

– Fachbeitrag A10-2022 –

23.08.2022

SGB-II-Leistungsberechtigte mit Behinderungen **Teil III: Forschungs- und Handlungsbedarfe¹**

Dr. Hans-Joachim Sellnick, Richter am Sozialgericht Nordhausen

In den ersten beiden Teilen wurde auf die Defizite bei der Erkennung und Bearbeitung von Rehabilitationsfällen bei SGB-II-Leistungsberechtigten und die möglichen strukturellen Gründe eingegangen. Wenn man nicht davon ausgeht, dass durch das Teilhabestärkungsgesetz alle Probleme gelöst sind, impliziert dies (politischen) Handlungsbedarf. Hierbei wäre ein evidenzbasierter Ansatz hilfreich.

I. Forschungsbedarf bezüglich der Gestaltung des Rehabilitationsprozesses

Zur Teilhabepanung gehören die Dokumentation der erreichbaren und überprüfbaren Teilhabeziele und deren Fortschreibung. Dies würde aber voraussetzen, dass überhaupt eine trägerübergreifende Bedarfsermittlung durchgeführt und trägerübergreifende Teilhabeziele definiert werden. Die in Beitragsteil II erwähnte Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung² kommt insoweit allerdings zu folgenden Feststellungen:

- Soweit die Bedarfserhebungen heute überhaupt Zielbeschreibungen enthalten, fokussieren sie sich bisher in der Regel auf die jeweils gerade geltend gemachte Leistung eines Trägers und nehmen darüberhinausgehende Teilhabeziele, die ggfs. auch mit Leistungen in der Verantwortung eines anderen Trägers erreicht werden müssen, nicht in den Blick.

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag A10-2022 in der Kategorie A: Sozialrecht veröffentlicht; Zitiervorschlag: Sellnick: SGB-II-Leistungsberechtigte mit Behinderungen – Teil III: Forschungs- und Handlungsbedarfe; Beitrag A10-2022 unter www.reha-recht.de; 23.08.2022.

² Fuchs: Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung gem. § 13 SGB IX – Auftrag, Methoden, Ergebnisse; Beitrag D18-2021 unter www.reha-recht.de; 26.04.2021; S.11.

- Wenn überhaupt Prognosen zur Erreichung der Teilhabeziele gestellt und dokumentiert werden, dann allenfalls im Verwaltungsverfahren, jedoch bisher nicht als Bestandteil der Bedarfsermittlung.³

Offensichtlich tun sich die Rehabilitationsträger damit schwer, den gesetzlichen Auftrag umzusetzen, weil dieser der Tendenz jeder Institution zur Komplexitätsreduzierung und Abgrenzung widerspricht. Durch die unübersichtliche gesetzliche Ausgestaltung der Zuständigkeiten für Rehabilitanden im SGB-II-Leistungsbezug wird dabei die Problematik potenziert, unzutreffenden Gesetzesauslegungen Vorschub geleistet, so dass Betroffene in Abgrenzung der Zuständigkeiten so platziert werden, dass sich keine Institution mehr zuständig fühlt. In welchem Umfang dies geschieht, bedarf m. E. dringend empirischer Forschungen, die über die Auswertung der insoweit unzureichenden vorhandenen Statistiken hinausgehen und eine Längsschnittbetrachtung von konkreten Betroffenenbiografien umfassen.

