

– Fachbeitrag A9-2022 –

22.08.2022

SGB-II-Leistungsberechtigte mit Behinderungen

Teil II: Ursachen für nicht erkannte Rehabilitationsbedarfe und inadäquate Fallbearbeitung¹

Dr. Hans-Joachim Sellnick, Richter am Sozialgericht Nordhausen

I. Problemstellung

Im ersten Teil des Beitrages wurde geschildert, dass in der Vergangenheit bei der Fallbearbeitung von Rehabilitationsfällen bei SGB-II-Leistungsempfängern durch Jobcenter und Bundesagentur für Arbeit (BA) erhebliche Defizite zu Tage getreten sind. Dies nährt zusammen mit den Ergebnissen einschlägiger Untersuchungen des Instituts für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) die Vermutung, dass auch bei der Bedarfserkennung Defizite bestehen, so dass ein erheblicher Teil potenzieller Rehabilitationsfälle gar nicht erst erkannt wird. In diesem Beitrag soll auf mögliche strukturelle Gründe dieser Defizite eingegangen werden.

II. Barrieren der Reha-Bedarfserkennung auf Ebene der Sachbearbeitung

Aufgrund der unzureichenden Datenlage kann man nur vermuten, worauf die erhebliche Untererfassung und die inadäquate Behandlung der Rehabilitationsfälle beruhen. Sicherlich limitierend wirken Faktoren wie Betreuungsrelationen jenseits von 1/200 zwischen Arbeitssuchenden und Arbeitsvermittlern bzw. Fallmanagern, weil allein dadurch die Zahl persönlicher Kontakte reduziert wird. Angesichts der nach wie vor vorhandenen Stigmatisierung² insbesondere psychischer Beeinträchtigungen, setzt die Offenbarung solcher Beeinträchtigungen ein Vertrauensverhältnis voraus, dass sich mit sporadischen Kontakten kaum etablieren lässt. Die bisherigen Rahmenbedingungen der Leistungsgewährung, angefangen bei der Unübersichtlichkeit und Komplexität des Systems, der Zwang zur schnellen Vermittlung, der dazu aufgebaute Druck, insbesondere durch den

¹ Dieser Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag A9-2022 in der Kategorie A: Sozialrecht veröffentlicht; Zitiervorschlag: Sellnick: SGB-II-Leistungsberechtigte mit Behinderungen – Teil II: Ursachen für nicht erkannte Rehabilitationsbedarfe und inadäquate Fallbearbeitung; Beitrag A9-2022 unter www.reha-recht.de; 22.08.2022.

² Vgl. hierzu grundlegend: Goffmann, Stigma, Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität, New York. 1963, dt. Frankfurt a. Main 1985.

bisherigen Fokus auf Sanktionen, sind, zurückhaltend formuliert, auch ein suboptimales Umfeld für die Etablierung eines Vertrauensverhältnisses.³

Weitere Hemmnisse ergeben sich möglicherweise aus einem Datenschutzverständnis, bei dem rechtliche Regelungen und eine extensive Praxis einem Erheben und Weitergeben von Daten auch dort entgegenstehen, wo dies sinnvoll und (mit Aufklärung und Zustimmung des Betroffenen) geboten ist.

Ein sozialpädagogischer Dienst, der professionell darauf geschult ist, soziale Problemlagen auch im häuslichen Umfeld zu identifizieren, fehlt weitgehend. Soweit bisher Hausbesuche erfolgten, dienten sie weniger der Feststellung von Bedarfen als der Inspektion von Kühlschränken und Schlafzimmern zur Abgrenzung von Wohn- und Bedarfsgemeinschaften bzw. zur Aufdeckung von Leistungsmissbrauch. Entsprechende Defizite an den einzelnen Beschäftigten oder der Leitung der Jobcenter festzumachen, wäre allerdings unterkomplex. Wie jede bürokratische Organisation verfügen auch Jobcenter über fähige und engagierte Beschäftigte⁴, diese können ihre Aufgaben aber nur in den rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen wahrnehmen.

