

Personenzentrierte Unterstützungsleistungen zur Teilhabe für psychisch und suchterkrankte Menschen – Ideen zur Differenzierung, Flexibilisierung und transparenten Steuerung

Positionspapier der Diakonie Deutschland, des Bundesverband evangelische Behindertenhilfe und des Gesamtverband für Suchthilfe

Herausgeber:

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V.

Invalidenstraße 29, 10115 Berlin

Tel.: 030 83001-270

Fax: 030 83001-275

E-Mail: info@beb-ev.de

Internet: www.beb-ev.de

Im Auftrag

der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband

und des Gesamtverband für Suchthilfe e. V.

Das Dokument steht als kostenloser Download zur Verfügung unter

www.beb-ev.de (Rubrik „Stellungnahmen“) und www.sucht.org

© BeB

Berlin, September 2015

Personenzentrierte Hilfen zur Teilhabe für psychisch und suchterkrankte Menschen – Ideen zur Differenzierung, Flexibilisierung und transparenten Steuerung

Positionspapier der Diakonie Deutschland, des Bundesverband evangelische Behindertenhilfe und des Gesamtverband für Suchthilfe

1. Vorbemerkung

Ziel dieses gemeinsamen Positionspapieres ist es, die besonderen Belange psychisch und suchterkrankter Menschen in der aktuellen Debatte um das Bundesteilhabegesetz einer besonderen Beachtung zu unterziehen. In den gegenwärtigen Auseinandersetzungen um die Inklusion von Menschen mit Behinderung, um die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und um die Reform der Eingliederungshilfe geraten deren besondere Problemlagen, die von ihnen erlebten spezifischen und häufig nicht sichtbaren kommunikativen Barrieren aus dem Blick und finden zu wenig Berücksichtigung bei der Gestaltung personenzentrierter Hilfen.

2. Wachsende Bedeutung der psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen in der Eingliederungshilfe

Seit Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Zahl der psychisch und suchterkrankten Menschen zu beobachten, die im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem Sechsten Kapitel SGB XII **Assistenz zur unabhängigen Lebensführung** durch ambulante und stationäre Dienste und Einrichtungen erhalten. So hat von 2003 bis 2010 bei den ambulanten Wohnformen eine Steigerung um 150 % stattgefunden. Seitdem steigen die Zahlen weiter an. Laut Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe aus dem Jahr 2013 haben 116.000 Menschen mit seelischer Behinderung, zu denen auch die Menschen mit einer chronischen Abhängigkeitserkrankung mit etwa 19.000 Menschen gehören, eine ambulante Betreuung erhalten (und stellen mit circa 70 % die größte Gruppe dar) und 57.000 leben in stationären Wohnformen, davon etwa 28.000 Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen in Tagesstätten und Wohnheimen. Bei den Menschen mit Behinderung in den ambulanten Wohnformen gehen die Altersklassen unter 40 Jahre zurück, wobei die Gruppe derjenigen, die zwischen 27 und 40 Jahre alt sind, zurzeit noch die größte ist. Bei den Jüngeren, von 18 bis 27 Jahren, ist von 2007 bis 2013 sogar ein leichter Rückgang zu verzeichnen (a. a. O.). Da hier nicht weiter nach den Be-

hinderungsarten unterschieden wird, bleibt offen, ob die Gruppe junger Menschen mit seelischer Behinderung auch hier zunimmt.

Angaben zu suchtspezifischen Angeboten in der Eingliederungshilfe finden sich in der Deutschen Suchthilfestatistik (die allerdings keine Vollerhebung darstellt). Im Vergleich zu 2007 hat es 2013 beim ambulant betreuten Wohnen eine Zunahme um 48 % und im (teil-) stationären Bereich eine Zunahme um 20,6 % gegeben. Insgesamt haben circa 47.000 Menschen mit Suchterkrankungen Leistungen zur sozialen Teilhabe erhalten.