II. Handlungsbedarf bei der Umsetzung des Teilhabestärkungsgesetzes

Durch das Teilhabestärkungsgesetz wurden die Jobcenter stärker in Teilhabeplanverfahren einbezogen. Zu klären ist, ob damit bei SGB-II-Leistungsbezug auf jeden Fall eine Teilhabeplanung durchzuführen ist, denn in der Gesetzesbegründung wird im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen gemäß §§ 16 Abs.1 SGB II i. V. m. §§ 44,45 SGB III danach differenziert, ob ein komplexer oder ein weniger komplexer Fall vorliegt.⁴ Es sprechen nicht nur pragmatische, sondern auch rechtliche Gründe dafür, in allen Fällen eine Teilhabeplanung durchzuführen. Nach dem Wortlaut des § 19 Abs. 1

³ Gemeint ist von Fuchs hier offenbar das Verwaltungsverfahren eines einzelnen Rehabilitationsträgers. Interessanterweise übernimmt selbst Fuchs hier terminologisch die von ihm kritisierte Praxis, denn selbstverständlich ist auch die trägerübergreifende Bedarfsfeststellung Teil des in der Teilhabeplanung von allen Trägern durchzuführenden Verwaltungsverfahrens.

⁴ Wörtlich heißt es in der Gesetzesbegründung zur Änderung des § 22 SGB III: „*Da zur Vermeidung von Doppelleistungen die partielle Aufhebung des Leistungsverbots nur dann erfolgen soll, wenn nicht bereits der zuständige Rehabilitationsträger vermittlungunterstützende Leistungen erbringt, ist allerdings grundsätzlich eine Koordinierung der Leistungserbringung durch den leistenden Rehabilitationsträger nach den §§ 14 ff. des SGB IX (z. B. dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung) mit der Bundesagentur für Arbeit notwendig. Hält der leistende Rehabilitationsträger nach § 15 Absatz 2 Satz 1 SGB IX für die umfassende Feststellung des Rehabilitationsbedarfes die Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger für erforderlich und liegt kein Fall von § 15 Absatz 1 SGB IX vor, fordert er von diesen Rehabilitationsträgern die für den Teilhabeplan erforderlichen Feststellungen unverzüglich an und berät diese trägerübergreifend. In Fallkonstellationen, in denen zum Zeitpunkt der Antragstellung absehbar ist, dass zunächst die Rehabilitationsmaßnahmen der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung durchgeführt werden müssten (z. B. in Form von Qualifizierungsmaßnahmen), bevor Vermittlungsleistungen der Agenturen für Arbeit bzw. Jobcenter zielführend wären, sind Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger allerdings regelmäßig nicht erforderlich im Sinne von § 15 Absatz 2 Satz 1 SGB IX. Sofern nach dem Absolvieren der Rehabilitationsmaßnahmen die Vermittlung der Rehabilitanden durch die Agenturen für Arbeit bzw. Jobcenter erfolgen soll, ist dagegen von der Erforderlichkeit im Sinne von § 15 Absatz 2 Satz 1 SGB IX regelmäßig auszugehen und ein Teilhabeplan nach § 19 SGB IX zu erstellen.*“

S. 2 SGB IX, ist für die Beteiligung des Jobcenters am Teilhabeplan gerade nicht erforderlich, dass Feststellungen weiterer Rehabilitationsträger i. S. d. § 15 Abs. 2 SGB IX notwendig sind. Dieser lautet: „Soweit zum Zeitpunkt der Antragstellung nach § 14 Leistungen nach dem Zweiten Buch beantragt sind oder erbracht werden, beteiligt der leistende Rehabilitationsträger das zuständige Jobcenter wie in den Fällen nach Satz 1.“ Letzterer bezieht auf den Fall, dass Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind.⁵ Gemäß § 19 Abs. 2 Nr. 12 SGB IX wiederum sind die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit nach dem Zweiten Buch, soweit das Jobcenter nach Absatz 1 Satz 2 zu beteiligen ist, zwingend zu dokumentieren.

Erreichbare und überprüfbare Teilhabeziele und deren Fortschreibung sind gemäß § 19 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX ebenfalls zu dokumentieren. Bei Arbeitslosen dürften diese in der Regel, sofern nicht eine volle Erwerbsminderungsrente beansprucht werden kann, auch in der Reintegration in den Arbeitsmarkt bestehen. Hier Bundesagentur für Arbeit (BA) und Jobcenter ggfs. überhaupt nicht zu beteiligen, ist nicht nachvollziehbar.

