Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) (2014): Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation. Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung, 1/2014.

Deutscher Bundestag (2003): Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. BT-Drs. 15/1516.

Deutscher Bundestag (2010): Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisation der Grundsicherung. BT-Drs. 17/1555.

Deutscher Bundestag (2015): Ausschussdrucksache 18(11)406. Materialien zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen in Berlin am 29.Juni 2015.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2012): Zur Lage der beruflichen Rehabilitation in der Arbeitsförderung. arbeitsmarkt aktuell 7.

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) 2015: arbeitsmarkt aktuell 2015 (1).

Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) 2014: Sozialintegrative Leistungen der Kommunen im Hartz-IV-System. Arbeitsmarkt aktuell Nr. 01/2014.

Deutscher Landkreistag (2014): Leitlinien zur Umsetzung der sozialen Leistungen nach dem SGB II – 3. Auflage -; Berlin.

Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2014): Empfehlungen des Deutschen Vereins zu den kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II; Berlin.

Diksa, Edward; Rogers, E.Sally (1996): Employer concerns about hiring persons with psychiatric disability: results of the employer attitude questionnaire: In: Rehabilitation Counseling Bulletin, 40. Jg., Nr. 1. S. 31–44.

- Dingeldey, Irene (2011): Der aktivierende Wohlfahrtsstaat: Governance der Arbeitsmarktpolitik in Dänemark, Großbritannien und Deutschland, Frankfurt/Main; New York: Campus-Verlag.
- Dörre, Klaus; Scherschel, Karin; Booth, Melanie; Haubner, Tine; Marquardsen, Kai; Schierhorn, Karen (2013): Bewährungsproben für die Unterschicht? Soziale Folgen aktivierender Arbeitsmarktpolitik, Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Doose, Stefan (2007): Unterstützte Beschäftigung: Berufliche Integration auf lange Sicht. Verbleibs- und Verlaufsstudie zur Situation der von Integrationsfachdiensten und Werkstätten für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelten Menschen mit Lernschwierigkeiten; 2. Aufl. Marburg.
- Doose, Stefan(2012): Supported employment in Germany. In: Journal of Vocational Rehabilitation, 37. Jg., Nr. 3, S. 195-202.
- Dornette, Johanna; Rauch, Angela (Hrsg.) (2007): Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II, IAB-Bibliothek 309, Nürnberg.
- Drake, Robert E.; McHugo, Gregory J.; Becker, Deborah R.; Anthony, William A.; Clark, Robin E. (1996): The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64. Jg., Nr. 2, S. 391-399.
- Drake, Robert E.; Becker, Deborah R.; Clark, Robin E.; Mueser, Kim T. (1999): Research on the individual placement and support model of supported employment. In: Psychiatric quarterly, 70. Jg., Nr. 4, S. 289-301.
- Düwell, Franz-Josef (2009): § 38a Unterstützte Beschäftigung. In: Dau, Dirk H.; Düwell, Franz-Josef; Haines, Herbert (Hrsg.): Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Lehr- und Praxiskommentar; 2.Aufl. Baden-Baden.
- Eberwein, Wilhelm; Tholen, Jochen (1987): Die öffentliche Arbeitsvermittlung als politisch-sozialer Prozeß, Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag.
- Eicher, Wolfgang; Spellbrink, Wolfgang (2008): SGB II. Grundsicherung für Arbeitsuchende. Kommentar; 2. Auflage; München.
- Eikermann Bernd; Reker Thomas (1994): Rehabilitation psychisch Behinderter in den Werkstaetten fuer Behinderte? Fakten, Ergebnisse, Empfehlungen. In: Krankenhauspsychiatrie, 1994, 5. Jg., S. 66-70.
- Eikermann, Bern; Zacharias-Eikermann, Barbara; Richter, Dirk; Reker, Thomas (2005). Ziel ist Teilnahme am „wirklichen“ Leben. Deutsches Ärzteblatt, 102. Jg, Nr. 5, S. 218-221
- Engels, Dietrich (1993): Medizinische und berufliche Rehabilitation für psychisch Kranke: Ergebnisse der Begleitforschung von Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte - RPK. In: Rehabilitation, 32. Jg., Nr. 4, S. 227–231.
- Erlinghagen, Marcel; Zink, Lina (2008): Arbeitslos oder erwerbsunfähig? Unterschiedliche Formen der Nicht-Erwerbstätigkeit in Europa und den USA. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 60. Jg., Nr. 3, S. 579-608.
- Estroff, Sue E.; Patrick, Donald L.; Zimmer, Catherine R.; Lachicotte, William S. (1997). Pathways to Disability Income among Persons with Severe, Persistent Psychiatric Disorders. In: Milbank Quarterly, 75. Jg., Nr. 4, S. 495–532.

Ettner, Susan L.; MacLean, Johanna Catherine; French, Michael T. (2011): Does Having a Dysfunctional Personality Hurt Your Career? Axis II Personality Disorders and Labor Market Outcomes. In: *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 50. Jg., Nr. 1, S. 149-174.

