

Schubert, Michael et al.

**Research Report**

## Menschen mit psychischen Störungen im SGB II

IAB-Forschungsbericht, No. 12/2013

**Provided in Cooperation with:**

Institute for Employment Research (IAB)

*Suggested Citation:* Schubert, Michael et al. (2013) : Menschen mit psychischen Störungen im SGB II, IAB-Forschungsbericht, No. 12/2013, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/98434>

**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

# IAB-Forschungsbericht

12/2013

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

## Menschen mit psychischen Störungen im SGB II

Michael Schubert

Katrin Parthier

Peter Kupka

Ulrich Krüger

Jörg Holke

Philipp Fuchs

ISSN 2195-2655

Aktualisierte Fassung vom 4.11.2013

# Menschen mit psychischen Störungen im SGB II

Michael Schubert	(Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg; jetzt: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Frankfurt/M.)
Katrin Parthier	(Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg)
Peter Kupka	(IAB)
Ulrich Krüger	(Aktion Psychisch Kranke e. V., Bonn)
Jörg Holke	(Aktion Psychisch Kranke)
Philipp Fuchs	(IAB; jetzt: Institut für Sozialforschung und Gesellschafts- politik, Köln)

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.

## Erratum

Leider enthielt die zuerst veröffentlichte Version dieses Forschungsberichts einige Fehler, die nunmehr beseitigt sind. Die Grundaussagen des Berichts sind von den Fehlern nicht berührt. Gleichwohl sind sie ärgerlich und wir bitten alle Leser um Entschuldigung.

Die Korrekturen im Einzelnen (die Seitenzahlen beziehen sich auf die alte Version):

Tabelle 4, S. 32: geringfügige Änderung von fünf Werten in der vorletzten Spalte, Ergänzung der Quelle um folgenden Satz: Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung entsprechend § 295 SGB V

Tabelle 5, S. 33: Ergänzung der Quelle um folgenden Satz: Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung entsprechend § 295 SGB V

Seite 34, 3. Abs.: Einfügen des Wortes „gewichtet“ in folgenden Satz: Der Anteil arbeitsloser Menschen an allen medizinischen Rehabilitanden lag 2006 bei 10,0 Prozent (SUFRRSDQJ06B23, gewichtet, eigene Berechnungen).

Seite 36, 1. Abs. Satz 1 neu formuliert. „Hilfsweise wurden anhand einer routinemäßigen Stichtagsdokumentation zum 31.12. der Vorjahre die Personen in drei Gruppen zusammengefasst: sozialversicherungspflichtige Beschäftigte am 31.12. vor dem Renteneintritt (= „Zugang aus Berufstätigkeit“)....“, Fußnote eingefügt

Seite 36, Tabelle 7: 3 Zahlen in der vorletzten Spalte geändert

Seite 36, letzter Satz: das Wort „stationären“ eingefügt: ...an einer stationären medizinischen Rehabilitationsleistung teilgenommen...

S. 37, erster Satz: „Krankheiten des Kreislaufsystems (53 %)“ gelöscht. Prozentzahl muskuloskelettaler Erkrankungen korrigiert (54 statt 52 Prozent)

S. 37, letzter Satz des ersten Absatzes gelöscht.

Seite 40, 2. Abs. Satz 7: Prozentzahlen geändert oder ergänzt: Etwa 15 Prozent der Alg-II-Bezieher hatten eine Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen, also z.B. eine Depression (2011: 17 %). Noch höher, nämlich bei 20 Prozent, liegt der Anteil derjenigen, die eine Diagnose aus dem Spektrum der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen aufwiesen, also z.B. Angst- oder Zwangsstörungen oder körperliche Beschwerden ohne medizinischen Befund (2011: 22 %).

S. 40, 3. Abs. Satz 1: Anteil geändert. „Die häufigsten Einzeldiagnosen waren 2009 mit etwa einem Achtel der Alg-II-Bezieher unter den AOK- und BKK-Versicherten depressive Episoden...“

S. 40 letzter Absatz: Prozentzahlen und absolute Zahlen korrigiert. „Um eine Vorstellung von der Größenordnung der Erkrankungen zu bekommen: Ein Anteil von 17 Prozent der Leistungsbezieher mit einer Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen bedeutet bei 4 Millionen Leistungsberechtigten eine Personengruppe von 680.000 Menschen, davon mehr als vier Fünftel (87%), also fast 600.000 Menschen mit einer „depressiven Episode“(ICD-10:F32).

S. 41, 1. Abs.: Satz zum Anteil schizophrener Erkrankungen gelöscht.

S. 41, 2. Abs.: Satz umgestellt. „...lässt sich zeigen, dass bei über 800.000 Maßnahmen insgesamt ca.11.000 arbeitslose Personen wegen einer psychischen Erkrankung (ohne Abhängigkeitserkrankungen) eine medizinische Rehabilitation durchlaufen haben.

S. 78, 2. Absatz: Bezugsjahre eingefügt, zwei Verhältniszahlen geändert. „...affektive Störungen (ICD10:F30-F39) mit bis zu einem Sechstel der Leistungsberechtigten sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit etwa einem Fünftel (ICD10: F40-F49) besonders bedeutsame Erkrankungsgruppen darstellen.

S. 78, letzter Abs.: „deutlich“ gelöscht.

# Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	7
Abstract .....	9
1 Einleitung und Fragestellung .....	10
2 Definition der Personengruppe .....	12
2.1 Diagnostische Fassung psychischer Erkrankungen.....	13
2.2 Kurzbeschreibung psychiatrischer Störungsbilder .....	14
2.3 Spezifika psychischer Erkrankungen .....	17
2.4 Menschen mit psychischer Beeinträchtigung unter sozialrechtlicher Perspektive – Notwendigkeit einer terminologischen Abgrenzung .....	18
Teil A – Literatur- und Dokumentenanalyse zur Situation psychisch kranker Menschen im SGB II .....	21
3 Auswirkungen psychischer Störungen im Arbeitsleben.....	22
4 Zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit bzw. Erkrankung .....	24
4.1 Arbeitslosigkeitsrisiko durch psychische Beeinträchtigung .....	24
4.2 Ursache- und Wirkungszusammenhänge von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit .....	25
4.3 Krankheitsbedingte Hemmnisse und Unterstützungsbedarf psychisch beeinträchtigter Menschen bei der (Wieder-)Eingliederung in Arbeit .....	27
4.4 Stellenwert gesundheitlicher Aspekte bei SGB-II-Trägern .....	30
5 Quantitative Daten zur Situation psychisch beeinträchtigter Menschen im Leistungsbezug nach SGB II .....	31
5.1 Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. Beeinträchtigung im Personenkreis des SGB II .....	31
5.2 Anteil von SGB-II-Leistungsbeziehern in Angeboten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.....	39
5.3 Anteil von SGB-II-Leistungsbeziehern in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung ohne Hilfeangebote zur Teilhabe am Arbeitsleben .....	40
5.4 Zwischenfazit.....	41
Teil B – Empirische Untersuchung mittels Experteninterviews .....	43
6 Darstellung der Untersuchung .....	43
6.1 Überblick .....	43
6.2 Das Untersuchungsfeld .....	43
6.3 Auswahl der Regionen .....	47
6.4 Das Experteninterview .....	49
7 Ergebnisse der Interviews .....	51
7.1 Problemexposition: Psychisch Kranke im SGB II.....	52
7.2 Arbeit in den SGB-II-Trägern.....	55
7.3 Arbeit der Fachdienste in den SGB-II-Trägern.....	66
8 Das Hilfesystem für Menschen mit psychischer Erkrankung außerhalb der SGB-II-Träger .....	71

8.1 Kooperation mit dem Hilfesystem für Menschen mit psychischer Erkrankung aus der Perspektive der SGB-II-Träger .....	72
8.2 Kooperation mit den SGB-II-Trägern aus der Perspektive der arbeitsbezogenen Einrichtungen und Dienste.....	73
8.3 Kooperation mit den SGB-II-Trägern aus der Perspektive medizinischer und psychosozialer Einrichtungen.....	74
9 Fazit des empirischen Teils .....	76
9.1 Die Referenzregionen im Vergleich.....	76
9.2 Datenschutz .....	77
9.3 Perspektiven auf die Zielgruppe und notwendige Unterstützungsleistungen ....	78
Teil C – Diskussion, Schlussfolgerungen und Forschungsbedarf .....	79
10 Zusammenfassung und Ergebnisdiskussion .....	79
11 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen .....	88
12 Weitergehender Forschungsbedarf und Forschungsperspektiven .....	94
Literatur .....	95

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Anteil psychischer Erkrankungen an allen Arbeitsunfähigkeitstagen nach Krankenkassen von 2003 bis 2008.....	23
Tabelle 2	AU-Fälle auf Grund einer psychischen Erkrankung bei DAK, BKK und TK pro 100 Versicherten-Jahre .....	23
Tabelle 3	AU-Tage auf Grund einer psychischen Erkrankung bei DAK, BKK und TK pro 100 Versicherten-Jahre <sup>11</sup> .....	24
Tabelle 4	Anteil an Versicherten mit einer psychiatrischen Diagnose innerhalb eines Jahres der Techniker Krankenkasse (2008) nach Erwerbsstatus und der AOK für Bezieher von Alg II.....	33
Tabelle 5	Die 15 häufigsten Einzeldiagnosen im Spektrum psychischer Störungen bei Versicherten der AOK und BKK; absteigend sortiert für AOK 2011.....	34
Tabelle 6	Anteil medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen bei arbeitslosen Versicherten bezogen auf die Hauptdiagnose der Leistung.....	36
Tabelle 7	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2011 .....	37
Tabelle 8	Anteil Psychischer Erkrankungen als Ursache für den Zugang in Erwerbsminderungsrente im Verhältnis zu allen neuen Erwerbsminderungsrentnern des Jahres 2006 nach Erkrankungsgruppen und beruflichem Status der Personen vor Renteneintritt.....	37
Tabelle 9	Einrichtungsbezogener Anteil der SGB-II-geförderten Teilnehmer in Beruflichen Trainingszentren in 2010 .....	39
Tabelle 10	Stichprobe der Standorte nach berücksichtigten strukturellen Merkmalen der Untersuchungsregion .....	47
Tabelle 11	Eingeschlossene Akteursgruppen nach Schwerpunkt des Tätigkeitsbereiches.....	48

Tabelle 12	Empirische Datenbasis der Untersuchung nach Akteursgruppe und Region .....	49
------------	--	----

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1	ICF-Modell der WHO (DIMDI 2005) .....	14
Abbildung 2	Modellhafte Darstellung relevanter Institutionen des Untersuchungsfeldes.....	44

## Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht präsentiert Ergebnisse zur Situation von Leistungsempfängern im Sozialgesetzbuch II (SGB II), die von psychischen Störungen betroffen sind. Methodisch liegen diesem eine Literaturanalyse, (Sekundär)Auswertungen von Daten der Sozialversicherung sowie Experteninterviews mit Mitarbeitern der Arbeitsverwaltung (Jobcenter, Arbeitsagenturen, Fachdienste), von Sozialpsychiatrischen Diensten, Tageskliniken/Kliniken für Psychiatrie, Integrationsfachdiensten sowie Rehabilitationseinrichtungen/-diensten zu Grunde.

Krankenkassendaten zur Arbeitsunfähigkeit zeigen, dass mehr als ein Drittel der Versicherten im Arbeitslosengeld-II-Bezug (Alg-II-Bezug) innerhalb eines Jahres mindestens eine psychiatrische Diagnose aufwies. Affektive und neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen (vgl. Kapitel 2.2) sind dabei innerhalb der Indikationsgruppe am häufigsten. Den Anteil an Alg-II-Beziehern mit psychischen Beeinträchtigungen schätzen Arbeitsvermittler der SGB-II-Träger abhängig vom jeweiligen Aufgabengebiet zwischen fünf Prozent und 40 Prozent; Fallmanager in ihrem Bereich auf die Hälfte bis zwei Drittel aller Fälle.

Die Personengruppe ist dabei nicht nur quantitativ relevant, sondern bedingt nach Einschätzung aller befragten Experten häufig auch einen hohen Betreuungsaufwand. Einer oft notwendigen intensiven Betreuung und Vermittlung seien dabei häufig durch institutionelle Rahmenbedingungen wesentliche Grenzen gesetzt. Die Erkennung und Abgrenzung psychischer Beeinträchtigungen wird durch die SGB-II-Mitarbeiter als schwierig erlebt. Sie beschreiben eine Vielzahl unterschiedlicher Auswirkungen der Beeinträchtigungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit und auf den Vermittlungsprozess. Spezifisches Wissen zu Auswirkungen psychischer Erkrankungen findet sich bei Vermittlungsfachkräften selten. Auch besteht bei ihnen oftmals die Erwartung, dass sich die Betroffenen aktiv und offen in die Beratungssituation einbringen. Dies kann jedoch mit den Ausprägungen psychischer Erkrankungen (Antriebslosigkeit, Ängste etc.) in Widerspruch geraten. Der Ansatz eines spezialisierten Dienstes für die Betreuung von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in einer untersuchten Referenzregion wird vorgestellt.

Werden psychische Problemlagen erkannt, beauftragen die Vermittlungsfachkräfte meist fachdienstliche Gutachten, die eine individuelle Betrachtung der Auswirkungen der Erkrankung auf die Erwerbspartizipation vornehmen. Die Gutachten haben für die Vermittlungsfachkräfte einen zentralen Stellenwert für die weiteren Schritte, können aber häufig nur eine Momentaufnahme der teilweise hohen Dynamik und Komplexität von psychischen Erkrankungen darstellen. Der Ärztliche Dienst gewinnt dabei Erkenntnisse insbesondere über Befunde Dritter („Aktenlage“), wodurch auch längerfristig gültige Einschätzungen erreicht werden können. Alternativen zur Begutachtungspraxis können flexible und in den Anforderungen gestufte Assessment- und Erprobungsmaßnahmen in mehrtägiger bzw. mehrwöchiger Form sein, um eine realistischere Stärken- und Potenzialanalyse zu ermöglichen. Psychische Stabilität



bzw. ein fortgeschrittener Genesungsprozess wird durch die Vermittlungsfachkräfte häufig als Voraussetzung für erwerbsintegrative Maßnahmen beschrieben. Die gegebenenfalls stabilisierend wirkende Funktion einer konkreten Perspektive für die berufliche Teilhabe wird selten benannt.

Insbesondere aufgrund der individuellen Krankheitsspezifika und Auswirkungen psychischer Störungen sind die sich daraus ableitenden Unterstützungsanforderungen immer auf den Einzelfall bezogen. Die aktuelle Maßnahmepraxis wird dagegen seitens der Arbeitsverwaltung und der sozialpsychiatrischen Dienstleister gerade in dieser Hinsicht kritisch beurteilt. So werden inadäquate Rahmenbedingungen wie übermäßige Gruppengröße, unangemessene Betreuungsschlüssel, zu kurze Maßnahmen und teilweise nicht ausreichend qualifiziertes Personal bemängelt. Leistungen für behinderte Menschen nach § 16 Satz 3 i. V. m. § 112 Abs. 1 SGB III, die diesbezüglich mehr Möglichkeiten böten, haben jedoch hohe Zugangsschwellen. Zurückgegriffen wird oft mangels Alternativen auf Standardmaßnahmen der allgemeinen Förderung, die nur bedingt eine individuelle Ausrichtung ermöglichen.

Hilfreich für eine zielgerichtete Unterstützung der Erwerbsintegration sind oftmals betrieblich orientierte Leistungen mit realitätsnahen Anforderungen. Hier, aber auch bei allen anderen Maßnahmen, ist die umfassende Berücksichtigung der individuellen Kompetenzen und Unterstützungsbedarfe besonders wichtig. Nicht selten sind umfassende Unterstützungsleistungen notwendig, zu denen die individuelle Unterstützung bei der Arbeitssuche und die längerfristige Begleitung auch über die Arbeitsaufnahme hinaus gehört. Diese können im Rahmen der besonderen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, aber auch im Rahmen der allgemeinen Förderung realisiert werden. Teilzeitbeschäftigung, flexible Arbeitszeit und spezifische Arbeitsplatzgestaltung sind als Anpassungsoptionen im betrieblichen Umfeld zu prüfen. Zur Herstellung von Passgenauigkeit könnten die Potenziale der freien Förderung (§ 16f SGB II) dienen, welche in den untersuchten Regionen unterschiedlich genutzt werden. Längerfristige Leistungen können gerade bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eine schrittweise und gestufte Integration ermöglichen, die sich der individuellen Entwicklung bzw. den persönlichen Potenzialen anpasst. Nicht zuletzt sind Leistungen an Arbeitgeber (§ 16 i. V. m. §§ 88 SGB III) ein wesentliches Instrument, Chancen der Erwerbsintegration zu eröffnen, wobei langfristige Förderung gerade für Menschen mit schwereren psychischen Beeinträchtigungen eine wichtige Option ist. Diese steht nur noch sehr begrenzt über den § 16e SGB II sowie darüber hinaus für Menschen mit Schwerbehinderung (§ 27 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung - SchwbAV) zur Verfügung.

Kooperationsbeziehungen zwischen Arbeitsvermittlung und dem medizinisch-therapeutischen bzw. psychosozialen Hilfesystem sind regional qualitativ und quantitativ sehr unterschiedlich. Das Kooperationsinstrument der psychosozialen Betreuung im Rahmen kommunaler Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II wird nur in geringem Umfang genutzt. Wege einer dialogischen, am gemeinsamen Ziel der (beruflichen) Teilhabe ausgerichteten Zusammenarbeit von Arbeitsvermittlung und

Einrichtungen/Diensten der Behandlung und Rehabilitation sind häufig nicht etabliert. Dies wäre gerade für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung bedeutsam, die oftmals als arbeitsmarktfremd gelten und häufiger Unterstützungsleistungen der psychosozialen Versorgung in Anspruch nehmen. Für diese Personen könnte eine zielgerichtete, abgestimmte Kooperation konsistentere Perspektiven der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung ermöglichen.

Aus Sicht der psychosozialen Versorgung wird die Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung vielfach kritisch beurteilt. Bei diesen Akteuren ist die Gestaltung des Weges zu Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung - abhängig vom jeweiligen institutionellen Fokus - weniger prioritär als andere, institutionsspezifische Aufgaben. Die Bedeutung einer Kooperation wird daher entsprechend unterschiedlich beurteilt. Hier ist eine Weiterentwicklung der Zusammenarbeit auf institutioneller wie individueller Ebene unter Einschluss beruflicher Perspektiven im Sinne der und gemeinsam mit den Betroffenen besonders zu empfehlen, um bedarfsgerechte Zugänge zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen sowie passgenaue Integrationsmaßnahmen zu ermöglichen. Einzelfallbezogene Arbeitsgrundlagen (Integrations-, Teilhabe- bzw. integrierte Hilfeplanung) sind dabei kooperativ aufeinander abzustimmen. Ein Kooperationsmodell in einer untersuchten Referenzregion zeigt hierbei mögliche Ansätze.

## **Abstract**

This research paper is based on the findings of an explorative study, conducted on behalf of the IAB by the University of Halle in cooperation with the Aktion Psychisch Kranke e. V Bonn. The combination of literary studies and secondary analyses of health insurance companies' databases suggests a significant incidence of psychiatric diagnoses among recipients of unemployment benefit II. Expert interviews held at five different locations have revealed different standards regarding the support, care and treatment of this group of people as well as different forms of cooperation between Job Centers and the respective offers concerning support measures for mentally ill job seekers. The support measures included within the legislation of the Second Book of the German Social Code (SGB II) are hardly capable of satisfying the specific requirements and needs of mentally ill welfare recipients regarding long term, dependable and individual care and aid measures.

# 1 Einleitung und Fragestellung

Arbeit und Erwerbstätigkeit kommt in unserer Gesellschaft wesentliche Bedeutung zu. Sie ist neben dem Aspekt der Existenzsicherung immer auch Element gesellschaftlicher Selbstbeschreibung und gesellschaftlicher Inklusion. Die Möglichkeit der Aufnahme und Ausübung einer Erwerbstätigkeit ist den Mechanismen des Arbeitsmarktes unterworfen. Grundlegend ist hierbei die Dualität der Akteursinteressen in Bezug auf Angebot (Arbeitgeber, AG) und Nachfrage (Arbeitnehmer, AN), die jeweils mit spezifischen Merkmalen (Arbeitsplatzanforderungen (AG); individuellen Ressourcen (AN)) besetzt sind. Die Arbeitsaufnahme setzt somit ein positives Passungsverhältnis zwischen arbeitsplatzbezogenen Anforderungen des Arbeitgebers und den individuellen Ressourcen des (zukünftigen) Arbeitnehmers (insbesondere persönliche, fachliche, soziale Kompetenzen) voraus. Dieses Passungsverhältnis ist für Personen mit weniger umfangreichen Ressourcen, wie Personen im fortgeschrittenen Alter, mit fehlender Berufsausbildung, mit geringerer Flexibilität und insbesondere mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen häufig nicht gegeben (Elkeles 1999; Rauch/Brehm 2003). Gerade Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie Personen mit anerkannter Schwerbehinderung gelten als Problemgruppen am Arbeitsmarkt und sind überproportional häufig arbeitslos (Elkeles/Kirschner 2004).

Als Lohnersatzleistung und Existenzgrundlage fungiert häufig infolge längerer Arbeitslosigkeitsepisoden das Arbeitslosengeld II nach dem Sozialgesetzbuch zweites Buch (SGB II „Grundsicherung für Arbeitsuchende“). Leistungsvoraussetzungen nach SGB II sind eine bestehende „Erwerbsfähigkeit“<sup>1</sup> und „Hilfebedürftigkeit“<sup>2</sup> der Betroffenen.

Dieser Personenkreis „erwerbsfähig hilfebedürftiger“ Menschen des SGB II beinhaltet Personen, insbesondere die

- langzeitarbeitslos, also durchgängig länger als zwölf Monate arbeitsuchend, sind, oder
- Leistungsansprüche bei Sozialversicherungen ausgeschöpft haben (Subsidiaritätsprinzip), oder

---

<sup>1</sup> „Erwerbsfähigkeit“ ist definiert als die Fähigkeit, mindestens drei Stunden pro Tag unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes erwerbstätig sein zu können (§ 8 SGB II). Sind Personen vorübergehend (jedoch mindestens sechs Monate) oder dauerhaft dazu aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, gelten diese als nicht erwerbsfähig (im Sinne des SGB II) und/oder voll erwerbsgemindert (im Sinne des SGB VI).

<sup>2</sup> „Hilfebedürftig“ ist, „wer seinen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus dem zu berücksichtigenden Einkommen oder Vermögen sichern kann und die erforderliche Hilfe nicht von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erhält“ (§ 9 SGB II). Zur Feststellung wird Einkommen und Vermögen der Betroffenen wie auch der gesamten Bedarfsgemeinschaft in die Beurteilung einbezogen (vgl. §§ 11 f. SGB II). Sind Personen für sich genommen hilfebedürftig, aber andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft erzielen ein Einkommen, das den Bedarf aller Mitglieder deckt, liegt keine Hilfebedürftigkeit und damit auch kein Leistungsanspruch vor.

- noch nie sozialversicherungspflichtig gearbeitet haben bzw. nur so kurz, dass daraus keine Ansprüche nach SGB III („Arbeitsförderung“) erwachsen sind. Dies gilt auch für erwerbsfähige Personen, die zuvor Leistungen nach SGB XII („Sozialhilfe“) erhalten haben, oder
- zwar einer Erwerbstätigkeit nachgehen, dadurch aber ein Einkommen unterhalb der Regelleistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts erzielen (sogenannte „Aufstocker“).

Die vorliegende Studie bezieht sich auf die Subgruppe der Leistungsbezieher nach SGB II mit psychischer Erkrankung. Da über die Situation psychisch kranker Menschen im SGB-II-Leistungsbezug bislang wenig bekannt ist, fragt diese Studie:

1. wie sich diese Subgruppe der SGB-II-Leistungsbezieher insgesamt quantitativ und qualitativ darstellt. Bei den quantitativen Daten steht die Fragestellung im Vordergrund, wie groß die Gruppe psychisch kranker bzw. beeinträchtigter Menschen unter den Leistungsbeziehern nach SGB II ist. Darüber hinaus steht die Fragestellung im Fokus, welche Problemlagen und welches Arbeitsvermögen die betroffenen Personen aufweisen.
2. welche institutionellen Handlungsmuster innerhalb der SGB-II-Träger hinsichtlich erwerbsrelevanter Problemlagen bestehen, sowie welche Möglichkeiten, Rahmenbedingungen und Hindernisse einer erfolgreichen Erwerbsintegration und Erwerbspartizipation dieses Personenkreises existieren.
3. welche Kooperationsstrukturen der unterschiedlichen Institutionen und Dienste des Hilfesystems für psychisch kranke Menschen hinsichtlich der Erwerbsintegration des Personenkreises bestehen und wie sie genutzt werden.

Als Hintergrund und als Grundlage zur Einordnung präsentierter Befunde beschreibt dieser Bericht zu Beginn Charakteristika und Spezifika psychischer Erkrankungen. Ferner wird hier eine terminologische Klärung verschiedener sozialrechtlicher Stati vorgenommen. Diese können jeweils in individuell unterschiedlicher Weise bei der hier betrachteten Personengruppe relevant sein und sind wesentlich für sozialrechtliche Zuordnungen und den sich damit verbindenden sozialgesetzlichen Leistungsoptionen bedeutsam.

Im sich darauf aufbauenden Teil A dieses Forschungsberichts werden im Rahmen einer Literatur- und Dokumentenanalyse verfügbare bisherige Erkenntnisse über die Situation dieses Personenkreises dargestellt. Diese beziehen sich zum einen auf Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Arbeitslosigkeit und psychische Gesundheit. Zum anderen werden die Bedeutung und Ausprägung psychischer Erkrankungen im Bereich des SGB II quantitativ beschrieben, wozu vornehmlich Daten der Sozialversicherung genutzt wurden.

Der sich darauf aufbauende Teil B des Berichtes präsentiert nach vorlaufender Beschreibung des Untersuchungsansatzes Ergebnisse einer empirischen, qualitativ

angelegten Untersuchung mittels Experteninterviews in fünf Regionen in Deutschland. Hierbei wird nicht allein auf die SGB-II-Träger fokussiert, sondern das gesamte regionale Hilfenetz für Menschen mit psychischer Erkrankung in den Blick genommen. Dies ist umso bedeutsamer, als dass die zu beantwortenden Forschungsfragen zur Situation von Menschen mit psychischen Störungen im SGB II die gezielte Betrachtung von Kooperationsbeziehungen innerhalb dieses Hilfesystems bzw. zwischen den Hilfesystemen einschließt.

Zuletzt erfolgt in Teil C die Diskussion der Ergebnisse im Gesamtblick auf die vorgestellten Befunde, woraus Schlussfolgerungen, Handlungsperspektiven und weitergehende Forschungsansätze abgeleitet werden.

## **2 Definition der Personengruppe**

Bei der im Rahmen dieses Berichtes vorgestellten Ergebnisse der Studie „Menschen mit psychischen Störungen im SGB II“ stehen Personen mit einer psychischen Symptomatik im Mittelpunkt, bei welcher nach medizinischer Einschätzung eine Krankheitswertigkeit besteht, sodass eine psychiatrische Diagnose vorliegt. Als psychisch krank werden in diesem Zusammenhang Menschen betrachtet, bei denen ein Arzt im Laufe eines Jahres mindestens einmal im entsprechenden Kalenderjahr eine psychiatrische Diagnose gestellt hat. Eine besondere Berücksichtigung finden dabei Menschen, die auch nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen einer psychischen Erkrankung noch Beeinträchtigungen aufweisen, die sich auf ihre Leistungsfähigkeit, insbesondere bezogen auf die konkrete Beschäftigung, auswirken, bei denen eine psychische Erkrankung langfristig anhält oder wiederholt auftritt („chronisch psychisch krank“) oder bei denen aufgrund psychischer Erkrankung mindestens sechs Monate lang wesentliche Beeinträchtigungen bestehen oder zu erwarten sind (zur Abgrenzung der sozialrechtlichen Tatbestände siehe Punkt 2.4).

Zu beachten ist, dass die Grenze zwischen einer solchen psychischen Erkrankung und psychischen Problemen ohne Krankheitswert nicht einfach und nicht exakt gezogen werden kann. So können sich auch psychische Probleme ohne Krankheitswert auf das Leistungsvermögen, die Motivation und die interpersonalen Beziehungen negativ auswirken. Zudem wird auch bei Menschen mit psychischer Erkrankung nicht immer eine entsprechende Diagnose gestellt, z. B. weil

- kein Arzt aufgesucht wird und das Interesse an ärztlicher Behandlung krankheitsbedingt oder aufgrund negativ bewerteter Behandlungserfahrungen gemindert sein kann.
- die psychische Erkrankung vom behandelnden Arzt nicht erkannt wird (Gensichen et al. 2005). Die überwiegende Mehrheit psychisch kranker Menschen verbleibt bei hausärztlicher Behandlung ohne ergänzende fachärztliche Behandlung (66 %; Harfst/Marstedt 2009).
- eine psychische Erkrankung vom behandelnden Arzt zwar erkannt, aber nicht kommuniziert und dokumentiert wird. Eine psychische Erkrankung ist nach wie vor stigmatisierend, und manche psychisch kranke Menschen fürchten die

stigmatisierende Wirkung einer entsprechenden Diagnose. Da manche psychischen Erkrankungen mit somatischen Beschwerden einher gehen, wird zur Schonung des Patienten/der Patientin und zur Vermeidung von Stigmatisierung in Einzelfällen nur die somatische Diagnose dokumentiert (Kruse et al. 2004).

Dabei ist auch nicht auszuschließen, dass bei Arbeitslosen, denen es psychisch schlecht geht, durch den Arzt eine psychiatrische Diagnose gestellt wird, um eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen.

Insgesamt ist aber davon auszugehen, dass der Personenkreis der Menschen mit psychischer Erkrankung größer ist, als derjenige mit mindestens einer ärztlich gestellten psychiatrischen Diagnose. Andererseits kann allein aus einer psychiatrischen Diagnose nicht auf Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, insbesondere bezogen auf die Ausübung einer konkreten Beschäftigung, oder die Erwerbsfähigkeit geschlossen werden. Nach Überwindung einer psychischen Erkrankung und selbst während mancher psychischen Störungen kann die Einsatz- und Leistungsfähigkeit unverändert oder nur leicht und vorübergehend gemindert sein. Allerdings kommen zumindest eine vorübergehende Leistungsminderung und eine erhöhte Vulnerabilität während und nach psychischen Erkrankungen häufig vor (Deutsche Rentenversicherung 2012).

## **2.1 Diagnostische Fassung psychischer Erkrankungen**

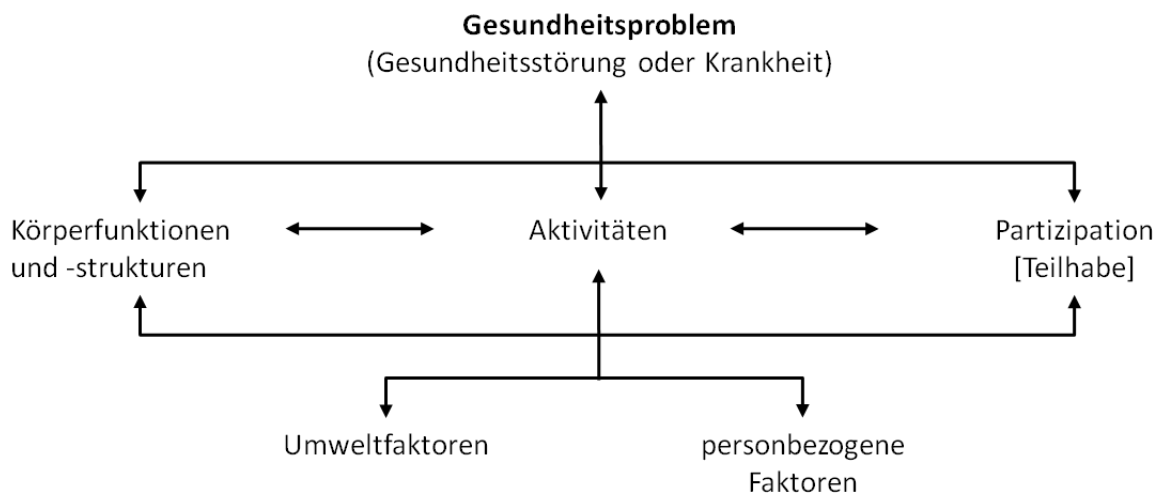
Die Diagnostik psychischer Erkrankungen erfolgt über das mit „Psychische Störungen“ überschriebene Kapitel „F“ der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, (DIMDI 2011))<sup>3</sup>. Die Bezeichnungen „psychische Erkrankung“ und „psychische Störung“ werden deshalb im Folgenden synonym verwendet. Die Klassifikation mittels ICD-10 gibt jedoch wenig Aufschluss über die aus der Erkrankung resultierenden Folgen hinsichtlich bestehender Beeinträchtigungen der gesellschaftlichen Teilhabe, zu der auch die Ausübung einer Erwerbstätigkeit zu zählen ist. Daher ist für die sozial- bzw. arbeitsmedizinische Diagnostik bei längeren Erkrankungen oder Behinderungen zusätzlich die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit von Bedeutung (ICF; vgl. Abbildung 1). Der ICF liegt ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis zugrunde, wodurch der Teilhabegedanke und ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis stärker in den Fokus gerückt werden (Ibes 2010; Mecklenburg 2010). Diese Betrachtungsweise erleichtert die Einschätzung der Ressourcen und Beeinträchtigungen der Zielgruppe, da hierdurch die Wechselwirkungen zwischen funktionellen Störungen, Aktivitäten, gesellschaftlicher Teilhabe und jeweiligen Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren) berücksichtigt werden.

---

<sup>3</sup> Die ICD-10 sieht eine Diagnoseverschlüsselung bzw. Kategorisierung über eine bis zu vierstellige Codierung vor.



**Abbildung 1**  
**ICF-Modell der WHO (DIMDI 2005)**



Quelle: DIMDI (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF): 23.

Hilfreich zum Verständnis des bio-psycho-sozialen Modells der ICF ist das Konzept der Funktionsfähigkeit (functioning). Eine Person gilt als funktional gesund (DIMDI 2005; BAR 2010c), wenn sie vor ihrem gesamten Lebenshintergrund<sup>4</sup> trotz eines Gesundheitsproblems, (ihre Körperfunktionen oder -strukturen entsprechen nicht allgemein anerkannten Normen)

- all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

Aus diesem Verständnis resultiert ein mehrdimensionaler Blick auf das Gesundheitsproblem und die möglicherweise daraus resultierenden arbeitsbezogenen Funktionsbeeinträchtigungen. Mit den nachfolgend angeführten Krankheitsbildern sind als Folgen der Erkrankung Beeinträchtigungen verbunden, die je nach Schweregrad immense Auswirkungen auf die Erwerbsintegration und -partizipation haben können.

## 2.2 Kurzbeschreibung psychiatrischer Störungsbilder

Mehrere Gruppen von Krankheitsbildern, die im Folgenden zur Veranschaulichung kurz skizziert werden, sind in Bezug auf die Beeinträchtigung der Leistungs-, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorrangig relevant und mit hohem Risiko eines chroni-

<sup>4</sup> Der Lebenshintergrund im Sinne von Kontextfaktoren wird konzeptualisiert als Umweltfaktoren einerseits und personbezogene Faktoren andererseits.

schen Verlaufes verbunden.<sup>5</sup> Neben der Spezifik der jeweiligen Krankheitssymptomatik ist der Schweregrad der Erkrankung entscheidend für das Ausmaß möglicher Einschränkungen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (BAR 2010a; DIMDI 2011; Haug 2004; Rössler 2004).

### **Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD-10: F20-F29)**

Die schizophrenen Störungen sind durch grundlegende und charakteristische Störungen des Denkens und der Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich mit zunehmender Erkrankungsdauer kognitive Defizite entwickeln können.

Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene sind Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Stimmen, die in der dritten Person die Patienten/-innen kommentieren oder über sie sprechen, Denkstörungen und Negativsymptome (Konzentrationsstörungen, eine vermehrte Ablenkbarkeit, leichtere Störungen beim logischen Denken, Freudlosigkeit, Interessensverlust, mangelnder Antrieb oder eine verminderte Spannbreite im Gefühlsleben, verminderte sozialer Funktionsfähigkeit).

Nach akuter schizophrener Episode (Tage, Wochen) können Erschöpfungszustände und/oder Konzentrationsstörungen noch längere Zeit andauern (Monate). Rückzugstendenzen, Reizsensibilität, unsicheres Kontaktverhalten, Konfliktvermeidung können in dieser Phase anhalten. Die therapeutische Prognose ist positiver als oft angenommen, insbesondere bei früh einsetzender Behandlung. Eine gute Alltagsstrukturierung, ein angemessenes Anforderungsniveau und ein unterstützendes Umfeld sind von besonderer Bedeutung (BAR 2010a; DIMDI 2011; Haug 2004; Rössler 2004).

### **Affektive Störungen (ICD-10: F30-F39)**

Affektive Störungen sind Störungen, deren Erscheinungsformen in einer Veränderung der Stimmung oder der Emotionen bestehen. Dies geschieht entweder in Richtung Depression (mit oder ohne begleitende Angst) oder in Richtung gehobener Stimmung (Manie). Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen.

Kennzeichnend für eine Depression bzw. eine depressive Episode sind häufig eine Hemmung des Antriebs, Niedergeschlagenheit, Verlust der Fähigkeit zur Freude, Gefühle der Hoffnungslosigkeit sowie Schlafstörungen. Bei der Depression ist die

---

<sup>5</sup> Nicht Gegenstand dieser Studie sind Suchterkrankungen, die ebenfalls zu psychischen Störungen zählen.



Kommunikation schwer beeinträchtigt, der Antrieb und die Belastbarkeit sind herabgesetzt. Für Manie ist ein gehobenes Stimmungsniveau, Tatkraft und Kreativität charakteristisch, worauf rastlose Überaktivität, Rededrang und Selbstüberschätzung folgen. Bei der bipolaren affektiven Störung wechseln sich depressive und manische Phasen ab.

Nicht selten verlaufen diese Störungen episodisch, wobei bei einigen Störungen Rückfälle typisch sind. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen. Leistungsminderungen bzw. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit im unterschiedlichen Ausmaß sind die Folge. Im Einzelfall können diese länger andauern.

Die meisten affektiven Störungen sind gut behandelbar. Chronische bzw. langandauernde Verläufe sind jedoch nicht ausgeschlossen. Die Psychotherapie ist zentraler Bestandteil der Behandlung - im Einzelfall auch die medikamentöse Behandlung (BAR 2010a; DIMDI 2011; Haug 2004; Rössler 2004).

### ***Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F40-F48)***

Zu den häufigsten Störungsbildern dieser Erkrankungsgruppe gehören die Panikstörung, die Zwangsstörung und die somatoforme Störung.

Die wesentlichen Symptome der Panikstörung sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle.

Wesentliche Symptome der Zwangsstörung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Ideen, Vorstellungen oder Impulse, die die Patienten/-innen immer wieder stereotyp beschäftigen. Sie sind fast immer quälend, der Patient/die Patientin versucht häufig erfolglos, die Gedanken zu unterdrücken. Zwangshandlungen oder -rituale sind Stereotypen, die ständig wiederholt werden. Werden diese unterdrückt, verstärkt sich die Angst deutlich.

Das Charakteristikum der somatoformen Störung ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen ohne somatischen Befund bei Versicherung der Ärzte, d. h. dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind.

Multiple Phobie und ausgeprägte generalisierte Angststörungen können erhebliche Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung und der Bewältigung von beruflichen Anforderungen zur Folge haben. Die psychotherapeutische Behandlung, insbesondere die Verhaltenstherapie, und Vermittlung von Kompensationsmöglichkeiten stehen im Vordergrund der Krankheitsbewältigung (BAR 2010a; DIMDI 2011; Haug 2004; Rössler 2004).

### ***Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F60-F69)***

Zu den wesentlichen Störungsbildern gehören die narzisstische Persönlichkeitsstörung, die paranoide Persönlichkeitsstörung, die emotional instabile Persönlichkeitsstörung, die ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung und die Borderline-Störung.

Hier handelt es sich um relative stabile und starre Muster des Erlebens- und Verhaltens, die die Persönlichkeit betreffen. Dabei sind deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und Handeln sowie in Beziehungen zu anderen zu finden. Eine klare Abgrenzung von Krankheitsphasen, wie bei vielen anderen psychischen Erkrankungen, ist hier nicht möglich.

Es liegen chronische Verläufe vor, die in aller Regel in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter beginnen. Allerdings können selbst bei schweren Persönlichkeitsstörungen, wie der Borderline-Störung, die Auffälligkeiten zum Teil ohne spezifische Behandlung zurückgehen, zu einem anderen Teil aufgrund einer adäquaten Behandlung zum Abklingen gebracht werden. Es ist also keineswegs von einem unbeeinflussbaren Verlauf auszugehen (BAR 2010a; DIMDI 2011; Haug 2004; Rössler 2004).

### **2.3 Spezifika psychischer Erkrankungen**

Zum Verständnis der weiteren Betrachtung sind als Spezifika psychischer Erkrankungen die Behandlungsbereitschaft Betroffener und Besonderheiten beim Krankheitsverlauf herauszustellen.