Ähnliche Entwicklungen sind im Bereich der **Teilhabe am Arbeitsleben zu beobachten**: Menschen mit psychischer Beeinträchtigung und mit Suchterkrankung tragen ein hohes Risiko, vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausgeschlossen zu werden. Während die Gesamtzahl der neu bewilligten Erwerbsminderungsrenten seit Jahren weitgehend gleich bleibt, nimmt der Anteil der EM-Renten wegen psychischer Störungen seit 2001 kontinuierlich zu. Nach der Statistik der Deutschen Rentenversicherung sind psychische Störungen inzwischen der häufigste Grund für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente (DRV Bund, 2014). 2013 erhielten knapp 75.000 Menschen eine EM-Berentung aufgrund psychischer Störungen (inklusive Suchterkrankungen). Der IAB-Forschungsbericht¹ „Menschen mit psychischen Störungen im SGB II“ kam 2013 zu dem Ergebnis, dass der Anteil von Personen mit psychiatrischer Diagnose bei Menschen in Langzeitarbeitslosigkeit deutlich höher liegt als bei Berufstätigen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGÜS) berichtet davon, dass die meisten WfbM-Aufnahmen mittlerweile aus dem Bereich der seelischen Behinderung kommen. Schon im BMAS-Forschungsbericht schreibt die ISB 2008 WfbM²: Der Anteil der Leistungsberechtigten mit einer seelischen Behinderung beträgt 19,3 % (geistige Behinderung 74,3 %, Körperbehinderung 6,4 %). In Baden-Württemberg liegt ihr Anteil bereits bei 25,1 %, in Bremen bei 24 %, in Westfalen-Lippe bei 22,9 % und in Thüringen bei 22,4 %. Am unteren Ende liegen das Saarland mit 10,1 %, Sachsen mit 11,7 % sowie Sachsen-Anhalt mit 11,9 %. Die Quereinsteiger stellen seit einer nicht mehr rekonstruierbaren Zahl von Jahren mehr als die Hälfte der Zugänge in WfbM und weisen ganz überwiegend eine seelische Behinderung auf (Teil B, Kap. 6). Der umgekehrte Zusammenhang ist sogar noch stärker ausgeprägt: Nur etwa 5 % der seelisch behinderten Neuzugänge kam direkt nach der Schule in die WfbM.

Hinzu kommt, dass ein erheblicher Teil psychisch und chronisch suchterkrankter Menschen ohne rehabilitative Angebote, ohne Tagesstruktur und ohne Hoffnung auf Verän-

¹ IAB - Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (Bundesagentur für Arbeit), IAB-Forschungsstudie 12/2013, Menschen mit psychischen Störungen im SGB II

² ISB - Gesellschaft für Integration, Sozialforschung und Betriebspädagogik gGmbH (im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales); Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen 2008

derung zurückgezogen im häuslichen Umfeld lebt und von einer fortschreitenden Chronifizierung ihrer Beeinträchtigung bedroht ist.

3. Systemische Bewertungen

Die Gründe für den Anstieg der Inanspruchnahme der Eingliederungshilfe sind vielfältig. Wobei zunächst festzuhalten ist, dass die Bedeutungszunahme psychischer Erkrankungen für die Sozialleistungsträger nicht mit einer Zunahme psychischer Erkrankungen gleichzusetzen ist. Nach der DEG Studie aus 2012³ sind 33 % aller Erwachsenen in Deutschland innerhalb eines Jahres von einer psychischen Störung betroffen (inklusive Abhängigkeitserkrankungen). Obwohl es in Deutschland in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme an psychiatrischen Diagnosen sowie an Arbeitsunfähigkeitstagen, Krankengeldzahlungen sowie Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen gekommen ist, ist – mit Ausnahme der Demenz – aber eher nicht von einer tatsächlichen Zunahme psychischer Erkrankungen auszugehen. Offenbar werden psychische Erkrankungen in den letzten Jahren besser diagnostiziert. In Bezug auf die jungen Erwachsenen von 18 bis 34 Jahren kommt die DEG-Studie zu dem Ergebnis, dass in dieser Altersgruppe die höchsten Prävalenzraten in Bezug auf psychische Erkrankungen zu verzeichnen sind. Gleichzeitig hat nur ein Drittel der Betroffenen Kontakt zu Behandlungseinrichtungen, wobei die Dauer der Erkrankung und Komorbiditäten eine Inanspruchnahme professioneller Unterstützung erhöhen.