Man kann es auch so ausdrücken: Auch die aktuellen Weisungen der BA entsprechen insoweit nicht den gesetzlichen Vorgaben für die Teilhabeplanung, sondern spiegeln nur die defizitäre Praxis wider, die sich zwar organisationssoziologisch erklären, aber nicht normativ rechtfertigen lässt. Offensichtlich ist hier die Politik bzw. das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gefordert, für eine Weisungslage zu sorgen, die die Bedarfserkennung fördert und nicht ihre Möglichkeiten einschränkt. Auch in weniger komplexen bzw. auf den ersten Blick weniger komplex erscheinenden Fällen muss daher zumindest ein Mindestmaß an Teilhabeplanung erfolgen. Ohne den damit verbundenen Informationsaustausch würde sonst die oder der Betroffene – wie im oben zitierten Bericht der Internen Revision geschildert – zwar ggfs. als Rehabilitationsfall eingestuft, die Entwicklung aber nicht mehr systematisch weiterverfolgt. Da ein solches Mindestmaß an Teilhabeplanung nichts anderes heißt als Informationsaustausch, insbesondere über die jeweils gewährten Leistungen, sollte generell eine Teilhabeplanung durchgeführt werden, so wie das in den Fachlichen Weisungen auch bis zu der zutreffenden Verfahrensabsprache empfohlen wird. Dies ist keine bürokratische Überforderung der Jobcenter und Rehabilitationsträger. Allerdings dürfte es nicht ausreichend sein, einfach ein paar Halbsätze der Gemeinsamen Empfehlungen der Rehabilitationsträger zu verändern.⁶ In komplexeren Fällen ist die Teilhabeplanung zu intensivieren, d. h. die Abstimmung zwi-

⁵ Etwas anderes ergibt sich meines Erachtens auch nicht aus dem Wort „wie“, denn dieses befindet sich nicht auf der Tatbestands- sondern auf der Rechtsfolgenseite der Vorschrift, die allgemein von Leistungen nach dem SGB II spricht ohne sie näher z. B. als Teilhabeleistungen, sozialintegrative Leistungen oder vermittlungsunterstützende Leistungen zu spezifizieren. Dies wurde im Übrigen im Gesetzgebungsverfahren von der DRV Bund gefordert. Vgl. Dittmann: Sozialintegrative Leistungen nach dem SGB II neben einem Rehabilitationsverfahren – Teil II: Das Teilhabestärkungsgesetz und Koordinierung von Jobcentern und Rehabilitationsträgern; Beitrag A16-2021 unter www.reha-recht.de; 06.05.2021, Abschnitt III 2.

⁶ Schian: Gemeinsame Empfehlung Reha-Prozess – ein „Patentrezept“ für die Gestaltung trägerübergreifender Zusammenarbeit in der Rehabilitation – Teil I: Die Grundlagen des SGB IX; Beitrag A4-2021 unter www.reha-recht.de; 26.01.2021

schen den Institutionen zu erhöhen und z. B. ggfs. eine Teilhabepflichtkonferenz durchzuführen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass „einfache Fälle“ möglicherweise nur scheinbar einfach sind. Wenn die wahre Komplexität des Falles erst später erkannt wird, z. B. im Rahmen medizinischer Rehabilitation, einer Sozialberatung oder psychologischen Anamnese, muss durch geeignete Instrumente die Teilhabepflicht intensiviert werden.