Bekannt und umfangreich belegt ist, dass sich Menschen mit psychischen Erkrankungen auch in akuten, behandlungsbedürftigen Krankheitsphasen häufiger nicht in ärztliche Behandlung begeben, weil sie z. B. krankheitsbedingt in ihrer Entscheidungsfähigkeit, Motivation, Krankheitseinsicht, Kontaktfähigkeit oder Mobilität eingeschränkt sind. Zudem sind psychische Erkrankungen immer noch gesellschaftlich stigmatisiert, sodass von Patienten/-innen im Zweifelsfall gelegentlich eher somatische Beschwerden im Arzt-Gespräch angegeben werden. Dazu zählt aber auch, dass die Akzeptanz psychischer Probleme und einer damit oftmals bestehenden medizinisch-therapeutischen Behandlungsbedürftigkeit durch die Betroffenen selbst bereits ein wesentlicher Schritt der Krankheitseinsicht darstellt, der im Vorfeld therapeutischer Interventionen zu leisten ist.

Eine Reihe psychischer Erkrankungen unterscheiden sich von einer Vielzahl somatischer Krankheitsbilder durch einen typischen episodenhaften Verlauf, wodurch medizinische, berufliche oder soziale Unterstützungsbedarfe nicht selten im Zeitverlauf, teils wesentlich, variieren. Daraus resultieren auch temporal unterschiedliche Auswirkungen auf die Arbeits-, Erwerbs- und Leistungsfähigkeit. So ist zu unterscheiden zwischen akuten Krankheitsphasen mit z. T. massiven Beeinträchtigungen, die eine Arbeitsunfähigkeit bedingen, und Phasen der Krankheitsbewältigung, in denen zwar weiterhin von psychischen Beeinträchtigungen auszugehen ist, in

denen aber wieder eine Arbeitsfähigkeit besteht. Zugleich verläuft der Prozess von Krankheit und Gesundung häufig nicht linear, sondern schwankend mit einem Wechsel von Krankheits- und Rekonvaleszenzphasen. Um Menschen in beiden Phasen zusammenzufassen, findet in dieser Studie die Begrifflichkeit „psychisch beeinträchtigte Menschen“ Verwendung.

## **2.4 Menschen mit psychischer Beeinträchtigung unter sozialrechtlicher Perspektive – Notwendigkeit einer terminologischen Abgrenzung**

Die herausgestellten Untersuchungsfragen tangieren nicht nur den Bereich der (Sozial-)Medizin, der Therapie und der Arbeitsmarktpolitik, sondern zugleich in komplexer Form verschiedene sozialrechtliche Aspekte, aus denen sich in unterschiedlicher Form wiederum leistungsrechtliche Konsequenzen ergeben. Entsprechend ist eine sozialgesetzliche Zuordnung notwendig.

### ***Psychische Störungen im Kontext von Krankheit***

Sind infolge einer akuten psychischen Erkrankung oder Erkrankungsphase medizinische Leistungen zur Erkennung, Heilung oder Verhütung der Verschlimmerung einer Erkrankung oder zur Linderung von Krankheitsbeschwerden erforderlich, werden diese durch die gesetzliche Krankenversicherung - in ambulanter und/oder (teil-)stationärer Form - nach SGB V („Gesetzliche Krankenversicherung“) erbracht.

Ist eine psychische Erkrankung trotz medizinisch-therapeutischer Versorgung langwierig oder schwer heilbar, wird von einem chronischen Verlauf gesprochen. Als „chronisch krank“ gilt, wer sich „nachweislich wegen derselben Krankheit in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und [...] eine kontinuierliche medizinische Versorgung (z. B. ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) wegen dieser Erkrankung erforderlich [ist], ohne die eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Krankheit, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauernde Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist.“<sup>6</sup> Gleichfalls gilt als chronisch krank, wer sich in ärztlicher Dauerbehandlung befindet und bei dem aus der Erkrankung ein anerkannter Grad der Behinderung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit resultiert.<sup>7</sup>

### ***Psychische Störungen im Kontext von Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit***

Kann eine Person „aufgrund von Krankheit ihre zuletzt [...] ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen, gilt diese als „arbeitsunfähig“ (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss 2003). Die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit erfolgt in Gesamtbetrachtung der Art und Schwere der Erkrankung, den daraus resultierenden physischen und psy-

---

<sup>6</sup> Quelle: [http://www.aok-bv.de/lexikon/c/index\\_00275.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/c/index_00275.html).

<sup>7</sup> Zudem kann das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit zur Anerkennung einer chronischen Krankheit führen, jedoch ist dies im Rahmen des hier betrachteten Diagnosespektrums höchstens im Einzelfall bedeutsam.

chischen Leistungseinschränkungen sowie den Anforderungen der beruflichen Tätigkeit. Menschen im SGB-II-Bezug gelten als arbeitsunfähig, „wenn sie krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012) (MDK 2004).

### ***Psychische Störungen im Kontext von Erwerbsfähigkeit und Leistungsfähigkeit***

Für die Zuordnung von hilfebedürftigen Menschen zum Rechtsbereich des zweiten oder des zwölften Sozialgesetzbuchs ist die Erwerbsfähigkeit entscheidend (vgl. Punkt 1). Deren Beurteilung ist eng mit der sozialmedizinisch geprägten - quantitativ und qualitativ zu bestimmenden - „Leistungsfähigkeit“ verbunden. Das Erwerbsminderungsrecht nach SGB VI („Gesetzliche Rentenversicherung“), an das die Definition der „Erwerbsfähigkeit“ im SGB II angelehnt ist (vgl. Rixen 2006) sieht eine dreistufige Einteilung vor (§ 43 SGB VI):

- (1) Voll erwerbsfähige Personen sind in der Lage, unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.
- (2) Teilweise erwerbsgeminderte Personen können auf nicht absehbare Zeit wegen Krankheit oder Behinderung unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes [mindestens drei, aber] weniger als sechs Stunden täglich erwerbstätig sein.
- (3) Eine volle Erwerbsminderung besteht, wenn Personen auf nicht absehbare Zeit wegen Krankheit oder Behinderung unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes weniger als drei Stunden täglich erwerbstätig sein können.

Das SGB II fasst Personen der Gruppe (1) und (2) als „erwerbsfähig“ zusammen, wodurch der zeitliche Umfang der Leistungsfähigkeit das entscheidende Kriterium zur Zuordnung zum Rechtskreis SGB II darstellt. Die sozialmedizinische Feststellung der Leistungsfähigkeit bildet in der Regel das Ergebnis einer Beurteilung der individuellen Einschränkungen der Betroffenen auf Basis der ICF, tätigkeitsbezogener Belastungsfaktoren und der individuellen Belastbarkeit (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009). Personen der Gruppe (3) gelten als „erwerbsunfähig“ und beziehen häufig Erwerbsminderungsrenten (SGB VI) und/oder Sozialhilfe (SGB XII). Neben der sozialrechtlichen Zuordnung von Personen zu den verschiedenen Rechtskreisen ist die Beurteilung der Leistungsfähigkeit aber auch inhaltlich relevant. So ergeben sich hieraus sowohl Hinweise auf den zeitlichen Umfang, in dem eine Erwerbstätigkeit regelmäßig ausgeübt werden kann (z. B. Vollzeit vs. Teilzeit), als auch auf Anforderungen an die inhaltliche Ausgestaltung der Tätigkeit (z. B. etwa mit Blick auf tätigkeitsbezogene Belastungen, Stress, Sozialkontakte etc.).

### ***Psychische Störungen im Kontext von Behinderung, Rehabilitation und Teilhabe***

Weichen die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter

typischen Zustand in einer Weise ab, dass hieraus eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft resultiert, gelten Menschen im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX („Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“) als behindert. Um diese Behinderung oder das Drohen einer solchen Behinderung „abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden [...], die Teilhabe am Arbeitsleben [...] dauerhaft zu sichern oder [...] die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft [...] zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4 SGB IX) werden - abhängig vom individuellen Bedarf - neben unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen unterschiedlichste Leistungen zur Teilhabe im Bereich medizinischer Rehabilitation, beruflicher Rehabilitation (auch: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) sowie sozialer Rehabilitation (auch: Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) erbracht (vgl. § 5 SGB IX). Diese Leistungen stehen dabei von Behinderung bedrohten Menschen, d. h. wenn bei diesen eine entsprechende Beeinträchtigung zu erwarten ist, ebenso offen (vgl. §§ 1 f. SGB IX).

Die Trägerschaft dieser Leistungen ist differenziert angelegt. Während bei bestehendem *medizinischen Rehabilitationsbedarf* (§§ 26 ff. SGB IX) die Leistungen zu meist von der Renten- oder Krankenversicherung erbracht werden, sind für *Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben* (§§ 33 ff. SGB IX) häufig die Bundesagentur für Arbeit, die Rentenversicherung (BAR 2010a, 2011b) oder die Sozialhilfe (Leistungen im Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen; SGB XII) zuständig. Ist die Bundesagentur für Arbeit bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständiger Rehabilitationsträger, ist für Menschen im SGB-II-Bezug das Zugangsverfahren zusätzlich kompliziert: dem SGB-II-Träger obliegt die Leistungs- und Integrationsverantwortung, während der Bundesagentur für Arbeit (als Rehabilitationsträger) die Prozessverantwortung zukommt (vgl. § 6a SGB II).<sup>8</sup> Der SGB-II-Träger ist hier somit bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben inhaltlich und strukturell in die Leistungsprozesse eingebunden.

*Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft* (§§ 55 ff. SGB IX) werden sehr häufig im Rahmen der Eingliederungshilfe durch die Träger der Sozialhilfe nach SGB XII erbracht. Abweichend von den vorgenannten Voraussetzungen des SGB IX ist hierbei eine „wesentliche Behinderung“ Leistungsvoraussetzung (vgl. § 53 SGB XII), wobei dieser Personenkreis eine „kleinere Teilgruppe“ aller behinderten Menschen nach § 2 Abs. 1 SGB IX darstellt (vgl. Künzel 2011). Im Sozialhilferecht des SGB XII wird für den beschriebenen Personenkreis der Begriff „seelisch behinderte Menschen“ verwendet.

---

<sup>8</sup> Zum komplexen sozialrechtlichen Binnenverhältnis von SGB II und SGB IX hinsichtlich beruflicher Teilhabeleistungen sowie Folgen auf praktischer Ebene vgl. Schubert 2010.

### ***Psychische Störungen im Kontext anerkannter Schwerbehinderung***

Ebenfalls definitorisch enger gefasst als die Personengruppe „behinderter Menschen“ nach § 2 Abs. 1 SGB IX ist der Personenkreis der schwerbehinderten Menschen im Sinne des zweiten Teils des SGB IX (§ 2 Abs. 2 SGB IX). Menschen mit psychischen Behinderungen sind schwerbehindert, wenn die psychische Erkrankung auf Antrag des Betroffenen durch das Versorgungsamt<sup>9</sup> als Behinderung mit einem Grad von wenigstens 50 anerkannt wurde<sup>10</sup>. Eine anerkannte Schwerbehinderung begründet insbesondere verbesserte Arbeitnehmerschutzrechte. Sie hat aber hinsichtlich der Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe keine hinreichende Aussagekraft. So schlägt sich nicht jede Beeinträchtigung der Teilhabe (insbesondere am Erwerbsleben) in einem anerkannten Grad der Behinderung nieder, und andererseits muss eine anerkannte Schwerbehinderung nicht zwangsläufig mit einer erwerbsbezogenen Beeinträchtigung einhergehen (Allmendinger/Rauch 2005; Rauch/Brehm 2003; Winkler 1997). Allerdings eröffnet die anerkannte Schwerbehinderung zusätzliche Möglichkeiten der Arbeitsförderung, wie etwa die Zahlung eines Minderleistungsausgleichs, längere Eingliederungszuschüsse oder personelle Begleitung.

Die bereits eingeführte Bezeichnung „psychisch beeinträchtigte Menschen“ ist aus sozialrechtlicher Perspektive der breiteste Begriff und lässt offen, ob bzw. inwieweit sich aus der gesundheitlichen Problematik eine erwerbsbezogene Teilhabestörung und somit ein Bedarf an Teilhabeleistungen ergibt. Zugleich wird keine Aussage darüber getroffen, ob eine anerkannte Schwerbehinderung, eine wesentliche Behinderung, eine temporäre oder dauerhafte Arbeitsunfähigkeit besteht.

Aufbauend auf den bislang grundlegenden krankheitsspezifischen und sozialrechtlichen Ausführungen zeigt der nachfolgende Teil A dieses Berichts Ergebnisse im Rahmen einer Literatur- und Dokumentenanalyse sowie quantitative Befunde zur Bedeutung und Ausprägung psychischer Erkrankungen im Bereich des SGB II.

## **Teil A – Literatur- und Dokumentenanalyse zur Situation psychisch kranker Menschen im SGB II**

Über eine Literatur- und Dokumentenanalyse wird in einem ersten Untersuchungsschritt der Versuch einer Einschätzung der quantitativen und qualitativen Beschaffenheit der Personengruppe von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung im SGB II vorgenommen. Bei den quantitativen Daten steht die Fragestellung im Vordergrund, wie hoch unter den Leistungsbeziehern nach SGB II der Anteil psychisch kranker bzw. beeinträchtigter Menschen ist. In Bezug auf die qualitativen Aspekte werden Problemlagen und Arbeitsvermögen betroffener Personen aufgezeigt.

---

<sup>9</sup> oder die nach Landesrecht zuständige Behörde.

<sup>10</sup> Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50 aber mindestens 30 sind schwerbehinderten Menschen gleichgestellt, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können.



Eine besondere Herausforderung besteht darin, dass medizinische Diagnosen und damit auch psychische Erkrankungen von den SGB-II-Trägern nicht in statistisch auswertbarer Form erfasst oder dokumentiert werden, was durch datenschutzrechtliche Anforderungen begründet ist. Auch an anderer Stelle gibt es in Deutschland keine systematische, flächendeckende Erfassung von Krankheiten. Eine Quantifizierung psychischer Erkrankungen ist daher nur näherungsweise mittels einer Zusammenstellung von Informationen aus unterschiedlichen Datenquellen möglich.

### **3 Auswirkungen psychischer Störungen im Arbeitsleben**

Das Bewusstsein für die Auswirkungen von psychischen Störungen im Arbeitsleben ist im letzten Jahrzehnt gewachsen. So verabschiedete die Europäische Union mit dem Grünbuch 2005 eine Strategie zur Förderung der seelischen Gesundheit mit einem besonderen Fokus auf die Auswirkungen psychischer Erkrankungen im Arbeitsleben, die betriebliche Prävention nötig machen. Laut Grünbuch betragen die Kosten psychischer Erkrankungen schätzungsweise drei bis vier Prozent des Bruttoinlandsproduktes, hauptsächlich als Folge von Produktivitätsverlusten (EU-Kommission 2005).

Ein wesentlicher Indikator für das Ausmaß der Auswirkungen von psychischen Störungen sind ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU-Zeiten) auf Grund einer psychiatrischen Diagnose. Diese werden durch Gesundheitsreporte von Krankenkassen abgebildet, welche sich in der Regel nur auf berufstätige Personen beziehen.

Im Durchschnitt aller angeführten Krankenkassen war 2008 jeder achte Arbeitsunfähigkeitstag (12 %) auf eine psychiatrische Diagnose zurückzuführen (Tabelle 1). Der Anteil dieses Krankheitsspektrums an den AU-Fällen beträgt hingegen nur durchschnittlich 4,6 Prozent (Tabelle 2), was auf eine relativ lange Arbeitsunfähigkeitsdauer zurückzuführen ist. Wie die Tabellen 1 bis 3 zudem ausweisen, nehmen Anteil und Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage sowie Arbeitsunfähigkeitsfälle bei Erwerbstätigen auf Grund von psychischen Erkrankungen im Zeitverlauf zu.<sup>11</sup>

Die Ursachen psychischer Erkrankungen sind vielfältig. Gemäß gängigem Krankheitsverständnis sind biologische (genetische), psychische (biographische) und soziale Faktoren für ihre Entstehung relevant. Aktuelle Stressoren wirken demnach unterschiedlich in Abhängigkeit verschiedener biologischer und psychischer Vorbelastungen. Eine Psychische Erkrankung kann daher auch eine Reaktion auf psychische Fehlbeanspruchungen in der Erwerbstätigkeit darstellen. Die hohen Anforderungen flexibler zeitlicher wie inhaltlicher Arbeitsbedingungen sowie eine steigende Arbeitsverdichtung belasten zunehmend die Mitarbeiterschaft in den Betrieben. Eine Befragung der AOK von 32.000 Mitarbeitern in 160 Unternehmen (1999 - 2003)

---

<sup>11</sup> Parallel zur dieser Studie führte die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) ähnliche Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankungen durch. Diese Studie findet sich unter [www.bptk.de](http://www.bptk.de).

ergab, dass sich mehr als 25 Prozent der Mitarbeiter durch Hektik, Termindruck, hohes Arbeitstempo, große Arbeitsmengen, ständige Konzentrationsanforderungen, große Genauigkeit, Leistungsdruck und Unterbrechung von angefangenen Arbeiten stark psychisch belastet fühlten (Oppolzer 2010). Aus Sicht der Arbeitswissenschaft kommt anhaltenden Stresszuständen die größte Bedeutung in Bezug auf psychische Fehlbeanspruchung zu (Orthmann et al. 2010). Neben diesen inhaltlichen Veränderungen von Arbeitsanforderungen können strukturelle Veränderungen des Arbeitsmarktes beobachtet werden (u. a. Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse<sup>12</sup> (Szuwart 2008), Flexibilisierung von Beschäftigungsstrukturen (Szydlik 2008), die als Stressoren wirkende Folgen, wie Arbeitsplatzunsicherheit, diskontinuierliche Erwerbsbiografien und prekäre Beschäftigungen haben können (vgl. Weber et al. 2007).

**Tabelle 1**  
**Anteil psychischer Erkrankungen an allen Arbeitsunfähigkeitstagen nach Krankenkassen von 2003 bis 2008**

Krankenkasse	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>AOK</b>	7,0 %	7,8 %	7,7 %	7,9 %	8,2 %	8,3 %
<b>BEK</b>	11,1 %	13,0 %	13,8 %	14,4 %	15,8 %	16,8 %
<b>GEK</b>	10,5 %	11,0 %	10,8 %	10,6 %	11,2 %	11,9 %
<b>DAK</b>	8,8 %	9,8 %	10,0 %	10,0 %	10,2 %	10,6 %
<b>BKK</b>	8,3 %	9,2 %	9,4 %	9,8 %	10,1 %	10,9 %
<b>TK</b>	13,0 %	13,7 %	13,9 %	12,3 %	12,8 %	13,4 %

Quelle: Auswertung der Bundespsychotherapeutenkammer der Gesundheitsrepte der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), der Barmer Ersatzkasse (BEK), der Betriebskrankenkassen (BKK), der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK), Gmünder Ersatzkrankenkassen (GEK) und der Techniker Krankenkassen (TK) (BPTK 2011).

**Tabelle 2**  
**AU-Fälle auf Grund einer psychischen Erkrankung bei DAK, BKK und TK pro 100 Versicherten-Jahre**

Krankenkasse	2005	2006	2007	2008	2009
<b>DAK</b>	3,9	4,0	4,3	4,6	4,8
<b>BKK</b>	3,5	3,6	3,9	4,1	4,4
<b>TK</b>	3,5	3,5	3,8	4,0	4,4

Quelle: Eigene Auswertung der jährlichen Gesundheitsrepte (2005 - 2009) der genannten Krankenkassen (BKK 2005, 2006, 2007, 2008, 2009; DAK-Zentrale 2005, 2006, 2007, 2008, 2009; Techniker Krankenkasse 2005, 2006, 2007, 2008, 2009).

<sup>12</sup> Hierzu zählen in Abgrenzung zum Normalarbeitsverhältnis befristete Beschäftigungsverhältnisse, Teilzeitbeschäftigungen, geringfügige Beschäftigungen und Arbeitsverhältnisse in der Zeitarbeit.



**Tabelle 3****AU-Tage auf Grund einer psychischen Erkrankung bei DAK, BKK und TK pro 100 Versicherten-Jahre<sup>11</sup>**

Krankenkasse	2005	2006	2007	2008	2009
<b>DAK</b>	112	110	117	123	134
<b>BKK</b>	107	111	120	134	153
<b>TK</b>	156	129	140	151	172

Quelle: Eigene Auswertung der jährlichen Gesundheitsreporte (2005 - 2009) der genannten Krankenkassen (BKK 2005, 2006, 2007, 2008, 2009; DAK-Zentrale 2005, 2006, 2007, 2008, 2009; Techniker Krankenkasse 2005, 2006, 2007, 2008, 2009).

## **4 Zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit bzw. Erkrankung**

### **4.1 Arbeitslosigkeitsrisiko durch psychische Beeinträchtigung**

Gesundheit und damit verbundene berufliche Leistungsfähigkeit ist eine wesentliche Voraussetzung, um eine Erwerbstätigkeit aufnehmen zu können und diese erfolgreich auszuüben. Die gelingende Bewältigung erwerbsbezogener Anforderungen ist für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen und damit auch Personen mit psychischen Beeinträchtigungen erschwert, weshalb diese Personengruppe in Deutschland einem höheren Arbeitslosigkeitsrisiko ausgesetzt ist (Behrens/Dreyer-Tümmel 1996; Diery/Schubert/Zink 1997; Grobe/Schwartz 2003; Viebrok 2004). Auch die Erwerbsquote von Menschen mit anerkannter Behinderung liegt nicht nur deutlich unter der von nichtbehinderten Menschen (Pfaff 2006), sondern sinkt bei steigender Anzahl schwerbehinderter Menschen im erwerbsfähigen Alter im Zeitverlauf (Dornette et al. 2008; Rauch 2005).

Zum 31.12.2011 waren 180.307 Menschen mit einer Schwerbehinderung (davon gleichgestellt 26.000) arbeitslos (Bundesagentur für Arbeit 2011c). Der Anteil psychischer Erkrankungen als Ursache der anerkannten Schwerbehinderung liegt bei ca. sieben Prozent (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013). In der Statistik zu schwerbehinderten Menschen waren zum 31.12.2011: 495.962 Menschen mit seelischen Behinderungen registriert, die einen Schwerbehindertenausweis erhalten haben, davon 375.396 in der Altersgruppe 18 bis 65 Jahre (Statistisches Bundesamt 2013). In dieser Altersgruppe beträgt der Anteil der Menschen mit seelischen Behinderungen 11,5 Prozent. Zugleich ist zu berücksichtigen, dass viele psychisch beeinträchtigte Menschen aus Angst vor Stigmatisierung keinen Antrag auf Feststellung der Behinderung stellen. Anderen fehlt eine Krankheitseinsicht oder sie sehen sich trotz langer Erkrankung zwar als vorübergehend erkrankt, aber keineswegs behindert an (Brill 2003).<sup>13</sup> Dies führt vermutlich zu einer Unterschätzung des realen Ausmaßes von Behinderung aufgrund psychischer Erkrankungen. Hinzu kommt bei

---

<sup>13</sup> Hinzukommt zudem, dass für Personen mit einem Grad der Behinderung (GdB) von unter 50 die Vorteile einer anerkannten Behinderung deutlich geringer sind und die Bekanntheit der Anerkennung einer Schwerbehinderung nicht immer voraussetzen ist.

Arbeitslosen, dass sie stets höhere Anteile für auffällige gesundheitliche Beschwerden aufweisen als beschäftigte Personen (BKK 2005: 22).

Im Rahmen von Befragungen von Mitarbeitern verschiedener SGB-II-Träger konnte - unabhängig von der Art der Beeinträchtigung - aufgezeigt werden, dass davon auszugehen ist, dass mindestens ein Drittel aller arbeitsfähigen Arbeitsuchenden an (mindestens) einer gesundheitlichen Einschränkung bzw. manifesten Erkrankung leiden (Schubert 2010; Schubert et al 2007). Zugleich weist die Statistik arbeitsamtsärztlicher Begutachtung des Jahres 2001 auf Grundlage von mehr als 390.000 Gutachten bei von Arbeitslosigkeit betroffenen Personen als Erstdiagnose einen Anteil von 25 Prozent mit „Psychischen und Verhaltensstörungen“ aus (Hollederer 2002). Die Bundesagentur für Arbeit berichtet für 2003, dass fast jeder vierte Arbeitslose vermittlungsrelevante gesundheitliche Einschränkungen aufwies. Von den Betroffenen hatten wiederum 28 Prozent eine amtlich anerkannte Behinderung (Grad der Behinderung  $\geq 30$ ) (Allmendinger/Rauch 2005; Hollederer 2006). Dieser Anteil ist heute durch den seit Einführung des SGB II im Jahre 2005 durchgängigen Einbezug des ehemaligen Sozialhilfe-Klientels in die SGB-II-Träger als deutlich höher einzuschätzen.

#### **4.2 Ursache- und Wirkungszusammenhänge von Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit**

Für den fast durchgängig schlechteren Gesundheitszustand von Arbeitslosen gegenüber Beschäftigten kommen zwei Erklärungsansätze der Ursache- und Wirkungszusammenhänge in Frage (Elkeles/Kirschner 2004; Hollederer 2008), die beide belegbar sind. Die Kausalhypothese geht davon aus, dass die Arbeitslosigkeit selbst eine Ursache gesundheitlicher Belastungen von Arbeitslosen ist. Die Vermutung, dass primär gesundheitlich belastete Personen häufiger und länger arbeitslos sind, weil der schlechtere Gesundheitszustand zum Teil wiederholt zum Verlust des Arbeitsplatzes führt, begründet dagegen die Selektionshypothese (ebd. 2004: 15).

##### ***Zur Kausalhypothese***

Mit der Ausübung von Erwerbsarbeit sind „potenziell gesundheitsförderliche materielle und nichtmaterielle Funktionen“ (Bieker 2005b; Elkeles/Kirschner 2004) verbunden, weshalb Arbeitslosigkeit insgesamt in negativem Zusammenhang mit der physischen und psychischen Gesundheit steht (Berth/Förster/Brähler 2003, 2005; Elkeles 1999; Grobe/Schwartz 2003; Weber/Hörmann/Heipertz 2007). Dies betrifft u. a. eine erhöhte Mortalität (GEK 1999), gesundheitlich riskante Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholkonsum etc.) sowie einen schlechteren Gesundheitszustand (auch in der subjektiven Wahrnehmung) von Arbeitslosen im Vergleich zu erwerbstätigen Personen, der sich zudem mit zunehmender Dauer der Erwerbslosigkeit weiter verschlechtert (Grobe/Schwartz 2003). Arbeitslose Männer haben in diesem Zusammenhang durchgängig stärkere psychische Beschwerden, etwa in Form von Reizbarkeit, Grübelei, innerer Unruhe oder Mattigkeit, als berufstätige Männer (Robert-Koch-Institut 2002).

Die Bedeutung der Erwerbsarbeit für das psychische Wohlbefinden des Menschen ergibt sich aus verschiedenen Funktionen einer beruflichen Tätigkeit: sozialer Status und Identität, finanzielle Sicherheit, soziale Netzwerke, Tagesstrukturierung sowie persönlicher Erfolg, Wertschätzung und Sicherheit durch gelungene Bewältigung beruflicher Anforderungen (Abraham/Hinz 2005; Kunze/Pohl 2002). Das Fehlen dieser Funktionen in Verbindung mit negativen Erfahrungen in der Arbeitslosigkeit wie Statusverlust, finanzielle Probleme etc. können zu einem verminderten Selbstwertgefühl, Hilf- und Hoffnungslosigkeit, Isolation und Einsamkeit, Resignation und Schlafstörungen führen (Weber et al. 2007). Ferner folgen aus der fehlenden Möglichkeit der Nutzung eigener Fähigkeiten, Mangel an Abwechslung sowie der verringerten Aussicht auf soziale Kontakte negative Einflüsse auf die psychische Gesundheit. Hinzu kommen gesellschaftliche Stigmatisierungen und individuelle Schuldzuweisungen, die den sozialen Abstieg und Ausgrenzung forcieren und zusätzlich die psychische Belastung erhöhen (Paul/Hassel/Moser 2006). In der Konsequenz leiden arbeitslose Menschen im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich häufiger an psychischen und psychosomatischen Belastungssymptomen und Erkrankungen, wie depressiven Symptomen, Angststörungen, Magen-Darm-Erkrankungen oder Suchterkrankungen (Bieker 2005a; Gallo et al. 2006; Holleder 2003b; Robert-Koch-Institut 2006).

Bei gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitslosen bestehen signifikant schlechtere Wiedereingliederungschancen in Arbeit, was zu überdurchschnittlich langen Arbeitslosigkeitszeiten führt (Grobe/Schwartz 2003; Kieselbach/Beelmann 2006; Kurth 2005; Rauch/Brehm 2003; Schröder/Rauch 2006). Laut drittem Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung (2008) ergibt sich hieraus ein dauerhaft erhöhtes Armutsrisiko. Aus der Krankheitsspezifität und dem speziellen Unterstützungsbedarf resultieren für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen zudem auf individueller Ebene oftmals zusätzliche Schwierigkeiten, sich in den Arbeitsmarkt zu integrieren und unabhängig von Sozialleistungen zu leben (z. B. Motivationsprobleme bei Überschuldung, Stigmafolgen) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2008).

### ***Zur Selektionshypothese***

Gesundheitliche Einschränkungen bzw. psychische Beeinträchtigungen sind ein nicht zu unterschätzender Faktor in den betrieblichen Entlassungs- und Einstellungspraktiken (Behrens 1994; Kieselbach/Beelmann 2006). Zwar sind dem Arbeitgeber bei Krankheit im Rahmen der Fürsorge und bei längerer Krankheit seit 2001 im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements gesetzlich verankerte Pflichten auferlegt (§ 84 SGB IX). Jedoch ist die Sorge wegen - und auch die Erfahrung von - nicht planbaren und unüberschaubaren Arbeitsunfähigkeitsepisoden bedingt durch psychische Erkrankung ein wesentliches Entlassungsmotiv.

Aus der Arbeitgeberperspektive werden Menschen mit psychischen Erkrankungen teilweise als weniger leicht integrierbar wahrgenommen. So antworteten in einer Schweizer Studie mehr als 50 Prozent der befragten Arbeitgeber, dass sie die Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen als schwierig ansehen (Ba-

er 2007). Komplementär hierzu sind die negativen Erfahrungen der Betroffenen, die von Diskriminierungen am Arbeitsplatz, Unverständnis und Distanz, sowie die Erfahrung von Drohungen und Kritik berichten. Andererseits erleben die Betroffenen aber auch unangemessene Schonung, indem sie etwa für Kleinigkeiten gelobt oder wie ein Kind behandelt werden, was ebenfalls diskriminierend wirkt (ebd.).

Diese Erfahrungen erschweren die Rückkehr ins Arbeitsleben. So stellen gesundheitliche bzw. psychische Beeinträchtigungen für die Betroffenen ein erhebliches motivationales Hemmnis bei der Stellen- bzw. Arbeitssuche dar (Cramer et al. 2002; Holleederer 2008), sodass weniger als die Hälfte gesundheitlich beeinträchtigter Personen aktiv auf Stellensuche ist. Bei Arbeitslosen mit berufsrelevanten Gesundheitseinschränkungen, die ihre subjektive Eingliederungsperspektive oftmals in besonderem Maße kritisch einschätzen, ist sogar nur ein Drittel aktiv (Holleederer 2003b).

Analysen zur gesundheitsbedingten Frühberentung zeigen, dass langzeitarbeitslose Personen insgesamt unterdurchschnittlich häufig vor der Berentung an einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme teilnahmen. Psychisch kranke Personen nehmen innerhalb dieser Gruppe nochmals deutlich seltener an einer medizinischen Rehabilitation vor einer Frühberentung teil (Zimmermann et al. 2004).

Insgesamt ist hinsichtlich der Teilhabe am Arbeitsleben von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu konstatieren, dass diese Personengruppe einerseits im Sinne eines Selektionseffekts in besonderem Maße einem höheren Exklusionsrisiko am Arbeitsmarkt ausgesetzt ist sowie andererseits dauerhafte Arbeitslosigkeit als kausaler Effekt eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands befördert.

### **4.3 Krankheitsbedingte Hemmnisse und Unterstützungsbedarf psychisch beeinträchtigter Menschen bei der (Wieder-)Eingliederung in Arbeit**

Psychische Erkrankungen wirken sich nicht nur im Bereich von Arbeit und Beschäftigung individuell unterschiedlich aus, sodass bei Personen mit gleicher Erkrankung spezifische Beeinträchtigungen bestehen können, bei anderen nicht. Hierbei spielt auch der Kontext, wie Arbeitsbedingungen und -anforderungen, eine wesentliche Rolle für die Ausprägung von Problemlagen, die die Eingliederung in Arbeit bzw. die erfolgreiche Erwerbspartizipation erschweren. Ein häufiges Hemmnis der Erwerbsintegration bildet die Schwierigkeit bzw. Unfähigkeit, den Anforderungen zeitlich flexibler (Arbeitszeiten, Flexibilität bei Krankheitsepisoden) wie inhaltlicher Arbeitsbedingungen (Anforderungen, Kontinuität) gerecht zu werden. In diesen Fällen besteht - wie über die ICF abbildbar (siehe Abbildung 1) - regelmäßig ein wechselseitiger Zusammenhang zwischen der psychischen Symptomatik und den Lebensverhältnissen. Dabei können die eng mit Problemen in einem Lebensbereich verbundenen Störungen sich bedeutsam in anderen auswirken.

Infolge psychischer Erkrankungen können zugleich sehr unterschiedliche Leistungsbeeinträchtigungen bestehen. Die mit schweren psychischen Störungen oft verbundene Verunsicherung des Selbstwertgefühls kann mit Antriebsminderung, Störungen der Willensbildung und sozialen Ängsten einhergehen und sich in mangelnder Motivation, geringer Belastbarkeit, verminderter Selbsteinschätzung, oder auch Schwierigkeiten im Umgang mit Kollegen, Vorgesetzten und Kunden äußern. Als besonders bedeutsam können auch mögliche Beeinträchtigungen in den Grundarbeitsfähigkeiten wie Konzentration, Arbeitstempo, Arbeitsqualität, Lern- und Entscheidungsfähigkeit gelten (Becker 2010; Kruckenberg 2008).

Leistungseinschränkungen können zugleich von den Betroffenen subjektiv über- oder auch unterbewertet werden, mit der häufigen Folge einer zunehmenden psychischen Belastung und Ausweitung der Beeinträchtigungen, wenn eine situationsgerechte Bearbeitung der Probleme am Arbeitsplatz nicht gelingt und/oder die notwendige Behandlung ausbleibt. Die bestehenden Zusammenhänge sind oft schwer zu entschlüsseln und bedürfen bei ernsthaften Beeinträchtigungen spezifischer Diagnostik und Therapie, welche gegebenenfalls mit gezielten personenbezogenen Förder- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen zu verbinden ist.

Bei der Überwindung von Beeinträchtigungen, die aus der Erkrankung resultieren oder von Barrieren der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, haben psychisch beeinträchtigte Menschen im SGB II häufig einen spezifischen Unterstützungsbedarf - abhängig von Erkrankungsart, -schwere und -episode -, der die Bereiche medizinische Behandlung und Rehabilitation, Integration und Alltagsbegleitung in Form psychosozialer Hilfen sowie Teilhabe am Arbeitsleben bzw. Arbeitsförderung umfassen kann. Daher kommen Leistungen zur Teilhabe und zur Arbeitsförderung auf dem Weg der arbeitslosen und psychisch beeinträchtigten Menschen zurück ins Erwerbsleben eine Schlüsselrolle zu (vgl. Punkt 2.4). Im Kontext beruflicher Tätigkeit sollen sie die individuelle Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit verbessern und damit Erwerbschancen erhöhen. Gelingt dies nicht, drohen den Betroffenen nicht nur ein potenziell dauerhafter Ausschluss von gesellschaftlicher Teilhabe (z. B. Erwerbsarbeit) und ein persistentes Armutsrisiko, sondern es entstehen zudem auch hohe gesellschaftliche Kosten, beispielsweise durch den Bezug von Erwerbsminderungsrenten, Beitragsausfälle zur Sozialversicherung oder durch einen langfristigen bzw. dauerhaften Bezug von Grundsicherung (Clouth 2004).

Die Beurteilung der Notwendigkeit von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne des SGB IX setzt bei der Einschätzung eines bestehenden Bedarfes eine komplexe Betrachtung der psychischen Erkrankung, der Krankheitsfolgen und ihrer Auswirkungen sowie ihres voraussichtlichen Verlaufes und des aktuellen oder zukünftigen Belastungsprofils voraus. Als ein Kriterium für den Zugang zu beruflichen

Rehabilitationsleistungen gilt die positive Rehabilitationsprognose.<sup>14</sup> Dies kann sich bei psychisch beeinträchtigten Menschen als Zugangsbarriere erweisen, wenn sich die Prognose ausschließlich an bisher üblichen Arbeitsanforderungen und Rehabilitationsmaßnahmen orientiert und nicht auch Teilerwerbsfähigkeit, geförderte Beschäftigung oder Teilzeitarbeit berücksichtigt. Denn der wesentliche Aspekt „Prognose“ ist im Rahmen medizinischer Einschätzungen besonders schwierig zu operationalisieren. Auch beinhaltet dieser einen hohen Grad an Individualität - je nach spezifischem Störungsbild sowie persönlichen und therapeutischen Bedingungen<sup>15</sup> (BAR 2010a). Die Einschätzung orientiert sich zudem in der Regel an existierenden Rehabilitationsmöglichkeiten. Durch die hohen Anforderungen der Maßnahmen, die zum Teil nicht ausreichende Flexibilität oder die teilweise fehlende Ausrichtung an individuellen Bedarfen ist der Zugang psychisch Kranker zu diesen Angeboten erschwert (APK 2004). Diesbezüglich sind allerdings in den letzten Jahren durch Projekte (APK 2010) und Initiativen wie Reha-Futur positive Veränderung zu verzeichnen.

Hinsichtlich einer bedarfsgerechten Unterstützung psychisch kranker Menschen im SGB II bei der Aufnahme und Ausübung einer Erwerbstätigkeit erwächst für den SGB-II-Träger eine besondere Herausforderung daraus, dass bereits die Feststellung einer Erwerbsfähigkeit und beruflichen Leistungsfähigkeit bei einem Teil der psychisch Kranken auf Grund der beschriebenen Krankheitssymptome und Funktionsbeeinträchtigungen nur schwer im Rahmen des institutionellen Handelns möglich ist. Gerade die unterschiedlichen Krankheitsverläufe bei verschiedenen Krankheitsbildern können bereits tageweise zu Leistungsschwankungen und einer anderen Wahrnehmung der betroffenen Person führen. Hier reicht im Einzelfall eine zeitlich eng umgrenzte medizinische Begutachtung des Ärztlichen Dienstes der Arbeitsagentur nur dann aus, wenn dezidierte fachliche Einschätzungen zur Belastbarkeit vorliegen, die durch Berichte von praktischen und realitätsnahen Erprobungen untersetzt sind (Köhler/Steier-Mecklenburg 2008).

---

<sup>14</sup> „Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Rehabilitation: auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials/der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller Ressourcen (Rehabilitationspotenzial einschließlich psychosozialer Faktoren), über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels, durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme, in einem notwendigen Zeitraum [sowie] bei Berücksichtigung der individuellen Ausgangssituation. Die Erfolgsprognose ist auf die allgemeinen und trägerspezifischen Rehabilitationsziele zu beziehen.“ (BAR 2011a).

<sup>15</sup> Es sind im Wesentlichen folgende komplexe Sachverhalte zu bewerten: a) Minderung des Leistungsvermögens auf Grund bestehender Funktionseinschränkungen, die sich auf branchenübliche Belastungen aktuell und auf Dauer auswirken; b) krankheitsbedingte erhebliche Gefährdungen des Leistungsvermögens, die unter branchenüblichen Belastungen das Fortschreiten der Erkrankung begünstigen oder akute Krankheitsschübe provozieren; c) berufliche Anforderungen nach den einschlägigen berufskundlichen und arbeitsmedizinischen Standards.



#### **4.4 Stellenwert gesundheitlicher Aspekte bei SGB-II-Trägern**

Bisherige Studienergebnisse zum Umgang mit gesundheitlich beeinträchtigten Menschen bei Trägern des SGB II weisen darauf hin, dass zwar aus Sicht der Vermittlungsfachkräfte der SGB-II-Träger eine Vielzahl der Klienten psychische Symptome (u. a. Niedergeschlagenheit, Antriebsschwäche, Angst, Verhaltensstörungen, schädlicher Gebrauch von Suchtmitteln) zeigt, aus dieser Wahrnehmung aber oftmals keine speziellen Handlungskonsequenzen folgen (Dornette et al. 2008; Paul et al. 2006; Schubert et al. 2007). Die Komplexität und Dominanz individueller Problemlagen im Sinne von „Vermittlungshemmnissen“, wie fehlende oder geringe schulische und/oder berufliche Qualifikation, Schulden- oder Suchtproblematik, familiäre Probleme etc., werden nicht selten von den Mitarbeitern zunächst als wesentlicher erlebt, wodurch die Berücksichtigung gesundheitlicher und rehabilitativer Aspekte eher in den Hintergrund gerät. Gerade Klienten mit mehreren Vermittlungshemmnissen, insbesondere in den Bereichen Qualifikation, Motivation, soziale Kompetenz und Gesundheit, werden aber von Mitarbeitern der SGB-II-Träger als „typisch“ für ihre Beratungsrealität beschrieben (Schubert 2010).