Die wachsende Anzahl an Menschen mit seelischer Behinderung in den Sozialsystemen lässt sich zum Teil auch als ein Erfolg sozial- bzw. wohlfahrtsstaatlicher Errungenschaften interpretieren. Psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen werden weniger stigmatisiert, die Inanspruchnahme von Hilfen ist enttabuisiert und wird eher in die Wege geleitet. Die deutliche Steigerung der Nachfrage nach Hilfen zur Eingliederung hat u.E. aber vor allem auch systemische Gründe, die im Versagen und der mangelnden Verfügbarkeit anderweitiger Hilfen zu suchen sind. Dabei sind die Menschen mit sogenannter Doppeldiagnose, also Menschen mit psychischer **und** Suchterkrankung, in besonderer Weise von Unter- und Fehlversorgung sowie sozialer Exklusion betroffen. Insgesamt ist von einer hohen Prävalenz komorbider psychischer und substanzbezogener Störungen auszugehen, ein Drittel der Menschen mit psychischen Behinderungen haben auch Suchterkrankungen, ein Drittel der Menschen mit einer Alkohol- und die Hälfte der Menschen mit einer Drogenabhängigkeit haben auch psychische Erkrankungen. Die häufig anzutreffende inadäquate Behandlung dieser komplexen Störungsbilder führen zu ungünstigen Verläufen und zu einer hohen Inanspruchnahme des Versorgungssystems.

³ DEGS 1 Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Hans-Ulrich Wittchen, Frank Jacobi (2012): Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? (eine Studie des Robert Koch-Instituts); siehe auch <http://www.degs-studie.de>

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und mit Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere wenn diese mit erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag einhergehen, in den Sozialleistungssystemen (insbesondere im SGB V und VI) folgende Defizite aufweisen, die zu einer Chronifizierung der Erkrankung und psychosozialen Behinderungen beitragen:

- Der Zeitraum von der Erstmanifestation der Erkrankung bis zur ersten Kontaktaufnahme mit dem Unterstützungssystem beträgt meist viele Jahre.
- Aus dem primären Gesundheitssystem, zu dem der erste Kontakt aufgenommen wird, wird vielfach keine qualifizierte und spezialisierte Unterstützung in die Wege geleitet.
- Viele Leistungen beispielsweise der Gesetzlichen Krankenversicherung sind aufgrund einer fehlerhaften Bedarfsplanung, ungenügender Richtlinien und nicht ausreichender Finanzierung nicht vorhanden oder sind so hochschwellig konzipiert, dass chronisch Kranke oftmals ausgegrenzt werden.
- Es fehlen ambulante Komplexleistungen, die aufsuchend und nachgehend erbracht werden.
- Es fehlen für Menschen mit Doppeldiagnosen integrative Versorgungskonzepte, die wirksame Interventionen für beide psychischen und suchterbezogenen Störungsbilder verknüpfen und so helfen, die traditionelle Trennung der Versorgungssysteme Sozialpsychiatrie und Suchthilfe zu überwinden.
- Auch im Bereich der Rentenversicherung fehlen aufsuchende und niederschwellige Angebote, die beispielsweise bei Suchterkrankungen nicht schon die Abstinenz, die das Ziel einer Behandlung sind, voraussetzen oder die flexibel gestaltet sind und andere Ziele wie einen reduzierten oder kontrollierten Konsum berücksichtigen.
- Es fehlen nahtlose Übergänge von einer Unterstützungsleistung in die nächste, so dass beispielsweise nur eine Minderheit derjenigen, die einen qualifizierten Entzug durchmachen, auch eine anschließende Entwöhnungsbehandlung in Anspruch nimmt. Für psychische Erkrankungen fehlen sogenannte Anschlussheilbehandlungen gänzlich.
- Die stabilisierende und gesundheitsfördernde Wirkung von Erwerbstätigkeit bzw. von sinnvoller Beschäftigung ist lange Zeit vernachlässigt und bei der Behandlungsplanung nicht ausreichend berücksichtigt worden.