III. Rechtliche und institutionelle Barrieren der Reha-Bedarfserkennung

Zu den institutionellen Rahmenbedingungen gehören institutionenspezifische Zielvorgaben, informelle Regeln und interne Sichtweisen, die mit der normativen oder gesellschaftlichen Zielstellung der Institution nicht unbedingt deckungsgleich sein müssen, sondern ihr auch zuwiderlaufen können.⁵ Institutionen führen ein Eigenleben, zu dem auch gehört, sich gegen andere Institutionen abzugrenzen, dadurch die Komplexität der

³ Vgl. zur Wahrnehmung des behördlichen Handelns die empirische Studie von Müller, Protest und Rechtsstreit- SGB II Mobilisierung als Konservierung des Hartz-IV-Konfliktes, Baden-Baden 2021 (zugl. Diss. Univ. Kassel) Kapitel 6.1 (S. 2977 ff).

⁴ Es gibt natürlich auch „andere“ und immer eine gewisse „Biodiversität“. Wenn sich allerdings Demotivation und „Dienst nach Vorschrift“ breitmachen, sollte man nicht zuvörderst die Ursache bei dem individuellen Mitarbeiter suchen.

⁵ Gerade bei der Bundesagentur für Arbeit und den Jobcentern erfolgt auch intern extensiv eine Zielsteuerung nach Zielvorgaben und Kennzahlen (vgl. hierzu Goldmann, Das System der Zielvereinbarungen im SGB II, info also 2019, S. 3–12). Ein solcher „Management by Objectives“-Ansatz, kann aber nur so gut sein, wie die Adäquanz der Zielvorgaben in Bezug auf die realen Probleme. Dies setzt voraus, dass man diese auch kennt und richtig einschätzt. Hieran sind auch wegen der Fehleinschätzung des Reha-Bedarfes Zweifel erlaubt.

Aufgabenerfüllung auf ein beherrschbares Maß zu reduzieren, aber auch ihren Fortbestand zu sichern.⁶ Das gegliederte System der sozialen Sicherung bringt daher besondere Probleme mit sich und der normative Auftrag z. B. des § 14 SGB IX, nach dem Leistungen für behinderte Menschen „wie aus einer Hand“ erbracht werden sollen, stellt für die einzelnen Säulen der sozialen Sicherheit, stellt für jede bürokratische Organisation eine Zumutung dar, da zu ihrer institutionellen DNA immer auch der Drang zur Abgrenzung gehört. Eine aktuelle Studie zur Implementierung von Instrumenten der Bedarfsermittlung gem. § 13 SGB IX dokumentiert, dass die vom Gesetzgeber erwartete vollständige und umfassende trägerübergreifende Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, die – unabhängig von der Zuständigkeit oder Leistungsverpflichtung eines Trägers i. S. v. §§ 26 Abs. 2, 27 Abs. 1 GE Reha-Prozess – ein nahtloses Ineinandergreifen der Teilhabeleistungen verschiedener Träger gewährleisten würde (z. B. im Sinne von § 15 SGB IX), gegenwärtig nicht stattfindet.⁷

Die Organisation und Definition der Schnittstellen der Jobcenter zu den Rehabilitationsträgern bedürfen darüber hinaus einer näheren spezifischen Betrachtung. Im Weiteren soll daher auf folgende Hypothesen näher eingegangen werden:

1. Die die Arbeitsmarktintegration gefährdenden gesundheitlichen Einschränkungen werden aufgrund eines fehlenden spezifischen Instrumentenkastens an Methoden und Verfahren nicht erkannt (dazu 1.),
2. Die Betroffenen geraten aus dem Blick, weil Jobcenter beziehungsweise Bundesagentur für Arbeit davon ausgehen, dass nicht sie zuständig sind, sondern ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist (dazu 2.).