Die Ergebnisse verweisen zudem darauf, dass nicht selten gesundheits- bzw. rehabilitationsbezogene Aspekte, zu denen die Beeinträchtigungen durch psychische Erkrankungen zu zählen sind, gerade im Bereich der „allgemeinen“ Vermittlung kaum berücksichtigt werden. Vereinfacht lassen sich dafür drei Faktoren benennen (ausführlich: Schubert 2010). Erstens besteht durch verschiedene sozialrechtliche Vorgaben des SGB II und IX für die Mitarbeiter kein einheitlicher Handlungskontext. Zweitens fehlt bei den Vermittlungsfachkräften oftmals ein spezifisches Wissen über gesundheitliche Aspekte und deren Bedeutung für eine erfolgreiche Vermittlungsarbeit. Drittens wird das Verständnis von Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX häufig unbemerkt auf das der Schwerbehinderung nach § 2 Abs. 2 SGB IX verkürzt, wodurch gesundheitlich beeinträchtigte Personen ohne anerkannte Behinderung aus dem Blick geraten (vgl. Punkt 2.4).

Zugleich - so zeigen bisherige Eindrücke - scheint die Spezifik psychischer Symptomatiken eine Identifikation des Unterstützungsbedarfs zu erschweren. Einige Symptome, wie Niedergeschlagenheit und Demotiviertheit, gelten gerade im SGB-II-Bereich als Merkmale, die im besonderen Zusammenhang mit Langzeitarbeitslosigkeit stehen und als Anzeichen für eine psychische Erkrankung für die Vermittlungsfachkräfte der SGB-II-Träger daher nicht trennscharf oder prägnant genug scheinen. Fehlzeiten oder auch Leistungseinschränkungen werden nicht selten als fehlende Motivation oder Arbeitsunwilligkeit interpretiert (APK 2010). Der Arbeitsvermittler als Erstansprechpartner und „Gatekeeper“ ist aber das wichtigste Element für die Erkennung spezifischer Unterstützungsbedarfe und die Einleitung einer Bedarfsprüfung nach medizinischen, beruflichen oder sozialen Teilhabeleistungen (Schubert 2010).

## 5 Quantitative Daten zur Situation psychisch beeinträchtigter Menschen im Leistungsbezug nach SGB II

Um sich der Fragestellung des quantitativen Umfangs psychisch beeinträchtigter Menschen im SGB-II-Leistungsbezug zu nähern, sind hinsichtlich der Datenquellen zwei Perspektiven zu unterscheiden:

- die Personengruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen in der Gesamtgruppe der SGB-II-Leistungsberechtigten (Punkt 5.1) sowie
- die Personengruppe der SGB-II-Leistungsbezieher in den psychiatrischen Leistungsangeboten (Punkte 5.2 und 5.3).<sup>16</sup>

### 5.1 Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. Beeinträchtigung im Personenkreis des SGB II

#### *Datenlage der Krankenkassen*

Die Krankenkassen erheben regelmäßig im Zusammenhang mit der Leistungsabrechnung folgende auf psychische Erkrankungen bezogene Daten ihrer Versicherten:

- Stationäre und teilstationäre Behandlungsfälle in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken.<sup>17</sup>
- Alle antragspflichtigen Leistungen (Leistungen, bei denen eine ärztliche Verordnung nicht ausreicht, sondern zusätzlich eine Bewilligung durch die Krankenkasse erforderlich ist, z. B. medizinische Rehabilitation, Psychotherapie, Soziotherapie, allgemeine und psychiatrische Krankenpflege).
- Von Apotheken verkaufte verordnungspflichtige Medikamente (ohne Diagnose; allerdings lässt sich oft von den Präparaten auf Diagnosegruppen rückschließen).
- Arbeitsunfähigkeitszeiten inklusive der ursächlichen Diagnose.

Diese Daten der Krankenkassen werden nicht regelmäßig veröffentlicht. Es gibt Veröffentlichungen einzelner Bundesverbände der Krankenkassen und einzelner großer Krankenkassen in Form von Gesundheitsreporten (AOK, TK, DAK, GEK, BEK). Diese Gesundheitsreporte befassen sich mit der Gesundheit von Erwerbspersonen, zu denen sowohl Berufstätige als auch Arbeitslose zählen. Dabei be-

---

<sup>16</sup> Zur Klarstellung ist bereits hier anzumerken, dass sich die Inanspruchnahme von psychiatrischen bzw. psychosozialen Angeboten und der Bezug von Leistungen nach SGB II keineswegs ausschließen (siehe auch Kapitel 6.2). Vielmehr befinden sich insbesondere Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung sowohl in der Betreuung des SGB-II-Trägers als auch z. B. bei Anbietern psychiatrischer Behandlung und psychosozialer Hilfen. Erwerbsunfähige Personen, die diese Dienste in Anspruch nehmen sind dem gegenüber nicht Gegenstand dieser Untersuchung.

<sup>17</sup> Ein ‚Behandlungsfall‘ wird durch Aufnahme und Entlassung definiert. Unterbrochene Behandlungen oder Wiederaufnahmen werden so mehrmals als Behandlungsfall gewertet.



schränken sich die Auswertungen in der Regel auf diejenigen Personen, die in entsprechenden Erkrankungsfällen zur Abgabe einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung verpflichtet sind. Bis 2004 war den Krankenkassen auch die Arbeitsunfähigkeit von längerfristig arbeitslosen Mitgliedern zu melden. Mit der Einführung des SGB II besitzen die Bezieher von SGB-II-Leistungen keinen gesonderten Anspruch auf Krankengeld, sondern erhalten im Krankheitsfall weiterhin Arbeitslosengeld. Somit müssen die Arbeitsunfähigkeitszeiten bei den Krankenkassen nicht gemeldet werden. Vor diesem Hintergrund werden Alg-II-Leistungsbezieher in den Krankenkassenreporten in der Regel nicht erfasst.

Grundlage nachfolgender Ergebnisse ist der Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse (2008) für das Jahr 2006 sowie Daten, die durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) für AOK 2007 bis 2011 und den BKK Bundesverband für BKK in 2005, 2009 und 2011<sup>18</sup>bereitgestellt wurden. Die Art der Darstellung ist durch das unterschiedliche Aggregationsniveau der bereitgestellten Auswertungen mitbegründet.

Zunächst kann im Blick auf Tabelle 4 zur Häufigkeit von psychischen Störungen bei Menschen im SGB II festgestellt werden, dass mit 37 Prozent mehr als ein Drittel der Versicherten im Alg-II-Bezug mindestens eine psychiatrische Diagnose aufwies (TK für 2006: 36,7 %; AOK für 2009: 36,9 %)<sup>19</sup>. Die Daten der AOK zeigen dabei einen merklichen Anstieg des Anteils an Personen mit psychiatrischer Diagnose in fast allen Diagnosegruppen im Verlauf weniger Jahre, sodass in 2011 mehr als 40 Prozent der SGB-II-Bezieher in diesem Jahr mindestens eine psychiatrische Diagnose erhielt. Anhand der Differenzierung nach beruflichem Status ist ferner davon auszugehen, dass der Anteil von Personen mit psychiatrischer Diagnose bei Menschen im SGB-II-Bezug deutlich höher liegt als bei Berufstätigen.

Unabhängig vom Erwerbsstatus sind innerhalb des Erkrankungsspektrums psychischer Störungen Schizophrene Erkrankungen (F20-F29) sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-69) beim hier zu Grunde gelegten Versichertenklientel der jeweiligen Krankenkasse deutlich seltener als Affektive Störungen (F30-F39) und Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48). Für AOK 2011 zeigt sich, dass mehr als jedem fünften Leistungsbezieher nach SGB II in diesem einen Jahr eine Diagnose aus dem Bereich „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)“ sowie jeweils etwa jeder bzw. jedem Sechsten eine Affektive Störungen (F30-F39) bzw. Suchterkrankung (F10-F19) attestiert wurde.

---

<sup>18</sup> Die Autoren bedanken sich ausdrücklich beim WidO und dem BKK Bundesverband für Unterstützung des Forschungsvorhabens durch Bereitstellung der Daten.

<sup>19</sup> Ein Erklärungsgrund für die geringfügigen Unterschiede zwischen den abgebildeten Krankenkassen sind wohl in den jeweiligen spezifischen Versichertenklientel zu sehen.

**Tabelle 4**

**Anteil an Versicherten mit einer psychiatrischen Diagnose innerhalb eines Jahres der Techniker Krankenkasse (2008) nach Erwerbsstatus und der AOK für Bezieher von Alg II**

Diagnosegruppe nach ICD-10 <sup>20</sup>	TK			AOK				
	2006			2007	2008	2009	2010	2011
	Berufstätige	Alg-I-Bez.	Alg-II-Bez.	Alg-II-Bez.	Alg-II-Bez.	Alg-II-Bez.	Alg-II-Bez.	Alg-II-Bez.
<b>F00-F09</b>	0,4 %	0,6 %	0,9 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %
<b>F10-F19</b>	2,8 %	5,0 %	10,8 %	13,1 %	14,3 %	15,1 %	15,7 %	16,3 %
<b>F20-F29</b>	0,4 %	1,2 %	2,9 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,6 %
<b>F30-F39</b>	7,4 %	12,0 %	16,2 %	12,4 %	13,3 %	14,5 %	15,5 %	17,0 %
<b>F40-F48</b>	14,6 %	17,8 %	21,5 %	16,5 %	17,2 %	19,5 %	20,5 %	21,9 %
<b>F50-F59</b>	2,3 %	2,9 %	3,5 %	2,6 %	2,8 %	3,0 %	3,1 %	3,3 %
<b>F60-F69</b>	1,4 %	2,7 %	4,7 %	2,5 %	2,8 %	3,0 %	3,3 %	3,5 %
<b>F70-F79</b>	k. A.	k. A.	k. A.	0,5 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
<b>F80-F89</b>	k. A.	k. A.	k. A.	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
<b>F90-F99</b>	k. A.	k. A.	k. A.	1,3 %	1,3 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %
<b>Gesamt</b>	<b>21,8 %</b>	<b>28,0 %</b>	<b>36,7 %</b>	<b>32,6 %</b>	<b>34,5 %</b>	<b>36,9 %</b>	<b>38,3 %</b>	<b>40,2 %</b>

Quelle: Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung entsprechend § 295 SGB V; TK-Daten: Techniker Krankenkasse (2008): Gesundheitsreport 2008. Hamburg, AOK-Daten eigene Auswertung von zur Verfügung gestellten Daten des Wissenschaftliche Instituts der AOK (Wido) 2011/2013).

Auf Ebene der Einzeldiagnosen (Tabelle 5) plausibilisieren Daten der BKK vorstehende Befunde, wobei durch die Daten im Bereich der AOK und BKK über die Mehrheit aller SGB-II-Bezieher berichtet werden kann.<sup>21</sup> Die „Depressive Episode (F32)“ ist die häufigste psychische Erkrankung bei SGB-II-Beziehern (2009: AOK 12,5 %, BKK 13,6 %), wie auch allen arbeitslosen Menschen insgesamt. Wird beispielhaft die Indikation „andere Angststörungen (F41)“ betrachtet, zu der u. a. die Panikstörung (F41.1) und die generalisierte Angststörung (F41.2) zu zählen sind, findet sich diese bei etwa jedem 15. bis 20. SGB-II-Bezieher (2009: AOK 5,7 %, BKK: 6,2 %; 2011: AOK 6,7 %).

<sup>20</sup> Diagnosegruppen nach ICD-10 – F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F30-F39: Affektive Störungen; F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; F60-F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen; F70-F79: Intelligenzstörung; F80-F89: Entwicklungsstörungen; F90-F99: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und nicht näher bezeichnete psychische Störungen (DIMDI 2011).

<sup>21</sup> Für 2009 liegt der Auswertung eine Gesamtzahl von 2.125.190 Versicherten im Alg-II-Bezug (mindestens einen Tag im jeweiligen Berichtsjahr mit Bezug) im Bereich AOK und BKK zu Grunde. Im Jahresdurchschnitt lag die Zahl der Versicherten im Alg-II-Bezug im Bereich dieser beiden Krankenkasse bei 1.888.804, über alle Krankenkassen hinweg bei 2.876.905 (Anteil AOK und BKK somit 65 %) (Bundesministerium für Gesundheit). Allerdings lässt sich nicht unterscheiden, ob es sich um arbeitslose Leistungsberechtigte handelt, um Teilnehmer an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen oder um Personen, die z. B. wegen häuslicher Betreuungsverpflichtungen nicht der Pflicht zur Arbeitsaufnahme unterliegen.

**Tabelle 5**

**Die 15 häufigsten Einzeldiagnosen im Spektrum psychischer Störungen bei Versicherten der AOK und BKK; absteigend sortiert für AOK 2011 (eigene Berechnung)**

Rang	ICD-Code	Name der Diagnose	AOK			BKK				
			2007	2009	2011	2005		2009		2011*
			Anteil an allen Alg-II-Bez. (n=1.937.310)	Anteil an allen Alg-II-Bez. (n=1.852.872)	Anteil an allen Alg-II-Bez. (n=1.687.616)	Anteil an allen Arbeitslosen (n=720.207)	Anteil an allen Alg-II-Bez. (n=340.795)	Anteil an allen Arbeitslosen (n=462.175)	Anteil an allen Alg-II-Bez. (n=272.318)	Anteil an allen Arbeitslosen (n=406.563)
1	<b>F32</b>	Depressive Episode	10,6 %	12,5 %	14,8 %	9,6 %	9,5 %	12,8 %	13,6 %	16,4 %
2	<b>F45</b>	Somatoforme Störungen	8,6 %	10,5 %	11,5 %	8,8 %	8,6 %	9,6 %	10,2 %	11,3 %
3	<b>F17</b>	Psychische und Verhaltensstörung durch Tabak	6,6 %	8,3 %	9,3 %	3,5 %	4,2 %	6,0 %	7,2 %	7,4 %
4	<b>F43</b>	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5,0 %	6,0 %	7,1 %	5,0 %	4,8 %	6,2 %	6,5 %	7,9 %
5	<b>F41</b>	Andere Angststörungen	4,7 %	5,7 %	6,7 %	3,9 %	4,1 %	5,5 %	6,2 %	7,0 %
6	<b>F10</b>	Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol	5,6 %	6,0 %	6,3 %	2,7 %	3,7 %	3,6 %	4,8 %	4,3 %
7	<b>F33</b>	Rezidivierende depressive Störung	2,6 %	3,1 %	3,8 %	2,3 %	2,3 %	3,5 %	3,7 %	5,0 %
8	<b>F48</b>	Andere neurotische Störungen	2,2 %	2,6 %	2,9 %	2,3 %	2,2 %	2,8 %	2,9 %	3,3 %
9	<b>F19</b>	Psych. und Verhaltensstörung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	2,1 %	2,3 %	2,5 %	0,9 %	1,4 %	1,2 %	1,7 %	1,5 %
10	<b>F60</b>	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1,6 %	1,9 %	2,3 %	1,4 %	1,7 %	1,9 %	2,5 %	2,6 %
11	<b>F11</b>	Psychische und Verhaltensstörung durch Opioide	1,4 %	1,6 %	1,7 %	0,5 %	0,8 %	0,7 %	1,1 %	0,9 %
12	<b>F40</b>	Phobische Störungen	1,3 %	1,4 %	1,6 %	1,2 %	1,3 %	1,4 %	1,6 %	1,7 %
13	<b>F34</b>	Anhaltende affektive Störungen	1,2 %	1,3 %	1,6 %	1,1 %	1,1 %	1,6 %	1,7 %	2,1 %
14	<b>F52</b>	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	1,2 %	1,3 %	1,4 %	1,3 %	1,2 %	1,2 %	1,2 %	1,4 %
15	<b>F51</b>	Nichtorganische Schlafstörungen	0,7 %	0,8 %	0,9 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,8 %	0,9 %

\* Keine differenzierte Auswertung zu Alg-II-Beziehern verfügbar

Quelle: Daten der ambulanten ärztlichen Versorgung entsprechend § 295 SGB V; AOK-Daten: eigene Auswertung von zur Verfügung gestellten Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (Wido) 2011/ 2013; BKK-Daten: eigene Auswertung von zur Verfügung gestellten Daten des BKK Bundesverbandes 2012.

Die insgesamt als hoch einzuschätzenden Diagnoseraten spiegeln sich auch in der Verordnung von Arzneimitteln wider, die von der Techniker Krankenkasse 2008 ausgewertet wurde. Mindestens eine Verordnung von Psychopharmaka erhielten 20,5 Prozent der Alg-II-Leistungsbezieher. Von den Berufstätigen bzw. Alg-I-Beziehern waren demgegenüber nur 12,5 Prozent bzw. 14,6 Prozent betroffen. 7,9 Prozent der Alg-II-Leistungsbezieher erhielten ein Antidepressivum, in den beiden anderen Gruppen lag die entsprechende Behandlungsrate bei 3,5 Prozent bzw. 4,3 Prozent (Techniker Krankenkasse 2008). Dies ist insofern besonders zu beachten, als mit den Medikamenten Nebenwirkungen einhergehen können, die (zumindest phasenweise) negative Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit haben.

### ***Datenlage der Gesetzlichen Rentenversicherung***

Als Träger medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen sowie von Rentenleistungen infolge eines vorzeitigen gesundheitsbedingten Ausscheidens aus dem Erwerbsleben (Erwerbsminderungsrente) erhebt und publiziert die Deutsche Rentenversicherung Daten zu Leistungen für Ihre Versicherten.

Im Jahr 2006, das für Analysen des Rehabilitationsgeschehens zugrunde gelegt wird, erbrachte die Deutsche Rentenversicherung 818.433 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und 104.159 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) (DRV Bund 2012a: 204/219)<sup>22</sup>. Der Anteil arbeitsloser Menschen an allen medizinischen Rehabilitanden lag 2006 bei 10,0 Prozent (SUFSDQJ06B<sup>23</sup>, gewichtet, eigene Berechnungen). In dieser Gruppe kann wiederum 13,5 Prozent der Personen eine Diagnose im Bereich psychischer Störungen als Reha-Haupt-Indikation zugeordnet werden (ICD-10: F0-F99 ohne Abhängigkeitserkrankungen (F10-F19)). Im Bereich der beruflichen Rehabilitation lag 2006 der Anteil arbeitsloser Menschen bei 21,9 Prozent, also mehr als doppelt so hoch wie bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (ebd.). Der Anteil psychisch beeinträchtigter Menschen liegt mit 14,6 Prozent der arbeitslosen Rehabilitanden ähnlich hoch wie in der medizinischen Rehabilitation.

Die Verteilung auf die verschiedenen Erkrankungsgruppen bei Teilnehmern medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (Tabelle 6) zeigt bei den vier besonders relevanten Erkrankungsgruppen ein ähnliches Verhältnis zueinander wie die Diagnoseraten der Krankenversicherung (vgl. Tabelle 4): Personen mit Schizophrenie oder Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sind deutlich seltener als Personen mit affektiven Störungen oder neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.

---

<sup>22</sup> Kontextualisierend sind hier und nachfolgend die leistungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen der Deutschen Rentenversicherung zu berücksichtigen (§ 9 ff. SGB VI), wodurch sich keine ganzheitliche, auf alle erwerbsfähigen Personen übertragbare Charakteristik ergibt.

<sup>23</sup> Datenquelle: SUFSDQJ06B - Scientific Use File Rehabilitation 2006. bereitgestellt vom Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung. [www.fdz-rv.de](http://www.fdz-rv.de).

Demgegenüber zeigt sich eine deutlich andere Verteilung der Erkrankungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation. So stellen Menschen mit schizophrenen Erkrankungen im Rahmen medizinischer Behandlung und Rehabilitation (Krankenkassen und Rentenversicherung) nur eine kleine Gruppe dar, jedoch besteht bei diesen überproportional häufig ein Bedarf an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation).

**Tabelle 6**  
**Anteil medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen bei arbeitslosen Versicherten bezogen auf die Hauptdiagnose der Leistung**

Diagnosegruppe (DG) nach ICD-10	Erkrankungsgruppe	Medizinische Rehabilitation		Berufliche Rehabilitation	
		Anteil an allen Leistungen (n=8.491)	Anteil innerhalb DG „F“ (n=2.520)	Anteil an allen Leistungen (n=6.724)	Anteil innerhalb DG „F“ (n=1.063)
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0,2 %	0,7 %	0,4 %	2,6 %
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	16,5 %	54,9 %	1,2 %	7,7 %
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftete Störungen	0,5 %	<b>1,8 %</b>	2,9 %	<b>18,1 %</b>
F30-F39	Affektive Störungen	5,9 %	<b>19,7 %</b>	3,6 %	<b>22,6 %</b>
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	5,1 %	<b>17,0 %</b>	3,5 %	<b>22,3 %</b>
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,5 %	1,6 %	0,4 %	2,3 %
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,2 %	<b>4,0 %</b>	1,8 %	<b>11,6 %</b>
F70-F79	Intelligenzstörung	0 %	0,1 %	1,8 %	11,6 %
F80-F89	Entwicklungsstörungen	0 %	0 %	0,1 %	0,8 %
F90-F99	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,6 %

Quelle: Eigene Berechnungen nach SUFRSDQJ06B (gewichtet).

Wird infolge eines gesundheitsbedingten Ausscheidens aus dem Erwerbsleben durch die Deutsche Rentenversicherung eine Rente wegen Erwerbsminderung gezahlt, dokumentiert und publiziert die Rentenversicherung sowohl die gesundheitliche Ursache (Berentungsdiagnose) als auch den beruflichen Status vor dem Rentenzugang. Den Stellenwert psychiatrischer Erkrankungen bei Neu-Zugängen in Erwerbsminderungsrente des Jahres 2011 bildet Tabelle 7 ab. Beim Rentenzugang ist deren Gesamtanteil noch bedeutsamer als im Rahmen medizinischer und beruflicher Rehabilitationsleistungen. Mehr als 40 Prozent der neu bewilligten Erwerbsminderungsrente (41 %) im Jahr 2011 geht auf eine psychische Erkrankung zurück. Zeitreihen verdeutlichen zugleich, dass dieser Anteil in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen ist (1995: 18,6 %; 2000: 24,2 %; 2005: 32,3 %; 2010: 39,3 %; (DRV Bund 2012a: 113)).

Um nach beruflichem Status vor dem Renteneintritt zu differenzieren, wurde auf Daten zum Zugang in Erwerbsminderungsrente des Jahres 2006 zurückgegriffen

(Tabelle 8). Hilfsweise wurden anhand einer routinemäßigen Stichtagsdokumentation zum 31.12. der Vorjahre die Personen in drei Gruppen zusammengefasst: sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am 31.12. vor dem Renteneintritt<sup>24</sup> (= „Zugang aus Berufstätigkeit“), Personen die zum gleichen Zeitpunkt Leistungen nach SGB II oder III bezogen, dies aber im Vor-Vorjahr noch nicht taten (= „Zugang aus Arbeitslosigkeit“) sowie Personen die am 31.12. des Vor- und Vor-Vorjahres Leistungen nach SGB II und III bekamen (= „Zugang aus Langzeitarbeitslosigkeit“). Differenziert nach beruflichem Status der Personen vor Rentenzugang lässt sich zeigen, dass - entsprechend der Krankenkassendaten - psychische Erkrankungen bei arbeitslosen Versicherten bedeutsamer sind als bei Berufstätigen.

**Tabelle 7**  
**Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2011**

	1. Zugänge gesamt	2. Zugänge wegen psych. Erkrankung (gesamt)		3. Davon (von 2.) Zugänge wegen Suchterkrankung		4. Davon (von 2.) Zugänge wegen F20-F48 und F60-F69	
	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
<b>Männer</b>	92.852	32.642	35,2	6.611	20,3	22.159	67,9
<b>Frauen</b>	85.645	40.631	47,4	1.954	4,8	35.923	88,4
<b>gesamt</b>	178.497	73.273	41,0	8.565	11,7	58.082	79,3

Quelle: DRV Bund 2012b: 72 f.).

**Tabelle 8**  
**Anteil Psychischer Erkrankungen als Ursache für den Neu-Zugang in Erwerbsminderungsrente im Verhältnis zu allen neuen Erwerbsminderungsrentnern des Jahres 2006 nach Erkrankungsgruppen und beruflichem Status der Personen vor Renteneintritt**

Diagnosegruppe nach ICD-10	Erkrankungsgruppe	Rentenzugang aus Berufstätigkeit (n=13.083)	Rentenzugang aus Arbeitslosigkeit (n=3.444)	Rentenzugang aus Langzeitarbeitslosigkeit (n=6.739)
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	3,3 %	5,9 %	4,8 %
F30-F39	Affektive Störungen	9,8 %	12,3 %	8,6 %
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	6,5 %	9,1 %	8,1 %
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,1 %	2,4 %	2,3 %
<b>gesamt</b>		<b>20,7 %</b>	<b>29,8 %</b>	<b>23,8 %</b>

Quelle: SUFRTZN06XVSTEM<sup>25</sup>

Vor Eintritt der Erwerbsminderung wird bei psychischen Erkrankungen seltener eine Rehabilitation durchgeführt als bei somatischen Erkrankungen (Zimmermann et al. 2004). Im Jahr 2011 hatten weniger als die Hälfte aller wegen Psychischer Störung (F00-F99) berenteten Personen in den fünf Jahren vor dem Rentenzugang an einer

<sup>24</sup> Ohne Beschäftigte in Berufsausbildung, in Altersteilzeit und mit reinen Beschäftigungsentgelten in der Gleitzone (Midijobs).

<sup>25</sup> Datenquelle: SUFRTZN06XVSTEM - Themenfile Erwerbsminderung und Diagnosen 2006 zum Scientific Use File Versichertenrentenzugang. Bereitgestellt vom Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung. [www.fdz-rv.de](http://www.fdz-rv.de).



stationären medizinischen Rehabilitationsleistung teilgenommen (43 %), während dies bei Erwerbsminderungsrentnern mit muskuloskelettalen Erkrankungen (54 %) bei mehr als der Hälfte der betroffenen Personen der Fall war (Quelle: DRV Bund 2012b: 72 f.). Es muss hier offen bleiben, ob sich die Anzahl der Übergänge in Erwerbsminderungsrente durch häufigere und/oder eine passgenaue Rehabilitation reduzieren ließe.

### ***Datenlage der Bundesagentur für Arbeit***

Spezifizierte Angaben zu psychischen Erkrankungen werden durch die Bundesagentur für Arbeit nicht statistisch erfasst. Eine klientenbezogene Erhebung und Auswertungen von Gesundheits- und Krankheitsdaten gibt es nicht. Sofern Hinweise auf krankheits- oder behinderungsbedingte Leistungseinschränkungen mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit vorliegen, werden in der Regel ärztliche Gutachten zur sozialmedizinischen Beurteilung erstellt (siehe Kapitel 2.4). Auswertungen dieser Daten sind bisher nur punktuell zugänglich (Hildebrandt 2007; Holleder 2003a).

Allerdings können - unter Hinzuziehung der Schwerbehindertenstatistik - mittels der vorliegenden Statistiken der Bundesagentur für Arbeit Aussagen zur Arbeitslosigkeit von anerkannt schwerbehinderten Menschen in den Rechtskreisen SGB II und III getroffen werden (Bundesagentur für Arbeit 2011d). Dies begrenzt die Aussagekraft jedoch auf eine Teilmenge des Personenkreises psychisch kranker Arbeitsuchender: Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung wegen psychischer Erkrankung. Im Juni 2013<sup>26</sup> waren laut BA-Statistik 176.013 (6,1 % aller Arbeitsuchenden) Menschen mit anerkannter Behinderung arbeitslos. Davon waren im SGB-II-Bereich 109.422 (5,6 % der Arbeitsuchenden) gemeldet, im SGB-III-Bereich 66.591 (7,4 % der Arbeitsuchenden). Würde man hier die Quote von ca. 11,5 Prozent der Schwerbehindertenstatistik (siehe Kapitel 4.1) in der Altersgruppe 18 bis 65 in Bezug auf den Anteil psychisch Kranker mit Schwerbehindertensstatus zu Grunde legen, wären nach dieser Schätzung ca. 12.500 SGB-II-Leistungsbezieher im Alter von 18 bis 65 schwerbehindert auf Grund einer psychischen Erkrankung (Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2013).

### ***Datenlage der Integrations- und Versorgungsämter***

Die Versorgungsämter als zuständige Stelle für die amtliche Feststellung einer Schwerbehinderung<sup>27</sup> dokumentieren bei ihrer statistischen Erfassung schwere Behinderungen als Folge einer psychischen Erkrankung. Diese Daten fließen in die amtliche Schwerbehindertenstatistik des Statistischen Bundesamtes ein. Die Integrationsämter sind strukturell und in Bezug auf die Finanzierung aus der Ausgleichsabgabe zuständig für die Vorhaltung der Integrationsfachdienste nach § 109 ff.

---

<sup>26</sup> erheblicher Anstieg gegenüber Dezember 2010: 176.585 (5,9 %).

<sup>27</sup> In wenigen Fällen erfolgt die Anerkennung durch eine andere, nach Landesrecht zuständige Behörde.

SGB IX. Die Integrationsfachdienste bieten vorrangig Berufsbegleitung und im Auftrag der Rehabilitationsträger Arbeitsvermittlung von Menschen mit schweren Behinderungen an. Im Jahr 2008 wurden 15.738 Menschen mit seelischen Behinderungen unterstützt. Das entspricht einem Anteil von 24,6 Prozent aller von den Integrationsfachdiensten unterstützter Menschen mit Behinderungen (BIH 2010).

## 5.2 Anteil von SGB-II-Leistungsbeziehern in Angeboten für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)<sup>28</sup> erhebt bundesweite Daten zum Anteil der Zugänge aus dem Rechtskreis SGB II in die RPK-Maßnahmen. So lag der Anteil der SGB-II-Leistungsbezieher in RPK-Maßnahmen bei 31 Prozent (n=1.263).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren<sup>29</sup> hat für diesen Bericht eine Mitgliederbefragung durchgeführt. Die Anteile der SGB-II-geförderten Teilnehmer des Jahres 2010 variiert zwischen fünf Prozent und 27 Prozent (Tabelle 9).

**Tabelle 9**  
**Einrichtungsbezogener Anteil der SGB-II-geförderten Teilnehmer in Beruflichen Trainingszentren in 2010**

Berufstrainingszentrum	Anteil SGB-II-geförderter Teilnehmer	Berufstrainingszentrum	Anteil SGB-II-geförderter Teilnehmer
BTZ Berlin	17 %	BTZ Köln	15,5 %
BTZ Brandenburg	27 %	BTZ Neuwied	8,5 %
BTZ Bremen-Lesum	keine Angabe	BTZ Paderborn	22 %
BTZ Dortmund	17,5 %	BTZ Plauen	23 %
BTZ Dresden	keine Angabe	BTZ Rhein-Neckar	6 %
BTZ Duisburg	20 %	BTZ Straubing	5 %
BTZ Hamburg	21 %	BTZ Würzburg	11 %
BTZ Jena	9 %		

Quelle: Zur Verfügung gestellte Datenerhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Beruflichen Trainingszentren 2011.

Für die Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke liegen keine belastbaren bzw. veröffentlichten Daten zum Zugang aus dem Rechtskreis SGB II vor. Angaben über Rehabilitationsmaßnahmen bei anderen Bildungsträgern oder über Rehabilitationsmaßnahmen in Betrieben liegen gleichfalls nicht vor.

<sup>28</sup> In den Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (nach der RPK-Empfehlungsvereinbarung; (BAR 2005)) soll der Weg zurück ins Arbeitsleben bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben durch medizinische, soziale und arbeitstherapeutische Maßnahmen vorbereitet werden. Bundesweit existieren 55 RPK-Einrichtungen mit ca. 1.200 Plätzen.

<sup>29</sup> Die Beruflichen Trainingszentren sind für Erwachsene konzipiert, die wegen einer psychischen Erkrankung mit chronischem Verlauf aus dem Arbeitsleben herausgefallen sind und denen über die Kombination von speziellen Trainingsmaßnahmen und therapeutischen Maßnahmen wieder die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht werden soll. Bundesweit existieren zurzeit 14 BTZ mit ca. 1.200 Plätzen.



### **5.3 Anteil von SGB-II-Leistungsbeziehern in Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung ohne Hilfeangebote zur Teilhabe am Arbeitsleben<sup>30</sup>**

Zur psychiatrischen Versorgung gehören die Bereiche Behandlung, Rehabilitation, Beratung und Pflege.

Die Behandlung wird durch Krankenhäuser, durch die niedergelassene Ärzteschaft, durch Psychotherapeuten und die Heilmittelversorger (Ergotherapie, Physiotherapie, Krankenpflege, Soziotherapie etc.) geleistet. Daten zum Anteil von SGB-II-Leistungsbeziehern liegen allenfalls den Einrichtungen oder Praxen vor. Sie werden nicht überall systematisch erfasst und auch nach Erhebung höchst selten ausgewertet. Die Krankenhausstatistik der Bundes- bzw. Landesämter für Statistik erfasst den Erwerbsstatus der Patienten/-innen nicht. Aus einer Erhebung der Gmünder Ersatzkasse (GEK) über die Dauer der Krankenhausaufenthalte im Vergleich zwischen Erwerbstätigen und Arbeitslosen ist ersichtlich, dass die Aufenthaltsdauer auf Grund einer psychischen Erkrankung bei Arbeitslosen 7-fach höher ist als bei Erwerbstätigen (GEK 2007).

Medizinische Rehabilitation für Menschen mit psychischer Erkrankung ist bisher nicht flächendeckend und bedarfsgerecht ausgebaut und erfolgt in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK; siehe Punkt 5.2) und in psychosomatischen Rehabilitationseinrichtungen (APK 2004). Für den letztgenannten Bereich liegen keine Daten zum Zugang der Zielgruppe vor.

Aus dem Bereich der ergotherapeutischen Versorgung sind in den letzten zehn Jahren vermehrt Angebote der begleitenden Arbeits- und Beschäftigungstherapie entstanden, die auch begleitende Hilfen für Arbeitsuchende mit psychischen Erkrankungen umfassen (Bennewitz 2008; Köhler/Steier-Mecklenburg 2007). Eine statistische Auswertung nach Art des Leistungsbezugs liegt nicht vor.

Im Bereich der Hilfen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (nach § 53 ff. SGB XII) für Menschen mit seelischen Behinderungen leben SGB-II-Leistungsbezieher vor allem mit Unterstützung von ambulant betreutem Wohnen im Sinne aufsuchender Dienste. Dabei sind nur ein Teil der seelisch behinderten Leistungsbezieher nach SGB XII erwerbsfähig. Bei stationärer Betreuung in Wohneinrichtungen ist aufgrund bestehender gesetzlicher Regelung davon auszugehen, dass die Betreuten dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen. Bei täglicher teilstationärer Betreuung (z. B. in Tagesstätten) wird meistens ebenfalls davon ausgegangen, dass die Betreuten dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfe erhebt keine Daten zum Anteil der SGB-II-Leistungsbezieher in Angeboten der Eingliederungshilfe. Die überörtlichen und örtlichen Sozialhilfeträger erfassen die Daten über die Art der Hilfen zum Lebensunter-

---

<sup>30</sup> Zur Relevanz dieser Personengruppe siehe Fußnote 16 auf Seite 31.

halt von Teilnehmern in Maßnahmen der Eingliederungshilfen nicht systematisch. Gleichfalls wird seitens der Leistungsträger die Anzahl seelisch behinderter Mitarbeiter in Werkstätten für behinderte Menschen erfasst, die jedoch in der Regel voll erwerbsgemindert sind und somit nicht zum Klientel des SGB II zählen. Die Berichte der Psychiatriereferenten der Länder bilden zwar den Nutzungsgrad der Eingliederungshilfeangebote ab, erheben jedoch die Art der Unterhaltsleistungen nicht.

## 5.4 Zwischenfazit

Die Datenlage zum Bestehen psychischer Erkrankungen bei Leistungsbezug nach SGB II ist sehr heterogen und in ihrer Grundlage uneinheitlich. Daher wurden verschiedene Datenquellen untersucht und auf dieser Basis eine grobe Abschätzung der Größenordnung des Personenkreises vorgenommen. In einem ersten Schritt ging es dabei um die Anzahl der psychisch erkrankten Personen, die Leistungen nach dem SGB II beziehen. Hier liegen immerhin für das Jahr 2009 Zahlen aus dem Bereich der Krankenkassen vor, die nahezu die Hälfte der Bezieher von Alg II umfasst. Diese Daten zeigen, dass psychiatrische Diagnosen bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten deutlich häufiger vorkommen als bei Beschäftigten. Dort, wo sich der Gesamtanteil ermitteln lässt, lag der Anteil solcher Diagnosen bei über einem Drittel der Personen, wohlgemerkt, bezogen auf ein Jahr. Etwa 15 Prozent der Alg-II-Bezieher hatten eine Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen, also z. B. eine Depression (2011: 17 %). Noch höher, nämlich 20 Prozent, liegt der Anteil derjenigen, die eine Diagnose aus dem Spektrum der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen aufwiesen, also z. B. Angst- oder Zwangsstörungen oder körperliche Beschwerden ohne medizinischen Befund (2011: 22 %). Schizophrene Erkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen spielen dagegen eine weitaus geringere Rolle.

Die häufigsten Einzeldiagnosen waren 2009 mit etwa einem Achtel der Alg-II-Bezieher unter den AOK- und BKK-Versicherten depressive Episoden, gefolgt von somatoformen Störungen mit etwa einem Zehntel. Neben psychischen oder Verhaltensstörungen durch Tabak und Alkohol spielen bei den Einzeldiagnosen Angststörungen und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (die sich u. a. auch in depressiven Stimmungslagen äußern können) noch eine größere Rolle. Diese sechs Störungsformen dürften diejenigen sein, mit denen Mitarbeiter der SGB-II-Träger am häufigsten konfrontiert werden.

Um eine Vorstellung von der Größenordnung der Erkrankungen zu bekommen: Ein Anteil von 17 Prozent der Leistungsbezieher mit einer Diagnose aus dem Bereich der affektiven Störungen bedeutet bei 4 Millionen Leistungsberechtigten eine Personengruppe von 680.000 Menschen, davon mehr als vier Fünftel (87 %), also fast 600.000 Menschen mit einer „depressiven Episode“ (ICD-10: F32). Allein die Personengruppe mit der Einzeldiagnose „somatoforme Störung“ (ca. 10 Prozent, ICD-10: F45) würde unter der Voraussetzung, dass die Daten der Krankenkassen in etwa auf die Gesamtpopulation der Alg-II-Bezieher hochgerechnet werden können,

um die 400.000 Personen mit dieser Diagnose in einem Jahr bedeuten. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei einer solchen Hochrechnung keineswegs um gesicherte Zahlen handelt. Auch Ableitungen zur Krankheitsschwere und möglichen Unterstützungsbedarfen lassen sich hieraus nicht treffen - die Bedeutung der Personengruppe insgesamt wird dagegen sehr deutlich.

Eine weitere von uns herangezogene Datenquelle ist die Rentenversicherung. Bezogen auf das Jahr 2006, das für die Analysen zu Grunde gelegt wird, lässt sich zeigen, dass bei über 800.000 Maßnahmen insgesamt ca. 11.000 arbeitslose Personen wegen einer psychischen Erkrankung (ohne Abhängigkeitserkrankungen) eine medizinische Rehabilitation durchlaufen haben. Von allen arbeitslosen Rehabilitanden waren dies immerhin 13,5 Prozent (Alg I und II). Im Bereich der beruflichen Rehabilitation (etwa 100.000 Maßnahmen im Jahr 2006) ist der Anteil der Arbeitslosen höher, der Bereich der Menschen mit psychischer Erkrankung unter den Arbeitslosen entspricht dem Anteil in der medizinischen Reha. Insgesamt nahmen etwas über 3.000 Arbeitslose mit psychischer Erkrankung an einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation teil, wovon ein verhältnismäßig hoher Anteil auf Personen mit schizophrenen Erkrankungen entfällt. Im Zusammenhang mit gesundheitsbedingten Frühberentungen zeigt sich gemäß Zahlen von 2011, dass bei den Neuzugängen in Erwerbsminderungsrente die psychischen Erkrankungen bei den vorher Arbeitslosen eine deutlich größere Rolle spielen als bei denen, die aus Erwerbstätigkeit in die Rente übergehen.

Gleichfalls Untersuchungsgegenstand war, wie groß der Anteil von Leistungsbeziehern nach dem SGB II in Einrichtungen ist, die Menschen mit psychischer Erkrankung versorgen. In den Einrichtungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) schwankt dieser Anteil im Jahr 2010 zwischen fünf und 27 Prozent, sodass sich hieraus keine einheitliche Abschätzung ableiten lässt. In den Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung liegen keine verlässlichen Daten über den Anteil der SGB-II-Leistungsbezieher vor, sodass dieser Bereich nach wie vor eine „Black Box“ darstellt.

Der sich im Folgenden anschließende Teil B des Berichtes vertieft die zunächst quantitativ orientierte Exploration zur Situation von Menschen mit psychischer Störung im SGB II durch Ergebnisse einer empirischen, qualitativ angelegten Untersuchung mittels Experteninterviews in fünf Regionen in Deutschland. Auch hier richtet sich der Blick ebenso über die SGB-II-Träger hinaus auf das gesamte regionale Hilfenetz für Menschen mit psychischer Erkrankung, um insbesondere eine Betrachtung von Kooperationsbeziehungen innerhalb und zwischen den Hilfesystemen zu ermöglichen.