3.1 Assistenz zur unabhängigen Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Seit Jahren weisen wir darauf hin, dass psychisch und suchterkrankte Menschen einen extrem erschwerten Zugang zu Hilfen aus dem Bereich des SGB V haben, auf die sie einen rechtlichen Anspruch haben. Leistungen der Soziotherapie, der häuslichen Krankenpflege (§ 37 SGB V) für psychisch erkrankte Menschen, der medizinischen

Rehabilitation und der Psychotherapie existieren zwar als gesetzliche Ansprüche, in der Praxis stehen sie aber nicht oder in nicht ausreichendem Maße zur Verfügung. Dies ist Ausdruck eines Versagens der Vertragspartner der Selbstverwaltung und unzureichender sozialgesetzlicher Vorgaben. Ebenso ist seit Jahren eine fortschreitende Verkürzung der Verweildauer in den psychiatrischen Kliniken zu beobachten, eine Tendenz, die aus gemeindepsychiatrischer Sicht und der Suchthilfe zu begrüßen wäre, wenn die dadurch freiwerdenden Mittel zu einem konsequenten Ausbau ambulant aufsuchender und kontinuierlicher Behandlungssettings aus dem SGB V und SGB VI geführt hätten. Stattdessen führte die Verweildauerreduktion in den Kliniken zu einem Fallzahlenanstieg in zum Teil geschlossenen stationären Wohnangeboten und zur Entlassung von Menschen in existenziell gefährdende Situationen aus dem psychiatrischen System in die Wohnungslosigkeit.

In den vergangenen Jahren scheint die Zahl junger Menschen in problematischen Lebenslagen zuzunehmen, die aus sämtlichen institutionellen Kontexten herausgefallen sind (s. Studie des Deutschen Jugendinstituts „Entkoppelt vom System“). Den oft auch psychisch sehr belasteten Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die vielfach auch Suchtprobleme haben, droht ein verhängnisvoller Weg in die Psychiatrie oder Wohnungslosigkeit. Dies ist auch ein Ergebnis einer zum Teil rechtswidrigen Praxis der Jugendämter, die Hilfen aus dem Bereich des SGB VIII zeitlich zu limitieren bzw. bei Erreichen der Volljährigkeit zu beenden. Unter dem Kostendruck in den Kommunen werden bei vulnerablen und gefährdeten Jugendlichen und Adoleszenten vielfach nicht (mehr) die erforderlichen Übergangshilfen und Nachbetreuungen zur Verfügung gestellt (a. a. O).

Parallel dazu fand in vielen Regionen eine Aushöhlung kommunaler Leistungen der Daseinsvorsorge statt: niederschwellige Dienste der Grundversorgung, Sozialpsychiatrische Dienste und offene Tagesstätten werden abgebaut oder sind, wie Suchtberatungsstellen, prekär finanziert.

Die skizzierten Entwicklungen tragen mit dazu bei, dass an sich gut behandelbare Erkrankungen chronifizieren und verschiedene Ausgrenzungsprozesse zu psychosozialen Behinderungen führen können. In der Folge bleibt für psychisch oder suchterkrankte Menschen oft als einzige Möglichkeit, Unterstützung und Hilfe zu erhalten, die Inanspruchnahme von Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII. Dies ist verbunden mit einem „Abrutschen“ in die Sozialhilfe, dauerhaftem Leben an der Grenze des Existenzminimums mit all seinen Folgen (z. B. kein Aufbau von Vermögen oder Alterssicherung). Das SGB XII ist somit für viele das letzte und oftmals einzige Auffangbecken, da Hilfen, die im Vorfeld greifen würden, nicht bzw. zunehmend weniger vorhanden sind.