FH Frankfurt Main / Infas / WZB (2008): Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II – Vergleichende Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Erfolgs der Modelle der Aufgabenwahrnehmung Optierende Kommune und Arbeitsgemeinschaft. Untersuchungsfeld 2: Implementations- und Governanceanalyse. Endbericht 2008 an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Frankfurt am Main, Bonn und Berlin.

Forschungsstelle Arbeitsrehabilitation psychisch Kranker in der Klinik für Psychiatrie der Universität Münster (1996): Begleitende Hilfen im Arbeitsleben für psychisch Kranke und Behinderte. Abschlussbericht des Forschungsberichtes. Hrsg. Vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn.

Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme, Wien: UTB.

Gagel, Alexander (o.J.): SGB II / SGB III. Grundsicherung und Arbeitsförderung. Kommentar. Loseblattsammlung; München.

Gehrmann, Gerd; Müller, Klaus D. (2007): Charakteristika einer motivierenden Sozialen Arbeit. In: Gehrmann, Gerd; Müller, Klaus D. (Hrsg.): *Aktivierende Soziale Arbeit mit nicht-motivierten Klienten*. 2., aktualisierte Auflage, Regensburg, Berlin: Walhalla Fachverlag, S.93-106.

Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2007): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Im Internet: https://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf (Zugriff am 04.05.2016).

Gilbert, Andrew M.; Olino, Thomas M.; Houck, Patricia R.; Fagiolini, Andrea; Kupfer, David J.; Frank, Ellen (2010): Self-reported cognitive problems predict employment trajectory in patients with bipolar I disorder. In: *Journal of Affective Disorders*, 124. Jg., Nr. 3, S. 324–328.

Göckler, Rainer (2010): Sanktionsgespräche in der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) und ihre Anschlussfähigkeit zu Beratungsstandards. In: *Sozialer Fortschritt*, 59. Jg., Nr. 10–11, S. 264-272.

Göckler, Rainer (2015): Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement. Betreuung und Vermittlung in der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II). *Case Management in der Praxis*. 5., aktualisierte Auflage, Regensburg: Walhalla Fachverlag.

Gold, James M.; Goldberg, Richard W.; McNary, Scott W.; Dixon, Lisa B.; Lehman, Anthony F. (2002): Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. In: *American Journal of Psychiatry*, 159. Jg., Nr. 8, S. 1395–1402.

Gühne, Uta; Becker, Thomas; Salize, Hans-Joachim; Riedel-Heller, Steffi G. (2015): Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? In: *Psychiatr Prax*, 42. Jg., Nr. 8, S. 415-423.

Gühne, Uta; Riedel-Heller, Steffi G. (2015): Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Gühne, Uta; Becker, Thomas; Riedel-Heller, Steffi G. (2016) Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: Ausblick auf das Update der S3-Leitlinie der DGPPN. *Psychother Psych Med*; 66:337-340.

Gumpinger, Marianne (2001): „Zwangsbeglückung“ oder Wie viel Freiwilligkeit braucht Soziale Arbeit. In: ders. (Hrsg.): *Soziale Arbeit mit unfreiwilligen KlientInnen*; Linz, S. 11-24.

Haerlin, Christiane (2010): *Basiswissen: Berufliche Beratung psychisch Kranker*; Bonn.

Hatfield, Barbara; Huxley, Peter; Mohamad, Hadi (1992): Accommodation and employment: a survey into the circumstances and expressed needs of users of mental health services in a northern town. In: *British Journal of Social Work*, 22. Jg., Nr. 1, S. 61-73.

Hayward, Becky J.; Schmidt-Davis, Holly (2005): *Longitudinal Study of the Vocational Rehabilitation (VR) Services Program, Third Final Report: The Context of VR Services*: U.S. Department of Education, Office of Special Education and Rehabilitative services, Rehabilitation Services Administration.

Herbig, Britta; Dragano, Nico; Angerer, Peter (2013): Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 110. Jg., Nr. 23-24, S. 413-419.

Herpertz, Sabine; Schaff, Christa; Roth-Sackenheim, Christa; Falkei, Peter; Henningsen, Peter; Holtmann, Martin; Bergmann, Frank; Langkafel, Mathias (2011): *Studie zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie. Vorläufiger Abschlussbericht Dezember 2011*. Im Internet: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/aerztliche-psychotherapie-herpertz.pdf (Zugriff am 03.05.2016).

Heyer, Gerd; Koch, Susanne; Stephan, Gesine; Wolff, Joachim (2011): *Evaluation der aktiven Arbeitsmarktpolitik: Ein Sachstandsbericht für die Instrumentenreform 2011*. IAB-Discussion Paper, 17/2011, Nürnberg.