## **Teil B – Empirische Untersuchung mittels Experteninterviews**

### **6 Darstellung der Untersuchung**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Explorationsstudie zur Situation psychisch Kranker im SGB II vorgestellt. Hiermit soll ein erster Beitrag geleistet werden zur Erforschung der vor allem arbeitsmarktbezogenen Probleme und Chancen einer Personengruppe der Grundsicherung, für die bislang kaum gesicherte Erkenntnisse vorliegen. Gemäß dem Charakter einer Explorationsstudie gilt es im vorliegenden empirischen Teil, zunächst das Feld anhand der gewonnenen Erkenntnisse zu strukturieren, erste Befunde zu präsentieren sowie Anstöße für weiteren Forschungsbedarf aufzuzeigen. Eine erschöpfende Darstellung der Arbeitsmarktlage dieser überaus heterogenen Problemgruppe sowie eine befriedigende Ausleuchtung der vorhandenen institutionellen Angebote und ihrer Chancen und Risiken können an dieser Stelle nicht geleistet werden.

#### **6.1 Überblick**

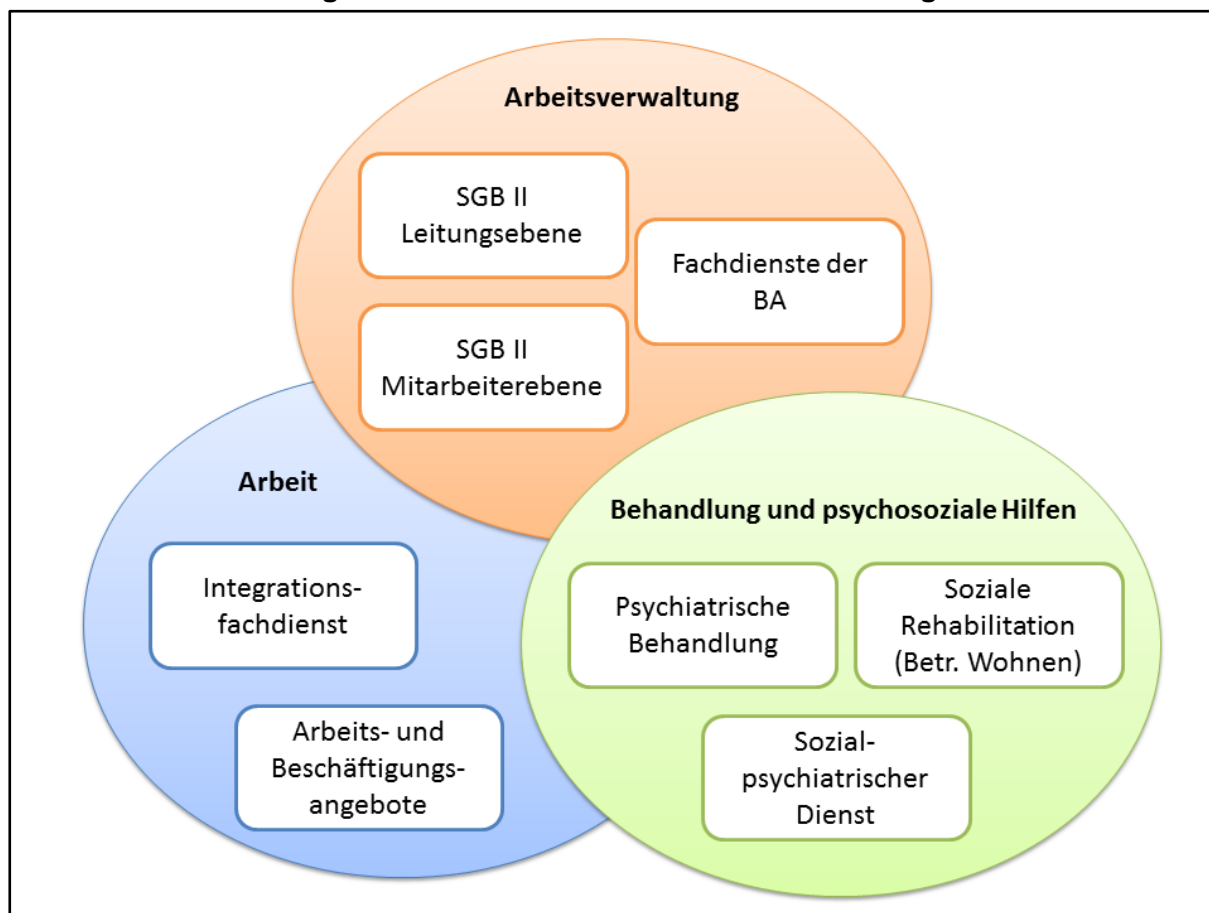
Die Darstellung der empirischen Ergebnisse gliedert sich in folgender Weise: Zunächst wird das Untersuchungsfeld in seinen wesentlichen Zügen skizziert, gewissermaßen als kurze Einführung in die Institutionen, die mit unterschiedlichen inhaltlichen Schwerpunkten Unterstützungsleistungen für psychisch beeinträchtigte Menschen erbringen. Neben den SGB-II-Trägern lassen sich im Hilfesystem zwei zentrale Bereiche bündeln: auf Behandlung und psychosoziale Hilfen ausgelegte Einrichtungen sowie Unterstützungsangebote mit dem Fokus Arbeit. Im Anschluss wird der methodische und empirische Zugang der Studie mit Blick auf die ausgewählten Untersuchungsregionen und die dort interviewten Experten sowie die den Gesprächen zugrunde liegenden Leitfäden dargelegt. Ausführungen zur Methodik des Experteninterviews beschließen den Teil. Der Präsentation der empirischen Ergebnisse ist zunächst eine Problemexposition vorangestellt, in der die Situation der Zielgruppe sowohl hinsichtlich ihrer quantitativen Bedeutung für die einzelnen Einrichtungen als auch mit Blick auf die konkreten Hindernisse und Barrieren, die eine Arbeitsaufnahme bzw. Arbeitsvermittlung erschweren, beschrieben wird. Thematisch gegliedert nach den einzelnen Institutionen werden im Anschluss daran die zentralen Befunde der Experteninterviews präsentiert. Im Fokus stehen dabei insbesondere die SGB-II-Träger mit ihren verschiedenen hierarchischen Ebenen und organisatorischen Bereichen, neben den Vermittlungsfachkräften vor allem der Ärztliche Dienst und der Berufspsychologische Service (bis 2012: Psychologischer Dienst). Dies wird gefolgt von Erkenntnissen aus den Gesprächen mit Vertretern der verschiedenen Institutionen des Hilfesystems. Den Abschluss bildet eine Reflexion zentraler, institutionenübergreifender Aspekte.

#### **6.2 Das Untersuchungsfeld**

In einem ersten Schritt gilt es, das Feld, dessen Erschließung sich die vorliegende Arbeit widmet, in seinen wesentlichen Zügen darzustellen (vgl. Abbildung 2). Dies beinhaltet zum einen eine kurze Vorstellung der verschiedenen relevanten Instituti-

onen sowie ihrer Funktionen mit Blick auf die Integration psychisch kranker Menschen in Erwerbsarbeit, zum anderen werden zwei Modellregionen und die dortige Praxis der Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung im SGB II konturiert.

**Abbildung 2**  
**Modellhafte Darstellung relevanter Institutionen des Untersuchungsfeldes**



Quelle: Eigene Darstellung.

### **Die Arbeitsverwaltung**

*Mitarbeiter der Jobcenter* (zum Zeitpunkt der Untersuchung noch ARGEN) strukturieren im Wesentlichen die Betreuungs-, Zugangs- und Leistungsprozesse der Grundsicherung für erwerbsfähige Hilfebedürftige. Zu differenzieren sind auf operativer Ebene Mitarbeiter der „allgemeinen“ Arbeitsvermittlung, die zugleich meist als Erstansprechpartner fungieren, spezialisierte Mitarbeiter für besondere Klientengruppen, sogenannte Fallmanager für Personen mit „multiplen Vermittlungshemmnissen“, sowie Rehabilitationsberater der Arbeitsagentur für Personen mit bestehender oder festzustellender Behinderung der beruflichen Teilhabe.

*Mitarbeiter in Leitungspositionen* nehmen innerhalb der Arbeitsverwaltung institutionelle Steuerungsfunktionen wahr und sind infolge ihres übergreifenden Arbeitsgebietes für eine Einschätzung der Relevanz der Personengruppe innerhalb der Institution bedeutsam sowie mit Blick auf die Strukturierung der konkreten Leistungserbringung für die Arbeitssuchenden und eine mögliche Differenzierung für psychisch

beeinträchtigte Personen. Hinsichtlich der konkreten „Fallbearbeitung“ durch die Vermittlungsfachkräfte üben Mitarbeiter in Leistungspositionen nur die allgemeine Fachaufsicht aus.

*Der Ärztliche Dienst und der Berufspsychologische Service* stellen im Rahmen von Fachgutachten relevante Informationen zur gesundheitlichen und psychischen Situation von SGB-II-Beziehenden bereit. Stellungnahmen der Fachdienste haben einen wesentlichen Einfluss auf die Fallbearbeitung durch die Vermittlungsfachkräfte, da anhand dieser meist entschieden wird, ob spezifische Teilhabeleistungen gemäß SGB III bzw. IX in Betracht zu ziehen sind (Schubert et al. 2007). Zudem kommt den von Vermittlungsfachkräften in Auftrag gegebenen Gutachten eine erhebliche Bedeutung bei der Bestimmung möglicher Erwerbsperspektiven und leistungsbezogener Unterstützungserfordernisse für die untersuchten Personen zu.

### ***Das Hilfesystem im Bereich Behandlung und psychosozialer Hilfen***

Der *Sozialpsychiatrische Dienst* (SpDi) als kommunal finanzierte öffentliche Einrichtung bietet kostenfrei Beratung und Hilfestellung für psychisch kranke Menschen und ihre Angehörigen an. Er ist zugleich Ansprechpartner für Institutionen, Ärzte, Therapeuten oder Beratungsstellen. Weiterhin erbringt er zum Teil selbst Hilfedienstleistungen etwa in der Alltagsbegleitung, ist aber überwiegend in der Koordination und Vermittlung von medizinischen und psychosozialen Hilfen im diversifizierten Hilfesystem für psychisch kranke Menschen tätig. Gleichzeitig kann er als Ansprechpartner der Arbeitsverwaltung für den hier relevanten Personenkreis im Kontext psychosozialer Betreuung (§ 16a SGB II) dienen und gutachterlich für die Arbeitsverwaltung tätig werden.

*Institutionen und Angebote zur psychiatrischen Behandlung und medizinischen Rehabilitation* leisten medizinisch-psychologische Behandlung und Rehabilitation von psychisch kranken Menschen. Dazu zählen Psychiatrische Krankenhäuser, medizinische Rehabilitationseinrichtungen und ganztägig ambulante Tageskliniken ebenso wie ambulante sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Angebote. Als besonderes Angebot sind zudem Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK) zu nennen, die als Komplexleistung medizinische, berufliche und psychosoziale Angebote unter einem Dach anbieten. Während bei leichteren Erkrankungen ambulante Behandlungsangebote wie eine Psychotherapie ausreichen, können bei schwereren Erkrankungen, die oftmals einen chronischen Verlauf haben, auch stationäre und/oder ganztägig ambulante Therapieangebote notwendig sein, an die sich gegebenenfalls weitere ambulante Leistungen anschließen. Im Rahmen dieser Studie wurden ausschließlich Mitarbeiter von Tageskliniken befragt.

*Angebote der sozialen Rehabilitation bzw. Hilfen zur sozialen Teilhabe:* Psychische Erkrankungen können die Notwendigkeit einer Unterstützung der Betroffenen bei der Bewältigung des Alltags begründen, wobei insbesondere dem Bereich Wohnen eine zentrale Rolle zukommt. So bestehen neben stationären, soziotherapeutischen



Einrichtungen im ambulanten Bereich sowohl institutionalisierte Angebote in Form von speziellen Wohngruppen als auch eine Vielzahl aufsuchender Dienste, sogenanntes ambulant betreutes Wohnen. Gemeinsam ist diesen Angeboten, dass Betroffene bei der Alltagsbewältigung unterstützt und in Krisensituationen begleitet werden. Da der größte Teil der Nutzer von stationären Unterstützungsangeboten aufgrund ihrer Beeinträchtigungen erwerbsunfähig ist, sind im vorliegenden Zusammenhang insbesondere Anbieter aufsuchender ambulanter Dienste von Interesse. Voraussetzung für Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft nach dem SGB XII (soziale Rehabilitation) ist das Vorliegen einer „wesentlichen Behinderung“ (§ 53 Abs. 1 SGB XII), die insbesondere bei Personen mit mittleren oder schweren psychischen Beeinträchtigungen gegeben ist. Die Erwerbsfähigkeit „wesentlich behinderter Menschen“ ist dabei oftmals gemindert. Folglich zeigen Vorerfahrungen, dass sich nur für einen kleineren Teil der betreuten Personengruppe Perspektiven auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ergeben können. Seitens der professionellen Dienste besteht kaum Fachwissen über arbeitsmarktpolitische Fördermöglichkeiten. Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung sind nur bei einem begrenzten Teil der Klienten vorhanden (APK 2004).

### ***Beschäftigungsbezogene Angebote außerhalb der SGB-II-Träger***

*Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nach §§ 33 ff. SGB IX* werden zumeist von Bildungsträgern oder in besonderen Einrichtungen durchgeführt, zu denen Berufsförderungswerke (BFW), Berufsbildungswerke (BBW) und - spezifisch für Menschen mit psychischer Erkrankung - berufliche Trainingszentren (BTZ) sowie Einrichtungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation (RPK) zählen. Das Ziel besteht hierbei in erster Linie in der Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit und dem Erreichen eines Wiedereinstieges in das Berufsleben unter Berücksichtigung der psychosozialen Probleme der Klienten (BTZ und RPK) sowie dem Eröffnen neuer Beschäftigungschancen durch Qualifikationsangebote (BFW). Zugangsvoraussetzung zu vorstehenden spezifischen Einrichtungen ist ein Bedarf an besonderen Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, welcher durch den zuständigen Leistungsträger festgestellt wird. Die Dauer der stets befristeten Angebote reicht von einigen Monaten bis zu zwei Jahren.

*Leistungen nach § 132 SGB IX in Integrationsbetrieben* bei anerkannter Schwerbehinderung (Senner 2010) und nach § 39 SGB IX in Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) bieten meist dauerhaft die Möglichkeit einer geschützten Beschäftigung bzw. einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung. Beide Einrichtungstypen sind hinsichtlich der Frage nach geeigneten Leistungen und Strategien einer Erwerbsspartizipation der Personengruppe bedeutsam. Entsprechend der Unterschiedlichkeit der Angebote bestehen verschiedene Zugangsvoraussetzungen zu den Angeboten.

*Integrationsfachdienste* (§§ 109 ff. SGB IX) haben als spezialisierte Dienste die Aufgabe, leistungsträgerübergreifend die Teilhabe von Menschen mit anerkannter Schwerbehinderung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen. Sie bieten



auf Grundlage einer differenzierten Hilfeplanung neben der berufsbegleitenden Beratung nach individueller Beauftragung durch entsprechende Leistungsträger spezialisiert Unterstützung bei der Vermittlung von passenden Ausbildungs- oder Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Menschen an (Ulrich 2010a, 2010b). Entsprechend werden diese Einrichtungen teilweise im Rahmen einer Beauftragung durch die Arbeitsverwaltung eingebunden. Integrationsfachdienste leisten neben der Unterstützung der Arbeitsuchenden insbesondere Beratungsarbeit für Arbeitgeber, u. a. zu psychischen Erkrankungen.

### 6.3 Auswahl der Regionen

Insgesamt wurden in die Untersuchung fünf Standorte einbezogen, bei deren Auswahl zunächst eine Reihe formaler, struktureller Kriterien leitend war. So wurden sowohl verschiedene Bundesländer als auch verschiedene Regionen mit unterschiedlichen Siedlungsstrukturen zur Abbildung unterschiedlicher regionaler Voraussetzungen der Leistungserbringung einbezogen (vgl. Tabelle 10). Als drittes Kriterium wurde das Wissen um spezifische Innovationen innerhalb der SGB-II-Träger bei der Betreuung und Vermittlung psychisch kranker Menschen berücksichtigt.<sup>31</sup> Im Überblick stellt sich die Auswahl der Untersuchungsregionen wie folgt dar:

**Tabelle 10**  
**Stichprobe der Standorte nach berücksichtigten strukturellen Merkmalen der Untersuchungsregion**

Standort	Bundesland	Siedlungsstruktur	bekannte Innovation im Arbeitsverwaltungskontext?
Region A	Bundesland 1	Großstadt	Nein
Region B	Bundesland 2	Ländlich	Nein
Region C	Bundesland 3	Mittelstadt	Nein
Region D	Bundesland 4	Großstadt	Ja
Region E	Bundesland 5	Ländlich	Ja

Quelle: Eigene Darstellung.

Da zwei Regionen einbezogen wurden, die besondere Innovationen im Feld der Betreuung von psychisch Kranken aufweisen, kommt diesen bezüglich möglicher Hinweise im Sinne eines „GoodPractice“ eine besondere Bedeutung zu.

#### **Modellregion D**

In der Region D wurde bereits parallel zur Einführung des SGB II ein „Spezifisches Fallmanagement für SGB-II-Beziehende mit gesundheitlichen Problemen“ eingeführt und kontinuierlich weiterentwickelt. Zu dieser Zielgruppe zählen überwiegend psychisch beeinträchtigte Arbeitsuchende. Das Fallmanagement dieses SGB-II-Trägers verfügt über zielgruppenspezifisch besonders qualifiziertes Personal und arbeitet innerhalb dieses Dienstes zudem mit einem deutlich reduzierten Betreuungsschlüssel. Neben der direkten Fallarbeit stehen die Berater des spezialisierten Fallmana-

<sup>31</sup> Regionen mit zugelassenen kommunalen Trägern (Optionskommunen) wurden nicht einbezogen.

gemeinsam als Hintergrundberater für die allgemeinen Fallmanager und Arbeitsvermittler zur Verfügung.

### **Modellregion E**

In der Region E ist unter Beteiligung des Landesministeriums ein Projekt initiiert worden, das die Vernetzung des Jobcenters mit den Akteuren des Hilfesystems zum Ziel hat, was auch die Initiierung von Maßnahmen seitens des Jobcenters umschließt. Die wesentlichen Erbringer von sozialpsychiatrischen Hilfen haben sich durch Bildung eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) vernetzt und arbeiten eng mit dem Jobcenter zusammen. In der ersten Phase stand hier die fallbezogene Kooperation des Jobcenters mit einer Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Vordergrund. Hierfür wurde die Stelle eines sogenannten „Netzwerkers“ eingerichtet, der zu jeweils 50 Prozent in der Klinik und in der Arbeitsverwaltung beschäftigt ist. Mit Unterstützung des Jobcenters hat sich zudem eine Selbsthilfegruppe von Arbeitsuchenden gebildet, die auch Arbeitsuchenden mit psychischen Problemen Erfahrungsaustausch und Unterstützung anbietet.

### **Interviewte Akteure**

Innerhalb der jeweiligen Standorte sind gemäß der Skizzierung des Untersuchungsfelds verschiedene Einrichtungen und Dienste als relevante Akteursgruppen, als „Experten“ von Bedeutung. Als „Experten“ werden hier Mitarbeiter von Einrichtungen und Diensten verstanden, die zum Untersuchungsgegenstand relevantes Wissen beitragen können. Der Expertenstatus basiert dabei nicht auf einer personalen Eigenschaft, sondern auf der Zuschreibung der Expertenrolle durch den Forscher (Meuser/Nagel 2002). Zentral ist die „soziale Relevanz“ des Expertenwissens, die entsteht, wenn die Experten durch „ihre Handlungsorientierungen, ihr Wissen und ihre Einschätzungen die Handlungsbedingungen anderer Akteure in entscheidender Weise (mit-)strukturieren“ (Bogner/Menz 2002: 45). Diese praxisrelevante „Wirkmächtigkeit“ des Wissens der Experten bildet neben dessen Exklusivität ein wichtiges Auswahlkriterium. Im Rahmen dieser Studie wurden insgesamt acht Akteursgruppen als untersuchungsrelevant definiert (Tabelle 11).

**Tabelle 11**  
**Eingeschlossene Akteursgruppen nach Schwerpunkt des Tätigkeitsbereiches**

Bereich	Akteursgruppen
(I) Arbeitsverwaltung	(1) Mitarbeiter der SGB-II-Träger – Leitungsebene (2) Mitarbeiter der SGB-II-Träger – operative Ebene (allg. Arbeitsvermittlung und Fallmanagement; Rehabilitationsberatung für SGB II der BA) (3) Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service der Bundesagentur für Arbeit (BA)
(II) Behandlung und psychosoziale Hilfen	(4) Sozialpsychiatrischer Dienst (5) Tagesklinik/Institutsambulanz/Psychiatrische Klinik (6) Ambulante Angebote der sozialen Rehabilitation
(III) Arbeit	(7) Integrationsfachdienst (8) Angebote im Bereich Arbeit und Beschäftigung (Integrationsprojekte, WfbM; BTZ)

Quelle: Eigene Darstellung.

Die ausdifferenzierten Kompetenzbereiche und Zuständigkeiten innerhalb der SGB-II-Träger machen die Befragung verschiedener Gesprächspartner erforderlich. Dies umfasst die allgemeine Arbeitsvermittlung bzw. das Fallmanagement und die Rehabilitationsberatung der Bundesagentur für Arbeit (BA) für das SGB II. Diese Interviews wurden als Gruppeninterviews durchgeführt. Am gemeinsamen Interview mit dem Ärztlichen Dienst und dem Berufspsychologischen Service der BA konnte jeweils auch nur einer von beiden Akteuren beteiligt sein. Entsprechend ergibt sich bei jeweils acht Interviews an fünf Standorten ein geplantes Sample von 40 Interviews, welches als empirische Basis für die Untersuchung dient. Insgesamt konnten im Rahmen der Feldphase zwischen Dezember 2010 und Mai 2011 Gespräche mit 37 von 40 avisierten Akteursgruppen in 43 persönlichen Interviews am Arbeitsplatz der Befragten realisiert werden (Tabelle 12).

**Tabelle 12**  
**Empirische Datenbasis der Untersuchung nach Akteursgruppe und Region**

Akteurskategorie	Region				
	A	B	C	D	E
Mitarbeiter der SGB-II-Träger – Leitungsebene	x	x	x	x	x
Mitarbeiter der SGB-II-Träger – operative Ebene (allg. Arbeitsvermittlung, Fallmanagement, Rehabilitationsberatung)	x	x	x	x	x
Ärztlicher Dienst und Berufspsychologischer Service (der BA)	x	x	x	-*	-*
Sozialpsychiatrischer Dienst	x	-*	x	x	x
Tagesklinik/Institutsambulanz/Psychiatrische Klinik	x	x	x	x	x
Ambulante Angebote der sozialen Rehabilitation (Alltagsbegleitung)	x	x	x	x	x
Integrationsfachdienst	x	x	x	x	x
Angebote im Bereich Arbeit und Beschäftigung (Integrationsprojekte, WfbM; BTZ)	x	x	x	x	x
Anzahl eingeschlossener Akteursgruppen gesamt (n=37)	8	7	8	7	7
Anzahl realisierter Interviews (n=43)	11	9	9	7	7

\* Interview nicht realisierbar

Quelle: Eigene Darstellung.

## 6.4 Das Experteninterview

Insbesondere intra- und interinstitutionelle Prozesse der Betreuung und Vermittlung der SGB-II-Träger sind nicht der unmittelbaren Beobachtung und Erfahrung im Forschungsprozess zugänglich, sodass diese über den Kreis der daran beteiligten Akteure zu erschließen sind (Bartelheimer 2005). Experteninterviews sind hierfür besonders geeignet, da diese die Teilhabe an exklusivem Spezialwissen ermöglichen (Gläser/Laudel 2009). Darüber hinaus erweist sich diese Methode als besonders hilfreich bei der Exploration bislang wenig erforschter, unübersichtlicher Forschungsgegenstände (Zimmermann 2007), wobei „kommunizierbares Handlungs- und Erfahrungswissen“ systematisch anhand eines Leitfadens und in thematisch

vergleichbarer Form erhoben werden kann (Bogner/Menz 2002: 37). Über dieses reflexiv verfügbare Wissen hinaus eröffnet sich auch die Möglichkeit der „Konzeptualisierung von (impliziten) Wissensbeständen, Weltbildern und Routinen, [...] die Experten in ihrer Tätigkeit entwickeln“ (ebd.: 38). Die Erschließung dieser subjektiven Deutungsmuster des Faktenwissens kann Erklärungsansätze für dessen Umsetzungspraxis liefern.

Somit ergeben sich vor diesem Hintergrund drei ineinander verschränkte und analytisch bedeutsame Dimensionen des Expertenwissens (ebd.: 43):

- Technisches Wissen, „das sich durch die Herstellbarkeit und Verfügung über Operationen und Regelabläufe, fachspezifische Anwendungsroutinen, bürokratische Kompetenzen usw. charakterisiert“.
- Prozesswissen, „das sich auf [...] Information über Handlungsabläufe, Interaktionsroutinen [und] organisationale Konstellationen“ bezieht und somit „praktisches Erfahrungswissen aus dem eigenen Handlungskontext“ des Experten repräsentiert.
- Deutungswissen, welches sich auf „subjektive Relevanzen, Regeln, Sichtweisen und Interpretationen des Experten“ bezieht.

Das Experteninterview beschränkt sich damit nicht ausschließlich auf die Erhebung sachlicher Informationen (Gläser/Laudel 2009), sondern schließt die subjektive Interpretation von Wissensbeständen bei der Erhebung systematisch mit ein.

### ***Erstellung von Interviewleitfäden***

Entsprechend der unterschiedlichen in die Erhebung einbezogenen Institutionen wurden spezifische Leitfäden für die Durchführung der Interviews entwickelt. An die benannten Fragestellungen anknüpfend wurden einerseits Interviewbestandteile definiert, die für alle Institutionen relevant sind und daher in allen Leitfäden Verwendung finden. Andererseits ergeben sich aus der Forschungsfrage spezifische Themenbereiche, die sich auf die jeweiligen Angebote und Sichtweise der einzelnen Institutionen beziehen, die ebenfalls einbezogen wurden. Insgesamt wurden fünf unterschiedliche Leitfäden eingesetzt:

- Leitfaden für SGB-II-Träger (Akteursgruppen 1 + 2)
- Leitfaden für den Ärztlichen Dienst und Berufspsychologischen Service der Arbeitsagentur (Akteursgruppe 3)
- Leitfaden für Sozialpsychiatrische Dienste, Institutionen der medizinischen Behandlung und Einrichtungen/Dienste der sozialen Rehabilitation (Akteursgruppe 4 - 6)
- Leitfaden für Integrationsfachdienste (Akteursgruppe 7)
- Leitfaden für Anbieter im Bereich Arbeit und Beschäftigung (Akteursgruppe 8)

Inhaltlich sind alle Leitfäden nach folgenden Schwerpunkten aufgebaut<sup>32</sup>:

- Informationen zu den Gesprächspartnern
- quantitative Einschätzung der Größe des Personenkreises
- eigene Angebote der Institution bzw. des Dienstes
- Art und Inhalt der eigenen Angebote bzw. des eigenen Arbeitsbereichs
- qualitative Erfassung der Leistungsfähigkeit psychisch kranker Menschen
- Angebotene und relevante Leistungen der Institution bzw. des Dienstes für den Personenkreis
- „Fallbearbeitung“ in der Arbeitsverwaltung (nur Anbieter medizinischer/sozialer Hilfen)
- Kooperation und Vernetzung (intern und extern)

### **Auswertungsmethode**

Alle Experteninterviews wurden transkribiert und computergestützt mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (Kuckartz 2007; Mayring 2008b). Unter qualitativer Inhaltsanalyse wird die Bündelung von Verfahrensweisen zur systematischen Textanalyse verstanden, wobei die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durch eine klassische Vorgehensweise zur Analyse von Textmaterialien gekennzeichnet ist. Die Methode ermöglicht ein systematisches und regelgeleitetes Vorgehen, mit dem auch größere Datenmengen bearbeitet werden können (Mayring 2008a), und hat zum Ziel, an den notwendigen enthaltenen qualitativen Bestandteilen des Interviewmaterials anzusetzen und sie durch weitere Analyseschritte zu verdichten (Gläser/Laudel 2009). Mittels festgelegter Ordnungskriterien wurden relevante Aspekte aus dem Material herausgearbeitet (Mayring 2008a), wobei das hierfür notwendige gestufte Kategorienschema aus den strukturierten Leitfäden abgeleitet wurde. Einzelne Aussagen zu diesen Kategorien werden durch Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung herausgearbeitet und fallübergreifend generalisiert (vgl. Lamnek 2005: 218).<sup>33</sup>

## **7 Ergebnisse der Interviews**

Will man sich der Gruppe der Menschen mit psychischer Erkrankung im SGB II nähern, so stellt sich zunächst die Frage, welche Erkrankungen hier dominieren und wie deren quantitativer Anteil an den Leistungsbeziehenden nach dem SGB II bzw.

---

<sup>32</sup> Personenbezogene Daten über Leistungsberechtigte wurden in den Gesprächen nicht erhoben, sondern allein Facetten der institutionellen Widerspiegelung sowie institutioneller Prozesse.

<sup>33</sup> Mit Blick auf die Auswahl der Vermittler in den SGB-II-Trägern ist anzumerken, dass es hier bisweilen dazu kam, dass entgegen den ausdrücklichen Wunsch des Forschungsteams, nicht „ganz normale“ Fachkräfte von der Leitungsebene ausgesucht wurden, sondern Mitarbeiter mit einschlägigem Schwerpunkt und langjähriger Erfahrung mit der infrage stehenden Personengruppe. Ein solches Problem ist bei dem gewählten Zugang zum Feld nur schwerlich zu vermeiden.

der von der jeweiligen Institution des Hilfesystems betreuten Personen eingeschätzt wird.

## **7.1 Problemexposition: Psychisch Kranke im SGB II**

In den SGB-II-Trägern wird der Umfang der von psychischen Beeinträchtigungen betroffenen Personen recht unterschiedlich eingeschätzt, was auch wesentlich von der oft schwierigen Abgrenzbarkeit der Personengruppe abhängt, sodass insgesamt die Angaben zum Anteil an den betreuten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen auf der Leitungsebene zwischen fünf und 40 Prozent schwanken. Entsprechend der unterschiedlichen Klientel geben zudem Mitarbeiter des Fallmanagements Anteile von bis zu zwei Dritteln an solchen Fällen an. Ihre Kollegen in der regulären Vermittlung beziffern diesen Anteil eher auf ein Drittel. Von Befragten aus dem Ärztlichen Dienst und dem Berufspsychologischen Service wird der Anteil an begutachteten Personen mit primär psychischer Erkrankung mit etwa zehn bis 15 Prozent deutlich niedriger angegeben, wohl auch aufgrund der professionelleren Differenzierungsfähigkeit zwischen psychischer Beeinträchtigung und manifester Erkrankung. Geteilt wird jedoch von allen die Einschätzung, dass psychische Erkrankungen in den letzten Jahren quantitativ zugenommen haben, insbesondere bei Personen unter 25 Jahren. Diese Einschätzung wird auch von den meisten befragten Akteuren des externen Hilfesystems geteilt.

Bei den befragten Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) befinden sich nach eigenen Angaben etwa 20 bis 30 Prozent der Nutzer im SGB-II-Leistungsbezug, die zudem meist besonders arbeitsmarktfremd sind. Daneben gebe es auch akut, aber nicht chronisch Erkrankte, die mit „leichten Krisen“ über § 16a SGB II von den Jobcentern an die Sozialpsychiatrischen Dienste vermittelt werden. Ähnlich wird in den Integrationsfachdiensten der Anteil an betreuten SGB-II-Beziehenden mit psychischer Erkrankung mit etwa 20 Prozent von allen Klienten angegeben, was diese zum Teil auf die Zuweisungspraxis und eine oft mangelnde Identifizierung von psychischen Erkrankungen bei den SGB-II-Trägern zurückführen. Auch in den befragten Einrichtungen der sozialen Rehabilitation stellen Klienten im SGB-II-Bezug einen eher kleinen Anteil von ca. 20 Prozent aller Klienten. Eine größere Bedeutung kommt dieser Personengruppe in den Tageskliniken zu. Nach Auskunft der Interviewpartner befindet sich etwa die Hälfte aller Patienten/-innen im Leistungsbezug nach dem SGB II. Schließlich findet sich in den untersuchten Integrationsfirmen ein Anteil von ca. 15 Prozent Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen, während ein Leistungsbezug nach dem SGB II für Beschäftigte in Werkstätten für behinderte Menschen aufgrund der meist bestehenden Erwerbsunfähigkeit in der Regel ausgeschlossen ist.

Mit Blick auf die am häufigsten von den Interviewten genannten Krankheitsbilder der betreuten SGB-II-Beziehenden ergibt sich ein recht eindeutiges Bild. Durchgehend werden von praktisch allen Befragten die folgenden Erkrankungen genannt:

- Depressionen



- Psychosen (insbesondere Schizophrenie)
- Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Erkrankungen

Weitere Diagnosen, die teilweise aufgrund variierender Arbeitsschwerpunkte insbesondere von Mitarbeitern einzelner Einrichtungen genannt wurden, umfassen Angststörungen und Mehrfacherkrankungen mit psychosomatischen Störungen (SGB-II-Träger), post-traumatische Belastungsstörungen, Anpassungs- und Impulskontrollstörungen (Integrationsfachdienste) sowie Burnout (Tageskliniken).

### ***Auswirkungen psychischer Beeinträchtigungen auf Arbeit und berufliche Leistungsfähigkeit***

Aufgrund der erheblichen Heterogenität psychischer Beeinträchtigungen und ihrer Folgen für die Aufnahme und erfolgreiche Ausübung einer Erwerbstätigkeit lässt sich kein pauschales Bild der Problemlage der betroffenen Personen zeichnen. Dies wird in den Interviews durchgehend betont. Dabei beruhen die Aussagen auf Erfahrungen mit jeweils einzelnen Leistungsempfängern, bei denen eine psychische Erkrankung vermutet oder auch festgestellt worden ist. Die in der Folge skizzierten Aspekte sind daher als eine erste Annäherung aus der Perspektive der betreuenden und unterstützenden Institutionen zu begreifen, wobei die genannten Dimensionen meist nicht auf alle Untergruppen der psychisch beeinträchtigten Personen zutreffen. Die dargestellte Unterschiedlichkeit der verschiedenen Krankheitsbilder und Schweregrade lässt dabei eine Verallgemeinerung auf die im Berichtsteil dargestellte große Gruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht zu.

Zunächst stellt, wie für alle anderen Arbeitsuchenden, die regionale Arbeitsmarktlage auch bei psychisch beeinträchtigten Personen eine wesentliche Rahmenbedingung für die Vermittlung dar. Aufgrund insgesamt verstärkter Konkurrenz um die verfügbaren Arbeitsplätze sind die Chancen von Personen mit Vermittlungshemmnissen, zu denen oftmals auch diese Personen zu zählen sind, deutlich gemindert, wozu hier Stigmatisierung ebenso wie faktische Leistungseinschränkungen beitragen. Anforderungen vieler Beschäftigungsverhältnisse am ersten Arbeitsmarkt, wie bestehender Leistungsdruck, geforderte Flexibilität, soziale Kompetenz und Verantwortungsbereitschaft, seien für viele von derartigen Erkrankungen Betroffene in der geforderten Form schwer zu erfüllen, und so potenziell überfordernd. Dementsprechend wird das Angebot an Stellen, die für diesen Personenkreis infrage kommen, meist stark begrenzt beschrieben. Zudem seien die wenigsten Arbeitgeber dazu bereit, die spezifischen Bedürfnisse von Beschäftigten mit psychischen Beeinträchtigungen bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -inhalte zu berücksichtigen. Auch in diesen Fällen vermehrt zu erwartende Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dadurch beeinträchtigte Planbarkeit wirkten sich negativ auf die Einstellungsbereitschaft potenzieller Arbeitgeber aus. Arbeitsplätze mit gestuften oder zeitweise reduzierten Leistungserwartungen und/oder klarem, eng umschriebenem Aufgabenfeld und an die Bedürfnisse der Betroffenen angepassten Rahmenbedingungen seien meist kaum vorhanden.



Hinsichtlich der grundlegenden Voraussetzungen für eine Erwerbsintegration psychisch beeinträchtigter Menschen geben einige Befragte an, dass eine oftmals schwer zu erreichende psychische Stabilität hierfür unabdingbar sei, was insbesondere für die Vermittlungsbemühungen der SGB-II-Träger von erheblicher Bedeutung ist. Gerade im Bereich der Erwerbsintegration treten zudem oftmals weitere Vermittlungshemmnisse hinzu, wie Schulden, somatische Beschwerden oder Nachlässigkeit in der Selbstsorge. Beides erschwert dabei die Fallbearbeitung sowie die Suche nach angemessenen Unterstützungsleistungen erheblich und schließt bisweilen Menschen mit psychischer Beeinträchtigung auch von den Möglichkeiten im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben aus. Weiterhin stellt die Einschränkung der Mobilität für diese Gruppe ein gravierendes Problem bei der Arbeitssuche dar, da ein Teil der Betroffenen z. B. aufgrund von Ängsten oder besonders intensiven Bindungen an Bezugspersonen stark ortsgebunden und auf stabile Routinen angewiesen ist, sodass eine überregionale Vermittlung kaum infrage kommt.

Mit Blick auf die konkreten Auswirkungen psychischer Einschränkungen werden von den Befragten Beeinträchtigungen der Motivation, der Konzentration, der Kritikfähigkeit und Selbsteinschätzung benannt. Zudem könne bei beruflichen Tätigkeiten eine Überforderung durch Stress, das Auftreten von Ängsten und eine instabile psychische Gesamtsituation die Möglichkeit der Erwerbsspartizipation beeinträchtigen, zumal die wenigsten Betriebe über Erfahrungen im Umgang mit derartigen Problemlagen verfügen. So bestehe mitunter eine besondere Sensibilität und Verletzlichkeit in sozialen Interaktionen, die oft auf das Kommunikationsverhalten wirke und bisweilen soweit gehe, dass bereits die Aufnahme und Ausgestaltung von Sozialkontakten - insbesondere zu unvertrauten Personen - für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung schwierig sein könne. Auch erschweren psychische Erkrankungen in Abhängigkeit von der aktuellen gesundheitlichen Situation bei vielen Betroffenen die Fähigkeit des Erfüllens allgemeiner Arbeitsanforderungen wie Verlässlichkeit und Pünktlichkeit und wirkten sich negativ auf die grundlegende Belastbarkeit aus. Zudem gibt es auch Personen, bei denen sich die psychische Beeinträchtigung in einer zeitlich eingeschränkten Leistungsfähigkeit oder Konzentrationsproblemen niederschlägt. Insgesamt variiert die Leistungsfähigkeit psychisch beeinträchtigter Menschen je nach Art und Schwere mit der Erkrankung erheblich und hängt auch von Kontextfaktoren wie dem betrieblichen und sozialen Umfeld ab.

Entsprechend der Heterogenität der Zielgruppe und derer Problemlagen bzw. ihrer Folgen lassen sich keine allgemeinen Unterstützungsbedarfe für die Zielgruppe formulieren, wenngleich für die meisten Befragten auf der Hand liegt, dass - je nach Schwere der Erkrankung - der Unterstützungsbedarf psychisch Erkrankter, verglichen mit anderen Fällen, meist deutlich höher ist. Dies reiche bis hin zur Notwendigkeit einer Einzelfallbetreuung zur Wiederherstellung der Tagesstruktur und/oder einer Verbesserung der Lebensumstände. Zugleich sei die Förderung der individuellen Motivation wichtig, da diese häufiger nicht a priori vorauszusetzen sei. Auch die

Unterstützung bei der Knüpfung sozialer Kontakte sowie die Schaffung von Möglichkeiten der Steigerung des Selbstwertgefühls werden als hilfreich erachtet.

Angebote und Leistungen zur Erwerbsintegration, so die Befragten, seien für schwer und langfristig psychisch beeinträchtigte Arbeitsuchende niedrigschwellig auszugestalten, sollten im Sinne eines gestuften Konzeptes zunächst psychische Stabilität ermöglichen und darauf aufbauend Fragen der Erwerbsintegration in den Blick nehmen. Dabei sollten sie stabilisierende Funktionen des sozialen Umfeldes durch Einbindung in Unterstützungsnetzwerke nutzen. Die Chancen der Erwerbsintegration werden zugleich eher ambivalent beurteilt: Einerseits geben Befragte an, dass eine Integration mit den „richtigen Mitteln“ häufiger erreichbar wäre, wobei die Passgenauigkeit von Instrumenten hervorgehoben wird. Andererseits - so eine andere Befragte - sei eine intensive Vermittlungsarbeit wichtig, bei der aber fehlende Fördermöglichkeiten als limitierend herausgestellt werden.

Hinsichtlich Maßnahmen der Arbeitsförderung wird die Notwendigkeit der Strukturierung und Begleitung bei Arbeitsmaßnahmen genannt, wobei - im Blick auf betriebliche Aspekte insgesamt - ein individuell passgenaues Arbeitsumfeld und günstige Rahmenbedingungen (Struktur, Transparenz, Regelmäßigkeit) anzustreben seien, um eine möglichst große Wirkung zu erzielen. Neben der eher individuellen Perspektive auf Unterstützungsbedarfe der Personengruppe verdeutlichen mehrere Befragte aber auch, dass die Unterstützung von (potenziellen) Arbeitgebern wichtig und notwendig sei, wobei diese auch entsprechende Beratung benötigten.