III. Weiterer Handlungsbedarf

Auch bei der Potenzialanalyse durch Jobcenter bzw. Bundesagentur für Arbeit bräuchte es neue standardisierte Instrumente, die sicherstellen, dass Rehabilitationsbedarfe auch erkannt werden.⁷ Man sollte erwarten, dass dies im Rahmen einer standardisierten Potenzialanalyse gemäß § 15 Abs. 1 SGB II sichergestellt ist. Wie eine Veröffentlichung des IAB aus dem Jahr 2020 hervorhebt, dominierte gerade bei der Erkennung psychischer Erkrankungen das Bauchgefühl des nicht einschlägig geschulten Vermittlers.⁸ Bauchgefühl, auch ausgewiesener Experten, ist nur bedingt zuverlässig.⁹ Die schon erwähnte Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung gem. § 13 SGB IX empfiehlt die Erarbeitung eines trägerübergreifenden einheitlichen Gesprächsleitfadens zur Bedarfsermittlung auf der Grundlage des bio-psycho-sozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF.¹⁰ Dabei liegt ein zweistufiges Vorgehen nahe: Im Rahmen allgemeiner Kompetenzfeststellungs- und Profilingverfahren müssten Indikatoren für mögliche Problemfälle identifiziert werden, die zu einer intensiveren Betreuung bzw. Ermittlung eines möglichen Bedarfs an Rehabilitation oder auch an sozialpädagogischen Unterstützungsangeboten führen¹¹, sei es durch Fachkräfte des Jobcenters bzw. der BA, sei es im Rahmen von Maßnahmen, die im Auftrag des Jobcenters durch externe Einrichtungen durchgeführt werden.

Im Hinblick auf psychische Erkrankungen sind frühzeitige Interventionen und Hilfsangebote besonders geboten, da nur so drohende Chronifizierungen der Störung abgewendet werden können. Die dafür eingesetzten Ressourcen dürften sich für die Arbeitsverwaltung in mehrfacher Hinsicht rentieren. Sofern ein medizinischer Rehabilitationsbedarf

⁷ Vgl. zur Rolle von Leitlinien zur Fehlerreduktion bei Diagnoseerstellung Kahneman, Sibony, Sunstein, Noise, München, 2021, S. 301 ff.

⁸ Oschmiansky, Popp, Psychische Probleme von Menschen im SGB II: Was Fachkräfte im Jobcenter tun, um diese zu erkennen, abrufbar unter <https://www.iab-forum.de/psychische-probleme-von-menschen-im-sgb-ii-was-fachkraefte-im-jobcenter-tun-um-diese-zu-erkennen>, zuletzt abgerufen am 22.08.2022.

⁹ Kahneman, Sibony, Sunstein, Noise, München, 2021, S. 160 ff.

¹⁰ Fuchs: Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung gem. § 13 SGB IX – Auftrag, Methoden, Ergebnisse; Beitrag D18-2021 unter www.reha-recht.de; 26.04.2021; S. 14.

¹¹ Die Kriterien und Instrumente gemäß § 11 Gemeinsame Empfehlungen Reha-Prozess, entsprechend der Anlage 1 der GE Reha-Prozess stellen keine solchen Instrumente der ersten Stufe dar, sondern listen Kriterien und Instrumente für eine (fach-)ärztliche sozialmedizinische Bewertung bzw. Begutachtung auf.

frühzeitig erkannt und eine entsprechende Antragstellung initiiert werden kann, sind zunächst einmal andere Träger (Krankenversicherung/ Rentenversicherung) in der Leistungspflicht. Ähnliches gilt für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, für die eben auch ein anderer Träger, insbesondere die DRV, zuständig sein kann. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 12. März 2019 – B 13 R 27/17 R – klargestellt, dass Langzeitarbeitslosigkeit die DRV bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen nicht davon entbindet, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen. Haben diese Erfolg, steht zumindest eine Verkürzung des SGB-II-Bezugs zu erwarten. Ebenso entfällt die Leistungspflicht, wenn Rehabilitation erfolglos bleibt und mit der Erwerbsminderungsrente (vorerst) endet.