Himle, Joseph A.; Weaver, Addie; Bybee, Deborah; O'Donnell, Lisa; Vlnka, Sarah; Laviolette, Wayne; Steinberger, Edward; Golenberg, Zipora; Levine, Debra Siegel. (2014): Employment barriers, skills, and aspirations among unemployed job seekers with and without social anxiety disorder. In: *Psychiatric Services*, 65. Jg., Nr. 7, S. 924–930.

Hielscher, Volker; Ochs, Peter (2009): *Arbeitslose als Kunden? Beratungsgespräche in der Arbeitsvermittlung zwischen Druck und Dialog*, Berlin: edition sigma.

Hodges, Kai; Xue, Yange; Wotring, Jim (2004): Use of the CAFAS to Evaluate Outcome for Youths with Severe Emotional Disturbance Served by Public Mental Health. In: *Journal of Child and Family Studies*, 13. Jg., Nr. 3, S. 325–339.

Hooghe, Liesbeth; Marks, Gary (2003): Unraveling the Central State, but how? Types of Multi-Level Governance. In: *American Political Science Review* 97. Jg., Nr. 2, S. 233-243.

Hundsörfer, Tanja (2009): *Integration von chronisch kranken Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt. Eine Studie zu prädiktiven Faktoren am Beispiel eines Integrationsprojektes in Deutschland*. Dissertation, Tübingen.

IAB (2015): *Aktuelle Daten und Indikatoren: Qualifikationsspezifische Arbeitslosenquoten*; Nürnberg.

IAW / ZEW (2008): Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II – Vergleichende Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Erfolgs der Modelle der Aufgabenwahrnehmung „zugelassener kommunaler Träger“ und „Arbeitsgemeinschaft“. Untersuchungsfeld I: „Deskriptive Analyse und Matching. Endbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

ISG / Steria Mummert Consulting (2013): Qualitätssicherung im SGB II: Governance und Management. BMAS Forschungsbericht 437.

ISG / IAB / RWI (2011): Evaluation der Leistungen zur Beschäftigungsförderung nach § 16e Abs. 10 SGB II. Endbericht. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Forschungsbericht Arbeitsmarkt. Berlin.

Jacob, Gitta A.; Lieb, Klaus; Arntz Arnoud (2011): Schematherapie bei Borderline-Persönlichkeitsstörung. In Dulz, Birger; Herpertz, Sabine C.; Kernberg, Otto F.; Sachsse, Ulrich (Hrsg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, 640-651.

Jacobi, Frank; Höfler, Michael; Strehle, Jens; Mack, Simon; Gerschler, Anja; Scholl, Lucie; Busch, Markus A.; Maske, Ulrike; Hapke, Ulfert; Gaebel, Wolfgang; Maier, Wolfgang; Wagner, Michael; Zielasek, Jürgen; Wittchen Hans-Ulrich (2014): Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). In: Der Nervenarzt, 85. Jg., Nr. 1, S. 77-87.

Jacobi, Frank; Höfler, Michael; Siegert, Jens; Mack, Simon; Gerschler, Anja; Scholl, Lucie; Busch, Markus A.; Hapke, Ulfert; Maske, Ulrike; Seiffert, Ingeburg; Gaebel, Wolfgang; Maier, Wolfgang; Wagner, Michael; Zielasek, Jürgen; Wittchen, Hans-Ulrich (2014): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2014, 23. Jg., Nr. 3, S. 304–319.

Jacobi, Frank; Roth, Julia; Winkel, Susanne; Maske, Ulrike Haben psychisch Erkrankte Arbeit? Die aktuelle Datenlage. Fachveranstaltung Arbeit für psychisch Erkrankte Im Internet: <http://docplayer.org/28113029-Haben-psychisch-erkrankte-arbeit-die-aktuelle-datenlage-fachveranstaltung-arbeit-fuer-psychisch-erkrankte.html> (Zugriff am: 12.09.2017) Jahoda, Marie; Lazarsfeld, Paul M.; Zeisel, Hans (1933): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit: Leipzig.

Jennings, Edward T.; Ewalt, Jo Ann G. (1998): Interorganizational Coordination, Administrative Consolidation and Policy Performance. In: Public Administration Review, 58. Jg., Nr. 5, S. 417-428.

Kähler, Harro (2005): Soziale Arbeit in Zwangskontexten. Wie unerwünschte Hilfe erfolgreich sein kann, München/Basel: Reinhardt:

Kaltenborn, Bruno; Kaps, Petra (2012): Einbeziehung der kommunalen Leistungen in die Zielsteuerung des SGB II. BMAS Forschungsbericht 434; Bonn.

Kapfhammer, Hans-Peter (2011a): Angststörungen. In: Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie, 4. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer, S. 499-570.

Kapfhammer Hans-Peter (2011b): Zwangsstörungen. In: Möller, Hans-Jürgen; Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie, 4. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer, S. 571-604.

Kardorff, Ernst von; Ohlbrecht, Heike (2010): Erwerbsarbeit für psychisch kranke Menschen im gesellschaftlichen Wandel. In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben, Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 71-83.