## **7.2 Arbeit in den SGB-II-Trägern**

Der institutionelle Auftrag der SGB-II-Träger besteht neben der Feststellung und Auszahlung finanzieller Leistungen in der Vermittlung in eine möglichst bedarfsdeckende Beschäftigung. Leistungen zur Eingliederung, die Dienst-, Sach- oder Geldleistungen umfassen können, dienen dem Erreichen dieses Ziels. Die durch die Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe entstandenen ARGEN (heute: gemeinsame Einrichtungen) und die zugelassenen kommunalen Träger entstammen zwei unterschiedlichen Traditionen, denen der Arbeits- und der Sozialverwaltung. Daraus ergibt sich mitunter ein Konflikt zwischen den Zielen der eher helfenden, aus der Sozialhilfe stammenden Tradition und den stärker integrationsbezogenen Zielen der Arbeitsverwaltung. Bei der Gruppe der Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, die meist besonders der Unterstützung bedürfen, wirkt sich dies besonders aus.<sup>34</sup> Zudem ist in Rechnung zu stellen, dass entsprechend den verschiedenen Traditionen und verstärkt durch die Umstrukturierungen der letzten Jahre eine erhebliche Heterogenität der beruflichen Hintergründe der Beschäftigten in den Jobcentern vorliegt, was nicht zuletzt zu einer erheblichen Varianz des beruflichen Selbstverständnisses führt (Osiander/Steinke 2011).

---

<sup>34</sup> Grundsätzlich zur Betreuung und Vermittlung in den SGB-II-Trägern Ludwig-Mayerhofer et al. 2009 sowie Schütz et al. 2011.

## **Rahmenbedingungen der Vermittlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen**

Werden vor diesem grob skizzierten Hintergrund zunächst die Rahmenbedingungen der Arbeit in den SGB-II-Trägern in den Blick genommen, so berichten praktisch alle Befragten einstimmig von als viel zu hoch wahrgenommenen Betreuungsschlüsseln von bis zu 600 Fällen in der regulären Vermittlung und bis zu 230 Fällen im Fallmanagement, wodurch für die Betreuungsarbeit der besonders unterstützungsbedürftigen Personen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht genug Zeit bleibe. Die Vermittlungsquote in Arbeit sowie die Zahl der Einträge im PC-System VerBIS, die intrainstitutionell einen wesentlichen Gradmesser der Arbeit der Mitarbeiter darstellen, bilde aber den individuellen Aufwand der Betreuungsprozesse nicht adäquat ab. Der daraus resultierende Arbeitsdruck verhindere zudem sowohl umfassende interne Kooperation als auch die Umsetzung der eigentlich erforderlichen Kontaktdichte und Betreuungsintensität. Zugleich bleibe auch keine Zeit etwa für die Beschäftigung mit Förder- oder Landesprogrammen, das Aufsuchen von Arbeitgebern und das Besichtigen potenzieller Arbeitsplätze sowie für eine verstärkte Zusammenarbeit mit externen Akteuren oder die Pflege eines regionalen Netzwerkes. Fallmanager beschreiben dabei, dass gerade in einer intensiveren Betreuung und verstärkten, aktiven Netzwerkarbeit Chancen für eine Erwerbsintegration psychisch beeinträchtigter Menschen liegen. Infolgedessen wird die eigene Tätigkeit durch die Mitarbeiter bisweilen eher als standardisiertes Handeln („Betreuung am Fließband“) denn als individuelle Betreuungsleistung beschrieben, weshalb sie insbesondere eine Verbesserung des Betreuungsschlüssels anmahnen. Hinzu kommt eine größere Personalfuktuation bei den SGB-II-Trägern, die vor allem auf einen großen Anteil befristeter Mitarbeiter zurückgeht. Den vielen neue Kollegen in der Arbeitsvermittlung fehlten nicht selten nötige Kenntnisse, Berufserfahrung und Fertigkeiten im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Personen, auch weil es an entsprechenden Weiterbildungsangeboten mangle.

Abweichend hiervon berichten Befragte der Referenzregion D, in der ein auf Gesundheit spezialisierter Beratungs- und Betreuungsdienst etabliert ist, dass für ihre Arbeit ausreichend zeitliche Ressourcen vorhanden seien, da hier keine Fallzahlvorgaben bestünden. Die Anzahl der Fälle pro Mitarbeiter habe sich hier bei maximal 150 „eingependelt“, sodass hinreichend Zeit für mehrstufige Erstgespräche zum Aufbau eines Vertrauensverhältnisses gegeben sei. Jedoch finden sich – zumindest in zeitlicher Hinsicht – zugleich auch Zugangsbeschränkungen zu diesem Dienst, da infolge ausgeschöpfter personeller Ressourcen lange Wartelisten geführt werden.

## **Erkennung und Zuständigkeit**

Für die Betreuung von SGB-II-Leistungsbeziehern mit und ohne psychischer Beeinträchtigung sind innerhalb der Jobcenter zunächst die Vermittlungsfachkräfte der allgemeinen Arbeitsvermittlung zuständig, die in der Regel nach verwaltungsbezogenen Kriterien zugeordnete Kundengruppen betreuen. Als spezifische Ansprechpartner fungieren Mitarbeiter der „Arbeitsvermittlung Reha/SB“, die für Personen verantwortlich sind, bei denen eine anerkannte Schwerbehinderung aktenkundig ist

oder die als berufliche Rehabilitanden anerkannt sind. Werden im Betreuungsprozess „Vermittlungshemmnisse“<sup>35</sup> festgestellt, übernehmen im Sinne einer gestuften Betreuungsintensität häufig Fallmanager die Beratungs- und Vermittlungsarbeit.<sup>36</sup> Der Zugang zum Fallmanagement setzt in der Regel mehrere Vermittlungshemmnisse voraus, welche durch den Arbeitsvermittler festgestellt werden. Das meist auf 24 Monate befristete beschäftigungsorientierte Fallmanagement zielt vor allem auf die „Überwindung der bestehenden Problemlagen“ und mittelbar oder unmittelbar die Integration in Arbeit.

Aufgabe der Vermittlungsfachkräfte ist es, bei fehlendem Wissen um mögliche psychische Erkrankungen, im Kundenkontakt Problembereiche zu erkennen und diese durch entsprechende Schritte, etwa über den Ärztlichen Dienst und Berufspsychologischen Service, prüfen zu lassen. Aufgrund des institutionellen Auftrags der SGB-II-Träger liegt der Fokus hierbei auf möglichen Auswirkungen bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf die Erwerbsintegration.<sup>37</sup> Dieser Prozess des Erkennens potenzieller psychischer Beeinträchtigungen bestimmt in der Konsequenz wesentlich die institutionelle Handlungspraxis, da eine bedarfsgerechte Betreuung und Vermittlung vom Wissen um die individuellen Problemlagen des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen abhängt. Zudem ergeben sich daraus gegebenenfalls andere sozialrechtliche Möglichkeiten wie die Einleitung einer beruflichen Rehabilitation oder ein Wechsel der Zuständigkeiten, etwa bei fehlender Erwerbsfähigkeit zum SGB XII. Beim Umgang mit psychisch beeinträchtigten Arbeitssuchenden sowie deren oft komplexen Problemlagen und schwierigen Lebensumständen komme es seitens der Vermittlungsfachkräfte grundlegend auf soziale Kompetenzen, fachliche Kompetenzen sowie Gesprächskompetenzen an. Während Erstere personenabhängig und bedingt durch persönliches Engagement erheblich variierten, müsse man sich hinsichtlich fachlicher Aspekte oftmals eher auf das eigene „Bauchgefühl“ und Berufserfahrung verlassen, anstatt auf dezidierte Fachkenntnisse zurückgreifen zu können.

---

<sup>35</sup> Dies umfasst höchst unterschiedliche Phänomene wie fortgeschrittenes Alter, fehlende schulische und/oder berufliche Qualifikation, persönliche oder familiäre Problemlagen, Suchtprobleme sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen, die z. B. aus einer psychischen Erkrankung resultieren.

<sup>36</sup> Der institutionelle Aufbau der Jobcenter ist nicht bundesweit einheitlich geregelt sodass sich im Sample sowohl ein Jobcenter findet, das keine spezialisierten „Arbeitsvermittler Reha/SB“ vorsieht, als auch eine Institution, in der kein Fallmanagement etabliert ist, sodass Menschen mit psychischer Beeinträchtigung durch allgemeine Arbeitsvermittler betreut werden.

<sup>37</sup> Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes und des Berufspsychologischen Service der Bundesagentur für Arbeit sowie Befragte des medizinisch-therapeutischen Hilfesystems machen hierbei deutlich, dass die Abgrenzung zwischen temporären und dauerhaften psychischen Problemen besonders schwierig ist, da viele psychische Symptome, wie Antriebslosigkeit, sowohl als Indiz für eine Krankheitswertigkeit als auch als Folge von Arbeitslosigkeit verstanden werden können, die sich mit Wiederaufnahme einer Berufstätigkeit wieder auflösen.

Insofern bedienen sich die Mitarbeiter oftmals bestimmter Anhaltspunkte bei der Identifikation psychischer Beeinträchtigungen, wie Auffälligkeiten im Beratungsgespräch und Erfahrungen aus Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik, die auch zur Belastungserprobung und zum Profiling eingesetzt werden. Insbesondere Abbrüche von Maßnahmen, längere Arbeitsunfähigkeitszeiten wie auch das Wissen um eine Suchtproblematik wirkten als Indizien zur Einleitung weiterführender Schritte. Diesbezüglich verweisen die Befragten der leitenden Ebene darauf, dass ihre Mitarbeiter keineswegs als „medizinische Experten“ fungieren sollten, sondern Vermutungen zu entwickeln hätten und zugleich wissen müssten, „*wo die Experten sitzen und wann ich die einschalten kann*“. Spezifische Arbeitshilfen oder Fachkonzepte für diesen Bereich der Arbeitsvermittlung werden hingegen nicht genannt. Einzig in Region D besteht ein System permanent verfügbarer, spezifisch qualifizierter Berater, die bei Bedarf von allen Fachkräften konsultiert werden können. Gegebenenfalls ist auch eine dauerhafte Weiterleitung des Arbeitsuchenden an den spezialisierten Berater möglich. In Region E werden alle Berater in Hinblick auf Erkennung psychischer Probleme geschult. Bei Bedarf wird hier psychiatrische Kompetenz durch Hinzuziehung kooperierender sozialpsychiatrischer Einrichtungen und Diensten einbezogen.

Eine wesentliche Unterstützung bei der Identifizierung gesundheitlicher Problemlagen stellen der Ärztliche Dienst und der Berufspsychologische Service der Bundesagentur für Arbeit dar<sup>38</sup>, die aufgrund ihres Fach- und Erfahrungswissens von den Vermittlungsfachkräften geschätzt werden. Darüber hinaus sei man maßgeblich auf die Mitarbeit der Arbeitsuchenden angewiesen. Jedoch würden viele ihre Erkrankung aus Angst vor Stigmatisierung oder fehlender Krankheitseinsicht verbergen, was die Bedarfserkennung seitens der SGB-II-Träger erheblich erschwere. Zudem sei das eigene Anerkennen und Auseinandersetzen mit einer psychischen Problematik als Voraussetzung für eine spezifische Unterstützung häufig nicht hinreichend gegeben. Gerade diese „Unsichtbarkeit“ verhindere nicht selten ein bedarfsgerechtes Agieren und eine Klärung der Problematik. Besonders Mitarbeiter des für die Leistungsbezieher freiwilligen Fallmanagements verweisen auf ihre Abhängigkeit von der Mitarbeit, Offenheit und Einsicht der Betroffenen, da eine Verbesserung der Qualität und Intensität der Betreuung andernfalls schwerlich zu erreichen sei. Eine große Gefahr als Konsequenz des „Nichterkennens“ der psychischen Beeinträchtigung oder Erkrankung sehen die Befragten darin, den besonderen Betreuungsbedarf zu verkennen und die Betroffenen in nicht adäquate Maßnahmen zu vermitteln. Dies stehe wegen des Fehlens bedarfsgerechter Beratung einer Erwerbsintegration im Wege und könne überdies Maßnahmeabbrüche und fehlende Mitwirkung be-

---

<sup>38</sup> Einige SGB-II-Träger und insbesondere zugelassene kommunale Träger nutzen als fachliche Äquivalente die Gesundheitsämter oder niedergelassene Ärzte. Diese sind hier inhaltlich eingeschlossen, wengleich die Untersuchung nur gemeinsame Einrichtungen berücksichtigte.

günstigen, die letztlich zur Verhängung von Sanktionen führten. Dies könne sich wiederum negativ auf die Gesamtsituation der Betroffenen auswirken.

### ***Fallbearbeitung: Profiling und Handlungsstrategien***

Neben dem Erkennen einer psychischen Problematik gestaltet sich für die Vermittlungsfachkräfte auch der Umgang mit psychisch beeinträchtigten Personen im Beratungs- und Vermittlungsprozess häufig als schwierig. Die Bewältigung von Integrationshemmnissen und die Vermittlung in Arbeit seien nur durch einen intensiven sowie einzelfallspezifisch zu gestaltenden Betreuungsprozess möglich. So berichten insbesondere die Mitarbeiter des Fallmanagements von zum Teil schwierigen Lebensumständen und komplexen Problemlagen der von ihnen betreuten Personen, angesichts derer die Frage beruflicher Reintegration bisweilen in den Hintergrund rücke. Somit hängt die inhaltliche Qualität des Betreuungsprozesses sowohl von der fachlich und interaktionellen Gestaltung und Gestaltbarkeit durch die Vermittlungsfachkräfte als auch von Mitarbeit und Motivation der Arbeitsuchenden ab, insbesondere mit Blick auf Krankheitseinsicht, die Bereitschaft, Unterstützung durch das Hilfesystem anzunehmen sowie Compliance bei bestehender oder notwendiger medizinisch-therapeutischer Behandlung.

Als Hemmnis für die eigene Tätigkeit wird Regionen übergreifend ein Mangel an ambulanten Therapieangeboten beklagt, der zu monatelangen Wartezeiten führe. So würden therapeutische Prozesse, die als Voraussetzung der Erwerbsintegration essentiell sind, wesentlich verzögert. Auch sei eine Vielzahl von Fällen mit Einführung des SGB II aus der ehemaligen Sozialhilfe ins SGB II gewechselt. Bei diesen „arbeitsmarktfernen“ Personen habe es jahrelang keine berufsintegrative Betreuung gegeben, sodass diese schnell als überfordernd wahrgenommen würde. Für viele stelle zudem bereits die Wahrnehmung von Gesprächsterminen im Jobcenter eine zu große Hürde dar, weshalb der Betreuungsprozess zum Teil diskontinuierlich sei.

Die Kommunikation über psychische Problemlagen setze, wie auch die Bedarfserkennung, eine gewisse Arbeitsbeziehung voraus, in deren Rahmen der Arbeitsuchende sich öffnen könne. Dazu zähle auch, den Betroffenen in seinen Äußerungen ernst zu nehmen und im Prozess nicht alles mehrfach erzählen zu lassen. Zudem sei, um mit der Person arbeiten zu können, eine entsprechende Betreuungsintensität und -kontinuität erforderlich, die bei den derzeitigen Betreuungsschlüsseln und erwarteten Integrationsquoten zumeist schwierig zu gewährleisten sei. Der Betreuungsprozess selbst sei bei Personen mit psychischer Beeinträchtigung häufig langwieriger und unsteter. Verursacht durch z. B. erneute akute Krankheitsphasen sei eine kurzfristigere Planung notwendig, um dem „Auf und Ab“ Rechnung zu tragen.

Als Instrument der inhaltlichen Beratungsarbeit, welches die Betreuungs-, Unterstützungs- und Vermittlungsprozesse der Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung strukturiert, dient das „arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept“ (4-Phasen-Modell – 4PM)



als PC-unterstütztes System der Fallbearbeitung.<sup>39</sup> Dieses wird hinsichtlich seiner Praktikabilität für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unterschiedlich bewertet. So heben Befragte positiv hervor, dass 4PM einheitliche und rechtskreisübergreifende Hilfestellungen zur Beratung und Vermittlung biete und gleichzeitig eine „*gemeinsame Schiene*“ für das Jobcenter und die Arbeitsagentur darstelle. Positiv sei weiterhin, dass über ein gezieltes Profiling zielgruppenbezogene Handlungsstrategien entwickelt würden, was die Strukturierung und Sicherung der Kontinuität in den Vermittlungs- und Beratungsprozessen gerade bei der Betreuung durch unerfahrene Fachkräfte unterstütze. So würden auch bei einem Betreuungswechsel bereits erfolgte Betreuungsschritte nachvollziehbar und der aktuelle Stand des Falls im Betreuungsprozess abgebildet.

Der Nutzen des Konzeptes wird jedoch für Personen mit besonderem Unterstützungsbedarf kritischer beurteilt als für „*gesunde Neukunden*“. Hinsichtlich psychisch beeinträchtigter Arbeitsuchender werden Schwierigkeiten artikuliert, eine Handlungsstrategie nach Profillage zu planen, weshalb das Integrationskonzept eher relativ geringe Auswirkungen bei diesem Personenkreis habe. Zum Teil wird 4PM als zu standardisiert bzw. nicht hinreichend kleinschrittig beschrieben, weshalb die Anwendung des Programms nicht für alle Fälle, die in der Praxis vorkommen, sinnvoll sei. Zugleich wird angemerkt, dass entgegen den Annahmen des Modells bei Personen mit psychischer Erkrankung der Betreuungsprozess selten geradlinig verlaufe. Rückschritte seien nicht dokumentierbar und die vorgegebenen Handlungsprofile hemmten eine realistische Abbildung der tatsächlichen Lage des Betroffenen. Zudem, so eine Befragte, sei 4PM zu sehr darauf ausgerichtet, Menschen in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis zu bringen, wodurch nicht ausreichend Verantwortung für arbeitsmarktfremde Personen übernommen werde, die mittelfristig nicht in den ersten Arbeitsmarkt integrierbar seien. Für eine andere Befragte ist das Integrationskonzept bei intensiver Nutzung auch für die Subgruppe psychisch beeinträchtigter Menschen geeignet undermögliche eine ressourcenorientierte Stärkenanalyse statt einer einseitigen Defizitbeschreibung. Jedoch verleite die hohe Komplexität dazu, es nicht zu pflegen und somit die dessen Potenziale nicht zu ausschöpfen. Entsprechend sei eine stringente Anwendung und intensive Arbeit „am Fall“ Voraussetzung für die Effektivität des Instrumentes, was auch als Mehraufwand wahrgenommen wird.

---

<sup>39</sup> Das Integrationskonzept beschreibt das rechtskreisübergreifende Geschäftsmodell für die Integrationsprozesse in den Agenturen und SGB-II-Trägern mit der Zielstellung, den gesetzlichen Auftrag in den Rechtskreisen SGB II und SGB III zu unterstützen sowie den Führungskräften und den Vermittlungs- und Beratungsfachkräften ein prozessorientiertes Modell zur Verfügung zu stellen, das eine systematische, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Aufgabenerledigung im Sinne der Zielerreichung und der Rechtmäßigkeit des Handelns sicherstellt (Bundesagentur für Arbeit 2011a, 2011b). Mit den Klienten wird ein stärken- und potenzialorientiertes Profiling durchgeführt, welches als Basis einer Kundensegmentierung in insgesamt sechs Profillagen dient. Diese Profillagen sind jeweils mit entsprechenden Bedarfen und Handlungsstrategien untersetzt.



Als besondere Problematik wird im Kontext der Dokumentation von der Mehrheit der Befragten der *Datenschutz* benannt, der einen engen Rahmen für die Arbeit mit 4PM vorgibt. Während auf der einen Seite eine Vielzahl an differenzierten Informationen notwendig sei, könne aus Datenschutzgründen wenig bis nichts Individuelles durch die Vermittlungsfachkräfte dokumentiert werden. Profile werden so infolge fehlender individualisierter Informationen auch als austauschbar erlebt, was die Erinnerung an den einzelnen Fall erschwere. Eine Vielzahl der befragten Mitarbeiter berichtet im Besonderen, dass aus Gründen des Datenschutzes keine Erkrankungen im PC-System abgelegt würden und gleichfalls die Gutachten der Fachdienste im für die Arbeitsvermittlung bestimmten Teil keine Erkrankungsart sondern Kurzbeschreibungen von Beeinträchtigungen enthielten. Von einigen Befragten wird dies als Einschränkung empfunden, andere Mitarbeiter sind in ihrer Bewertung ambivalent: einerseits sei der Schutz persönlicher Daten wichtig, andererseits erschwere dieser wesentlich die interne Kommunikation zwischen den Vermittlern, aber auch zwischen den Vermittlern und den Fachdiensten. Insofern sei man auf die Mitteilungsbereitschaft des Arbeitssuchenden angewiesen, um an Informationen zur genauen Erkrankung zu gelangen. Als Folge der bestehenden Praxis gingen bei einem nicht selten auftretenden Betreuungswechsel eine Vielzahl an Informationen zum einzelnen Fall und dem bisherigen Betreuungsprozess verloren.

### ***Maßnahmen in der Fallbearbeitung***

Bei der Erwerbsintegration psychisch beeinträchtigter Menschen kommt der Unterstützung durch Instrumente der aktiven Arbeitsmarktpolitik eine erhebliche Bedeutung zu. Zielgruppenspezifische Angebote sind jedoch im Katalog der zur Verfügung stehenden Leistungen nach nahezu einstimmiger Darstellung der Befragten stark begrenzt, sodass oftmals nur der Rückgriff auf den Standardkatalog des SGB II bleibe. Daraus individuell passende Angebote herauszufiltern und zu vermitteln, sei besonders schwierig.

### ***Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 SGB II i. V. m. § 45 SGB III***

Ohne differenziert auf Maßnahmekonzepte oder deren inhaltliche und praktische Ausgestaltung einzugehen, werden von den Befragten im Kontext von „*Standardmaßnahmen*“, sogenannte Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung, benannt, die

- die Eignung für eine berufliche Tätigkeit oder eine Leistung der aktiven Arbeitsförderung feststellen (Dauer bis zu vier Wochen),
- die Selbstsuche und die Erwerbsintegration von Arbeitssuchenden unterstützen, insbesondere durch Bewerbungstraining und Beratung über Möglichkeiten der Arbeitsplatzsuche, die Arbeitsbereitschaft und Arbeitsfähigkeit eines Arbeitslosen prüfen (Dauer bis zu zwei Wochen),
- Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, um die Chancen einer Vermittlung in Arbeit zu verbessern oder einen erfolgreichen Abschluss einer beruflichen Aus- und Weiterbildung zu erreichen.

Maßnahmen wie „Maßnahmen bei einem Arbeitgeber“ (MAG), „Maßnahmen bei einem Träger“ (MAT) oder „Aktivcenter“ seien jedoch für psychisch beeinträchtigte Menschen nicht immer angemessen oder dem Einzelfall entsprechend bedarfsgerecht. Dabei seien die Rahmenbedingungen für den hier relevanten Personenkreis oftmals problematisch, etwa mit Blick auf übermäßige Gruppengrößen, hohe Betreuungsschlüssel, nicht ausreichend qualifiziertes Personal oder mangelhafte Ausstattung. Überdies seien Maßnahmeziele häufig auf kurzfristige Integrationserfolge ausgelegt und die Maßnahmedauern zu kurz. Dadurch würden solche „Standardprodukte“ bei psychisch erkrankten Arbeitssuchenden teilweise der psychischen Stabilität entgegenwirken, statt eine Verbesserung der Integrationschancen zu erzielen. Arbeitsmarktnahe Maßnahmen bei einem Arbeitgeber setzten zudem einen einstellungswilligen Arbeitgeber voraus. Dies ermögliche zumindest potenziell eine Übernahme in ein Beschäftigungsverhältnis, jedoch sei der Möglichkeit einer arbeitsmarktnahen Erprobung persönlicher Fähigkeiten und Potenziale psychisch Erkrankter so auch wesentliche Grenzen gesetzt. Der Aufbau einer Kartei von Arbeitgebern, bei denen im Kontext von Arbeitsförderungsmaßnahmen auch neue, positive berufliche Erfahrungen gesammelt werden könnten, sei unter diesen Umständen schwierig.

### ***Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II***

Mit Abstand am häufigsten genannt wurden „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung“. Diese zeigten positive Effekte auf die Erwerbsintegration des Personenkreises, indem sie durch eine niederschwellige Möglichkeit zur Feststellung der Leistungsfähigkeit, eine schrittweise Stabilisierung der Tagesstruktur und das Ausprobieren von beruflichen Tätigkeiten einen „*weichen Einstieg*“ in einem geschützten Rahmen ermöglichten. Gleichwohl entstehe aber durch die oft begrenzte Laufzeit von jeweils einem halben Jahr keine langfristige Perspektive für die nachhaltige Vermittlung in ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis. Zudem sei dieses Maßnahmekonzept mit deutlichem Gruppencharakter nicht selten für psychisch beeinträchtigte Personen nicht ausreichend flexibel. Allerdings, so eine Befragte, gebe es auch vereinzelt zielgruppenspezifische Arbeitsgelegenheiten mit Eignung für psychisch beeinträchtigte Arbeitssuchende, die flexibler seien und längere Laufzeiten hätten.

### ***Freie Förderung nach §16f SGB II***

Die Möglichkeit der Freien Förderung wird durch die SGB-II-Träger sehr unterschiedlich genutzt. Während von diesem Instrument in einer der untersuchten Regionen sehr intensiv Gebrauch gemacht wird, wird andernorts die Möglichkeit, spezifische Maßnahmen für den hier relevanten Personenkreis zu entwickeln, gar nicht genutzt. Erfahrungen mit diesem Instrument bei psychisch beeinträchtigten Menschen werden als gut oder gar „*ausgezeichnet*“ beschrieben. Dabei werden die spezifischen Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich eines niedrigen Betreuungsschlüssels und der Ausgestaltung mit Fachpersonal mit einschlägigen Kompetenzen als positiv herausgestellt. Eine beispielhaft skizzierte Maßnahme zeichnet sich dabei

inhaltlich durch eine hohe Individualität und Flexibilität sowie eine kleinschrittige Heranführung an Strukturen in der Ausgestaltung der Maßnahme aus. Dadurch unterscheiden sich diese auch von Arbeitsgelegenheiten. Zugleich kann das Instrument je nach Bedarf der Teilnehmer auch sinnvoll mit anderen Instrumenten verbunden werden. Allerdings seien bei einer Freien Förderung die verfügbaren Plätze oftmals stark kontingiert, weswegen nur ausgewählte psychisch erkrankte Menschen Zugang zu diesen Leistungen erhalten könnten.

Insgesamt machen die Befragten deutlich, dass die gängigen Instrumente des SGB II für eine dauerhafte Erwerbsintegration für den Personenkreis nicht ausreichen.<sup>40</sup> In Einzelfällen bestehe die Möglichkeit, eine größere Passgenauigkeit durch das „Aufpeppen“ allgemeiner Maßnahmen zu erreichen, indem man beispielsweise einen Sozialpädagogen in eine AGH-Maßnahme integriere. Auch habe man zumindest theoretisch, die Möglichkeit, Maßnahmen flexibel zu gestalten bzw. individuelle Maßnahmen zu strukturieren. Insbesondere bei kleineren Jobcentern sei dieses Ausschreiben spezieller Maßnahmen aufgrund von Kosten und Aufwand sowie einen wahrgenommenen Mangel an jeweils krankheitsspezifischen Fällen jedoch sehr schwierig und werde dadurch eher selten bis gar nicht praktiziert.

### **Leistungen für Rehabilitanden (§§ 112ff. SGB III i.V. m. §§ 33ff. SGB IX)**

Voraussetzung für „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ durch die Bundesagentur für Arbeit ist das Vorliegen einer Behinderung nach § 19 SGB III, woraus sich institutionell das Merkmal „Rehabilitand“ ergibt. Aufgrund ihrer höheren Passgenauigkeit im Vergleich zu anderen Maßnahmen des SGB II werden von einigen Befragten diese „Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“ als erfolgreiches Instrument mit guten Eingliederungschancen für psychisch beeinträchtigte Menschen eingeschätzt, und hier vor allem die besonderen Leistungen für behinderte Menschen nach § 118 SGB III. Diese Leistungen zeichnen sich laut den Befragten durch eine hohe zielgruppenspezifische Betreuungsqualität im Sinne einer individuellen Betreuung und Fachkompetenz seitens der Anbieter aus, wobei auch eine psychologische Begleitung gegeben sei. So bestünden hier ausreichend Möglichkeiten und Mittel zur Eröffnung eines beruflichen Wegs. Spezifisch benannt werden u. a. Möglichkeiten des Reha-Assessments und der Berufsfindung/Arbeitserprobung, der Umschulung, der unterstützten Beschäftigung und Leistungen zur Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) sowie über Ausschreibungen individualisierbare Leistungen. Zugleich wird jedoch von einer Fallmanagerin herausgestellt, dass bei Rehabilitanden mit psychischen Beeinträchtigungen auch auf allgemeine (behinderungsunspecifische) Instrumente des SGB II zurückgegriffen (z. B. Bildungsgutschein) wird, wenn es keine passende Teilhabeleistung gäbe oder besondere Leistungen als nicht erforderlich angesehen werden.

---

<sup>40</sup> Eine Ausnahme bildet hier Region D, deren Arbeitsverwaltung über ein auf gesundheitliche Problemlagen spezialisiertes Fallmanagement und entsprechend zielgruppen- und fachspezifische Maßnahmen verfügt wie JobLotse nach § 16a SGB II oder MAT-JobProfil nach § 45 SGB III.

Bemerkenswert ist, dass Leistungen der beruflichen Rehabilitation in den Regionen positiv hervorgehoben werden, in denen weniger stark auf die Potenziale der Freien Förderung nach § 16f SGB II verwiesen wird. Im Kern heben Beteiligte in allen Regionen als entscheidende Merkmale von Integrationsmaßnahmen für psychisch beeinträchtigte Menschen vor allem die Angemessenheit der Rahmenbedingungen und der inhaltlichen Ausgestaltung hervor. Diese kann nicht selten letztlich sowohl über den allgemeinen Leistungskatalog als auch im Rahmen von beruflichen Teilhabeleistungen erreicht werden, was jeweils individuell zu bewerten ist. Gleichzeitig zu sehen ist hier jedoch, dass für berufliche Teilhabeleistungen spezifischere Zugangsvoraussetzungen und Anforderungen bestehen.

### ***Leistungen an Arbeitgeber<sup>41</sup>***

Oft sind nach Darstellung der Befragten Integrationserfolge nur in Verbindung mit einer finanziellen Unterstützung der Arbeitgeber zu erzielen, weshalb sich entsprechende Leistungen ergänzend als sehr hilfreich erwiesen. Mit Blick auf die Förderhöhe muss die erfolgreiche Erwerbsintegration psychisch beeinträchtigter Menschen stets in Abhängigkeit der Aufnahmefähigkeit des Arbeitsmarktes gesehen werden. Über die genannten Leistungstypen hinaus konstatiert eine Vielzahl der Befragten, dass bei professioneller Arbeit, Ausdauer, passgenauer Unterstützung und Maßnahmenwahl sowie ausgereifter Netzwerkarbeit auch psychisch erkrankte Arbeitssuchende gute Chancen hätten, in Arbeit integriert zu werden.

### ***Anregungen des Vermittlungspersonals zum Ausbau von Leistungen und Maßnahmen***

Für eine aussichtsreiche Erwerbsintegration und bedarfsgerechte Betreuung psychisch beeinträchtigter Menschen sehen die Befragten der Arbeitsverwaltung in der Ausgestaltung der institutionellen Leistungen sowie im Maßnahmenkatalog allerdings auch Verbesserungsbedarf. Um komplexe Problemlagen frühzeitig zu erkennen, sowie im Sinne möglichst kurzfristiger Reaktion nach dem Erkennen der Erkrankung, sprechen sich die Befragten für eine kontinuierliche und langfristige Betreuung aus. Dieser Prozess sei unbedingt mit Unterstützung des externen Netzwerks sowie zielgruppenspezifischen Integrationsmaßnahmen zu verschränken, bei denen auf folgende Kriterien zu achten sei: Längerfristigkeit, Nachhaltigkeit, Niederschwelligkeit, Flexibilität und Maßnahmequalität. Hierbei sei zu überlegen, Leistungen des Regelkatalogs konzeptionell anzupassen oder aber Referenzprojekte und Maßnahmen, beispielsweise aus der Freien Förderung nach § 16f SGB II, in die Regelförderung zu übernehmen.

Die Grundausrichtung des SGB II, die der Beendigung des Leistungsbezugs Priorität einräumt, müsse den Befragten zufolge zumindest für die infrage stehende Personengruppe überdacht werden. Erfolge könnten sich hier nicht ausschließlich an

---

<sup>41</sup> Dazu zählen etwa Eingliederungszuschüsse nach § 16 SGB II / §§ 88 SGB III, Beschäftigungszuschüsse gem. § 16e SGB II oder Vermittlungsgutscheine gem. § 16 SGB II / § 45 SGB III.

einem reinen Kosten-Nutzen-Kalkül ausrichten. Stattdessen gehe es vor allem bei psychisch beeinträchtigten Arbeitsuchenden darum, den Blick auf die Gesamtsituation der Personen zu erweitern. So sei etwa auch eine vorläufige Stabilisierung und schrittweise Verbesserung als Erfolg anzuerkennen. In diesem Zusammenhang verweisen einige der Befragten auf ihren gesetzlichen Auftrag, der nicht allein in der Vermittlung, sondern auch in der Betreuung im Kontext sozialer Hilfe bestehe. Andere nehmen diesen Betreuungsauftrag gleichfalls wahr, sehen ihn aber innerhalb der Arbeitsverwaltung gänzlich deplatziert. So habe man als Arbeitsmarktinstitution nicht die nötigen Ressourcen, um psychisch kranke Menschen beratend und begleitend an eine Erwerbstätigkeit überhaupt heranzuführen.

### ***Sanktionen in der Fallbearbeitung***

Für die Mitarbeiter der SGB-II-Träger besteht die Möglichkeit, bei der Verletzung von Pflichten seitens der Hilfebeziehenden die erhaltenen Leistungen zu mindern. Während Mitarbeiter der Leitungsebene keine Aussagen zum Umfang von Sanktionen bei Menschen mit psychischer Erkrankung treffen, führen die operativ tätigen Befragten aus, dass dies in der Praxis nur selten vorkomme oder bei dem Personenkreis insgesamt unterlassen würde. Voraussetzung sei jedoch das Wissen um die Erkrankung, da sonst für die Betreuenden schwierig zu unterscheiden sei, ob eine Erkrankung oder fehlende Bereitschaft für das Fehlverhalten ursächlich sei. Zugleich wird hier aber auch eine stärkere „Mitwirkung“ des Arbeitsuchenden eingefordert, da ein Verschweigen psychischer Erkrankungen ein angemessenes, von Sanktionen absehendes Betreuungsverhalten erschwere. Weiterhin werden Sanktionen von Befragten als kontraproduktiv für ein funktionierendes Arbeitsbündnis eingeschätzt, und es wird bezweifelt, dass diese bei der Zielgruppe die beabsichtigte Verhaltensänderung erzielen. Gleichwohl sehen einige Vermittler das Vorliegen einer psychischen Erkrankung nicht als hinreichenden Grund an, vollständig von Sanktionen abzusehen. Diese seien so nicht generell abzulehnen, jedoch insbesondere bei Leistungsberechtigten mit psychischen Problemen nur in Ausnahmen und ausgesprochen überlegt und differenziert einzusetzen, wobei z. T. auch Stellungnahmen der Fachdienste eingeholt würden.

Während die Kollegen der Ärztlichen Dienste den Vermittlungsfachkräften eine sensible und angemessene Praxis mit Blick auf die Sanktionierung psychisch Erkrankter bescheinigen, wird diese von Akteuren des externen Hilfesystems oftmals sehr kritisch gesehen. Sanktionierung wirke sich insgesamt eher demotivierend und kontraproduktiv auf die Interaktionsbeziehung als auch die Gesamtsituation des Klienten aus, selbst wenn dies in Einzelfällen auch ein nützliches Instrument sein könne. Zur erlebten Praxis bei eigenen Klienten der Einrichtungen wird berichtet, dass sowohl Androhungen von Sanktionen bei Vernachlässigung der Mitwirkungspflicht als auch eine faktische Sanktionierung durchaus vorkämen, was auch auf eine Unkenntnis von Spezifika psychischer Erkrankungen zurückzuführen sei. Dies erlebe man als unangemessen, da psychisch Erkrankte aufgrund ihrer Einschränkungen häufig nicht in der Lage seien, die Anforderungen zu erfüllen. Hier gebe es insbesondere

seitens der Sozialpsychiatrischen Dienste und Integrationsfachdienste stets Bemühungen, in entsprechenden Fällen zu intervenieren.

### **Weiterbildungsmöglichkeiten der Beschäftigten in den SGB-II-Trägern**

Schließlich stellt sich die Frage, wie sich die spezifischen Kompetenzen des Vermittlungspersonals mit Blick auf die infrage stehende Zielgruppe verbessern lassen. Der subjektive Fortbildungsbedarf ist bei einigen Befragten „sehr groß“ und bezieht sich insbesondere auf das Erkennen psychischer Problemlagen, Kenntnisse zu den Krankheitsbildern und den Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen. Die konkreten Angebote variieren sowohl nach Position der Befragten als auch zwischen den untersuchten Regionen. In der Mehrheit gibt es Fortbildungen, Lehrgänge und/oder Workshops, die teils regelmäßig, teils diskontinuierlich stattfinden. Diese richten sich jedoch nicht selten weniger an allgemeine Arbeitsvermittler als an spezialisierte Mitarbeiter.

Zugleich wird in zwei Jobcentern berichtet, dass es für die Thematik „psychische Beeinträchtigung“ kein entsprechendes Fortbildungs- oder Schulungsangebot gebe. Auch sind eigeninitiativ organisierte Weiterbildungen zu finden. Das Modell des Multiplikators wird als unzureichend erlebt. Fallmanager monieren zudem ein fehlendes Angebot an Supervision und sehen hier zwingenden Verbesserungsbedarf.

Dass es möglich ist, spezifische Qualifikationsangebote für SGB-II-Träger anzubieten, wird an Referenzregion D deutlich. Befragte berichten von einer sechsmonatigen Inhouse-Schulung für auf Gesundheit spezialisierte Mitarbeiter, bei der Informationen vermittelt und für Krankheitsbilder und deren Besonderheiten sensibilisiert wird, sowie Kenntnisse zu relevanten Netzwerkpartnern des Hilfesystems erarbeitet werden. Zugleich werden Weiterbildungsbedarfe regelmäßig in Dienstbesprechungen thematisiert und Fortbildungsmöglichkeiten dazu besprochen. Als Trainer bei solchen Veranstaltungen fungieren u. a. der Ärztliche Dienst und Berufspsychologische Service als auch entsprechende Netzwerkpartner.

### **7.3 Arbeit der Fachdienste in den SGB-II-Trägern**

Werden im Betreuungsprozess psychische Auffälligkeiten oder Hinweise auf gesundheitliche Probleme erkannt oder diese durch die zu vermittelnden Personen selbst benannt, erlangen ärztliche Fachgutachten Bedeutung. Die Verwendung dieser Fachgutachten durch Vermittler/Fallmanager erstreckt sich im Wesentlichen auf drei Bereiche.

*Beurteilung der Erwerbsfähigkeit als Zuständigkeitsklärung:* Als leistungsrechtliche Folge kann aus einer psychischen Erkrankung eine Erwerbsunfähigkeit resultieren, wodurch Betroffene nicht mehr dem Personenkreis des SGB II zuzurechnen sind. Dies ist aber eher selten der Fall, da therapeutische Angebote eine Erwerbstätigkeit, wenn auch nur in Teilzeit, häufig (wieder)ermöglichen können. Vielmehr sei eine Erwerbsunfähigkeit, also die Exklusion aus dem Erwerbsleben, für den therapeutischen Prozess „absolut kontraproduktiv“.



*Informationsgewinnung zur gesundheitlichen Situation für Beratung und Vermittlung bei eigener Weiterbetreuung:* Die im Gutachten enthaltenen Informationen zur Leistungsfähigkeit und Vermittelbarkeit sind neben den Ergebnissen des Profiling die zentralen Grundlagen des weiteren Handelns. Dieses bezieht sich sowohl auf notwendige beratungsbezogene Unterstützungsleistungen, die Auswahl bedarfsgerechter Maßnahmen als auch die Empfehlung externer Hilfen des medizinisch-therapeutischen sowie sozialen Hilfesystems.

*Informationsgewinnung zum Vorliegen eines möglichen Rehabilitationsbedarfs:* Ergeben sich aus dem Gutachten Hinweise darauf, dass aus einer vom Arzt diagnostizierten psychischen Erkrankung Beeinträchtigungen bei der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit resultieren, wird auf Grundlage des Gutachtens eine Prüfung auf Rehabilitationsbedarf durch einen Rehabilitationsberater der Arbeitsagentur beauftragt. Im Rahmen dieses Reha-Verfahrens wird durch den Rehabilitationsberater, zum Teil bereits durch die Vermittlungsfachkräfte, zunächst die sozialrechtliche Zuständigkeit als Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben festgestellt. Liegt eine Zuständigkeit der BA vor, wird der Bedarf nach beruflichen Teilhabeleistungen geprüft und der Betroffene gegebenenfalls als Rehabilitand nach § 19 SGB III anerkannt. Weiterführend werden bei bestehender Rehabilitationsbedürftigkeit im Reha-Verfahren Inhalt, Zielrichtung und Ausgestaltung notwendiger Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bestimmt.