⁶ Dieser Aspekt wird z. B. durch die Systemtheorie Luhmanns herausgearbeitet. Vgl. hierzu z. B. die Darstellung in Joas, Knöbl, Sozialtheorien, 5. Aufl. Frankfurt a. Main 2017, S.351 ff., Dreier, Niklas Luhmanns Rechtsbegriff, ARSP 88, 305–322 (2002). Danach zerfällt die Gesellschaft in eine Vielzahl selbstreferenzieller Subsysteme, die nur unvollkommen miteinander zu kommunizieren vermögen. Allerdings ist dieser Ansatz bei Luhmann so radikalisiert worden, dass ein möglicher rationaler Diskurs über die (Sub-)Systeme unter politisch-normativen Gesichtspunkten so ausgeblendet wird, dass er gar nicht mehr sinnvoll oder möglich erscheint. Tatsächlich sind z. B. das System „Politik“ und dessen bürokratische Organisationsformen wie Ministerien nicht frei von Verzerrungen, z. B. kann eine (bloß) kommunizierte Wirklichkeit zumindest eine Zeitlang eher die politischen Entscheidungen bestimmen als die Realität selbst. Einen faktenbasierten rationalen Diskurs im politischen Prozess für irrelevant zu erklären, wäre jedoch völlig überzogen und auch empirisch falsch. So darf man Zweifel haben, ob es – auch politisch unter dem Gesichtspunkt eines mehr als nur kurzzeitigen Akzeptanzmanagements – ausreichend wäre, das bestehende System der Grundsicherung des SGB II lediglich mit dem Etikett Bürgergeld zu versehen und ein Änderungsgesetz als Ganz-Gutes-Grundsicherungs-Gesetz zu bezeichnen. Überdies können kontrafaktische Narrative und ihr Framing auch abrupt unter dem Druck der Realität (wie gerade jetzt ein bestimmtes Russland bzw. Putin-Narrativ) zusammenbrechen und Legitimationskrisen auslösen.

⁷ 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.

1. Fehlende Instrumente zur Bedarfserkennung

Wenn ein querschnittgelähmter Rollstuhlfahrer als SGB-II-Leistungsberechtigter beim Jobcenter auftaucht, dürften die Behinderung und die Auswirkungen auf die Probleme bei der Arbeitsmarktintegration nicht verborgen bleiben. Anders sieht es bei psychischen Erkrankungen aus. Diagnosen psychischer Erkrankung dominieren inzwischen bei der Feststellung einer verminderten Erwerbsfähigkeit. Auch wenn andere Diagnosen im Vordergrund stehen, wie orthopädische oder internistische Erkrankungen, liegen sehr häufig zusätzlich psychische Erkrankungen, zum Beispiel somatoforme Schmerzstörungen oder Depressionen, vor, die das Leistungsvermögen relevant herabsetzen.⁸

(Langzeit-)Arbeitslosigkeit selbst kann psychisch krank machen und zum Beispiel zu Anpassungsstörungen oder depressiven Störungen führen. Störungen der Affekt- und Impulskontrolle, mangelnde Durchhaltefähigkeit oder Agoraphobien und sozialer Rückzug können auch ein Verhalten zur Folge haben (zum Beispiel die Nichtwahrnehmung von Terminen), das als sanktionswürdiges Fehlverhalten oder als Ausdruck einer psychischen Erkrankung gewertet werden kann.⁹ Die Einordnung hängt von einer sowohl medizinischen als auch juristischen und gesellschaftlichen Bewertung des Verhaltens ab und ist überdies abhängig von (Vor-)Kenntnissen und (Vor-)Verständnis des Fallmanagers. Eine Studie des IAB kam diesbezüglich zu der Bewertung, dass es den Fachkräften in den Jobcentern oft schwerfällt, psychische Erkrankungen ihrer Kundinnen und Kunden zu erkennen und ihre Beratung entsprechend anzupassen – zumal bislang entsprechende Handlungsleitfäden fehlten. Häufig verlassen sich diese deshalb im Wesentlichen auf ihr Bauchgefühl und verhalten sich zum Teil beim weiteren Vorgehen eher unsicher und vermeidend. Bemängelt wurde häufig ein fehlender interner Austausch zwischen dem Fallmanagement, der Arbeitsvermittlung und der Leistungsabteilung.¹⁰

2. Zuständigkeiten

Eine weitere Frage ist, wie es mit einem externen Austausch steht. Obwohl die Jobcenter zentrale Aufgaben im Bereich der beruflichen Rehabilitation wahrnehmen, sind sie rechtlich keine Rehabilitationsträger, sondern dieser Status ist nach wie vor der BA oder ei-

⁸ Vgl. Gühne, Riedel-Heller, Kupka, Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken – ein Überblick, abrufbar unter <https://www.iab-forum.de/wie-sich-psychische-erkrankungen-auf-die-teilhabe-am-arbeitsmarkt-auswirken-ein-ueberblick/>, zuletzt abgerufen am 22.08.2022; Sellnick, Die besondere Situation älterer Arbeitssuchender, Ein Blick über den Zaun aus der Perspektive des Rechtes der Erwerbsminderungsrenten in Der Mensch im Mittelpunkt - sozialgesetzliche Realität? 2019, 27–48 (Boorberg, Stuttgart).