Kardorff, Ernst von; Ohlbrecht, Heike; Schmidt, Susen (2013): Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderung. Abschlussbericht für die Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Kelle, Udo; Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. 2., überarbeitete Auflage, Wiesbaden.

Keller, Berndt; Seifert, Hartmut (2011): Atypische Beschäftigung und soziale Risiken. Entwicklung, Strukturen, Regulierung. Expertise im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich Ebert Stiftung. WISO Diskurs Oktober 2011.

Kessler, Ronald C.; Frank, Richard G. (1997): The impact of psychiatric disorders on work loss days. In: Psychological Medicine, 27. Jg., Nr. 04, S. 861–873.

Kieselbach, Thomas; Beelmann, Gert (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Holleder, Alfons; Brand, Helmut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Bern: Huber, S. 13-31.

Kilian, Reinhold; Becker, Thomas (2007): Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia. In: Journal of Mental Health, 16. Jg., Nr. 2, S.211-222.

Kleemann, Frank / Krähmke, Ume / Matuschek, Ingo (2009): Interpretative Sozialforschung; VS Verlag; Wiesbaden.

Knittel, Bernhard (2012): SGB IX Kommentar. Kommentar zum Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – und Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG), 6. Auflage Köln: Luchterhand.

Knuth, Matthias (2009). Grundsicherung „für Arbeitsuchende“: ein hybrides Regime sozialer Sicherung auf der Suche nach seiner Governance. In: Bothfeld, Silke; Sesselmeier, Werner; Bogedan, Claudia (Hrsg.): Arbeitsmarktpolitik in der sozialen Marktwirtschaft. Vom Arbeitsförderungsgesetz zum Sozialgesetzbuch II und III, Wiesbaden: Springer fachmedien, S. 61-75.

Koch, Evelyn; Haacke, Wolfgang (2010): Aufgaben und Möglichkeiten der ARGE. In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben, Bonn: Psychiatrie-Verlag, S. 212-222.

Koch, Susanne; Spies, Christiane; Stephan, Gesine; Wolff, Joachim (2011): Kurz vor der Reform: Arbeitsmarktinstrumente auf dem Prüfstand, IAB-Kurzbericht, 11/2011, Nürnberg.

Koch, Susanne; Kupka, Peter (2012): Öffentlich geförderte Beschäftigung. Integration und Teilhabe für Langzeitarbeitslose. WISO Diskurs, Bonn.

Kolbe, Christian (2012): Irritationen im Zwangskontext – Interaktionen im SGB II. In: WSI Mitteilungen, 3/2012, S. 198-205.

Konle-Seidl, Regina; Rhein, Thomas; Trübswetter, Parvati (2014): Erwerbslose und Inaktive in verschiedenen Sozialsystemen, IAB-Kurzbericht, 8/2014, Nürnberg.

- Kostorz, Peter (2008): Sozialstaatliche Interventionen zu Gunsten von Menschen mit Behinderung; Baden-Baden.
- Kruse, Jan (2014): Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz, Weinheim: Beltz.
- Laux, Gerd (2011): Depressive Störungen. In: Möller Hans-Jürgen, Laux Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 2: Spezielle Psychiatrie, 4. Auflage, Berlin Heidelberg: Springer, S. 371-460.
- Lehman, Anthony F.; Steinwachs, Donald M. (1998): Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. In: Schizophrenia Bulletin, 24. Jg., Nr. 1, S. 1–10.
- Lerner, Debra; Adler, David A.; Chang, Hong; Lapitsky, Leueen; Hood, Maggie. Y.: Perissinoto, Carla; et al. (2004). Unemployment, job retention, and productivity loss among employees with depression. In: Psychiatric services, 55 Jg., Nr 12, S. 1371-1378.
- Linden, Michael; Baron, Stefanie; Muschalla, Beate; Ostholt-Corsten, Margarete (2015): Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP, Bern: Huber.
- Lohmar, Brigitte; Eckhardt, Thomas (2012): Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg). Das Bildungswesen in der Bundesrepublik Deutschland 2011/2012. Darstellung der Kompetenzen, Strukturen und bildungspolitischen Entwicklungen für den Informationsaustausch in Europa.
- Ludwig, Monika (2014): Soziale Stabilisierung durch kommunale Eingliederungsleistungen: Voraussetzungen im Jobcenter und im Kooperationssystem. In: Archiv der Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 45. Jg., Nr. 4/, S. 72-81.
- Lundin, Martin (2007): When Does Cooperation Improve Public Policy Implementation? In: Policy Studies Journal; 35. Jg., Nr. 4; S. 629-652.
- Manning, Cressida; White, Peter D. (1995): Attitudes of employers to the mentally ill. In: The Psychiatrist, 19. Jg., Nr. 9, S. 541–543.
- Marwaha, Steven; Johnson, Sonia (2004): Schizophrenia and employment. In: Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39. Jg., Nr. 5, S. 337-349.
- Mayring, Philipp (1985): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Jüttemann, Gerd (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim: Beltz.
- McGurk, Susan R.; Mueser, Kim T.; Harvey, Phil D.; LaPuglia, Richard; Marder, Joan (2003): Cognitive and symptom predictors of work outcomes for clients with schizophrenia in supported employment. In: Psychiatric Services, 54. Jg., Nr. 8, S. 1129–1135.
- McGurk, Susan R.; Mueser, Kim T. (2004): Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: A review and heuristic model. In: Schizophrenia Research, 70. Jg., Nr. 2, S. 147-173.