### **Bedingungen der Arbeit der Fachdienste**

Fachdienstliche Gutachten werden in der Regel vom Ärztlichen Dienst und dem Berufspsychologischen Service der Bundesagentur für Arbeit erbracht.<sup>42</sup> Die Fachdienste sind jeweils regional, in allen Arbeitsagenturen etabliert. Die in die Untersuchung einbezogenen Fachdienste sind personell verschieden stark besetzt, wobei die Spannweite beim Ärztlichen Dienst von 1,0 bis 3,5 Planstellen sowie beim Berufspsychologischen Service von 1,0 bis 5,0 Vollzeitstellen reicht, zuzüglich weiterer, unterstützender Mitarbeiter.

Beim Ärztlichen Dienst ist in keiner der untersuchten Regionen ein Facharzt für Psychiatrie angestellt, sondern durchgehend Ärzte mit anderen Facharztspezialisierungen, die in der Regel eine Zusatzausbildung im Bereich Sozialmedizin erworben haben. Im Bedarfsfall werden auf Honorarbasis externe Fachärzte für Psychiatrie einbezogen. Hinsichtlich der Begutachtungspraxis von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen wird betont, dass die erworbene sozialmedizinische Fachkompetenz zur Begutachtung aller Erkrankungsarten ausreiche und die Einbindung eines Facharztes für Psychiatrie nur selten erfolge. Ein Befragter problematisiert je-

---

<sup>42</sup> Die Einbindung der Fachdienste als auch die von ihnen angebotenen Dienstleistungen sind im „Arbeitnehmerorientierten Integrationskonzept der BA“ dargestellt, in dessen Rahmen auch die Ausgestaltung der Schnittstelle zwischen Arbeitsvermittlung und Fachdiensten in Praxisleitfäden beschrieben wird (Bundesagentur für Arbeit 2011a, 2011b, 2011f, 2011g).



doch ebendiese Möglichkeiten der Einbindung externer Fachkompetenz, da niedergelassene Kollegen zwar zu Begutachtungen grundsätzlich bereit, aber infolge mangelnder psychiatrischer Versorgung überlastet seien. Auch wird in dieser Region bei einzelnen Begutachtungsaufträgen die Zusammenarbeit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst gesucht, bei dem jedoch die Kapazitäten ebenfalls sehr begrenzt sind. Infolgedessen wird hier der größte Teil der Fälle durch die angestellten Ärzte begutachtet. In einer dritten Region werden die Begutachtungsaufträge hälftig nach Einzugsbereich zwischen Ärztlichem Dienst und dem regionalen Gesundheitsamt aufgeteilt.

Anders als im Ärztlichen Dienst erfolgen Begutachtungen des Berufspsychologischen Service grundsätzlich auf Grundlage eines direkten Kontakts mit den SGB-II-Leistungsbeziehern.

Die Anzahl der bearbeiteten Aufträge durch die Fachdienste bewegt sich nach Auskunft der Befragten beim Berufspsychologischen Service bei ca. 600 und beim Ärztlichen Dienst bei ca. 2000 pro Vollzeitmitarbeiter und Jahr. Dies entspricht einer durchschnittlichen Bearbeitungszeit von 180 Minuten beim Berufspsychologischen Service bzw. 54 Minuten beim Ärztlichen Dienst pro vergebenem Auftrag, wobei der zeitliche Aufwand entsprechend der Aufgabenstellung erheblich variieren kann. Werden schätzungsweise „Nebenzeiten“ wie Dienstbesprechungen, Fortbildungen und Krankheit in die Betrachtung mit einem Fünftel einbezogen, verbleiben im Durchschnitt 144 Minuten für den Berufspsychologischen Service und 43 Minuten für den Ärztlichen Dienst pro Auftrag<sup>43</sup>.

### ***Selbstverständnis der Gutachter***

Entsprechend der Struktur der SGB-II-Träger verstehen sich die Befragten als Dienstleister für die SGB-II-Leistungsbezieher und insbesondere für die Vermittlungsfachkräfte, deren Arbeit im Rahmen von fachbezogenen Stellungnahmen, Gutachten und Beratungen unterstützt wird. Es handelt sich um nachfrageabhängige Leistungen in Gestalt direkter Anfragen der Vermittlungsfachkräfte bei den Fachdiensten. Die Leistungen der beiden Fachdienste umfassen im Kern die Begutachtung von SGB-II-Leistungsbeziehern und die Beratung der Arbeitsvermittler und Fallmanager im Bereich SGB II und SGB III hinsichtlich medizinischer bzw. psychologischer Fragestellungen. Die möglichen Fragestellungen sind in ihrer Gesamtheit sehr breit, da die Fachdienste ein umfassendes Themengebiet abdecken. In der Konsequenz sind fachdienstliche Stellungnahmen Antworten auf Begutachtungsaufträge der Vermittlungsfachkräfte<sup>44</sup> und enthalten Empfehlungen sowie eine je individuelle Bedarfsbeschreibung. Entscheidungen über das weitere Verfahren werden

---

<sup>43</sup> Zu berücksichtigen ist, dass hierbei wesentliche Varianzen, bedingt durch die verschiedenen Fragestellungen und Kundengruppen, bestehen können.

<sup>44</sup> aber auch auf Anliegen der SGB-II-Leistungsbezieher.

jedoch durch die Vermittlungsfachkräfte und Reha-Berater getroffen, was die Dienstleister-Rolle unterstreicht.

### ***Handlungspraxis des Ärztlichen Dienstes im Kontext psychischer Erkrankung***

Häufig finden ärztliche Begutachtungen „nach Aktenlage“ statt, wobei auf gegebenenfalls bestehende Befunde von behandelnden Ärzten und Therapeuten zurückgegriffen wird, sodass auf persönlichen Kontakt und eigene Untersuchung der Personen verzichtet wird. Auf Grundlage einer Schweigepflichtentbindung, die die zu begutachtende Person erteilt, werden vorliegende Unterlagen (z. B. Befundberichte) bei entsprechenden Stellen durch die Fachdienste angefordert. Voraussetzung dieser Praxis sind aussagekräftige Unterlagen, die – so ein Befragter – nicht älter als sechs Monate sein sollten. Zum Teil werden aber auch ergänzend oder in Ermangelung anderweitiger Befunde eigene Untersuchungen durchgeführt, oder es wird auf die Zuarbeit externer Kollegen zurückgegriffen, um die berufliche Leistungsfähigkeit einzuschätzen. Wie weit der diagnostische Prozess bei den zu begutachtenden Personen fortgeschritten ist, wird unterschiedlich beschrieben. Eine Befragte streicht heraus, dass der Großteil ihrer Fälle zum Begutachtungszeitpunkt nicht in Behandlung sei, weshalb sie eine fachärztliche oder therapeutische Behandlung oder den Kontakt zu einer psychosozialen Beratungsstelle empfehle. Bei einem anderen Befragten sind die entsprechenden Fälle in der Mehrzahl bereits vordiagnostiziert oder „anbehandelt“.

### ***Inhalt des ärztlichen Fachgutachtens***

Laut Auskunft der Befragten bildet das Erheben und Beschreiben von Einschränkungen „für die Vermittelbarkeit im Bereich des Arbeitsmarktes“ den Kernauftrag des Ärztlichen Dienstes, woraus gegebenenfalls notwendige Hilfen zur Erwerbsintegration abzuleiten sind. Der für die Arbeitsvermittler oder Fallmanager bestimmte Teil „B“ des ärztlichen Gutachtens<sup>45</sup> beinhaltet nach Darstellung der Befragten Informationen zu Leistungseinschränkungen, Beurteilung der Erwerbsfähigkeit, Gesundheitsstörungen und dazugehörige sozialmedizinische Betrachtungen, bei Bedarf ein sozialmedizinisches Leistungsbild sowie Antworten auf gezielte Fragen der Vermittler. Der Umfang dieses Teils kann dabei aber auch weniger umfangreich ausfallen, weshalb die „Essenz der Feststellungen“ mitunter nur fünf bis sechs Zeilen umfassen könne.

Inhalt und Umfang des ärztlichen Gutachtens ist für die Gutachter wesentlich vom Arbeitsauftrag abhängig, der durch die Vermittlungsfachkräfte mittels Zielfragen formuliert wurde. Nicht direkt gefragte Aspekte werden oftmals gutachterlich auch

---

<sup>45</sup> Ärztliche Fachgutachten bestehen in der Regel aus zwei Teilen. „Teil A“ ist der klinische Teil des Gutachtens mit Anamnese, Untersuchungsergebnissen sowie Erkrankungsverlauf und wird nicht an Vermittlungsfachkräfte weitergeben. Weniger umfangreich als Fachgutachten sind sogenannte „gutachterliche Äußerungen“ zu spezifischen Fragen der Vermittlungsfachkräfte. Hier erfolgt eine Fokussierung auf die konkrete Frage des Auftraggebers, wobei meist auf die Erstellung eines differenzierten Leistungsbildes verzichtet wird.

nicht beantwortet. Zugleich geben Befragte aber an, dass, wenn beispielsweise Hinweise auf medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitationsbedarf im Rahmen der Gutachtertätigkeiten entstünden, dies zusätzlich im Teil B vermerkt werde. Inhaltlich umfassen die Gutachten umfasst oftmals Aussagen zur Leistungs- und Erwerbsfähigkeit sowie zu Leistungseinschränkungen und/oder Möglichkeiten des Arbeitssuchenden aus sozialmedizinischer Perspektive. Dabei wird zugleich eine Bewertung hinsichtlich des temporären und manifesten Charakters psychischer Problematiken vorgenommen. Der Fokus liege insgesamt – so ein Befragter – weniger auf der Erkrankungsart, sondern vielmehr auf der Feststellung von funktionellen Einschränkungen und Auswirkungen auf die Vermittelbarkeit, die aus der Erkrankung erwachsen. Besondere Herausforderung bei der Formulierung des für die Vermittler bestimmten Teils B des Gutachtens birgt das Spannungsfeld zwischen medizinisch festgestellten Beeinträchtigungen und der formulierbaren Informationstiefe. Die Maßgaben des Datenschutzes und der Schweigepflicht führten bei der Formulierung der Gutachten zu teils „blumigen“ Umschreibungen (z. B. „Empfehlung fachärztlicher Behandlung“ statt „Therapienotwendigkeit“) denn zu klaren Aussagen.

### ***Handlungspraxis des Berufspsychologischen Service im Kontext psychischer Erkrankung***

Nach eigener Darstellung ist die Aufgabe des Berufspsychologischen Service bei der Begutachtung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung<sup>46</sup> die Feststellung der Auswirkungen der psychischen Symptomatik auf die berufliche Integration sowie dazu notwendiger Hilfen und Rahmenbedingungen. Letzteres erfolgt bezogen auf die Lebenswelt des Betroffenen und unabhängig davon, welche Art und Ausgestaltung einer Maßnahme bzw. Leistung sich daraus ergibt. Eine Befragte führt dazu aus: *„Unser Job ist es, die Idealwelt desjenigen zu beschreiben und zu sagen: dort käme er zurecht, das wäre eine Chance.“* In der Regel werde neben dem ärztlichen Gutachten jeweils Gutachten durch den Berufspsychologischen Service erstellt, weshalb bei psychischen Beeinträchtigungen dem Berufspsychologischen Service eine größere Bedeutung als bei somatischen Erkrankungen zukomme. Der Einbezug geschieht teils bereits im Vorfeld der ärztlichen Begutachtung, häufiger jedoch im Anschluss und wird separat durch den Vermittler bzw. Reha-Berater beauftragt.

Neben der Erstellung von Fachgutachten werden vom Berufspsychologischen Service individuell zu beantragende Fallbesprechungen oder gemeinsame Fallbearbeitungen zur Unterstützung der operativen Mitarbeiter im SGB-II- und SGB-III-Bereich sowie psychologische Beratungen dem/der Betreffenden angeboten.<sup>47</sup> Letzteres

---

<sup>46</sup> Die Erstellung einer Stellungnahme ist beim Berufspsychologischen Service immer mit mindestens einem persönlichen Gespräch verbunden, weshalb diesem deutlich mehr Zeit pro Fall zur Verfügung steht.

<sup>47</sup> Fallbesprechungen finden zwischen Vermittlungsfachkraft und Mitarbeiter des Psychologischen Dienstes, aber ohne den SGB-II-Leistungsberechtigten statt; bei gemeinsamer Fallbearbeitung wird der Arbeitssuchende einbezogen (siehe auch Bundesagentur für Arbeit 2011g). Bei psychologischen Beratungen fungiert der Arbeitssuchende selbst als „Auftraggeber“ gegenüber dem Psychologischen Fachdienst.

wird von einem Befragten auch als „Brücke“ zur therapeutischen Behandlung mit dem Ziel der Herstellung von Therapiemotivation beschrieben.

### ***Inhalt des Psychologischen Gutachtens***

Inhaltlich umfasst ein psychologisches Gutachten eine Beschreibung der Ausgangssituation, ermittelte Untersuchungsergebnisse sowie eine Zusammenfassung und daraus resultierende Empfehlungen für die Vermittlungsfachkräfte. Für die befragten Gutachter ist die medizinische Diagnose der begutachteten Fälle nicht handlungsrelevant, da auf dieser Basis allein keine Aussagen zur Arbeits- oder Integrationsfähigkeit möglich sind. Die angewandte „beschreibende Art der Diagnostik“ soll die Vermittler über Stärken, Ressourcen und Potenziale, aber auch Schwächen und Defizite sowie Hilfs- und Fördermöglichkeiten informieren. Eine solche Beschreibung des individuellen Bedarfs des Betroffenen beinhaltet auch eine möglichst genaue Beschreibung der (notwendigen) Rahmenbedingungen der beruflichen Einsatzfähigkeit bzw. für eine berufliche Integration, etwa mit Blick auf Schichtarbeit, Arbeitszeiten, Tagesstruktur und Führungsverantwortung, als auch eine Darstellung persönlicher Fähigkeiten. Eine solche Beschreibung von individuellen und kontextbezogenen Aspekten ist insbesondere für eine spätere Auswahl geeigneter Arbeitsmarktmaßnahmen oder beruflicher Teilhabeleistungen bedeutsam. Welche Leistungsart bzw. welcher Trägertyp im Einzelfall konkret geeignet erscheint, wird dem gegenüber nicht ausgeführt.

Die inhaltliche Tiefe und Informationsschwerpunkte des Gutachtens sind, gleichfalls wie im Fall des Ärztlichen Dienstes, wesentlich von den Fragen der Vermittler bei der Beauftragung abhängig. Bei psychologischen Gutachten sind durch die Vermittlungsfachkräfte die zu beantwortenden Fragen frei zu formulieren. Entsprechend ist die Konkretheit der Fragen, die an den Berufspsychologischen Service gestellt werden, sehr unterschiedlich. Ein möglicherweise bestehender medizinisch-therapeutischer und/oder beruflicher Rehabilitationsbedarf wird in unterschiedlicher Weise im Gutachten thematisiert. Einerseits sei die Empfehlung rehabilitativer Aspekte „nicht die Regelfrage“, wobei eine entsprechende Bedarfsprüfung durch die Rehabilitationsberatung jedoch im Gutachten empfohlen werde bzw. sich aus dem Umfang der Leistungsfähigkeit und der Notwendigkeit besonderer Unterstützung ergebe.

## **8 Das Hilfesystem für Menschen mit psychischer Erkrankung außerhalb der SGB-II-Träger**

Bei den Einrichtungen zur Unterstützung psychisch kranker Menschen variiert nicht nur – wie gesehen – die Einschätzung der quantitativen Größenordnung der SGB-II-Beziehenden in den einzelnen Einrichtungen des Hilfesystems. Auch der Bezug der jeweiligen Einrichtung zur Vermittlung in Erwerbsarbeit ist nicht einheitlich, sodass die Schnittmengen mit den Aufgaben der Arbeitsverwaltung recht unterschiedlich ausfallen.

Bei den befragten *Sozialpsychiatrischen Diensten* etwa bildet eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt vor dem Hintergrund eines meist chronisch erkrankten und arbeitsmarktfernen Klientels in keiner der Regionen den primären Fokus. Stattdessen stehen die medizinische Versorgung, die Sicherung der gelingenden Alltagsbewältigung sowie Möglichkeiten der Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt oder aber Leistungen nach dem SGB XII im Vordergrund. Erwerbsintegration spielt vor allem im Kontext sozialmedizinischer Begutachtung eine Rolle.

Auch bei *Anbietern der sozialen Rehabilitation bzw. psychosozialer Hilfen* (betreutes Wohnen) ist Erwerbsintegration nur von untergeordneter Bedeutung, da die teils überwiegende Mehrheit der chronisch kranken Klienten erwerbsunfähig ist. Hinzu kommt, dass bei dem geringen Anteil erwerbsfähiger Personen oftmals bereits eine Berentung beantragt wurde, da eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt kaum möglich erscheint. In seltenen Fällen sei bei betreuten Klienten eine Erwerbsintegration denkbar, jedoch sei hier die Sicherstellung der Alltagsbewältigung vorrangig. Ein Zusammenwirken von Dienst und SGB-II-Träger ist daher sehr selten.

Als wichtiger Lebensbereich der Patienten/-innen stellt Erwerbsarbeit als Thema der Therapie sowie in Form von Koordinationsleistungen einen relevanten Bestandteil der therapeutischen Handlungspraxis der befragten *Tageskliniken* dar. Dabei spiele insbesondere die Erarbeitung einer beruflichen Perspektive und die Schaffung positiver Erwerbserfahrungen über „Arbeitsversuche“ eine tragende Rolle. Daneben werden in klassischen ergo-, sport- und bewegungstherapeutischen Behandlungselementen sowohl die Ausdauerfähigkeit als auch einzelne Fertigkeiten trainiert, die für das Arbeitsleben relevant sind. Jedoch gilt auch hier, dass trotz Relevanz der Erwerbstätigkeit die medizinische Behandlung und therapeutische Versorgung der Klienten im Vordergrund steht. Bei psychischen Erkrankungen, vor allem im akutstationären Kontext, seien die betroffenen Personen häufig gesundheitlich nicht in der Lage, kontinuierlich an arbeitsmarktintegrierenden Maßnahmen teilzunehmen. Zudem könne die Behandlung einer psychischen Erkrankung einen langen Zeitraum in Anspruch nehmen, wodurch im Abschluss in vielen Fällen eine berufliche Rehabilitation präferiert werde, wie sie beispielsweise die RPK mit dem Ziel der kontinuierlichen Leistungssteigerung anbiete. Eine gezielte Verzahnung zwischen Klinik und Jobcenter zum Therapieende hin findet sich nicht. Erfolgreiche Erwerbsintegration finde nach Erfahrung der Befragten eher durch bestehende eigene Netzwerke oder durch die Patienten/-innen selbst statt.

## **8.1 Kooperation mit dem Hilfesystem für Menschen mit psychischer Erkrankung aus der Perspektive der SGB-II-Träger**

Sowohl die skizzierte Komplexität der Problemlagen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen als auch die Bedeutung der verschiedenen Einrichtungen zur Unterstützung dieser Zielgruppe verdeutlichen den Bedarf an Kooperation zur Erreichung des Ziels der Erwerbsintegration. Diesbezüglich geben die Experteninterviews einen Einblick in die bestehenden Kooperationsbeziehungen und mögliche

Ansätze zu einer Verbesserung der Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen.

Von den Verantwortlichen in den SGB-II-Trägern werden zunächst verschiedene und mit Blick auf die Zielgruppe relevante Kooperationspartner benannt, insbesondere die Integrationsfachdienste, die RPK-Einrichtungen, die Berufsbildungswerke, sonstige Bildungsträger und die Werkstätten für behinderte Menschen. Im Bereich der medizinischen und psychologischen Hilfeangebote finden Kliniken, Krankenkassen, niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie Selbsthilfegruppen Erwähnung. Im Bereich der sozialen Teilhabe werden Anbieter psychosozialer Betreuung, sozialpsychiatrische und allgemeine soziale Dienste, Jugendämter, Wohneinrichtungen sowie Kontakt- und Beratungsstellen genannt.

Die Zusammenarbeit mit den benannten Einrichtungen und Diensten gestaltet sich auf der Einzelfallebene der Klienten jedoch regional sehr unterschiedlich, wobei in keiner der Regionen zu allen benannten Partnern Beziehungen bestehen. So werden in mehreren Regionen Kooperationsbeziehungen zum Sozialpsychiatrischen Dienst und zum Integrationsfachdienst durch die der SGB-II-Träger beschrieben. Intensive Kooperationen mit Tageskliniken oder psychosozialer Betreuung finden sich dagegen nur partiell. Die Zusammenarbeit mit medizinisch-therapeutischen Einrichtungen wie Tageskliniken, niedergelassene Psychotherapeuten und dem Sozialpsychiatrischen Dienst fungiert einerseits als Informationsquelle für die gutachterliche Tätigkeit der Fachdienste. Andererseits entsteht z. T. seitens der Fachdienste bei attestierter Behandlungsbedürftigkeit der Erkrankung eine Initiative zur fallbezogenen Weitervermittlung eines Klienten.

Zum Teil wird die Netzwerkarbeit in einigen Regionen etwa über Arbeitskreise und schriftliche Vereinbarungen organisiert, wobei dort insbesondere die Arbeitskreise als wichtiges Mittel der Kooperation wahrgenommen werden. Gleichwohl wird in allen Regionen ein Verbesserungsbedarf bezüglich der Kooperationsintensität wahrgenommen, weshalb auch in einer der Referenzregionen die Vernetzungsarbeit durch eine Universität evaluiert wird, um auf diesem Wege Anregungen für einen Ausbau der Strukturen zu erhalten. Die Knappheit der zeitlichen Ressourcen sowohl innerhalb der SGB-II-Träger als auch auf Seiten der Kooperationspartner begrenzt jedoch die Möglichkeiten eines solchen Ausbaus. Schließlich wird das oftmals fehlende Wissen einzelner Mitarbeiter um die Möglichkeit der Einbindung weiterer Dienste und Einrichtungen moniert, was einer Kooperation maßgeblich im Wege stehe.

## **8.2 Kooperation mit den SGB-II-Trägern aus der Perspektive der arbeitsbezogenen Einrichtungen und Dienste**

Anbieter von Arbeitsplätzen in *Werkstätten für Menschen mit Behinderung* sowie der *Integrationsbetrieb*, die im Rahmen der Studie befragt wurden, sehen aufgrund ihres Aufgabengebietes bzw. der Zusammensetzung ihrer Klientel wenig Berührungspunkte bzw. keinen Bedarf zur Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung. Der be-



fragte Integrationsbetrieb nennt neben der sporadischen, aber guten Kooperation mit der Arbeitsverwaltung das Integrationsamt und den Integrationsfachdienst als weitere wichtige Kooperationspartner. Eine gute Zusammenarbeit existiert zudem zu medizinischen Rehabilitationseinrichtungen, für deren Patienten/-innen Praktikumsplätze zur Verfügung gestellt werden.

Die Kooperation zwischen den *Integrationsfachdiensten* und Jobcentern ist regional sehr unterschiedlich. So findet in einer Region keine Zusammenarbeit zwischen beiden Institutionen statt, nicht zuletzt aufgrund fehlender Ressourcen auf Seiten des Integrationsfachdienstes. In anderen Regionen wird eine geringe und/oder schwierige Kooperationsbeziehung beschrieben, da oftmals nur wenige Vermittlungsaufträge vergeben werden, wenngleich die spezialisierte Kompetenz hier eine stärkere Einbindung nahelegen würde. Auch der Informationsaustausch mit der Arbeitsverwaltung wird als ausbaufähig beschrieben. Die wichtigsten Kooperationspartner für die Integrationsfachdienste außerhalb der Arbeitsverwaltung sind die psychosozialen Dienste, die Bildungsträger, die Arbeitgeber, die Kliniken, Ärzte, Therapeuten und die Familienselbsthilfe.

### **8.3 Kooperation mit den SGB-II-Trägern aus der Perspektive medizinischer und psychosozialer Einrichtungen**

In der Mehrheit der Regionen findet fallbezogen keine strukturierte Zusammenarbeit zwischen *Tageskliniken* und SGB-II-Trägern statt, was zum Teil deutlich kritisiert wird. Hinzu kommt eine grundsätzliche Kritik an der Praxis der SGB-II-Träger bezüglich des Grades der Einzelfallorientierung, der fachlichen und sozialen Kompetenzen im Umgang mit der Gruppe psychisch beeinträchtigter Menschen sowie für die Betroffenen häufiger wechselnde Ansprechpartner bei den SGB-II-Trägern. Relativ einstimmig wird zudem der mangelnde Informationsfluss zwischen den SGB-II-Trägern und den Kliniken problematisiert. Eine Tagesklinik berichtet hingegen von einer guten Zusammenarbeit, wenngleich der Bedarf an Kooperation relativ gering sei, da aufgrund des verfolgten Therapieansatzes ohnehin verstärkter eine Kooperation mit regionalen Betrieben gepflegt werde.

Die Modellregion E legt einem Schwerpunkt auf die regionale Steuerung der Kooperation mit den SGB-II-Trägern. Entsprechend wird diese hier von den Tageskliniken anders bewertet als in den anderen Regionen. Die über die Klinik-Sozialarbeit gepflegte Zusammenarbeit wird in jüngster Zeit als durchgängig positiv beschrieben. Die Abschlussberichte der Klinik werden von den Fachdiensten der Arbeitsverwaltung in großem Umfang angefordert und zudem fand ein Besuch der Reha-Abteilung der Agentur für Arbeit in der Klinik statt.

Deutlich negativere Bewertungen finden sich bei Anbietern *aufsuchender sozialer Rehabilitationsangebote wie ambulant betreutem Wohnen nach SGB XII*. Einerseits ist der Bedarf an Zusammenarbeit mit der Arbeitsverwaltung häufig gering, da nur eine Minderheit der betreuten Klienten erwerbsfähig ist. Andererseits wird die bestehende Kooperation sehr kritisch beurteilt, da man das Gefühl habe, eine solche

Zusammenarbeit und Einbeziehung der Expertise sei von Seiten der SGB-II-Träger gar nicht erwünscht. Fehlende Transparenz von Zuständigkeiten, Verwaltungsabläufen und Kontaktmöglichkeiten sowie häufige Ansprechpartnerwechsel erschweren die Kommunikation zusätzlich.

Die *Sozialpsychiatrischen Dienste* bewerten die Kooperation regional unterschiedlich, aber insgesamt weniger kritisch. Aufgrund ihrer Aufgabenstellung können sie durch die kommunale Verantwortung für psychosoziale Hilfen im Rahmen des § 16a SGB II stärker in die Betreuung erwerbsfähiger Leistungsberechtigter eingebunden sein. Zudem nehmen sie bisweilen gutachterliche Aufgaben an den Schnittstellen von SGB II, IX und XII wahr. Die Beziehungen zwischen beiden Institutionen sind dabei überwiegend von der abgegrenzten Wahrnehmung der jeweiligen Aufgaben, kaum im Sinne eines Zusammenwirkens gekennzeichnet. Dem gegenüber wird in der Modellregion E, die sich bereits vor der Einführung des SGB II im Rahmen eines Modellprojektes die Verbesserung der Zusammenarbeit von Kommune und Arbeitsverwaltung zum Ziel gesetzt hatte, die Kooperation insbesondere mit der Reha-Beratung und dem spezialisierten Fallmanagement für psychisch Kranke als besonders gut beschrieben. Maßgeblich hierfür sind regelmäßige Kontakte sowie die Einbindung des Jobcenters in Hilfeplankonferenzen.

Der Kooperation sind aber auch durch die personellen Ressourcen Grenzen gesetzt. So bewirke etwa eine fehlende Kommunikation spezifischer Angebote seitens der Jobcenter, dass man als Einrichtung zur Unterstützung von Menschen mit psychischer Erkrankung insgesamt häufig viel zu spät von Integrationsprojekten erfahre. Eine darüber hinaus als intransparent und unflexibel erlebte Organisations- und Kommunikationsstruktur sowie diskontinuierliche Informationsflüsse innerhalb der Jobcenter, fehlende Kontaktdaten und teils geringe zielgruppenspezifische Kenntnisse der persönlichen Ansprechpartner würden dabei eine fachübergreifende Zusammenarbeit mit Hilfesystem erheblich erschweren. Eine zeitnahe, abgestimmte Umsetzung gemeinsamer Maßnahmen und Leistungen würde damit entscheidend behindert.

Während einige Befragte auf ihre gut funktionierende Netzwerkarbeit in der Region verweisen, wünschen sich andere einen Ausbau. Gefragt nach zukünftigen Weiterentwicklungsmöglichkeiten nennen die Befragten in erster Linie die folgenden Aspekte:

- die Einführung einer koordinierenden Stelle auf regionaler Ebene,
- den Aufbau regionaler Arbeitsgremien (runde Tische) mit Beteiligung der Jobcenter,
- die Ausweitung der Fall- und Hilfeplankonferenzen unter Einbezug der Jobcenter,
- die Sicherstellung der regionalen Nähe der kooperierenden Einrichtungen,
- (sozial-) psychologische Betreuung in Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern,

- gemeinsame Planung von Projekten (z. B. mit den Integrationsfachdiensten),
- enge Zusammenarbeit mit ambulanten Diensten sowie
- besserer Austausch zwischen verschiedenen Einrichtungen.

## 9 Fazit des empirischen Teils

Abschließend sollen vor dem Hintergrund der präsentierten empirischen Ergebnisse einige wesentliche Aspekte herausgearbeitet werden. Dies umfasst zum einen eine abschließende Betrachtung der einbezogenen Referenzregionen, zum anderen eine Reflexion des in diesem Feld bedeutsamen Problems des Datenschutzes sowie eine Thematisierung der verschiedenen Perspektiven der beteiligten Institutionen auf die Gruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

### 9.1 Die Referenzregionen im Vergleich

In den beiden Referenzregionen wurden unterschiedliche „innovative“ Ansätze im Bereich Kooperation und Professionalisierung entwickelt und implementiert: einerseits ein von der Steuerungsebene der Arbeitsverwaltung gesetzter Schwerpunkt zur Verbesserung der Kooperation (Region E). Andererseits die Etablierung eines personalintensiven, zielgruppenspezifischen Fallmanagements für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen beim SGB-II-Träger (Region D). In beiden Regionen wird diesen innovativen Strukturen bzw. Instrumenteneine positive Wirkung auf die regionale Kooperation attestiert.

So wird von allen beteiligten Interviewpartnern in der Region D die gut funktionierende Zusammenarbeit der Abteilung „Spezifisches Fallmanagement für gesundheitlich Beeinträchtigte“ des SGB-II-Trägers hervorgehoben, da die Mitarbeiter über einschlägige Fachkompetenz sowie umfassendere zeitliche Ressourcen für die Betreuungs- und Vermittlungsarbeit verfügten. Dieser Bereich ist auch aufgrund seiner Spezialisierung sowohl innerhalb der Arbeitsverwaltung als auch mit Diensten und Einrichtungen zur Unterstützung psychisch kranker Menschen gut vernetzt und pflegt diese Zusammenarbeit, um eine adäquate Betreuung zu gewährleisten. Weiterhin gelingt es hier, zielgruppenspezifische Fortbildungen anzubieten und die Mitarbeiter systematisch für die Problemlage psychisch erkrankter Personen zu sensibilisieren. Schließlich erlauben die bereitgestellten, im Vergleich deutlich umfangreicheren Ressourcen im Fallmanagement eine bessere Betreuung und Vermittlung dieses Personenkreises. Diese Experten übernehmen nicht nur die Betreuung identifizierter Fälle, sondern stehen darüber hinaus ihren Kollegen bei Bedarf als beratende Ansprechpartner für entsprechende Fragen zur Verfügung. Gleichwohl ist jedoch auch zu sehen, dass außerhalb des Fallmanagements die Fachkompetenz und die Möglichkeiten individueller, bedarfsgerechter Betreuung deutlich weniger positiv einzuschätzen ist.

In der Region E zeigt sich deutlich, dass die Etablierung eines „Netzwerkers“, der eine Brückenfunktion zwischen der Klinik und dem Jobcenter wahrnimmt, zu einer Verbesserung der Kooperation des Jobcenters und der befragten Tagesklinik führt.

Dasselbe gilt für die Zusammenarbeit des Jobcenters mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst, die in dieser Region deutlich positiver eingeschätzt wird, was vor allem für das Zielgruppenfallmanagement und die Reha-Berater gilt. Entsprechend wird seitens der Mitarbeiter des Jobcenters die sehr gute Kooperation mit der lokalen Fachklinik betont, aus der auch spezifische Beschäftigungsprojekte für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und Qualifikationsmöglichkeiten für Mitarbeiter hervorgegangen sind. Hinsichtlich solcher Projekte ist auch die Leitung des Jobcenters bestrebt, eine zusätzliche Förderung – z. B. über den Europäischen Sozialfond – zu realisieren. Daneben ist hervorzuheben, dass in dieser Region alle Vermittlungsfachkräfte hinsichtlich der Erkennung psychischer Erkrankungen geschult werden und zudem verstärkt sozialpsychiatrische Einrichtungen und Dienste in die Leistungserbringung einbezogen werden.

Damit sind zwei recht unterschiedliche Ansätze skizziert, den besonderen Herausforderungen, die die Gruppe der psychisch beeinträchtigten Personen an die SGB-II-Träger stellen, zu begegnen. Dabei ist einerseits festzuhalten, dass beide Ansätze jeweils Vorteile haben, aber nicht zwangsläufig als uneingeschränktes Vorbild für andere Regionen dienen können. Andererseits ist in Rechnung zu stellen, dass beide Ansätze mit institutionellen Schwerpunktsetzungen oder der Bereitstellung von zusätzlichen Ressourcen verbunden sind, eine Entscheidung, die letztlich von SGB-II-Trägern angesichts der diesem Problem beigemessenen Dringlichkeit getroffen werden muss.

## **9.2 Datenschutz**

Ein Problem, das sich im Kontext der Arbeitsverwaltung generell, für die hier betrachtete Personengruppe aber in besondere Weise stellt, ist das des Datenschutzes. Hier besteht einerseits das bedeutsame Recht der Betroffenen auf informationelle Selbstbestimmung, andererseits aber auch das Erfordernis der Kommunikation und Kooperation im Betreuungs- und Vermittlungsprozess, dem durch die geltenden Datenschutzbestimmungen pragmatische Hürden entgegenstehen. Letzteres beeinträchtigt potenziell die Qualität der Dienstleistung und läuft somit auch tendenziell dem Interesse des Betreuten zuwider.

Dies betrifft zunächst die Dokumentation im 4PM und VerBIS innerhalb der SGB-II-Träger, in denen die oftmals wichtigen Informationen nicht in einer Weise dokumentiert werden dürfen, die sich viele Vermittlungsfachkräfte im Sinne einer besseren Betreuung wünschen. Dies gilt insbesondere für Informationsverluste bei einem Betreuungswechsel, in dessen Rahmen die übernehmende Fachkraft erneut eigentlich bereits vorhandene, sensible Daten erschließen muss. In ähnlicher Weise trifft dies auf die Fachgutachten der medizinischen Dienste der SGB-II-Träger zu, die die erstellten Diagnosen aus Datenschutzgründen oftmals nur „verklausuliert“ formulieren dürfen. Schließlich erschweren Datenschutzbestimmungen die quantitative Erfassung der Betroffenheit SGB-II-Beziehender von psychischen Beeinträchtigungen innerhalb der Arbeitsverwaltung, was in der Konsequenz dazu führt, dass kaum verlässliche Aussagen über die tatsächliche Bedeutung derartiger Problemlagen in der

Arbeitspraxis möglich sind, was zugleich die Grundlage für eine stärkere Sensibilisierung für dieses Thema bilden könnte.

### **9.3 Perspektiven auf die Zielgruppe und notwendige Unterstützungsleistungen**

Abschließend ist auf die sehr unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen Institutionen und die daraus abgeleiteten Verbesserungsmöglichkeiten einzugehen. Insbesondere die Vermittlungsfachkräfte der SGB-II-Träger sind oftmals mit den zu bewältigenden Fallzahlen überfordert und verfügen meist über wenig Fachwissen hinsichtlich der Problemlagen psychisch beeinträchtigter Menschen. Angesichts des prioritären Vermittlungsauftrags der Institution ist Letzteres kaum verwunderlich. Mit Blick auf spezifisches Wissen scheinen einerseits entsprechende Fortbildungen, wie in den Modellregionen, sinnvolle Instrumente zur Sensibilisierung der Mitarbeiter, doch auch eine höhere Konstanz im betreuenden Personal würde dazu beitragen, den Verlust an bereits gesammelter Erfahrung und Wissen zu verringern. Die Bereitstellung größerer personeller Ressourcen hängt hingegen wesentlich von den vorhandenen Mitteln ab, die für die einzelnen SGB-II-Träger meist ohnehin knapp sind.

Auch mit Blick auf die angebotenen Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik ist in Rechnung zu stellen, dass diese vorrangig einer möglichst schnellen Integration dienen sollen, eben weil hierin das Ziel der SGB-II-Träger besteht, an dem sie auch gemessen werden. Dass sich angesichts der Entwicklungen im SGB II dort Personen mit komplexen, oftmals auch psychischen Problemlagen häufen, denen eine solch kurzfristige Orientierung nicht gerecht wird, steht weitgehend außer Frage. Dies ist wiederum verknüpft mit dem institutionellen Auftrag und dessen Ausgestaltung und somit der Frage danach, welches Maß an Unterstützung und Betreuung die SGB-II-Träger in solchen Fällen leisten können, sollen oder im Einzelfall gar zur Erreichung des Integrationsziels müssten.

So ist es nachvollziehbar, dass viele Mitarbeiter des Hilfesystems die genannten Aspekte problematisieren. Die Mehrzahl sieht die Defizite in Fachwissen und Kompetenzen sowie der mangelnden Einzelfallorientierung in der Praxis der SGB-II-Träger noch drastischer, was wohl wesentlich auch auf die intensive eigene Auseinandersetzung mit der Zielgruppe und den stärker helfenden institutionellen Auftrag zurückgeht. Dies zeigt sich nicht zuletzt daran, dass man in den meisten Einrichtungen des Hilfesystems für Menschen mit psychischer Erkrankung von einer Klienten- oder Patientenbeziehung sprechen kann, was für die SGB-II-Träger jedoch in dieser Form nicht zutrifft. Zudem stellt sich für viele Mitarbeiter des Hilfesystems die als bürokratisch empfundene Struktur der SGB-II-Träger als Kommunikations- und Kooperationshindernis dar, was mit einer besseren Gestaltung der Schnittstellen, wie in Modellregion E, zumindest tendenziell behoben werden könnte. Weiterhin folgt aus der stärker individuumszentrierten Perspektive des Hilfesystems eine teils deutliche Kritik an der Ausgestaltung arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen, die mit Blick auf die bestehenden Erfordernisse eines Teils der Zielgruppe als wenig hilfreich

empfunden werden. Zentrale Kritikpunkte insbesondere im Blick auf schwere psychisch beeinträchtigte Menschen sind hier die Kurzfristigkeit und fehlende Perspektive der Maßnahmen, die Vergabe von Maßnahmen nach dem Kriterium des günstigsten Preises und die fehlende Passgenauigkeit der Angebote mit Blick auf die Bedürfnisse psychisch beeinträchtigter Menschen. Letzteres umfasst vor allem die oft als zu groß empfundenen Teilnehmergruppen, die fehlende Niederschwelligkeit und Kleinschrittigkeit der Angebote, einen Mangel an psychologischer und/oder pädagogischer Betreuung sowie die zu schwache Anbindung an potenzielle Arbeitgeber.

## **Teil C – Diskussion, Schlussfolgerungen und Forschungsbedarf**

In diesem letzten Berichtsteil werden die vorgestellten Befunde diskutiert und wesentliche Kernergebnisse eingeordnet. Daraus werden im Anschluss Schlussfolgerungen, Handlungsperspektiven und weitergehende Forschungsansätze abgeleitet.

### **10 Zusammenfassung und Ergebnisdiskussion**

#### ***Quantitative und qualitative Bedeutung psychischer Beeinträchtigungen im SGB II***

Aus den dargelegten Ergebnissen wird deutlich, dass Menschen mit psychischer Beeinträchtigung bei der sozialpolitischen Bewältigung von Arbeitslosigkeit und für die dafür zuständigen gesellschaftlichen Institutionen (hier die SGB-II-Träger) quantitativ und qualitativ eine wichtige Personengruppe darstellen. Mehr als jeder dritte Leistungsbezieher nach SGB II (TK 2006 / AOK 2009: 37 %) weist innerhalb eines Jahres eine ärztlich festgestellte psychiatrische Diagnose auf. Die Daten der Krankenkassen zeigen zudem auf, dass – neben den im Rahmen dieses Berichtes nicht berücksichtigten Suchterkrankungen – affektive Störungen (ICD10: F30-F39) mit bis zu einem Sechstel der Leistungsberechtigten sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen mit etwa einem Fünftel (ICD10: F40-F49) besonders bedeutsame Erkrankungsgruppen darstellen. Besonders häufig treten in der Praxis auch depressive Störungen und Angststörungen in Kombination auf. Auch wenn sich die Krankenkassendaten nicht ohne weiteres hochrechnen lassen, ist es plausibel, dass man es bei den wichtigsten Einzeldiagnosen mit jeweils mehreren Hunderttausend Fällen zu tun hat, die je nach Art und Auswirkung der Störung unterschiedliche Anforderungen an Beratung und Betreuung, Unterstützung und Therapie stellen.