3.2 Hilfen zur beruflichen Rehabilitation und Teilhabe im Bereich Arbeit

Viele psychisch und suchterkrankte Menschen suchen als Quereinsteiger den schützenden Rahmen von Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfbM) bspw. auf Grund ihres krankheitsbedingten Scheiterns, ihrer verletzenden Erfahrungen in der Arbeitswelt und fehlender Alternativen. Wir beobachten, dass auch nur ein Teil der Beschäftigten der WfbM sich auf Außenarbeitsplätze einlässt, viele suchen den sicheren Rahmen in Außenarbeitsgruppen oder in WfbM. Leistungen für psychisch erkrankte Menschen aus dem Bereich des SGB II wurden in den letzten Jahren systematisch abgebaut. In früheren Jahren gab es wirksame kommunale Beschäftigungsprojekte im Rahmen des BSHG § 19 „Arbeit statt Sozialhilfe“. Integrationsfirmen beschäftigen nur in geringem Umfang psychisch erkrankte Menschen auf Grund ihrer schwankenden Belastungsfähigkeit und dem begrenzten Minderleistungsausgleich. Die Kapazitäten für seelisch behinderte Menschen in Integrationsprojekten, die am ehesten auf Arbeitsplätze für diese Klientel spezialisiert sind, sind so gering, dass sie nicht mehr sind als der sprichwörtliche „Tropfen auf den heißen Stein“. (ISB, Entwicklung der Zugangszahlen zu Werkstätten für behinderte Menschen, 2008). Zuverdienstmöglichkeiten aus dem SGB II und XII finanziert, sind nicht flächendeckend vorhanden. Ein Budget für Arbeit zur Finanzierung des Minderleistungsausgleichs und zur kontinuierlichen Unterstützung/Assistenz, um eine dauerhafte Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen auf dem ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen, steht nur in wenigen Regionen zur Verfügung. Die Unterstützte Beschäftigung nach § 38a SGB IX, die durch passgenaue und flexible Hilfen dazu dient, eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu halten bzw. zu erhalten, ist zeitlich befristet und wird dadurch dem bei psychischen Erkrankungen immer mal wieder schwankenden Leistungsvermögen nicht gerecht.

Für suchterkrankte Menschen sind Maßnahmen der Rehabilitation nach dem SGB VI oft eine wichtige Chance zur Wiedererlangung ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit. Stehen sie nicht ausreichend zur Verfügung, sind ihre Zugänge beispielsweise dadurch erschwert, dass Abstinenz vorausgesetzt wird oder keine positive Rehaprognose vorliegt, oder sind die Übergänge nicht begleitet, bleibt oft nur der Verweis auf die Sozialhilfe.

Dass so viele seelisch behinderte Menschen in WfbM drängen, zeigt, dass es für sie an Arbeitsalternativen mangelt - dass manche von ihnen nicht auf Dauer in der WfbM bleiben, zeigt, dass sie sich dort oft nicht am richtigen Platz fühlen und es auch nicht sind. Der Andrang der Quereinsteiger kann nur verringert werden, wenn den um Aufnahme nachfragenden Personen andere Alternativen zur WfbM angeboten werden als die ansonsten drohende (Dauer-)Arbeitslosigkeit.

Begleitete Zugänge für (noch) nicht abstinent lebende Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen zu Arbeit und Beschäftigung zu schaffen und deren Finanzierung zu

erwirken sind notwendige Schritte, um diesem Personenkreis Perspektiven ermöglichen zu können.