Meyer, Markus; Weirauch, Henriette; Weber, Françoise (2012): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2011. In: Badura, Bernhard; Ducki, Antje; Schröder, Helmut; Klose, Joachim; Meyer, Markus (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 291-467.

Mitchell, James Clyde (1969): The concept and use of social networks. In: Ders. (Hrsg.): Social networks in urban situations. Analyses of personal relationships in central African towns, Manchester, Manchester University Press S. 1-50.

Möller Hans-Jürgen; Schaub Anette; Riedel Michael (2011): Schizophrene Psychosen. In: Möller Hans-Jürgen, Laux, Gerd; Kapfhammer, Hans-Peter: Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie, Band 2: Spezielle Psychiatrie in 4. Auflage, Berlin: Springer, S. 213-324.

Müller, Klaus; Goldberger, Ernst (1986): Unternehmens-Kooperation bringt Wettbewerbsvorteile: Notwendigkeit und Praxis zwischenbetrieblicher Zusammenarbeit in der Schweiz, Zürich: Industrielle Organisation.

Müller, Kai-Uwe; Oschmiansky, Frank (2006): Die Sanktionspolitik der Arbeitsagenturen nach den „Hartz“-Reformen. Analyse der Wirkungen des „Ersten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“. WZB Discussion Paper SP I 2006-116; Berlin.

Neureiter, Marcus; Oschmiansky, Frank; Popp, Sandra; Schoen, Peter (2013): Evaluierung des ESF-kofinanzierten Landesprogramms „Erwerbslosenberatungsstellen und Arbeitslosenzentren“. Endbericht an das Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. https://www.mais.nrw/sites/default/files/asset/document/arbeit_wege_endbericht_evaluation_arbeitslosenberatung.pdf (Zugriff am 01.08.2016)

Nohl, Arnd-Michael (2009): Interview und dokumentarische Methode. Anleitung für die Forschungspraxis, Wiesbaden.

Obermeier, Tim; Oschmiansky, Frank; Sell, Stefan (2013): Beschäftigung schaffende Maßnahmen. Dossier Arbeitsmarktpolitik der Bundeszentrale für politische Bildung. Im Internet: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/155260/beschaeftigung-schaffende-massnahmen?p=all> (Zugriff am 04.02.2016).

Obermeier, Tim; Oschmiansky, Frank (2014a): Die öffentliche Arbeitsvermittlung. Dossier der Bundeszentrale für politische Bildung. Im Internet: http://www.bpb.de/themen/AKY07D,3,0,Die_%F6ffentliche_Arbeitsvermittlung.html (Zugriff am 04.02.2016).

Obermeier, Tim; Oschmiansky, Frank (2014b): Vermittlungswege und Marktanteile der Vermittlungsakteure; Dossier Arbeitsmarktpolitik der Bundeszentrale für politische Bildung; Im Internet: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/55153/vermittlungswege> (Zugriff am 03.02.2016).

Olesen, Sarah C.; Butterworth, Peter; Leach, Liana S.; Kelaher, Margaret; Pirkis, Jane (2013): Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study. In: BMC Psychiatry, 13. Jg., Nr.1, S. 144.

Oschmiansky, Frank (2010): Aktivierender Staat und aktivierende Arbeitsmarktpolitik. Dossier der Bundeszentrale für politische Bildung. Im Internet: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/55052/aktivierende-arbeitsmarktpolitik> (Zugriff am 02.02.2016).

Oschmiansky, Frank (2010b): Aktive Arbeitsförderinstrumente seit Einführung des SGB III: Rückblick und Ausblick. In: Sozialer Fortschritt, 59. Jg., Nr. 1, S. 16-23.

Oschmiansky, Frank (2014): Organisation der Grundsicherung. Dossier der Bundeszentrale für politische Bildung. Im Internet: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/55251/organisation-der-grundsicherung> (Zugriff am 05.02.2016).

Oschmiansky, Frank; Kaps, Petra (2009): Ein System für alle erwerbsfähigen Hilfebedürftigen? Das SGB II und seine Schnittstellen zu anderen Sozialgesetzbüchern. In: WSI-Mitteilungen, 62. Jg., Nr. 8, S. 439-445.