IV. Ausblick: Vorhaben der neuen Bundesregierung

Ansätze für eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation versprechen tendenziell auch folgende Absichtserklärungen des Koalitionsvertrages:¹²

- Das Teilhabechancengesetz (§ 16i und § 16e SGB II) soll entfristet und weiterentwickelt, außerdem sollen begleitendes Coaching und aufsuchende Sozialarbeit Regelinstrumente in SGB II und SGB XII werden.¹³
- Der Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“ soll gestärkt werden. Dabei soll Rehabilitation stärker auf den Arbeitsmarkt ausgerichtet und sollen die Sozialversicherungsträger zu Kooperationsvereinbarungen verpflichtet werden. Der Zugang zu Prävention und Rehabilitation soll vereinfacht und das Reha-Budget bedarfsgerechter ausgestaltet werden.¹⁴
- Die Stärken und Entwicklungsbedarfe sollen durch ein Kompetenzfeststellungsverfahren ermittelt werden.¹⁵
- Die Nachhaltigkeit der Integration in den Arbeitsmarkt soll ins Zentrum des Zielsteuerungssystems des SGB II gestellt werden (also kein unbedingter Vorrang der schnellen Vermittlung wie bisher). Die hierfür notwendigen Schritte der sozialen Stabilisierung und Teilhabe sollen berücksichtigt, eine individuelle, ganzheitliche Unterstützung geleistet und dazu auch Instrumente anderer Bücher des Sozialgesetzbuchs genutzt werden. Die Durchlässigkeit dabei soll erhöht und Schnittstellen sollen reduziert werden.¹⁶

¹² Abrufbar unter https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf, zuletzt abgerufen am 22.08.2022. Vgl. den Bericht auf Reha-Recht.de, Pläne für die Weiterentwicklung des Rehabilitations- und Teilhaberechts im Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, abrufbar unter <https://www.reha-recht.de/infothek/beitrag/artikel/plaene-fuer-die-weiterentwicklung-des-rehabilitations-und-teilhaberechts-im-koalitionsvertrag-zwische/>, zuletzt abgerufen am 22.08.2022.

¹³ A. a. O. S. 76.

¹⁴ A. a. O. S. 74.

¹⁵ A. a. O. S. 75.

¹⁶ A. a. O. S. 76.

Dieses Ziel kann allerdings nur erreicht werden, wenn z. B. für aufsuchende Sozialarbeit genügend Mittel bereitgestellt werden und nicht institutionelle (Abgrenzungs-)Interessen, sondern die Lebenswirklichkeit der Betroffenen im Mittelpunkt steht.

Angesichts der dominierenden Rolle psychischer Erkrankungen besteht hier sicherlich weiterer Handlungsbedarf, und zwar auch über das SGB II hinaus: Nach wie vor bestehen bei der Behandlung psychischer Erkrankungen insbesondere durch ambulante Psychotherapie, gerade im ländlichen Raum, erhebliche Versorgungslücken. Ebenso fehlt eine für den tatsächlichen Bedarf kapazitär ausreichende und flächendeckende Versorgung mit Einrichtungen der Rehabilitation psychisch Kranker (RPK-Einrichtungen). Solche Einrichtungen existieren in der Regel in größeren Städten zum Beispiel in Kassel und Erfurt, diese sind grundsätzlich als ambulante Einrichtungen konzipiert und für die meisten Betroffenen in dem ländlichen Raum meines dazwischenliegenden Gerichtsbezirkes nicht oder nur eingeschränkt ¹⁷ zugänglich. Sinnvoll wäre, wenn durch eine trägerübergreifende tatsächliche Teilhabeplanung medizinische und berufliche Rehabilitation in den Einrichtungen der Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) sowie Leistungen gem. §§ 16 e und i SGB II bzw. analoge Teilhabeleistungen anderer Rehabilitationsträger von Anfang an miteinander verzahnt würden.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.

¹⁷ Soweit – wie beispielsweise in Erfurt – eine stationäre Unterbringung angeboten wird.