4. Was ist zu tun? Ideen zur Differenzierung, Flexibilisierung und transparenten Steuerung

4.1 Übergreifende Prinzipien

- Hilfen zur unabhängigen Lebensgestaltung und zur Teilhabe im Bereich Arbeit müssen auf kommunaler oder regionaler Ebene verbindlich geplant, gesteuert und evaluiert werden. Dazu sind ausreichende **Ressourcen zur Planung und Koordination** erforderlich. Inzwischen liegen bewährte Erfahrungen durch die Arbeit von **Gemeindepsychiatrischen und Suchthilfeverbänden** vor, in denen Leistungsträger, Leistungserbringer und Selbsthilfeorganisationen an der Ausgestaltung einer regionalen Pflichtversorgung mitwirken. Die verbindliche Mitwirkung an dieser Netzwerkstruktur ist ein gesetzlich zu forderndes Merkmal der Strukturqualität.
- Leistungen für psychisch und suchterkrankte Menschen sind in unterschiedlichen Leistungssystemen verankert. Deshalb benötigen leistungsbeanspruchende Personen eine ihren individuellen Interessen verpflichtete Beratung und Begleitung insbesondere in der Phase der Bedarfsfeststellung und Leistungszusammenstellung.
- Gleichzeitig muss sichergestellt werden, dass die Leistungen aus den unterschiedlichen Systemen anschlussfähig gestaltet werden. Insbesondere sind die Regelungen zum Persönlichen Budget so zu modifizieren, dass die Einzelleistungen im Rahmen einer individuellen Komplexleistung so miteinander verzahnt werden können, dass leistungssystemspezifische Erbringungsbedingungen zugunsten einer personenzentrierten Leistung angepasst werden können.
- Die Prozesse der Hilfeplanung, der Bedarfsfeststellung und der Gestaltung von Komplexleistungen müssen über **regionale Hilfeplankonferenzen** gesteuert werden, in denen unter Beteiligung der Betroffenen Vereinbarungen über die Ausgestaltung der adäquaten Hilfen getroffen werden können.
- Im Verlauf des Teilhabeprozesses muss die/der Betroffene, sofern gewünscht bzw. bei Bedarf, die Unterstützung einer **koordinierenden Bezugsperson** erhalten, die - soweit notwendig - auch langfristig den Betroffenen hilft, die notwendige komplexe und personenzentrierte Hilfestellung zu erhalten.
- Die Leistungsträger der Hilfe zur Teilhabe müssen in die Lage versetzt werden durch geeignete Vorgaben im SGB IX, die **Leistungsträger** aus den Bereichen der SGB II, V, VI und VIII wirksam **in die Verantwortung** zu nehmen. Es geht darum bedarfsgerechte Hilfen zur Förderung der Arbeit, der Behandlung, Psychotherapie, Pflege und medizinischer und berufliche Rehabilitation sowie Hilfen zur Erziehung und Persönlichkeitsentwicklung systematisch zu erschließen und eine entsprechende Infrastruktur in der Region aufzubauen. Die Leistungsträger müssen dazu verpflichtet werden, sich an regionalen Planungs- und Koordinationsprozessen zu beteiligen.