Empirische Befunde der Fachdienste verweisen dabei darauf, dass eine große Zahl arbeitsloser Menschen mit zum Teil chronischer psychischer Erkrankung hinsichtlich ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit mehr als drei Stunden pro Tag erwerbstätig sein können und daher im Rechtskreis des SGB II keineswegs „fehlplatziert“ sind. Gleichzeitig sind aber psychische Erkrankungen immer häufiger der Grund eines Erwerbsausstieges durch gesundheitsbedingte Frühberentung: mehr als 40 Prozent der Neuzugänge in Erwerbsminderungsrente sind mit einer Erkrankung im Bereich psychischer Störungen begründet. Damit stellt sich auch die grundsätzliche Frage



nach dem Selbstverständnis der SGB-II-Institutionen hinsichtlich des Kreises der erwerbsfähigen, aber nur mit umfangreicher Unterstützung oder auf absehbare Zeit nicht vermittelbarer Personen. Zu diesen zählen in größerem Umfang auch Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung. Welche gesellschaftlichen und institutionellen Antworten gibt es für die Betreuung dieser Menschen, für ihre Stabilisierung und für die Ermöglichung gesellschaftlicher Teilhabe, insbesondere am Erwerbsleben?

Psychisch beeinträchtigte Menschen sind im Personenkreis arbeitsloser bzw. arbeitssuchender Menschen deutlich überrepräsentiert. Der Anteil dieser Menschen ist zudem bei Personen im Leistungsbezug nach SGB II nochmals höher als im SGB III. Die quantitative Bedeutung des Personenkreises in der Gesamtklientel der SGB-II-Träger wird auch von den Befragten der SGB-II-Träger deutlich herausgestrichen. Für die Handlungsrelevanz der Personengruppe sind jedoch insbesondere auch qualitative Aspekte maßgebend. Im Bereich der Betreuung und Vermittlung der Jobcenter stellen Personen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht selten an die Mitarbeiter hohe Anforderungen an den Betreuungsaufwand, die Betreuungsdauer und die Betreuungstiefe. Hieraus entstehen für die institutionelle Handlungspraxis der Betreuungs- und Integrationsarbeit bedeutsame Herausforderungen.

### ***Erfordernisse der Betreuungs- und Vermittlungsarbeit***

Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist der Prozess der Arbeitssuche, Arbeitsaufnahme und des Arbeitsplatzerhalts häufig mit einer Vielzahl von Problemen verknüpft. So sind gerade von einem Teil der chronisch psychisch kranken Menschen Hürden in Bezug auf krankheitsbedingte Motivationsprobleme, Antriebsschwächen, soziale Kontaktprobleme und weitere psychosoziale Problemfelder gewissermaßen jeden Tag neu zu überwinden. Zugleich ergibt sich aus der Untersuchung, dass hier nicht allein die Vermittlungsfachkraft oder eine singuläre Arbeitsförderungsmaßnahme (z. B. Arbeitsgelegenheit oder eine Maßnahme beim Arbeitgeber) ausreichend Hilfestellung bieten kann. Zudem fordern potenzielle Arbeitgeber die Sicherheit, dass bei psychosozialen Krisen oder auch Konflikten am Arbeitsplatz unverzüglich und verlässlich fachliche Hilfen für Betroffene und Unternehmen geleistet werden.

Erwartungsgemäß stellt aufgrund der Erkrankungsspezifika bereits das Erkennen eines besonderen Unterstützungsbedarfs durch die Vermittlungsfachkräfte eine wesentliche Herausforderung dar. Dass hierzu sowie für eine adäquate Betreuung notwendige Fachwissen wird seitens der befragten Experten der SGB-II-Träger selbst ambivalent eingeschätzt. Sie verweisen zwar einerseits auf den wichtigen Stellenwert von Berufserfahrung und sozialer Kompetenzen wie Empathie, verfügen jedoch häufig nicht über spezifische Fachkenntnisse zu Erkrankungsarten und Krankheitsfolgen. Insbesondere dieser Mangel an spezifischer Fachlichkeit der Vermittlungsfachkräfte wird von den Befragten aus dem Bereich der psychosozialen Versorgung herausgestrichen. Entsprechende Fortbildungsangebote sind in Art und

Umfang regional sehr unterschiedlich und zielen z. T. auf spezifische Zielgruppen, v. a. auf Fallmanager.

Nicht nur personale Kompetenzen sondern auch Rahmenbedingungen wie sozialrechtliche Regelungen und organisationsbezogene Strukturen bestimmen den Handlungsraum für die professionellen Akteure. Dies zeigt sich an den Aussagen der Vermittlungsfachkräfte zur Kontaktdichte und der Betreuungsintensität. Sie führen aus, dass häufig für eine adäquate Betreuung von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ein größerer zeitlicher Bedarf bestehe sowie eine „intensive Fallarbeit“ und hohe Betreuungsdichte notwendig sei. Diesem Bedarf stehen infolge eines hohen Betreuungsschlüssels eng begrenzte zeitliche Ressourcen gegenüber. Die im politischen Raum kommunizierten Fallzahlen (Deutscher Bundestag 2011a, 37ff.; Deutscher Bundestag 2011b, 20ff.) bilden durch Berücksichtigung aller Mitarbeiter ein günstigeres Verhältnis ab, als es bei den befragten Vermittlungsfachkräften vorzufinden ist.

Einen zweiten Aspekt stellt die inhaltliche Gestaltung der Arbeitsbeziehung zwischen Vermittlungsfachkraft und Leistungsberechtigten dar. Die befragten Mitarbeiter heben hervor, dass eine symmetrische, vertrauensvolle Kommunikation notwendig für das Erreichen gemeinsamer Ziele sei. Insbesondere ein offener Umgang mit bestehenden Problemlagen stelle einen Baustein für die Erkennung eines spezifischen Unterstützungsbedarfes dar. Ein solcher Anspruch an die Beratungssituation durch die Vermittlungsfachkraft, blendet jedoch das faktisch und institutionell gegebene, eher unsymmetrisch und von Abhängigkeit<sup>48</sup> geprägte Verhältnis beider Akteure aus. Die Erwartung von Offenheit und Mitteilungsbereitschaft kann dabei auch zu Ausprägungen der psychischen Erkrankung in Widerspruch geraten.

Auch die institutionell vorgegebenen Leitlinien der Fallbearbeitung erweisen sich für Personen mit umfassenderem Hilfebedarf als problematisch. Aktuell gibt das 4-Phasen-Modell (4PM) der Integrationsarbeit den Handlungsrahmen für die Vermittlungsfachkräfte vor<sup>49</sup>. Dessen Ausgestaltung spiegelt aufbauend auf den gesetzlichen Grundlagen eine starke Orientierung auf Arbeitsmarktintegration und eine möglichst schnellen Beendigung der Hilfebedürftigkeit wider. Nicht-lineare oder zirkuläre Verläufe in der Integrationsarbeit, die gerade bei phasenhaft verlaufenden psychischen Erkrankungen vorkommen können, lassen sich aus Sicht eines Teils der Befragten nur schwer im 4PM abbilden. Das 4-Phasen-Modell selbst sieht allerdings diese Flexibilität wie auch die Möglichkeit der Erstellung von Integrationspla-

---

<sup>48</sup> Beispielhaft hierfür ist, dass die klientenseitige Initiative verpflichtend ist (§2 SGB II), die institutionelle Unterstützung durch Leistungen zur Eingliederung in Arbeit sich jedoch im Bereich der „kann“-Leistungen bewegen (§3 Abs. 1 SGB II). Die Arbeitsverwaltungsterminologie des „Kunden“ kann ferner – da es sich nicht um eine (freie) Marktbeziehung handelt – als Verwischung dieser realen Natur des Beziehungsverhältnisses zwischen Anspruchsberechtigtem und der jeweiligen Institution gelten.

<sup>49</sup> Für die früheren Handlungsprogramme findet sich ebenso eine ambivalente Einschätzung durch Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung (Schubert et al. 2007).

nungen zumindest konzeptionell vor (Bundesagentur für Arbeit 2011a, 2011b). Eine Verknüpfung mit beratenden und sozialrehabilitativen Hilfeleistungen findet bislang jedoch nicht statt.

### **Die Bedeutung der Fachdienste**

Die Handlungsebene der Fachdienste hinsichtlich bedarfsgerechter Betreuungs- und Vermittlungsprozesse ist für psychisch kranke Leistungsberechtigte im SGB II von besonderer Bedeutung. Die Fachdienste stellen den Integrationsfachkräften als Ergebnis ihrer Begutachtungen aus (sozial)medizinischer und/oder psychologischer Perspektive fachliche Expertisen mit wichtigen Informationen zur gesundheitlichen Situation zur Verfügung

Dem Ärztlichen Dienst und dem Berufspsychologischer Service steht ein begrenztes Zeitkontingent für den Einzelfall zur Verfügung. Insbesondere der Ärztliche Dienst greift auf schriftliche Vorinformationen Dritter, etwa niedergelassener Ärzte oder psychiatrischer Kliniken bzw. Tageskliniken, von für die Frage der Erwerbsperspektiven und -möglichkeiten nicht selten begrenztem Informationsgehalt zurück. Viele Gutachten des Ärztlichen Dienstes basieren allein auf diesen Befunden „aus Aktenlage“. Auch wenn sich zusätzlich eine ergänzende persönliche Untersuchung anschließt, ist das Begutachtungsergebnis häufig eine Momentaufnahme der komplexen Zusammenhänge von Erkrankung, Krankheitsfolgen und Kontextfaktoren<sup>50</sup>, was gleichermaßen für den Berufspsychologischen Service gilt. Die Aussagekraft solcher Momentaufnahmen ist angesichts der teilweise hohen Dynamik und Komplexität von psychischen Erkrankungen kritisch zu hinterfragen (Koch 2008). Andererseits können ärztliche Gutachten abhängig von Inhalt, Umfang und Qualität von dem Ärztlichen Dienst vorliegenden Befunden Dritter auch eine darüber hinausgehende Aussagekraft erreichen.

Im Blick auf die institutionellen Prozesse bei SGB-II-Trägern haben die Gutachten der Fachdienste einen zentralen Stellenwert für weitere Entscheidungen hinsichtlich Betreuung und Vermittlung der Leistungsbezieher sowie für Leistungsentscheidungen (auch: Schubert 2010). Die Integrationsfachkräfte müssen auf Grundlage der Gutachten nicht nur das Vorliegen der bedeutsamen sozialrechtlichen Rahmenbedingungen prüfen, sondern auch jeweils im Einzelfall Ableitungen für den weiteren Betreuungs- und Vermittlungsprozess vornehmen und einschätzen, welche fachlichen Hilfen sie zur Unterstützung heranziehen müssen.

Zugleich setzen die personellen und institutionellen Rahmenbedingungen der diagnostischen Abklärung durch die Fachdienste wesentliche Grenzen. Wenn, wie dargestellt, etwa ein Drittel der SGB-II-Leistungsbezieher unter verschiedenen psychischen Störungen leidet, die sich in unterschiedlicher Weise auf die Vermittlungsfähigkeit auswirken, kommt den Integrationsfachkräften eine implizite Gatekeeper-

---

<sup>50</sup> Für den Ärztlichen Dienst bezieht sich dies insbesondere auf das Zusammenwirken von Krankheitsverlauf, Erwerbsfähigkeit und Arbeitssituation.

Funktion zu. Sie müssen eine erste Einschätzung zum Vorliegen und gegebenenfalls zur Relevanz einer psychischen Erkrankung vornehmen und die Voraussetzungen für die Einschaltung des Ärztlichen Dienstes prüfen. Der „Praxisleitfaden zur Einschaltung des Ärztlichen Dienstes im Bereich SGB II und III“ der Bundesagentur für Arbeit formuliert drei additiv zu erfüllende Voraussetzungen, zu denen neben dem Bestehen einer integrationsrelevanten Gesundheitsstörung auch eine aktuelle ärztliche Behandlung zählt (Bundesagentur für Arbeit 2011f: 6). Die letztere Bedingung, von der nur im Ausnahmefall abgewichen werden kann, lässt sich zwar einerseits mit einer bei akuten psychischen Störungen sinnvollen Krankenbehandlung im Vorfeld fachdienstlichen Handelns begründen. Andererseits kann diese aber auch kontraproduktiv sein, da mit psychischen Störungen geht in einer Reihe von Fällen eine verminderte Behandlungsbereitschaft einher (siehe Punkt 2.3). Entsprechend kann dies einem Zugang zur ärztlichen Abklärung bestehender Beeinträchtigungen entgegenstehen.

Von den Fachdiensten wird die Kompetenz der Integrationsfachkräfte bei der Erkennung psychischer Problemlagen im Vergleich zu deren eigenem Urteil und zum Urteil von Mitarbeitern des Hilfesystems für Menschen mit psychischer Erkrankung auffallend positiv beurteilt. Dies wäre durch eine Filterfunktion beim Zugang zu den Fachdiensten erklärbar: Fachdienste haben ein durch die funktional differenzierte Aufgabenzuordnung zwischen Vermittlungsfachkräften und Fachdiensten gefiltertes Publikum (auch: Schubert 2010; Schubert et al 2007), d. h. die Trefferquote bei den Fällen, die in den Fachdiensten landen, ist sehr hoch. Dieses Urteil der Fachdienste erfolgt so vor dem Hintergrund dieser spezifischen Arbeitsrealität, was angesichts der quantitativen Befunde zur Hypothese führt, dass der Kreis der fachdienstlich begutachteten Personen nur einen Ausschnitt relevanter Fälle darstellt. Die Fälle, bei denen sich keine Beauftragung des Fachdienstes ergibt, geraten nicht in ihr Blickfeld.

### ***Kooperation mit internen Akteuren und der psychosozialen Versorgung***

Sowohl interne Kooperationsbeziehungen als auch die Zusammenarbeit mit dem Hilfesystem für Menschen mit psychischer Erkrankung, also der psychosozialen Versorgung, waren wesentliche Bestandteile der Untersuchung. Zu den internen Zusammenarbeitsformen gehören Fallbesprechungen (ohne Klient) oder gemeinsame Fallberatungen (mit Klient) (Bundesagentur für Arbeit 2011a, 2011g). Beide Formen können, sofern dies von der Integrationsfachkraft beantragt wird, zudem gemeinsam mit dem Berufspsychologischen Service stattfinden. Darüber hinaus bieten Ärztliche Dienste teilweise „sozialmedizinische Sprechstunden“ an. Diese Kooperationsmöglichkeiten werden von Fachdiensten und Integrationsfachkräften gleichermaßen geschätzt. Gleichwohl können diese Angebote aufgrund begrenzter zeitlicher Ressourcen sicherlich nur bei einem sehr geringen Teil der betroffenen Personen in Anspruch genommen werden.

Die Zusammenarbeit mit dem Hilfesystem ist in den untersuchten Regionen unterschiedlich entwickelt, findet aber häufig in sehr geringer und/oder eher global-

institutioneller Form statt. Die im SGB II explizit angelegte Kombinationsmöglichkeit von eingliederungsbezogener Begleitung mit einer psychosozialen Betreuung zur „Verwirklichung einer ganzheitlichen und umfassenden Betreuung und Unterstützung bei der Eingliederung in Arbeit“ (§ 16a SGB II) im Rahmen des Kommunalen Eingliederungsleistungen ist in ihrem Potenzial bislang nur ansatzweise erschlossen. Bestehen Kooperationsbeziehungen zu Sozialpsychiatrischen Diensten seitens der SGB-II-Träger, werden diese im Wesentlichen zur ärztlichen Begutachtung als Alternative zum Ärztlichen Dienst genutzt.

Auch zwischen SGB-II-Trägern und Anbietern psychosozialer Hilfen bzw. sozialer Rehabilitation (Betreutes Wohnen) findet sich keine oder eine sehr geringe Zusammenarbeit. Da diese Dienste Menschen mit psychischer Erkrankung über einen längeren Zeitraum professionell begleiten, bleiben dort gewonnene Erkenntnisse zu Kompetenzen und Fähigkeiten der Bewältigung von Anforderungen sowie dem notwendigen Unterstützungsbedarf von Betroffenen für erfolgreiche Eingliederungsleistungen in Arbeit häufig ungenutzt. In den beiden Regionen, die an der Schnittstelle zwischen SGB-II-Träger und anderen Institutionen besondere Leistungen (spezifisches Fallmanagement und Netzwerkarbeit) erbringen, wird die Zusammenarbeit deutlich positiver eingeschätzt.

Besondere Herausforderung gelingender intra- und interinstitutionellen Zusammenarbeit ist eine effektive Kommunikation unter Einhaltung bestehender Datenschutzvorgaben, was häufig als schwierig beschrieben wird. So können z. B. enge datenschutzrechtliche Vorgaben zur Dokumentation von Informationen in VerBIS in Widerspruch zu detaillierten Informationen des Einzelfalls stehen, die wiederum von Befragten als Basis einer passgenauen Beratung und Vermittlung für erforderlich gehalten werden.

### ***Arbeitsmarktpolitische Instrumente***

Klassischer Arbeitsmarktpolitik liegt oftmals die Zielrichtung zu Grunde, das Passungsverhältnis zwischen Arbeitsanforderungen und Kompetenzen vorrangig auf Seiten des Arbeitssuchenden zu verbessern, v. a. durch Qualifizierung oder Veränderung der Motivation. Psychische Beeinträchtigungen wirken sich dem gegenüber häufig auch auf allgemeine „Arbeits- bzw. Schlüsselkompetenzen“ aus, die oftmals vorausgesetzt werden: Motivation, soziale Kompetenzen, Flexibilität, Selbstverantwortung, Frustrationstoleranz, Kontinuität usf. Hier ist es entsprechend schwierig, nur allein durch den Erwerb von Fachkompetenzen gegenzusteuern.

Für „Standardinstrumente“ des SGB II lassen sich aus dem empirischen Material nur begrenzt spezifische Empfehlungen für den Personenkreis psychisch kranker Menschen ableiten. Während Mitarbeiter der SGB-II-Träger sowohl Möglichkeiten als auch Grenzen dieser Leistungen beschreiben, streichen die Befragten des Hilfesystems für psychisch beeinträchtigte Menschen besonders deren Limitierungen heraus. In der Zusammenschau der beschriebenen Anforderungen an Maßnahmen für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sowie den vorgestellten Gestal-

tungsmöglichkeiten innerhalb des Leistungskataloges sind zwei sich überschneidende Zielrichtungen zu differenzieren: Erstens der Einsatz von Arbeitsmarktinstrumenten zur realitätsnahen Arbeits- und Belastungserprobung, wenn diese spezifisch auf die Bedürfnisse des Einzelnen angepasst sind. Hierunter können sowohl Maßnahmen nach § 16 SGB II i. V. m. § 45 SGB III, als auch im Einzelfall Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II fallen. Zweitens können passgenaue und zumeist längerfristige Leistungen der Arbeitsförderung Anwendung finden, um Stabilisierungs- und Aktivierungseffekte zu erzielen. Hier kämen Leistungen nach § 16 SGB II i. V. m. § 45 SGB III wegen ihrer begrenzten Dauer nur im Einzelfall in Betracht, größere Eignung haben spezifische Leistungen im Rahmen der freien Förderung (§ 16f SGB II) oder – wenn deren Inhalt, Qualität und Rahmenbedingungen bedarfsgerecht sind – Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II. Insbesondere für letzteren Leistungstyp stellen die Befragten jedoch sehr deutlich heraus, dass die Praxis der aktuellen Ausgestaltung dieser Leistungen oftmals eben nicht hinreichend individualisiert und bedarfsgerecht erfolgt.

Ein kritischer Faktor bei der Realisierung von individuell auf den Einzelfall abgestimmten Leistungen für psychisch beeinträchtigte Menschen ist die Dauer von Leistungen der Arbeitsförderung. Einerseits wird eine Kombination verschiedener, auf einander aufbauender Maßnahmen zur schrittweisen Heranführung an den Arbeitsmarkt als wichtig erachtet, andererseits schafften die zumeist kurz- oder mittelfristig angelegten Leistungen keine hinreichende Kontinuität und Beschäftigungsperspektive. Bedeutsam ist auch die inhaltliche Qualität von Arbeitsförderungsleistungen. Die Ausschreibungspraxis der Träger und das dieser zu Grunde liegende Vergaberecht unterstützt eine hohe Bedeutung des Preises und einen häufigen Wechsel von Anbietern, sodass eine kontinuierliche Kooperation zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer, bei der Qualitätsentwicklungsprozesse einen wesentlichen Platz haben können, erschwert wird. Aussagen der Befragten verweisen zugleich darauf, dass die „Zertifizierung“ eines Anbieters kein hinreichendes Qualitätssicherungsinstrument zu sein scheint.

Nur eine geringe Rolle spielte die langfristige Beschäftigungsförderung durch den § 16e SGB II (alt; Beschäftigungszuschuss). Zwar werden Leistungen an Arbeitgeber als wichtiger Förderbaustein thematisiert, längerfristige Förderung ist jedoch – allein aus fiskalischen Gründen – eher selten. Gerade eine langfristige, auch über 12 Monate hinaus gehende Förderperspektive wurde bei der Einführung des Beschäftigungszuschusses hinsichtlich Beschäftigungseffekten für gesundheitlich beeinträchtigte Menschen mit besonderen Hoffnungen verbunden. Allerdings sind die Erfahrungen begrenzt. Kritisiert wurde auch das Fehlen einer psychosozialen Begleitung im Konzept des Beschäftigungszuschusses, die vielfach zur Stabilisierung des Arbeitsverhältnisses notwendig wäre<sup>51</sup>. Zum Zeitpunkt der Befragung wurden

---

<sup>51</sup> Die Integrationsfachdienste leisten diese Begleitung i.d.R. nur bei festgestellter Schwerbehinderung.



wegen der unklaren finanziellen Absicherung der Maßnahme keine entsprechenden Förderungen mehr Neubewilligt.

Das Ziel, Rahmenbedingungen für individualisierte Leistungen der Arbeitsförderung zu erreichen, schlug sich in einigen Regionen in der Wertschätzung der „Freien Förderung“ nach § 16f SGB II (alte Fassung) nieder. Die Möglichkeit, zielgruppenspezifische Maßnahmen und/oder Projekte zu entwickeln und auszugestalten, eröffnete nach Meinung verschiedener Befragter eine deutlich größere Flexibilität und Individualität der Leistungen. Andererseits ist Region C beispielhaft dafür, dass diese Potenziale – mit Verweis auf bürokratische Hürden und die als klein wahrgenommene Zielgruppe – ungenutzt bleiben. Zugleich war der Spielraum bei Maßnahmen der „freien Förderung“ durch die gesetzliche Budgetgrenze von 10 Prozent der gesamten Eingliederungsmittel zum Zeitpunkt der Erhebung deutlich begrenzt (neue rechtliche Situation seit Anfang 2012: 20 % des Eingliederungstitel einschließlich der Förderung nach § 16e SGB II).

Optimierungspotenziale von Leistungen der aktiven Arbeitsmarktpolitik werden von Fachkräften der SGB-II-Träger ebenso gesehen wie von Mitarbeitern/-innen des Hilfesystems für Menschen mit psychischer Erkrankung. Eine Optimierungsmöglichkeit betrifft die von einigen Befragten herausgestellte, kontinuierliche und langfristige Begleitung über die verschiedenen Schnittstellen des Eingliederungsprozesses hinweg, wodurch ein nachhaltiger Integrationserfolg erreicht werden kann. So ist auch aus fachwissenschaftlicher Sicht ein kontinuierlicher Ansprechpartner notwendig, der Betroffene in Phasen der Arbeitslosigkeit, aber auch parallel zu Arbeitsförderungsleistungen sowie nach Arbeitsaufnahme individuell in diesem langwierigen Prozess begleitet (APK 2010).

Für schwerbehinderte Menschen ist es die Aufgabe der Integrationsfachdienste mit ihren Angeboten der einzelfallzentrierten Begleitung im Rahmen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben mit hoher fachlicher Qualifikation den Bedarf an kontinuierlicher Betreuung zu erfüllen. Sie können zudem durch Leistungsträger mit der Vermittlung behinderter Menschen beauftragt werden. Gleichwohl sind viele Menschen mit psychischer Beeinträchtigung aus verschiedenen Gründen nicht als „schwerbehindert“ anerkannt und haben so i. d. R. keinen Zugang zu diesem Angebot. Zugleich problematisieren die befragten Mitarbeitern/-innen der Integrationsfachdienste sehr deutlich ihre geringe Beauftragung und Finanzierung durch die SGB-II-Träger, sodass die Realisierung qualifizierter, kontinuierlicher Begleitung, die SGB-II-Träger selbst so nicht leisten können, als mangelhaft und ausbaufähig einzuschätzen ist. Insbesondere die Möglichkeit einer bedarfsorientierten, einzelfallbezogenen Begleitung psychisch beeinträchtigter Menschen unabhängig vom Bestehen einer anerkannten Schwerbehinderung über § 16 SGB II i. V. m. § 44 SGB III (Vermittlungsbudget) wird von den Befragten der SGB-II-Träger in den Gesprächen nicht benannt und so scheinbar nicht genutzt.

Ein relativ neuer Ansatz zur Erwerbsintegration ist das Konzept der unterstützten Beschäftigung<sup>52</sup>, welches durch den § 38a SGB IX, aber auch im Rahmen der freien Förderung nach § 16f SGB II bzw. § 16 SGB II in Verbindung mit § 45 SGB III umgesetzt werden kann. Hierbei geht es besonders um die spezifische Gestaltung der Rahmenbedingungen von Erwerbstätigkeit. Der Verweis auf fehlende Arbeitsplätze für die Zielgruppe offenbart eine häufige Inkongruenz zwischen Arbeitsplatzanforderungen und individuellen Ressourcen. Unterstützte Beschäftigung setzt daher im betrieblichen Kontext an und nimmt darauf aufbauend Qualifikations- und Unterstützungsbedarfe des Einzelnen in den Blick. Zu den Rahmenbedingungen beruflicher Tätigkeit zählen – wie die Befragten deutlich machen – neben dem Aspekt inhaltlicher Passgenauigkeit auch der individuell angepasste Umfang der Beschäftigung sowie die Arbeitszeiten. Einerseits kann eine klare Tagesstruktur mit festen Zeiten günstig sein, andererseits können sich aus der gesundheitlichen Situation Anforderungen an eine flexible Arbeitszeitgestaltung ergeben. Dies ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder der Arbeitsförderung in gleichem Maße relevant.

### ***Therapeutische und rehabilitative Leistungen***

Zentrale Ziele therapeutischer und rehabilitativer Leistungen bei Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sind – verkürzt zusammengefasst – die Linderung von Krankheitsbeschwerden (Krankenbehandlung), der Erhalt und die Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (medizinische Rehabilitation), die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit trotz gesundheitlicher Einschränkungen (Stabilisierungs- und Aktivierungsmaßnahmen nach § 16 SGB II in Verbindung mit § 45 SGB III und berufliche Rehabilitation nach §§ 33 ff. SGB IX) und die Verbesserung der Alltagskompetenz (soziale Rehabilitation). Das Erreichen einzelner oder mehrerer dieser Ziele bildet beim hier relevanten Personenkreis zum Teil die Voraussetzung für Beschäftigungsfähigkeit und Vermittelbarkeit durch die SGB-II-Träger; zum Teil wirken diese wesentlich begünstigend. Im fachgutachterlichen Handeln scheinen medizinisch-therapeutische Leistungen jedoch keine eigenständige Zielgröße zu sein.

Die Aspekte Individualität und Beeinträchtigungsspezifisch bilden sich auch in der regional sehr unterschiedlichen Bewertung beruflicher Rehabilitationsleistungen für den hier relevanten Personenkreis ab. Über das zentrale Element der beruflichen Rehabilitation, die berufliche Bildung, sollen konzeptionell durch Aus-, Fort- und Weiterbildung neue Beschäftigungschancen ermöglicht werden, wenn diese aus gesundheitlichen Gründen im bisherigen Beruf nicht mehr bestehen. Für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ist berufliche Rehabilitation ein wichtiger Weg zur Bewältigung erwerbsbezogener gesundheitlicher Einschränkungen, gleichwohl können Beeinträchtigungen auch in einem neuen Beruf unvermindert fortbestehen, was für die Verbesserung der Chancen der Erwerbsintegration dann nicht ausreichend ist. Die mehrfach von Befragten positiv herausgestellten Rehabilitationsangebote in den spezialisierten Einrichtungen der „Rehabilitation psychisch Kranker“ (RPK-

---

<sup>52</sup> Quelle: Konzeptpapier BAG UB.

Einrichtungen) zielen daher im Bereich berufliche Rehabilitation nicht auf eine Umqualifizierung, sondern auf eine schrittweise Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit im bisherigen Berufsfeld. Gemeinsam mit Beruflichen Trainingszentren (BTZ) bieten RPK-Einrichtungen so zielgruppenspezifische Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und eröffnen neue berufliche Perspektiven für Menschen mit psychischer Behinderung. Der empirisch interessante Befund, dass solche spezialisierten Einrichtungen nicht in allen Regionen als wichtige Angebote und Ansprechpartner für die Steigerung der Beschäftigungsfähigkeit psychisch erkrankter Leistungsbezieher nach SGB II benannt werden, kann vor dem Hintergrund einer regional lückenhaften Anbieterstruktur gesehen werden.

Andererseits eröffnet der Leistungskatalog beruflicher Rehabilitationsleistungen – im Vergleich zum allgemeinen Förderinstrumentarium des SGB II – an vielen Stellen die Möglichkeit wesentlich individuellerer Leistungen sowie komplexere Möglichkeiten der Förderung der beruflichen Teilhabe, weshalb dieser keineswegs vorschnell aus dem Blick zu lassen ist. Berufliche Rehabilitation kann viel mehr sein als z. B. Neuqualifizierungen bei einem Bildungsträger, was sich so nicht kontinuierlich in den Aussagen der Befragten der SGB-II-Träger widerspiegelte.

Jedoch ist der Zugang zu Leistungen der Beruflichen Rehabilitation durch die sozialrechtlichen Anforderungen (Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose) und die zum Teil hohen Anforderungen vieler Rehabilitationsleistungen (Ausrichtung auf Vollzeit, kontinuierlich wachsende Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit) für Menschen mit psychischen Erkrankungen erschwert. In zwei der befragten Regionen wird mit diesen Zugangsproblemen auch der Rückgriff auf spezifische allgemeine Leistungen begründet.

## **11 Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen**

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung stellen bei der sozialpolitischen Bewältigung von Arbeitslosigkeit und für die dafür zuständigen gesellschaftlichen Institutionen quantitativ und qualitativ eine wichtige Personengruppe dar. Die Bewältigung integrationshemmender Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen und psychischer Störungen bedarf spezifischer institutioneller sowie gegebenenfalls darauf aufbauender gesellschaftlicher bzw. sozialpolitischer Unterstützungsleistungen (Dornette et al 2008: 81).

Die Ergebnisse dieser Studie zur Situation psychisch kranker Menschen im SGB II bekräftigen dabei den aus der Studie zur Bestandaufnahme „Rehabilitation psychisch Kranker“ (APK 2004) hervorgegangenen Befund, dass es notwendig ist, „den Zugang von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu Arbeit und Beschäftigung qualifiziert weiterzuentwickeln und ihren besonderen Bedürfnisse entsprechend zu gestalten. Dabei müssen die Bedürfnisse dieser Personengruppe in den Mittelpunkt gestellt werden (personenzentrierter Ansatz) und in entsprechenden Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern flexible Lösungen gefunden werden, die sich am individuellen Hilfebedarf orientieren.“

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen basieren nicht nur auf den hier dargestellten Ergebnissen des Forschungsprojekts „Menschen mit psychischen Störungen im SGB II“ (Schubert et al. 2011), sondern beziehen darüber hinaus auch themenbezogene Befunde früherer Studien der Aktion Psychisch Kranke e.V. Bonn, der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg sowie des IAB ein. Die Handlungsfelder verstehen sich dabei „Bottom up“, also von der individuellen Betreuung über institutionelle Anforderungen bis hin zu Maßnahmen, die bundesweite Kooperationen oder gesetzgeberische Aktivitäten betreffen.

### ***Handlungsfeld 1 – Betreuung und Fallbearbeitung***

Vor dem Hintergrund der Bedeutung von psychischer und physischer Gesundheit für eine erfolgreiche Erwerbsintegration wie auch der häufig bestehenden gesundheitlichen und psychischen Belastungen Arbeitsuchender, muss gesundheitlichen Aspekten im institutionellen Handeln der SGB-II-Träger wesentliche Bedeutung zugemessen werden. Sowohl die dargelegten Befunde als auch relevante Vorarbeiten konkretisieren definierte Problemfelder dieses Auftrags (Dornette et al. 2008; Rauch et al. 2008; Schubert 2010; Schubert et al. 2007; Schubert et al. 2010, 2011). Dabei ist zunächst einmal zu vermeiden, dass die Fallbearbeitung in den Jobcentern bestehende Probleme verschlimmert, was durch inadäquate Ansprache, falsche Maßnahmenzuweisung oder gar Sanktionen wegen fehlender Mitwirkung, die aber durch psychische Probleme begründet ist, der Fall sein kann. Insofern ist hinsichtlich des Personenkreises „Menschen mit psychischer Beeinträchtigung“ bereits die Voraussetzung einer zielgerichteten Unterstützung komplex: die Bedarfserkennung.

Die Fachkräfte, die die zentrale Schnittstelle zwischen den Leistungsberechtigten und der Institution bilden, müssen in der Lage sein, ihr Gesprächsverhalten auf Menschen mit psychischen Auffälligkeiten einzustellen. Gerade bei den zahlenmäßig am häufigsten auftretenden affektiven Störungen wird dabei eine stützende und akzeptierende Ansprache besser sein als eine Betonung der Mitwirkungspflichten oder Zumutbarkeitsregeln. Bei fehlender Mitarbeit ist immer auch die Möglichkeit psychischer Hemmnisse in Betracht zu ziehen. Auch sind – häufig individuell bedeutsame – erwerbsbezogene gesundheitliche Aspekte in den Beratungsgesprächen gezielt zu berücksichtigen, da diese einerseits oft einen wesentlichen Einfluss auf die Chancen einer erfolgreichen Vermittlung haben und andererseits die Vermittlungskräfte in der Regel Gatekeeper für spezialisierte Unterstützungsprozesse sind.

Eine Vielzahl der Kontakte bei psychisch beeinträchtigten SGB-II-Leistungsbeziehern betreffen Aspekte der Existenzsicherung. Daher ist ein kompetenter Umgang der dortigen Ansprechpartner mit Aspekten des Leistungsbezugs und Kosten der Unterkunft notwendig, um existentielle Unsicherheiten und die damit verbundenen Belastungen abzumildern. Wesentliches Anliegen von Anbietern und Diensten für Menschen mit psychischer Erkrankung ist – unabhängig von der Frage zielgerichteter Kooperation – auch eine größere Transparenz von Zuständigkeitsstrukturen und Arbeitsprozessen der Arbeitsverwaltung. Wie bereits in einigen Regionen

praktiziert, erleichtern hier Informationsmaterialien, wie Organigramme oder Kontaktdaten definierter Ansprechpartner, die Zusammenarbeit mit den Diensten.

### ***Handlungsfeld 2 – Problemlagen und Handlungsbedarf***

Hinweise auf mögliche Problemlagen sollten konsequent durch fachliche und möglichst frühzeitige Abklärung untersetzt werden. Hierfür kommen der Ärztliche Dienst und der Berufspsychologische Service bzw. die fachlichen Äquivalente der kommunalen Jobcenter in Betracht. Hilfreich kann die Weiterentwicklung der Einbeziehung von Fachkräften des psychiatrischen Hilfesystems sein, auch angesichts der sehr geringen Zahl an Fachärzten für Psychiatrie im Ärztlichen Dienst der BA. Möglichst große Aussagekraft ist insbesondere dann zu erreichen, wenn die Begutachtung in der Verantwortung von Professionellen erfolgt, die den Klienten bereits behandelt oder betreut haben (Kruckenberg 2008). Das Beispiel der Region E zeigt, dass die verstärkte Zusammenarbeit zwischen Klinik und Jobcenter Fortschritte in der passgenauen Bedarfserkennung bzw. -ermittlung mit sich bringen kann. Dies ist auch im Sinne einer frühzeitigen, bedarfsgerechten Unterstützung der Klienten und hilft, auf deren Seite Unsicherheit und Unklarheit zu vermeiden.

Nach Sichtung der Aktenlage<sup>53</sup> und der Gesprächsbegutachtung besteht nicht selten – wie dargestellt – noch Unsicherheit in Bezug auf die Erwerbs- und Leistungsfähigkeit. Die aktuelle Begutachtungspraxis sollte dann um differenzierte und umfassendere Assessments zur Einschätzung der Erwerbsfähigkeit bzw. zukünftiger Eingliederungsmöglichkeiten und erforderlicher Hilfen ergänzt werden (APK 2010), wie sie bereits in wenigen Regionen existieren (Storck 2010b). Ein Handlungsansatz kann dabei auch sein, Trainings- und Aktivierungsmaßnahmen zur Abklärung der tatsächlichen Erwerbsfähigkeit zu nutzen, sofern diese unter diesem Fokus inhaltlich wie fachlich ausgestaltet sind. Aufgrund der oft hohen Komplexität psychischer Erkrankungen und der daraus folgenden Unterstützungsbedarfe wäre es sinnvoll, im Rahmen der Problemanalyse systematisch therapeutische und psycho-soziale Unterstützungsbedarfe mit zu erfassen und entsprechende Konsequenzen zu fokussieren.

### ***Handlungsfeld 3 – Kooperation und Hilfeplanung***

Insbesondere bei Menschen mit schwereren psychischen Störungen und wesentlichen erwerbsbezogenen Krankheitsfolgen sind abgestimmte, passgenaue Unterstützungs- und Integrationsleistungen wichtig. Fallbezogene Kooperationsformen zwischen SGB-II-Trägern und dem Hilfesystem für Menschen mit psychischer Erkrankung können wesentliches Instrument dieser Abstimmung sein. Um das Vorgehen bzw. die individuell notwendige Förderung transparent und strukturiert festzulegen, wäre eine gemeinsame Eingliederungs- bzw. Hilfeplanung im Hilfesystem notwendig (Grohmann 2010). Dieser Strategie liegt die Erkenntnis bisher vorliegender

---

<sup>53</sup> Begutachtungen „nach Aktenlage“ werden nur durch den Ärztlichen Dienst, nicht aber den Berufspsychologischen Service durchgeführt.

Langzeitstudien zu Grunde, dass mit der Eingliederung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Arbeit auch die soziale Integration einhergehen muss und umgekehrt (Raschke 1993; Brieger et al. 2006). Für eine solche gemeinsame Eingliederungs- bzw. Hilfeplanung bedarf es zugleich einer gemeinsamen Sprache und eines gemeinsamen Instruments. Als ein mögliches Instrument der Hilfeplanung käme das Konzept des „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)“ in Betracht, in den Aspekte der Erwerbstätigkeit und Arbeitssituation integriert sind. Für die Überprüfung, Anpassung und Entscheidung über die Hilfepläne haben sich die in vielen Regionen eingeführten Hilfeplankonferenzen wie in den Referenzregion D und E bewährt, in denen Vertreter der Leistungsträger und der Leistungserbringer jeweils eine größere Zahl von Hilfepläne erörtern und entscheiden (APK 2006, 2010).

Zentrales Arbeitsinstrument auf Seiten der SGB-II-Träger in Form der gemeinsamen Einrichtungen ist das 4-Phasen-Modell (Bundesagentur für Arbeit 2011a, 2011b). Auch in diesem Modell wird – aufbauend auf den gesetzlichen Auftrag des SGB II – der erwerbsbezogene Unterstützungsbedarf der Leistungsberechtigten für die Vermittlungsarbeit ermittelt<sup>54</sup>. Eine Vernetzung der bisher weitgehend getrennten, aber die gleiche Person betreffenden Unterstützungssysteme kann mittels stärkerer Verzahnung der „arbeitnehmerorientierten Integrationsplanung“ bzw. dem „beschäftigungsorientierten Fallmanagement“ der BA mit einem „integrierten Hilfeplanverfahren“ der sozialpsychiatrischen Versorgung erreicht werden. Ein gemeinsames Vorgehen und eine effektive, personenzentrierte Unterstützung würden so durch entsprechende Abstimmung in den Planungs- und Durchführungsphasen von Hilfen ermöglicht. Ein vielversprechender Ansatz zum effektiven Schnittstellenmanagement wurde dabei bereits im Bereich der Suchthilfe entworfen. Die für die hier betrachtete Zielgruppe entsprechend notwendigen Voraussetzungen wären gleichwohl erst systematisch zu entwickeln und zu implementieren.

#### ***Handlungsfeld 4 – Arbeitsteilung und Personalentwicklung***

Auf der institutionellen Ebene der Jobcenter erscheint es hilfreich, die personellen Voraussetzungen für eine möglichst adäquate Betreuung von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen zu verbessern. Dies betrifft zunächst die in Handlungsfeld 1 erwähnte Aufgabe der Integrationsfachkräfte, Auffälligkeiten in Gesprächen zu erkennen und entsprechend zu agieren. Durch das arbeitsteilige Vorgehen gerade bei komplexen Problemen (persönliche Ansprechpartner, Fallmanager, Reha-Berater) ergeben sich Übergänge in der Betreuungszuständigkeit, für die notwendige Informationen nachgehalten werden müssen. Für die Kontinuität der Betreuung ist es wichtig, dass Zugänge zu diesen Fachpersonen zeitnah sichergestellt werden können und Fluktuationen bei Ansprechpartnern soweit wie möglich vermieden werden.

---

<sup>54</sup> Das beschäftigungsorientierte Fallmanagement der BA bietet gegenüber dem 4-Phasen-Modell größere Detaillierungsmöglichkeiten bei der Integrationsplanung.