Oschmiansky, Frank; Grebe, Tim; Popp, Sandra; Otto, Kristin; Sommer, Jörn; Wielage, Nina (2014): Kompetenzdienstleistungen im Vermittlungs- und Integrationsprozess: eine qualitative Studie. IAB-Forschungsbericht, 07/2014, Nürnberg. Im Internet: <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2014/fb0714.pdf>

Oschmiansky, Frank; Kühl, Jürgen (2010): Deregulierung des Arbeitsmarktes: Das Normalarbeitsverhältnis und andere Beschäftigungsformen. Im Internet: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/arbeitsmarktpolitik/55341/deregulierung?p=all> (Zugriff am 28.04.2016).

Osiander, Christopher; Steinke, Joß (2011): Street-level bureaucrats in der Arbeitsverwaltung. Dienstleistungsprozesse und reformierte Arbeitsvermittlung aus Sicht der Vermittler. IAB-Discussion Paper 15/2011.

Ostrom, Elinor (1990): Governing the Commons: The Evolution of Institutions for Collective Action, Cambridge.

Pandiani, John A.; Banks, Steven M.; Simon, Monica M. (2004): Employment services and employment outcomes for adults with serious mental illness. In: Fisher, William H. (ed.) Research on employment for persons with severe mental illness (Research in Community and Mental Health, Volume 13) Emerald Group Publishing Limited, S. 83–105.

Parabiaghi, Alberto; Bonetto, Chiara; Ruggeri, Mirella; Lasalvia, Antonio; Leese, Morven (2006): Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2006; 41 Jg., Nr. 6, S. 457-463.

Paul, Karsten I.; Hassel, Alice; Moser, Klaus (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit: Befunde einer quantitativen Forschungsintegration. In: Holleder, Alfons; Brand, Helmut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Hans Huber.

Paul, Karsten I.; Moser, Klaus (2009): Unemployment impairs mental health. Meta-analyses. In: Journal of Vocational Behavior, 74. Jg., Nr. 3, S. 264-282.

Pröll, Ulrich (2004): Arbeitsmarkt und Gesundheit. Gesundheitliche Implikationen der neuen Arbeitsmarktpolitik und Ansätze zur Prävention. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden: Verlag für neue Wissenschaft.

Rapp, Charles; Goscha, Richard (2006): Strengths case management (2nd Edition), New York: Oxford University Press.

Rauch, Angela; Dornette, Johanna; Schubert, Michael; Behrens, Johann (2008): Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II. IAB-Kurzbericht, 25/2008, Nürnberg.

- Reis, Claus; Siebenhaar, Benedikt (2015): Befähigen statt aktivieren. Aktueller Reformbedarf bei Zielsetzung und Aufgabenstellung im SGB II. WISO Diskurs Juli 2015; Bonn.
- Reker, Thomas; Eikermann Bernd (2004): Berufliche Eingliederung als Ziel psychiatrischer Therapie. In: Psychiatrische Praxis, 31. Jg., Nr. 2, S. 251-255.
- Reims, Nancy; Gruber, Stefan (2014): Junge Rehabilitanden in der Ausbildung am Übergang in den Arbeitsmarkt. In: Die Rehabilitation, 53. Jg., Nr. 6, S. 376-383.
- Reinecker Hans (1999): Fallbuch der klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- Richter, Dirk, Eikermann, Bernd; Reker, Thomas (2006): Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. In: Das Gesundheitswesen, 68. Jg., Nr. 11, S. 704-707.
- Rixen, Stephan (2008): § 19 SGB II – Zumutbarkeit. In: Eicher, Wolfgang / Spellbrink, Wolfgang (2008): SGB II Grundsicherung für Arbeitsuchende. Kommentar; München, S. 255-310.
- Röhrle, Bernd; Deubert, Waltraud (1995): Ergebnisse und Zukunft der Psychiatriereform. In Röhrle, Bernd, Deubert, Waltraud (Hrsg.): Ergebnisse und Zukunft der Psychiatriereform. Statements zum 20. Geburtstag der Psychiatrie-Enquête aus Politik und Expertenkreisen, Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Rübner, Matthias; Sprengard, Barbara (2011): Beratungskonzeption der Bundesagentur für Arbeit – Grundlagen. Herausgeber: Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg; Stand März 2011.
- Ruschmeier, René; Oschmiansky, Frank (2010): Die Würfel sind gefallen! Organisationsnovelle des SGB II – Die Neuregelungen im Überblick. In: Zeitschrift für das Fürsorgewesen, 62. Jg., Nr. 8, S. 169-176.
- Salkever, David S.; Karakus, Mustafa C.; Slade, Eric P.; Harding, Courtney M.; Hough, Richard L.; Rosenheck, Robert A.; Swartz, Marvin S.; Barrio, Conception; Yamada, Anne Marie (2007): Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. In: Psychiatric Services, 58. Jg., Nr. 3, S. 315–324.
- Schrank, Beate; Amering, Michael (2007): „Recovery“ in der Psychiatrie. Neuropsychiatrie, 21. Jg., Nr. 1, S. 45-50.
- Schubert, Andreas (1988): Innerbetriebliche Hilfen für psychisch kranke Mitarbeiter. In: Schubert, Andreas; Reihl, Dieter; Bungard, Walter (Hrsg.): Chancen im Arbeitsleben für psychisch Kranke, Mannheim: Ehrenhof, S. 58-80.
- Schubert, Michael; Parthier, Katrin; Kupka Peter; Krüger, Ulrich; Holke, Jörg; Fuchs, Philipp (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (Hrsg). IAB-Forschungsbericht, 12/2013, Nürnberg.
- Schütz, Holger; Kupka, Peter; Koch, Susanne; Kaltenborn, Bruno (2011): Eingliederungsvereinbarungen in der Praxis. Reformziele noch nicht erreicht. IAB Kurzbericht, 18/2011; Nürnberg.
- Schütz, Holger, Oschmiansky, Frank (2006): Arbeitsamt war gestern. Neuausrichtung der Vermittlungsprozesse in der Bundesagentur für Arbeit nach den „Hartz“-Gesetzen. In: Zeitschrift für Sozialreform, 52. Jg., Nr. 1, S. 5-28.