4.2 Assistenz zur unabhängigen Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

- Bestehende einrichtungszentrierte **Trennungen zwischen ambulanten und stationären Hilfen** sind im Rahmen der Realisierung personenzentrierter Hilfen durch das in Vorbereitung befindliche Bundesteilhabegesetz (BTHG) zu überwinden. Jeder Mensch muss die erforderliche Hilfe erhalten, unabhängig von seinem Lebens- und Aufenthaltsort und unabhängig von Art, Dauer und Schwere seiner Erkrankung.
- Bei der **Teilhabeplanung, Bedarfsermittlung und -feststellung** sind die besonderen Bedarfe psychisch und suchterkrankter Menschen zu berücksichtigen. Hilfen für psychisch und suchterkrankte Menschen sind primär Hilfen in Beziehungen und nicht vorrangig als Addition von alltagsbezogenen Verrichtungen zu verstehen. Ausdruck einer psychopathologischen, psychischen und/oder suchtbeforzogenen Symptomatik ist häufig, sich zurückzuziehen, Vertrauen zu verlieren, sich zu isolieren und die Hoffnung und Aussicht auf Veränderung der eigenen Lebenslage aufzugeben. Bei der Bedarfsermittlung und der Gestaltung der Unterstützungsprozesse für psychisch und suchterkrankte Menschen muss daher immer diese existenzielle Dimension berücksichtigt werden.
- Psychisch und suchterkrankte Menschen benötigen **ambulant aufsuchende, niederschwellige Dienste**, die als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge ausgestaltet werden und den Betroffenen bedingungslose Hilfe gewähren können, um ihnen den Zugang zu den weiteren erforderlichen Hilfen zu ermöglichen. Die niederschweligen Hilfen müssen immer auch die Familie, das relevante Beziehungssystem und den Sozialraum mit einbeziehen bzw. diesen beteiligten Systemen auch über den konkreten Einzelfall hinaus Unterstützung anbieten, da sich die Beeinträchtigungen und Barrieren von psychisch und suchterkrankten Menschen immer auch als Störung von Kommunikation, der Fähigkeit zur Beziehungsgestaltung und der Handlungsfähigkeit im unmittelbaren Beziehungskontext äußern.
- Mit Unterstützung der ambulant aufsuchenden Dienste (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste, niederschwellige Beratungsdienste und Suchtberatungsstellen) müssen **ambulante Komplexleistungen** gestaltet werden unter Einbeziehung aller vorrangigen Hilfen und der vorhandenen Ressourcen aus dem sozialen Umfeld. Dies kann am besten durch mobile, multi-professionelle Teams geleistet werden, die in den Lebenswelten und an den Lebensorten ihre Unterstützung anbieten. Dazu muss eine kontinuierliche Teilhabeberatung gewährleistet werden durch die Bezugspersonen, zu denen die Betroffenen das größte Vertrauen haben.
- Die Assistenz zur unabhängigen Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft muss auch die **Hilfestellung bei der Wohnraumbeschaffung** umfassen.

4.3 Unterstützungsleistungen zur beruflichen Rehabilitation und Teilhabe im Bereich Arbeit

Psychisch und suchterkrankte Menschen haben, wie bereits erwähnt, ein hohes Risiko, im Prozess ihrer Erkrankung aus der Arbeitswelt ausgegrenzt zu werden. Deshalb gehört die frühzeitige Thematisierung des Themas „Arbeit“ im klinischen Behandlungsprozess, eine qualifizierte Arbeitsdiagnostik und die Einleitung von Maßnahmen der Frührehabilitation zu den wichtigsten Standards, die häufig in der klinischen Behandlung zu wenig Beachtung finden. Lange Krankheitsphasen – ob mit oder ohne klinische stationäre Behandlung - und anschließende Phasen der Arbeitsunfähigkeit, ohne gezielte medizinisch und/oder berufliche Rehabilitationsmaßnahmen zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit erhöhen häufig die Wahrscheinlichkeit der Chronifizierung, der Ausgliederung aus dem Arbeitsmarkt und der Vermittlung der Betroffenen in eine WfbM.