Ein wichtiger Ansatz könnte für die verantwortlichen Institutionen in der Entwicklung entsprechender Qualifizierungsangebote sowie einer gezielteren Personalentwicklung in diesem Bereich bestehen. Die Ergebnisse dieser Studie verweisen auf regional unterschiedlich entwickelte Möglichkeiten der Fortbildung. Die beiden Referenzregionen zeigen, dass unterschiedliche Wege der Arbeitsteilung und Personalentwicklung möglich und umsetzbar sind. Eine Möglichkeit ist – wie in Region D praktiziert – ein spezifisches Fallmanagement für gesundheitlich Beeinträchtigte mit umfassend qualifizierten Mitarbeiterinnen innerhalb der SGB-II-Träger. Wartelisten dieses Dienstes für betroffene Klienten verweisen jedoch darauf, dass dies nicht als alleiniger Lösungsweg zu sehen ist. Andere Möglichkeiten, die eher auf Kooperationen mit dem System der psychosozialen Versorgung abzielen, finden sich in der Region E. Ein Mitarbeiter, der sowohl in der Klinik und als auch im Jobcenter tätig ist, fungiert hier als Ansprechpartner und Koordinator.

### ***Handlungsfeld 5 – Verbünde und Kooperationen***

Regionale Kooperationen und Verbünde sind in mehreren Rechtskreisen des Sozialgesetzbuchs für die Betreuung schwieriger Personengruppen vorgesehen. Das SGB II fordert in § 18 eine Zusammenarbeit der Leistungsträger mit „Beteiligten des örtlichen Arbeitsmarktes, insbesondere den Gemeinden, den Kreisen und Bezirken, den Trägern der freien Wohlfahrtspflege, den Vertretern der Arbeitgeber sowie der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie den Kammern und berufsständischen Organisationen“ bei der Erbringung von Eingliederungsleistungen. Dabei ist neben der Optimierung der regionalen Arbeitsförderung auch die Verknüpfung von Eingliederungsleistungen (z. B. § 16 SGB II) mit kommunalen Leistungen nach § 16a SGB II als ein zentrales Feld der Zusammenarbeit zu sehen, um die Beschäftigungschancen im Einzelfall weiter zu verbessern.

Umgekehrt ist die Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit „besondere Verpflichtung“ (Luthe 2011: 2). der örtlichen Träger der Sozialhilfe. Zudem sollen nach § 12 SGB IX regionale Arbeitsgemeinschaften der Rehabilitationsträger mit „kooperativem und konsultativem Charakter“ (Welti 2010: 128) gebildet werden.

In diesem Sinne könnte sich eine Einbeziehung bestehender regionaler Gemeindepsychiatrischer Verbünde bzw. vergleichbarer Verbundstrukturen in der jeweiligen Region anbieten, um dem besonderen Unterstützungsbedarf und der Größe der Zielgruppe gerecht zu werden. Sofern solche Verbünde nicht existieren, könnte zumindest eine Berücksichtigung der besonderen Belange von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in den jeweiligen Gremien der Jobcenter gewährleistet werden (zum Aspekt der Vernetzung siehe auch Storck 2010a).

### ***Handlungsfeld 6 – Maßnahmen und geförderte Beschäftigung***

Schließlich gibt es Handlungsmöglichkeiten auf der Ebene des Gesetzgebers oder der Bundesagentur für Arbeit, die die Schaffung bzw. Ausgestaltung von Maßnahmen zum Ziel haben, die der besseren Integration von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen dienen können. Dabei gilt für alle Leistungsberechtigten mit be-

sonderen Vermittlungshemmnissen, dass die Ausgestaltung von Maßnahmen oder geförderter Beschäftigung dem Leistungsvermögen und der Problemlage der Betroffenen angepasst sein muss (vgl. Koch/Kupka 2007, 2012). Dies betrifft die konkreten Arbeitsanforderungen, die Arbeitszeit und die Gestaltung der Arbeitsumgebung (vgl. auch APK 2010; Storck 2010b).

Günstige Rahmenbedingungen von Arbeitsplatzgestaltungen sind am besten in der Arbeitswelt selbst explorierbar. Leistungen zur Unterstützung der Erwerbspartizipation von Menschen mit psychischer Erkrankung sollten daher wo immer möglich betrieblich orientiert sein. Dies gilt sowohl für Qualifizierungsleistungen, Fördermaßnahmen zur Arbeitsaufnahme und Arbeitsgelegenheiten als auch für berufliche Rehabilitationsleistungen. Für den Personenkreis psychisch Kranker bedeutet diese Ausrichtung eine realistischere Belastung, mehr Motivation und ermöglicht direktere Übergänge in den Betrieb bzw. in eine Festanstellung (Hoffmann/Jäckel 2010).

Menschen mit psychischer Beeinträchtigung benötigen nicht selten umfassende Unterstützungsleistungen, zu denen eine längerfristige Begleitung auch über die Arbeitsaufnahme hinaus zählt. Dies kann eine Betreuung durch das Jobcenter sein, eine sozialpädagogische oder psychologische Begleitung außerhalb des Betriebes oder/und eine Unterstützung direkt in Betrieben – sogenannte Job-Coaching-Modelle. Besondere Möglichkeiten des Angebots solcher individualisierter Leistungen können sich über die freie Förderung (§ 16f SGB II) ergeben, die es jeweils regional zu nutzen gilt.

Ein Modell für die Kombination betriebsnaher Förderleistungen, das einem erhöhten Betreuungsbedarf Rechnung trägt und das auch von Befragten dieser Studie genannt wurde, ist die „Unterstützte Beschäftigung“ (UB) nach § 38a SGB IX (Storck 2010b). Sie zielt auf behinderte Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und soll insbesondere Alternativen zu einer Beschäftigung Betroffener im „Sondersystem“ der Werkstätten für behinderte Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt erschließen (weiterführend siehe BAR 2010b). In Nordrhein-Westfalen verweisen die Modellprojekte „Öffentlich geförderte Beschäftigung in Nordrhein-Westfalen“ auf die Bedeutung einer Betreuung von geförderten Personen nach § 16e SGB II (alt; Beschäftigungszuschuss) durch Job Coaches auch über den Zeitraum der Förderung hinaus.<sup>55</sup> Einen ähnlichen mittels § 16e SGB II finanzierten Ansatz verfolgt das Projekt „Passiv-Aktiv-Transfer“ des Sozialministeriums Baden-Württemberg, in dessen Rahmen ebenfalls öffentlich geförderte Beschäftigung über zwei Jahre mit begleitender Betreuung der Geförderten durch Coaches kombiniert wird.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> [http://www.arbeit.nrw.de/arbeit/wege\\_in\\_arbeit\\_finden/oeffentlich\\_gefoerderte\\_beschaeftigung/index.php](http://www.arbeit.nrw.de/arbeit/wege_in_arbeit_finden/oeffentlich_gefoerderte_beschaeftigung/index.php).

<sup>56</sup> [http://doku.iab.de/chronik/31/2012\\_10\\_05\\_31\\_passiv-aktiv-transfer.pdf](http://doku.iab.de/chronik/31/2012_10_05_31_passiv-aktiv-transfer.pdf).

Häufig sind chronisch psychisch beeinträchtigte Menschen dem Personenkreis zuzurechnen, für den eine längerfristige geförderte Beschäftigung (auch bekannt als „sozialer Arbeitsmarkt“) in Frage kommt. Der Lohnzuschuss an Arbeitgeber müsste als gegebenenfalls dauerhafter *Minderleistungsausgleich* ausgestaltet sein. Sofern die Bereitschaft, Arbeitsplätze zu schaffen, bei privaten Unternehmen als zumindest aktuell nicht ausreichend erweist, wären zunächst Maßnahmen bei kommunalen Arbeitgebern und Wohlfahrtsverbänden auszubauen. Nach Wegfall des Beschäftigungszuschuss nach § 16e SGB II (alt) gibt es aktuell kein entsprechendes Instrument. Hilfsweise könnte auch eine Kombination aus Arbeitsgelegenheiten (§ 16d SGB II) und geförderten Arbeitsverhältnissen (§ 16e SGB II) eine kontinuierliche Beschäftigung von bis zu vier Jahren gewährleisten.

## **12 Weitergehender Forschungsbedarf und Forschungsperspektiven**

Die vorliegende explorative Studie kann nur ein erster Schritt zur Analyse der Situation arbeitsloser Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sein, auch wenn sie aus der Perspektive der Beschäftigten in Jobcentern und im Hilfesystem für psychisch Kranke bereits wichtige Dimensionen der Problematik erfasst und auch konkrete Hinweise auf mögliche Konsequenzen gibt. Dennoch wird sie der Vielfalt psychischer Störungen und ihrer Auswirkungen, ihrer Verschränkung mit Kontextfaktoren und ihrer zeitlichen Dynamik insbesondere bei chronischen Verläufen kaum gerecht.

Eine Weiterbeschäftigung mit diesem Thema aus Perspektive der Arbeitsmarktforschung zum SGB II ist bereits dadurch begründet, dass viele, auch gut qualifizierte Beschäftigte infolge psychischer Beeinträchtigungen aus Erwerbstätigkeit ausscheiden und sich der Wiedereinstieg oft schwierig gestaltet. Insofern können Verbesserungen bei der Integration dieses Personenkreises einem Fachkräftemangel entgegenwirken. Aber auch Möglichkeiten zur Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit oder der sozialen Stabilisierung und gesellschaftlichen Teilhabe bilden einen Fokus der SGB-II-Forschung. Zu diesen Perspektiven kann wissenschaftliche Forschung, die sich im Schnittfeld von Arbeitsmarkt- und Gesundheitsforschung bewegt, einen wesentlichen Beitrag leisten. Im Folgenden sollen einige Forschungsperspektiven aufgezeigt und priorisiert werden.

Der nächste Schritt der wissenschaftlichen Untersuchung wäre eine tiefere Situationsanalyse von Personen mit psychischer Erkrankung im SGB II unter Einbezug der Betroffenenperspektive. Eine solche Perspektive sollte nach konkreten Störungsbildern und Schweregraden differenzieren, berufliche Qualifikationen und Bildungsvoraussetzungen einbeziehen und die soziale Situation der Betroffenen thematisieren. Gleichzeitig sollten im Rahmen einer solchen Studie die konkrete Fallbearbeitung und Betreuung durch die Jobcenter sowie die Vorkehrungen der beteiligten Einrichtungen zur Betreuung des Personenkreises untersucht werden (Handlungsfeld 1 und 4). Hierzu gehört auch die Nutzung von flankierenden kommunalen Leistungen nach § 16a SGB II und deren Verschränkung mit den Eingliederungs-

leistungen. Dabei sollen gemeinsame Einrichtungen und kommunale Jobcenter in die Untersuchung einbezogen werden, um die Heterogenität der Praxis der Arbeits- und Sozialverwaltung auch mit Blick auf die verschiedenen Modelle der Aufgabewahrnehmung abzubilden.

Weiterhin sinnvoll wäre eine Untersuchung zu verschiedenen Untergruppen innerhalb des Personenkreises psychisch beeinträchtigter Menschen. Neben der Untersuchung der erwachsenen Leistungsberechtigten sollte daher auch eine Studie zu Jugendlichen und jungen Erwachsenen (u25) mit psychischer Beeinträchtigung stattfinden, die eine besonders relevante Zielgruppe darstellen und bei denen es um einen erfolgreichen Eintritt in Erwerbstätigkeit geht. Wegen unterschiedlicher Ausgangslagen und damit unterschiedlicher Unterstützungsbedarfe sollten auch Untergruppen innerhalb des Personenkreises psychisch beeinträchtigter Menschen unterschieden werden, z. B. Art und Schwere der Erkrankung, Ausmaß bestehender Beeinträchtigungen der Erwerbspartizipation.

Priorität hätten demnach Untersuchungen zur Lage des betroffenen Personenkreises und zu seiner Betreuung sowie eine mögliche Differenzierung nach Zielgruppen. Weitere Forschungsperspektiven lassen sich an den Handlungsfeldern festmachen:

- Im Bereich der Ermittlung von Problemlagen (Handlungsfeld 2) wären die Möglichkeiten eines Assessments zur differenzierten Einschätzung von Fähigkeiten und Ressourcen, aber auch von Handlungsbedarfen von Interesse.
- In Fortsetzung der Fragestellung dieser Studie zur Kooperation zwischen Jobcentern und psychosozialem Hilfesystem wären Untersuchungen zu einer integrierten Hilfeplanung denkbar (Handlungsfeld 3), möglicherweise in Verbindung mit der Existenz von Verbänden auf regionaler Ebene (Handlungsfeld 5). Hieraus ließen sich für die Praxis Hinweise auf GoodPractice ableiten, die auch auf andere Regionen übertragen werden können.
- Ein weites Feld für Evaluationsforschung liefert das Handlungsfeld 6. Neben der Frage, wie Arbeitsbedingungen, Arbeitsanforderungen und Unterstützungsleistungen in Integrationsmaßnahmen aussehen müssten und welche Rahmenbedingungen Betriebe für eine erfolgreiche Beschäftigung betroffener Personen bieten müssten, geht es hierbei auch um die Perspektiven von Integrationsbetrieben, unterstützter Beschäftigung und eines sozialen Arbeitsmarktes.

## Literatur

Abraham, Martin; Thomas Hinz (2005): Arbeitsmarktsoziologie: Probleme, Theorien, empirische Befunde. Wiesbaden, VS.

Allmendinger, Jutta; Angela Rauch (2005): Behinderte und gesundheitlich eingeschränkte Menschen: Qualifikationsstrukturen und Integrationschancen auf dem Arbeitsmarkt heute und morgen. Konturen. Fachzeitschrift zu Sucht und sozialen Fragen. 26 (1), 20–23.

APK, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2010): Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke. Bonn. <http://www.apk-ev.de/publikationen/TAB%20SW%20Teil%20I.pdf>. Stand 26.05.2013.

APK, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2006): Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung. Bonn, Psychiatrie-Verlag.

APK, Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) (2004): Individuelle Wege ins Arbeitsleben. Bonn, Psychiatrieverlag.

Baer, Niklas (2007): „Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen?“ Resultate einer Befragung von KMU. Zeitschrift für Sozialhilfe (1), 32–33.

BAG UB, Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung e.V. (2008): Unterstützte Beschäftigung ist ein ganzheitliches Konzept [http://www.bag-ub.de/ub/download/BAG\\_UB\\_Suhl\\_2008\\_UB\\_Konzept\\_und\\_Beispiele.pdf](http://www.bag-ub.de/ub/download/BAG_UB_Suhl_2008_UB_Konzept_und_Beispiele.pdf). Stand 24.11.2011.

BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2011a): RPK-Empfehlungsvereinbarung und Handlungsempfehlungen für die praktische Umsetzung. <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/RPK-Empfehlungsvereinbarung.pdf>. Stand 26.05.2013.

BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2011b): Statistik der Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe 2007-2009. [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation\\_und\\_teilhabe/DatenundFakten/downloads/Statistik\\_-\\_Tabelle.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/rehabilitation_und_teilhabe/DatenundFakten/downloads/Statistik_-_Tabelle.pdf). Stand 23.11.2011.

BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010a): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe\\_Psych.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Psych.pdf). Stand 26.05.2013.

BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010b): Gemeinsame Empfehlung nach § 38a Abs. 6 SGB IX "Unterstützte Beschäftigung" vom 1. Dezember 2010. <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/gemeinsame-empfehlungen/downloads/BARGeEmUnterstBesch.web.pdf>. Stand 26.05.2013.

BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010c): ICF-Praxisleitfaden 3. <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/ICF3.pdf>. Stand: 26.05.2013

BAR, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2005): RPK-Empfehlungsvereinbarung.

Bartelheimer, Peter (2005): Moderne Dienstleistungen und Erwerbsfürsorge: Fallbearbeitung nach SGB II als Gegenstand soziologischer Forschung. SOFI-Mitteilungen. 33, 55–79.

Becker, Manfred (2010): Was und wo können psychisch kranke Menschen arbeiten? In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn, Psychiatrie-Verlag. 18–35.

Behrens, Johann (1994): Der Prozeß der Invalidisierung: das demografische Ende eines historischen Bündnisses. In: Behrend, Christoph (Hrsg.): Frühinvalidität - ein Ventil des Arbeitsmarkts? Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten in der sozialpolitischen Diskussion. Berlin, Deutsches Zentrum für Altersfragen e. V., 105–136.

Behrens, Johann; Dreyer-Tümmel, A. (1996): Abstiegskarrieren und Auffangpositionen: Zur Abbildung des sozialen Schicksals von vorübergehend Arbeitsunfähigen in GKV-Daten. In: Behrens, Johann; Voges, W. (Hrsg.): Kritische Übergänge: Statuspassagen und sozialpolitische Institutionalisierung. Frankfurt/Main-New York, Campus. 188–226.

Bennewitz, Dirk (2008): Ergotherapie im Psychosozialen Zentrum. In: Kranke, Aktion Psychisch (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen zur Arbeit und Beschäftigung. Bonn. 207–211.

Bernhard, Sandra; Brussig, Martin; Gartner, Hermann; Stephan, Gesine (2008): Eingliederungszuschüsse für Alg-II-Empfänger: Geförderte haben die besseren Arbeitsmarktchancen. IAB-Kurzbericht 12/2008, Nürnberg.

Berth, Hendrik; Förster, Peter; Brähler, Elmar (2005): Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und Lebenszufriedenheit: Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen in den neuen Bundesländern. Sozial- und Präventivmedizin. 50 (6), 361–369.

Berth, Hendrik; Förster, Peter; Brähler, Elmar (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Ergebnisse einer Studie bei jungen Erwachsenen. Jahrbuch für kritische Medizin. 39, 108–124.

Bieker, Rudolf (2005a): Individuelle Funktionen und Potenziale der Arbeitsintegration. In: Bieker, Rudolf (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart, Kohlhammer. 12–24.

Bieker, Rudolf (Hrsg.) (2005b): Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart, Kohlhammer.

BIH, Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (2010): Jahresbericht 2009/2010.

BKK (2009): Gesundheitsreport 2009. Essen.

BKK (2008): Gesundheitsreport 2008. Essen.

BKK (2007): Gesundheitsreport 2007. Essen.

BKK (2006): Gesundheitsreport 2006. Essen.

BKK (2005): Gesundheitsreport 2005. Essen.

Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Opladen, Leske+Budrich. 33–70.

BPTK, Bundespsychotherapeutenkammer (2011): BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Berlin.

Brieger, Peter; Watzke, Stefan; Galvao, Anja; Hühne, Michael; Gawlik, Berthold (2006): Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen?: Ergebnisse einer kontrollierten Studie. Bonn, Psychiatrie-Verlag.



Brill, Karl E. (2003): Sozialpsychiatrische Perspektiven im Zeichen der Reformen der Sozialen Systeme. Referat Tagung des Bundesverband der evangelischen Behindertenhilfe am 21.10.2003 in Bonn.

Brussig, Martin; Schwarzkopf, Manuela; Stephan, Gesine (2011): Eingliederungszuschüsse: Bewährtes Instrument mit zu vielen Varianten. IAB-Kurzbericht 12/2011, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2013): Monatsbericht 6/2011. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2011a): Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III) - Leitkonzept Arbeitsvermittlung und Vermittlung von schwerbehinderten Menschen (Nicht-Reha). Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2011b): Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III) - Leitkonzept für die Bereiche Ausbildungsvermittlung und berufliche Rehabilitation. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2011c): Monatsbericht 3/2011. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2011d): Monatsbericht 7/2011. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2011e): Monatsbericht 12/2010. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2011f): Praxisleitfaden zur Einschaltung des Ärztlichen Dienstes im Bereich des SGB II und SGB III. Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2011g): Praxisleitfaden zur Einschaltung des Psychologischen Dienstes im Bereich des SGB II und SGB III. Nürnberg.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2008): Lebenslagen in Deutschland - Der dritte Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit: Ergebnisse der GKV-Statistik. KM 1/13.

Clouth, J (2004): Kosten der Frühberentung am Beispiel der Schizophrenie. Psychiatrische Praxis. 31, 238–245.

Cramer, Ralph; Gilberg, Reiner; Hess, Doris; Marwinski, Karen; Schröder, Helmut; Smid, Menno (2002): Suchintensität und Einstellungen Arbeitsloser: Ergebnisse einer Befragung zur Struktur der Arbeitslosigkeit zu Beginn des Jahres 2000. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. 261.

DAK-Zentrale (2009): Gesundheitsreport 2009. Hamburg.

DAK-Zentrale (2008): Gesundheitsreport 2008. Hamburg.

DAK-Zentrale (2007): Gesundheitsreport 2007. Hamburg.

DAK-Zentrale (2006): Gesundheitsreport 2006. Hamburg.

DAK-Zentrale (2005): Gesundheitsreport 2005. Hamburg.

Deutsche Rentenversicherung (2012): Leitlinien zur sozialmedizinischen Beurteilung bei psychischen und Verhaltensstörungen. [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Fachbereiche/01\\_sozialmedizin\\_forschung/01\\_sozialmedizin/03\\_begutachtung/psyche\\_verhalten\\_sucht.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/03_begutachtung/psyche_verhalten_sucht.html). Stand 17.12.2012.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Leitlinie zur sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei bandscheiben- und bandscheibenassoziierten Erkrankungen.

Deutscher Bundestag (2011a): Bundestagsdrucksache 17/6790. Berlin.

Deutscher Bundestag (2011b): Bundestagsdrucksache 17/6995. Berlin.

DGPPN, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2011): S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Leitlinie psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen (im Erscheinen).

Diery, Hartmuth; Schubert, Hans-Joachim; Zink, Klaus J. (1997): Die Eingliederung von Schwerbehinderten in das Arbeitsleben aus der Sicht von Unternehmen: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. 30 (2), 442–454.

DIMDI (2011): Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de). Stand 23.11.2011.

DIMDI (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>. Stand 26.05.2013.

Dornette, Johanna; Rauch, Angela; Schubert, Michael; Behrens, Johann; Höhne, Anke; Zimmermann, Markus (2008): Auswirkungen der Einführung des Sozialgesetzbuches II auf erwerbsfähige hilfebedürftige Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Zeitschrift für Sozialreform. 54 (1), 79–96.

Drake, R. E.; McHugo, G. J.; Becker, D. R.; Anthony, W. A.; Clark, R. E. (1996): The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64, 391–399.

DRV Bund, Deutsche Rentenversicherung Bund (2012a): Rentenversicherung in Zeitreihen. Berlin.

DRV Bund, Deutsche Rentenversicherung Bund (2012b): Rentenzugang 2011. Berlin.

Elkeles, Thomas (1999): Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. Sozialer Fortschritt. 48 (6), 150–155.

Elkeles, Thomas; Kirschner, Wolf (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Intervention durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement – Befunde und Strategien. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW.

EU-Kommission (2005): Grünbuch -Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel,

Gallo, William T.; Bradley, Elizabeth H.; Dubin, Joel A.; Falba, Tracy A.; Teng, Hsun-Mei; Kasl, Stanislav V. (2006): The persistence of depressive symptoms in older workers who experience involuntary job loss: results from the health and retirement survey. The journals of gerontology; Series B - Psychological sciences and social sciences. 61 (4), 221–228.

Galvao, Anja; Watzke, Stefan; Brieger, Peter (2008): Wie wirkt berufliche Rehabilitation und Integration psychisch kranker Menschen? Bonn, Psychiatrie-Verlag.

GEK (2007): Gesundheitsreport 2007.

GEK (1999): Gesundheitsreport 1999.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2012): Beschluss zur Änderung der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien: Bewertungsmaßstab der Arbeitsunfähigkeit für Arbeitslose im SGB-II-Bezug. [http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1517/2012-06-21\\_AU-RL\\_Bewertungsmaßstab-SGB%20II-Bezug\\_BAnz.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/39-261-1517/2012-06-21_AU-RL_Bewertungsmaßstab-SGB%20II-Bezug_BAnz.pdf). Stand: 26.05.2013.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2003): Richtlinien über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung Fassung vom 01.12.2003. Bundesanzeiger. 61 (6501).

Gensichen, J.; Huchzermeier, C.; Aldenhoff, J. B.; Gerlach, F. M.; Hinze-Selch, D. (2005). Signalsituationen für den Beginn einer strukturierten Depressionsdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis – Eine praxiskritische Einschätzung internationaler Leitlinien. Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. 99 (1), 57–63.

Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. Wiesbaden, VS.

Grobe, Thomas G.; Schwartz, Friedrich Wilhelm (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin, Robert Koch-Institut.

Grohmann, Petra (2010): Hilfe- und Teilhabeplanung im Bereich Arbeit. In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn, Psychiatrie-Verlag. 140–149.

Harfst, Timo; Marstedt, Gerd (2009): Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt. Gesundheitsmonitor 1/2009, Bertelsmann Stiftung.

Haug, Hans-Joachim (2004): Psychiatrische Diagnostik. In: Rössler, Wulf (Hrsg.): Psychiatrische Rehabilitation. Heidelberg, Springer. 45–55.

Hildebrandt, Martina (2007): Ärztliche Begutachtung 2006 im Land Sachsen-Anhalt nach Diagnosehäufigkeit (ICD-Gruppe).

Hoffmann, H. (2002): Das Berner Job Coach Projekt. In: APK, Schmidt-Zadel, R.; Pörksen, N. (Hrsg.): Arbeit und Beschäftigung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bonn, Psychiatrie-Verlag. 105–129.

Hoffmann, Holger; Jäckel, Dorothea (2010): Supported Employment - Nachhaltigkeit bei der beruflichen Eingliederung psychisch Kranker. In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn, Psychiatrie-Verlag. 171–176.

Hollederer, Alfons (2008): Psychische Gesundheit im Fall von Arbeitslosigkeit. Praktische Arbeitsmedizin. 12, 29–32.

Hollederer, Alfons (2006): Fallmanagement für Arbeitslose mit vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen: Ein Fall für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und Ärztlichen Dienst der BA?! In: Holleder, Alfons; Brand, Helmut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern, Hans Huber. 181–197.

Hollederer, Alfons (2003a): Arbeitslos - Gesundheit los - chancenlos? IAB-Kurzbericht 4/2003, Nürnberg.

Hollederer, Alfons (2003b): Arbeitslosigkeit und Alkohol: Für einen nüchternen Umgang mit Suchtkrankheiten. IAB-Materialien. (1), 2–4.

Hollederer, Alfons (2002): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ein Überblick über empirische Befunde und die Arbeitslosen- und Krankenkassenstatistik. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. 35 (3), 411–428.

Ibes, Karl (2010): ICF in der beruflichen Rehabilitation. In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn, Psychiatrie-Verlag.115–130.

Kieselbach, Thomas; Beelmann, Gert (2006): Arbeitslosigkeit und Gesundheit: Stand der Forschung. In: Holleder, Alfons; Brand, Helmut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern, Hans Huber.13–31.

Köhler, Kirsten; Steier-Mecklenburg, Friederike (Hrsg.) (2008): Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation. Stuttgart [u. a.], Thieme.

Köhler, Kirsten; Steier-Mecklenburg, Friederike (Hrsg.) (2007): Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation. Stuttgart, Thieme.

Krucken, Peter (2008): Assessment zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch beeinträchtigte Menschen. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.): Personenzentrierte Hilfen zu Arbeit und Beschäftigung. Bonn.70–82.

Kruse J; Schmitz, N; Wöller, W; Heckrath, C; Tress, W (2004): Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? Psychother Psych Med, 54(2), 45–51.

Kuckartz, Udo (2007): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden, VS.

Kunze, Heinrich, Gerhard Kronenberger, Ulrich Krüger und Evelin Schönhut-Keil (2008): Der Reiz des Unentdeckten – Neue Wege zu personenzentrierten Teilhabeleistungen in Hessen. Bonn.

Kunze, Heinrich und Julia Pohl (2002): Leitlinien für Rehabilitation und Integration. In: Aktion PSYchisch Kranke (Hrsg.): Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke. Bonn, Psychiatrie-Verlag.198-215.

Künzel, Gerd (2011): Anmerkungen zu Beitrag 1-2011 in Forum D von Dr. H. Fuchs: „Thesen zur Weiterentwicklung des Behindertenrechts im Lichte der Beschlüsse der ASMK vom 23./24.11.2010“. Forum D, Beitrag D5-2011. [http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/2011/D5-2011\\_Anmerkungen\\_zu\\_Beitag\\_D1-2011.pdf](http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/d/2011/D5-2011_Anmerkungen_zu_Beitag_D1-2011.pdf) . Stand 23.11.2011.

Kurth, Markus (2005): Gesundheitliche Folgen von Arbeitslosigkeit und gesellschaftlicher Ausgrenzung. In: Geene, Raimund und Anja Halkow (Hrsg.): Armut und Gesundheit. Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt, Mabuse.223-226.

Laewetzstiftung (2008): Integration psychisch kranker und behinderter Menschen in den Arbeitsmarkt - Abschlussbericht der begleitenden Evaluation der EQUAL Entwicklungspartnerschaft., Hamburg.

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Beltz.

Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.) (2009): Abschlussbericht der Aktion Psychisch Kranke zum Projekt „Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen“. Köln.

Ludwig-Mayerhofer, Wolfgang; Behrend, Olaf; Sondermann, Ariadne (2009): Auf der Suche nach der verlorenen Arbeit. Arbeitslose und Arbeitsvermittler im neuen Arbeitsmarktregime. Konstanz: UVK.

Luthe, Ernst-Wilhelm (2011): § 18 Örtliche Zusammenarbeit. In: Hauck, Karl; Noftz, Wolfgang; Voelzke, Thomas (Hrsg.): Sozialgesetzbuch (SGB) II: Grundsicherung für Arbeitsuchende. Kommentar. Berlin, Erich Schmidt.

Mayring, Philipp (2008a): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe, Ernst v. Kardoff und Ines Steinke (Hrsg.): Qualitative Forschung: ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.468–475.

Mayring, Philipp (2008b): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim-Basel, Beltz.

MDK, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (2004): Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA 2004). [http://www.mdk.de/media/pdf/BGA\\_ABBA\\_2004.pdf](http://www.mdk.de/media/pdf/BGA_ABBA_2004.pdf). Stand 23.11.2011.

Mecklenburg, Hermann (2010): Allgemeine Grundlagen der Rehabilitation. In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn, Psychiatrie-Verlag.154–170.

Meuser, Michael; Nagel Ulrike (2002): Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. Opladen, Leske + Budrich.71–94.

Oppolzer, A. (2010): Psychische Belastungsrisiken aus Sicht der Arbeitswissenschaft und Ansätze für die Prävention. In: Wissenschaftliches Institut des AOK-Bundesverbandes, Universität Bielefeld, Badura, B.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2009. Berlin/Bielefeld.13–22.

Orthmann, A.; Gunkel, I.; Schwab, K.; Gofmeyer, E. (2010): Psychische Belastungen reduzieren – die Rolle der Führungskräfte. In: Wissenschaftliches Institut des AOK-Bundesverbandes, Universität Bielefeld, Badura, B.; Schröder, H.; Klose, J.; Macco, K. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2009. Berlin/Bielefeld.227–239.

Osiander, Christopher; Steinke, Joß (2011): Street-level bureaucrats in der Arbeitsverwaltung \* Dienstleistungsprozesse und reformierte Arbeitsvermittlung aus Sicht der Vermittler. In: Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 57, H. 2, S. 149–173.

Paritätischer NRW (2009): Inklusion in Arbeit für psychisch kranke Menschen Gemeindepsychiatrie und SGB II - Fachtagung am 1. Oktober 2009 Düsseldorf,

Paul, Karsten Ingmar; Hassel, Alice; Moser, Klaus (2006): Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit auf die psychische Gesundheit. In: Holleder, Alfons und Helmut Brandt (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern, Hans Huber. 35–53.

Pfaff, Heiko (2006): Lebenslagen der behinderten Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. Wirtschaft und Statistik. (12), 1267–1277.

Rauch, Angela (2005): Behinderte Menschen auf dem Arbeitsmarkt. In: Bieker, Rudolf (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben: Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung. Stuttgart, Kohlhammer.25–43.

Rauch, Angela; Brehm, Hannelore (2003): Licht am Ende des Tunnels? Eine aktuelle Analyse der Situation schwerbehinderter Menschen am Arbeitsmarkt. IAB-Werkstattbericht. (6), 1–30.



Rauch, Angela; Dornette, Johanna; Schubert, Michael; Behrens, Johann (2008): Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II. IAB-Kurzbericht 25/2008, Nürnberg.

Rixen, Stephan (2006): Erwerbsfähigkeit als Schlüsselbegriff der Arbeitsmarkt-reform, insbesondere im SGB II. Diskussionsforum A, Beitrag 5/2006.  
[http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/a/A\\_2006-5.pdf](http://www.reha-recht.de/fileadmin/download/foren/a/A_2006-5.pdf). Stand 23.11.2011.

Robert-Koch-Institut (2006): Gesundheit in Deutschland. Berlin.

Robert-Koch-Institut (2002): Der Bundesgesundheitsurvey - Baustein der Gesundheitssurveillance in Deutschland. Berlin.

Rössler, Wulf (2004): Psychiatrische Rehabilitation. Heidelberg, Springer.

Schröder, Helmut; Rauch, Angela (2006): Abbau der Arbeitslosigkeit schwer-behinderter Menschen - dringlicher denn je! Behindertenrecht. 45 (1), 1–7.

Schubert, Michael (2010): Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung: Wer bekommt sie, wer nicht? Strukturen und Prozesse des Zugangs zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für erwerbsfähige hilfebedürftige Menschen. Halle/Saale.

Schubert, Michael; Behrens, Johann; Hauger, Marlies; Hippmann, Cornelia; Hobler, Dietmar; Höhne, Anke; Schneider, Edina; Zimmermann, Markus (2007): Struktur- und Prozessänderungen in der beruflichen Rehabilitation nach der Einführung des SGB II. In: Dornette, Johanna und Angela Rauch (Hrsg.): Berufliche Rehabilitation im Kontext des SGB II. Band 309, 7–87.

Schubert, Michael; Bretschneider, Kristin; Schmidt, Stephanie; Behrens, Johann (2011): Ansatzpunkte und Vernetzungsmöglichkeiten bei der Identifikation und Ansprache von potenziell rehabilitationsbedürftigen arbeitslosen Personen in den Arbeitsverwaltungen. DRV-Schriften. 93, 267–269.

Schubert, Michael; Bretschneider, Kristin; Schmidt, Stephanie; Behrens, Johann (2010): Stellenwert gesundheitlicher und rehabilitativer Aspekte bei der Betreuung Arbeitsloser als krankheits- und erwerbsbezogene Risikofaktoren DRV-Schriften. 88, 177–179.

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: Bertelsmann, 331 S.

Senner, Anton (2010): Integrationsbetriebe. In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn, Psychiatrie-Verlag. 276–283.

Statistisches Bundesamt (2010): Statistik der schwerbehinderten Menschen.

Storck, Joachim (2010a): Arbeit schaffen. In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn, Psychiatrie-Verlag. 318–330.

Storck, Joachim (2010b): Neue Möglichkeiten für Rehabilitation, Arbeit und Beschäftigung. In: Mecklenburg, Hermann; Storck, Joachim (Hrsg.): Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Bonn, Psychiatrie-Verlag. 306–317.



Szuwart, Tobias (2008): *Atypische Beschäftigungsverhältnisse: Teilzeitarbeit, Mini-Jobs, Ich-AG, Leiharbeit, Kombilohn und andere Formen in Deutschland*. Hamburg, Igel.

Szydlik, Marc (2008): *Flexibilisierung: Folgen für Arbeit und Familie*. Wiesbaden, VS.

Techniker Krankenkasse (2009): *Gesundheitsreport 2009*. Hamburg.

Techniker Krankenkasse (2008): *Gesundheitsreport 2008*. Hamburg.

Techniker Krankenkasse (2007): *Gesundheitsreport 2007*. Hamburg.

Techniker Krankenkasse (2006): *Gesundheitsreport 2006*. Hamburg.

Techniker Krankenkasse (2005): *Gesundheitsreport 2005*. Hamburg.

Tomov, T.; van Busschbach, J.; White, S.; Wllesma, D.; Equilise Group, Burns, T.; Catty, J.; Becker, T.; Drake, R. E.; Fioritti, A.; Knapp, M.; Lauber, C.; Rösler, W. (2007): *The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial*. *Lancet*. 370, 1146–1152

Ulrich, Angela (2010a): *Integrationsfachdienst - Begleitung für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung*. In: Mecklenburg, Hermann und Joachim Storck (Hrsg.): *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben*. Bonn, Psychiatrie-Verlag. 246–252.

Ulrich, Angela (2010b): *Integrationsfachdienste - Vermittlung für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung*. In: Mecklenburg, Hermann und Joachim Storck (Hrsg.): *Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben*. Bonn, Psychiatrie-Verlag. 203–211.

Viebrok, Holger (2004): *Absicherung bei Erwerbsminderung. Expertise für die Sachverständigenkommission für den fünften Altenbericht der Bundesregierung*. Bremen.

Weber, Andreas; Georg Hörmann; Heipertz, Walter (2007): *Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht*. *Deutsches Ärzteblatt*. 104 (43), A2957–A2962.

Welti, Felix (2010): *§ 12 Zusammenwirken der Leistungen*. In: Lachwitz, Klaus, Walter Schellhorn und Felix Welti (Hrsg.): *Handkommentar zum Sozialgesetzbuch IX*. Köln, Luchterhand. 123–129.

Winkler, Albrecht (1997): *Screening- und Kompensationsfunktion alternativer Beschäftigungsformen für Schwerbehinderte*. *Mitteilung aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*. 30 (2), 432–441.

Zimmermann, Markus (2007): *Funktionen, Konzepte und Strukturen der Rehabilitation in Deutschland, England, Schweden und der Schweiz: Ansätze einer Methodik der vergleichenden Rehabilitationsforschung*. Halle/Saale.

Zimmermann, Markus; Dreyer-Tümmel, Anne; Langer, Gero; Behrens, Johann (2004): *Frühberentete ohne Rehabilitation – Fehlsteuerung oder fehlende subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit?* *DRV-Schriften*. 52, 333–335.

## In dieser Reihe sind zuletzt erschienen

Nr.	Autor(en)	Titel	Datum
<a href="#">2/2013</a>	Dummert, S.	Branchenstudie Einzelhandel: Auswertungen aus dem IAB-Betriebspanel 2010 und 2011	3/13
<a href="#">3/2013</a>	Pongratz, H.J. Bernhard, St. Wolff, J. Promberger, M.	Selbständig statt leistungsberechtigt: Eine Implementationsstudie zur Handhabung des Einstiegsgeldes in den Jobcentern	4/13
<a href="#">4/2013</a>	Hecht, V. Litzel, N. Schäffler, J.	The ReLOC project: Method report for implementing a cross-border company survey in Germany and the Czech Republic	6/13
<a href="#">5/2013</a>	Bruckmeier, K. Pauser, J. Walwei, U. Wiemers, J.	Simulationsrechnungen zum Ausmaß der Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen der Grundsicherung: Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zur Abgrenzung und Struktur von Referenzgruppen für die Ermittlung von Regelbedarfen auf Basis der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008	7/13
<a href="#">6/2013</a>	Kubis, A. Müller, A. Rebien, M. Szameitat, J. Woitschig, Ch.	Expertenbefragung zu Abbrüchen beider Personalsuche in der IAB-Erhebung des gesamtwirtschaftlichen Stellenangebots	7/13
<a href="#">7/2013</a>	Boockmann, B. Osiander, Ch. Stops, M. Verbeek, H.	Effekte von Vermittlerhandeln und Vermittlerstrategien im SGB II und SGB III (Pilotstudie): Abschlussbericht an das IAB durch das Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. (IAW), Tübingen	8/2013
<a href="#">8/2013</a>	Achatz, J. Hirseland, A. Lietzmann, T. Zabel, C.	Alleinerziehende Mütter im Bereich des SGB II: Eine Synopse empirischer Befunde aus der IAB-Forschung	8/2013
<a href="#">9/2013</a>	Diener, K. Götz, S. Schreyer, F. Stephan, G.	Beruflicher Wiedereinstieg von Frauen nach familienbedingter Erwerbsunterbrechung: Befunde der Evaluation des ESF-Programms „Perspektive Wiedereinstieg“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	9/2013
<a href="#">10/2013</a>	Fuchs, J. Söhnlein, D.	Projektion der Erwerbsbevölkerung bis zum Jahr 2060	10/2013
<a href="#">11/2013</a>	Dauth, W. Dorner, M. Blien, U.	Neukonzeption der Typisierung im SGB-II-Bereich: Vorgehensweise und Ergebnisse	10/2013

Stand: 28.10.2013

Eine vollständige Liste aller erschienenen IAB-Forschungsberichte finden Sie unter

<http://www.iab.de/de/publikationen/forschungsbericht.aspx>

## Impressum

**IAB-Forschungsbericht 12/2013**  
(Aktualisierte Fassung vom 4.11.2013)

### Herausgeber

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit  
Regensburger Str. 104  
90478 Nürnberg

### Redaktion

Regina Stoll, Jutta Palm-Nowak

### Technische Herstellung

Gertrud Steele

### Rechte

Nachdruck - auch auszugsweise -  
nur mit Genehmigung des IAB gestattet

### Website

<http://www.iab.de>

### Bezugsmöglichkeit

<http://doku.iab.de/forschungsbericht/2013/fb1213.pdf>

ISSN 2195-2655

### Rückfragen zum Inhalt an:

Michael Schubert  
Telefon 069.605 018 24  
E-Mail [michael.schubert@bar-frankfurt.de](mailto:michael.schubert@bar-frankfurt.de)

Peter Kupka  
Telefon 0911.179 3121  
E-Mail [peter.kupka@iab.de](mailto:peter.kupka@iab.de)

Jörg Holke  
Telefon 0228.676 740  
E-Mail [holke@apk-ev.de](mailto:holke@apk-ev.de)