Schütz, Holger; Steinwede, Jacob; Schröder, Helmut; Kaltenborn, Bruno; Wielage, Nina; Christe, Gerhard; Kupka, Peter (2011): Vermittlung und Beratung in der Praxis. Eine Analyse von Dienstleistungsprozessen am Arbeitsmarkt. IAB Bibliothek, 330; Bielefeld.

Sell, Stefan (2009): „Diesseits und jenseits von Hartz. Anforderungen an die zukünftige Ausgestaltung der Arbeitsmarktpolitik“. In: Fachtagung von Arbeitnehmertagung Bremen und Hochschule Bremen. Arbeitsmarktpolitik unter Druck. Perspektiven nach Hartz und Instrumentenreform. http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Veranstaltungen/Arbeit_und_Politik/Tagungsmaterialien.pdf; Zugriff 28.07.2016.

Shepherd, Geoff; Murray, Alison; Muijen, Matt (1994): Relative values: the differing views of users, family carers and professionals on services for people with schizophrenia in the community. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.

Social Exclusion Unit (2004): Mental Health and social exclusion. London: Office of the Deputy Prime Minister. Im Internet: http://www.nfao.org/Useful_Websites/MH_Social_Exclusion_report_summary.pdf (Zugriff am 22.09.2017)

Sowa, Frank / Staples, Ronald (2014): Accounting in der Arbeitsverwaltung: Vermittlungsfachkräfte zwischen Steuerungsimperativen und autonomen Vermittlungshandeln. In: ZSR2, S. 149-173.

Steen, Rainer (2005): Soziale Arbeit im öffentlichen Gesundheitsdienst; Stuttgart.

Stengler, Katarina; Riedel-Heller, Steffi G.; Gühne, Uta; Becker, Thomas (2015) Gemeindepsychiatrische Versorgung. PSYCH up2date, 9. Jg., Nr. 2, S. 113-128.

Stengler, Katarina; Becker, Thomas; Riedel-Heller, Steffi G. (2014) Teilhabe am Arbeitsleben bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In: Fortschritte der Neurologie- Psychiatrie, 2014, 82. Jg., Nr. 1, S. 43–53.

Stewart, Walter F.; Ricci, Judith A.; Chee, Elsbeth; Hahn, Steven R.; Morganstein, David (2003): Cost of lost productive work time among US workers with depression. In: JAMA, 289. Jg.; Nr. 23, S. 3135–3144.

Sthamer, Evelyn; Brülle, Jan; Opitz, Lena (2013): Inklusive Gesellschaft – Teilhabe in Deutschland. Soziale Teilhabe von Menschen in prekären Lebenslagen, Frankfurt am Main.

Strandh, Mattias; Winefield, Anthony; Nilsson, Karina; Hammarström, Anne (2014): Unemployment and mental health scarring during the life course. In: The European Journal of Public Health, 24. Jg., Nr. 3, S. 440-445.

Taris, Toon W. (2002): Unemployment and Mental Health. A Longitudinal Perspective. In: International Journal of Stress Management, 9. Jg., Nr. 1, S. 43-57.

Tenambergen, Thomas (2010): Rechtliche Grundlagen der beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Behinderungen. In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben, Bonn: Psychiatrie verlag, S. 58-70.

Thornicroft, Graham (2006): Shunned: discrimination against people with mental illness, Geneva: Oxford.

Trompeter Susann (2010): Zwangsstörungen. In: Amberger, Stephanie; Roll, Sibylle C. (Hrsg.): Psychiatriepflege und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 374-376.