- Erforderlich ist die grundsätzliche Bereitstellung eines **kompetenten Fachdienstes**, der den Prozess der Teilhabeplanung im Bereich Arbeit, Ausbildung und Umschulung systematisch begleitet und koordiniert. Dazu können Sozialdienste der Psychiatrischen Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste, Integrationsfachdienste, Suchtberatungsstellen oder spezielle Fachdienste entsprechend qualifiziert werden.
- Häufig benötigen psychisch und suchterkrankte Menschen Zeit und eine Phase der Orientierung, in der sie für sich realistische Ziele entwickeln und sich ihrer Fähigkeiten vergewissern können. Zu prüfen ist, ob dazu ein geeignetes **Assessmentverfahren** als Leistung nach SGB II und des neuen BTHG zu konzipieren ist, mit dem Ziel, die individuelle Belastung zu erproben und konkrete Schritte zur Förderung der beruflichen Teilhabe zu entwickeln.
- Im Rahmen des BTHG und des SGB II muss die Förderung von **Zuverdienstmöglichkeiten** sichergestellt werden. Sie stellen eine wesentliche und wirksame Möglichkeit der Teilhabe dar für Menschen, die dem Arbeitsmarkt nicht vollständig zur Verfügung stehen. Es ist zu prüfen, ob geringfügige Beschäftigungsverhältnisse nicht in den Bereich der Förderung nach dem Schwerbehindertengesetz aufgenommen und mit der Ausgleichsabgabe verrechnet werden können.
- **Flexibilisierung personenzentrierter Unterstützungsleistungen:** Bislang ist die WfbM die einzige Leistung mit Rechtsanspruch zur Teilhabe im Bereich Arbeit. Von einem neuen BTHG erwarten die diakonischen Verbände, dass die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an jedem Ort erbracht werden können. Zu denken ist etwa an die verbindliche Gewährleistung eines Budgets für Arbeit, um den Betroffenen die individuell erforderliche Assistenz und die dauerhafte Finanzierung eines Minderleistungsausgleichs auf dem ersten Arbeitsmarkt zu gewährleisten.

-
- **Integrationsfirmen** sind auszubauen und auch den besonderen Erfordernissen psychisch erkrankter Menschen und ihrer oft schwankenden Leistungsfähigkeit anzupassen. Die finanzielle Förderung der Integrationsfirmen muss entfristet werden. Dazu müssen entsprechende Mittel aus der Ausgleichsabgabe (und darüber hinaus) bereitgestellt werden.
 - Auch die „**Unterstützte Beschäftigung**“ nach § 38a SGB IX ist bei Bedarf unbefristet zu erbringen.
 - Darüber hinaus gibt es verschiedene modellhafte Erfahrungen, die bundesweit zur Verfügung gestellt und entsprechend geregelt werden müssen. Dazu gehören z. B. das Hamburger Assistenzmodell (Hamburger Arbeitsassistenz) oder das Konzept der virtuellen Werkstatt. Teilhabe am Arbeitsleben kann mit Hilfe **virtueller Werkstätten** realisiert werden, die auf eigene Produktionsstätten verzichten und ausschließlich ausgelagerte Arbeitsplätze anbieten.
 - Die bestehenden Werkstätten sollen sich in ihrem Angebot weiter ausdifferenzieren und verstärkt Außenarbeitsplätze und Außenarbeitsgruppen anbieten.
 - „Andere Anbieter“ sind zu begrüßen, die spezifische Nischen zur beruflichen Teilhabe entwickeln, ohne das Gesamtangebot der WfbM vorhalten zu müssen. Allerdings sind bundeseinheitliche und vergleichbare Qualitätsanforderungen zu benennen, die gleichzeitig Raum für innovative Entwicklungen lassen.
 - Im Bereich des SGB II sind spezifische arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zu konzipieren, die auf die Belange psychisch und suchterkrankter Menschen ausgerichtet sind. Dabei müssen die entsprechende Fachkompetenz in der Begleitung und die notwendige Flexibilität gewährleistet sein, um mit den häufig diskontinuierlichen Entwicklungsprozessen von psychisch erkrankten Menschen umgehen zu können.
 - Beim **Aufbau von alternativen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten** für psychisch und suchterkrankte Menschen muss den Betroffenen eine unbürokratische Rückkehrperspektive in die WfbM gewährleistet werden, falls sie in anderen Maßnahmen scheitern. Keineswegs dürfen die angestrebte Ausdifferenzierung des Unterstützungsangebots und das Bemühen um Alternativen zur WfbM zu einer Abdrängung der Betroffenen in eine Dauerarbeitslosigkeit oder beschäftigungslose Berentung führen.

Berlin, im September 2015