- Vieten Markus (2007): *Krankheiten verstehen 1: Anatomie, Krankheitslehre und Pflege verknüpfen (Fallbuch Pflege)*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Wagner, Mary M. (1995): Outcomes for youths with serious emotional disturbance in secondary school and early adulthood. In: *The Future of Child*, 5. Jg., Nr. 2, S. 90-112.
- Wahl, Otto F. (1999): Mental Health Consumers' Experience of Stigma. In: *Schizophrenia Bulletin*, 25. Jg., Nr. 3, S. 467-478.
- Warner, Richard (2004): *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy (3rd edition)*. Hove, New York: Routledge.
- Weber, Andreas; Hörmann, Georg; Heipertz, Walther (2007): Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 104. Jg., Nr. 43, S. 2957-2962.
- West, Joyce C.; Wilk, Joshua E.; Olfson, Mark; Rae, Donald S.; Marcus, Steve; Narrow, William E.; Pincus, Harold A.; Regier, Darrel A. (2005): Patterns and quality of treatment for patients with schizophrenia in routine psychiatric practice. In: *Psychiatric Services*, 56. Jg., Nr. 3, S. 283-291.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank (2005): Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. In: *European Neuropsychopharmacology*, 15. Jg., Nr. 4, S. 357-388.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank; Klose M. u.a.. (2010): *Depressive Erkrankungen*. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51, Berlin.
- Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Robert Koch-Institut (Hrsg.). Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS). Im Internet: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf (Zugriff am 03.06.2015).
- Witzel, Andreas (1985). Das problemzentrierte Interview. In Jüttemann, Gerd (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*, Weinheim: Beltz, S. 227-255.
- World Health Organisation (WHO) (2013). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10), 10. Revision. Im Internet: www.dimdi.de/static/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/index.htm. (Zugriff am 09.11.2012).
- World Health Organisation (2005). ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Herausgegeben vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. Im Internet: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/> (Zugriff am 20.05.2015).
- WZB / Infas (2006): *Evaluation der Maßnahmen zur Umsetzung der Vorschläge der Hartz-Kommission. Modul 1a Neuausrichtung der Vermittlungsprozesse. Bericht 2006 für das Bundesministerium für Arbeit und Soziales*. Berlin und Bonn.

In dieser Reihe sind zuletzt erschienen

Nr.	Autor(en)	Titel	Datum
2/2017	vom Berge, P. Kaimer, S. Copestake, S. Croxtton, D. Eberle, J. Klosterhuber, W.	Arbeitsmarktspiegel Entwicklungen nach Einführung des Mindestlohns (Ausgabe 3)	2/17
3/2017	Klingert, I. Lenhart, J.	Jobcenter-Strategien zur Arbeitsmarktintegration von Langzeitarbeitslosen	3/17
4/2017	Freier, C. Kupka, P. Senghaas, M.	Innovation und lokale Gestaltungsspielräume in der Arbeitsvermittlung	6/17
5/2017	Knapp, B. Bähr, H. Dietz, M. Dony, E. Fausel, G. Müller, M. Strien, K.	Beratung und Vermittlung von Flüchtlingen	7/17
6/2017	Konle-Seidl, R. Lüdeke, B.	What harmonised and registered unemployment rates do not tell	7/17
7/2017	Bellman, L. Bossler, M. Dummert, S. Ostmeier, E.	Mindestlohn: Längsschnittstudie für sächsische Betriebe	7/17
8/2017	Haas, A. Janser, M.	Integration regionaler Daten zu Flucht/Asyl/Migration in die SGB-II-Typisierung	8/17
9/2017	Berge, P. Kaimer, S. Copestake, S. Eberle, J. Klosterhuber, W.	Arbeitsmarktspiegel – Entwicklungen nach Einführung des Mindestlohns (Ausgabe 4)	8/17
10/2017	Achatz, J. Gundert, S.	Arbeitsqualität und Jobsuche von erwerbstätigen Grundsicherungsbeziehern	8/17
11/2017	Blien, U. Hirschenauer, F.	Vergleichstypen 2018 – Aktualisierung der SGB-III_Typisierung	8/17
12/2017	Hofmann, B. Stephan, G. extern	Die Flexibilisierung des Abschlusszeitpunktes der Eingliederungsvereinbarung im SGB III	9/17
13/2017	Brücker, H. externe	IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016: Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen	9/17

Stand: 25.09.2017

Eine vollständige Liste aller erschienenen IAB-Forschungsberichte finden Sie unter <http://www.iab.de/de/publikationen/forschungsbericht.aspx>

Impressum

IAB-Forschungsbericht 14/2017

5. Oktober 2017

Herausgeber

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit
Regensburger Straße 104
90478 Nürnberg

Redaktion

Martin Schludi, Jutta Palm-Nowak

Technische Herstellung

Renate Martin

Rechte

Nachdruck - auch auszugsweise -
nur mit Genehmigung des IAB gestattet

Website

<http://www.iab.de>

Bezugsmöglichkeit

<http://doku.iab.de/forschungsbericht/2017/fb1417.pdf>

ISSN 2195-2655

Rückfragen zum Inhalt an:

Peter Kupka

Telefon 0911.179 3121

E-Mail Peter.Kupka@iab.de