⁹ Vgl. auch die Stellungnahme des deutschen Sozialgerichtstages zur Verfassungsmäßigkeit der Sanktionen abrufbar unter https://tacheles-sozialhilfe.de/files/redakteur/Dies_und_das/Deutscher_Sozialgerichtstag_16-03-2017.pdf, zuletzt abgerufen am 22.08.2022.

¹⁰ 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.

nem anderen zuständigen Rehabilitationsträger zugewiesen. In die Abstimmungsprozesse zwischen den Rehabilitationsträgern waren sie bisher nicht oder nur rudimentär eingebunden. Die gesetzliche Rollendefinition der Jobcenter war und ist unübersichtlich. Dies könnte dazu beigetragen haben, dass Fachkenntnisse und Problembewusstsein im Rehabilitationsbereich unterentwickelt waren und man nicht erkannt hat, welche Möglichkeiten und Aufgaben im Bereich der beruflichen Rehabilitation lagen. Für diese Bewertung gibt sowohl der Bericht der Internen Revision Hinweise als auch die oben erwähnten Studien des IAB, die auf der Befragung von Jobcenter-Mitarbeitenden beruhen.

Sofern sich die Institution „Jobcenter“ ihren Aufgaben im Bereich Rehabilitation nicht bewusst ist und sich für arbeitsvermittlungsfaktisch nicht vermittlungsfähige Personen nicht für zuständig hält (es ist schließlich Aufgabe der Deutschen Rentenversicherung (DRV), solche Personen entweder durch Rehabilitation wieder erwerbsfähig zu machen oder ihnen Erwerbsminderungsrente zu zahlen), was geschieht dann wohl? Sofern aufgrund gesundheitlicher Probleme eine Integration in den Arbeitsmarkt schwierig und vielleicht die Chance tatsächlich nur rudimentär (z. B. 1 %) war, lag es nahe, einen Antrag auf eine Erwerbsminderungsrente zu initiieren. Bis zur endgültigen Entscheidung konnte die Person dann als nicht-arbeitssuchend statistisch ausgebucht werden und auch für Rehabilitation war zunächst die DRV gefragt.¹¹ Ähnliches gilt, wenn kein Rentenantrag, sondern ein Antrag auf berufliche oder medizinische Rehabilitation beim Rentenversicherungsträger gestellt wurde. Ob man die Person weiter als potenziellen Rehabilitationsfall, der das Jobcenter selbst als Institution betrifft, ansieht, ist fraglich.

Einer solchen Ansicht unterliegt jedoch ein Missverständnis bzw. ein Kategorienfehler. Bei der Zuständigkeitsklärung zwischen den verschiedenen Trägern der Rehabilitation geht es um die Zuständigkeitsklärung für eine oder mehrere Maßnahmen, nicht um Zuständigkeiten für eine Person generell. Die letztgenannte Sichtweise hat aber zur Folge, dass man den Betroffenen nicht mehr als eigenen potenziellen Rehabilitationsfall wahrnimmt, sondern diese Person als aus dem eigenen System „ausgesteuert“ betrachtet. Eine solche Sichtweise kommt allerdings auch in den aktuellen Weisungen der BA zum Ausdruck, wenn davon gesprochen wird, dass das Teilhabeverfahren für die BA als Rehabilitationsträger beendet sei, sofern ein Teilhabeantrag keine Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben umfasse oder für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) ein anderer Rehabilitationsträger zuständig sei.¹² Inwieweit BA und Jobcenter dann über

¹¹ Nur dass eben in vielen Fällen keine EM-Rente bewilligt wurde und sich die DRV auch nicht als Träger der beruflichen Rehabilitation gesehen hat. Hierzu hat die Auffassung beigetragen, dass der zuletzt nicht nur befristet oder geringfügig ausgeübte Beruf bzw. die versicherungspflichtige Tätigkeit nicht als Bezugsberuf zugrunde zu legen ist, wenn dessen Ausübung länger, insbesondere länger als 10 Jahre, zurückliegt und deshalb die tatbestandlichen Voraussetzungen entfallen.

¹² Der Rehabilitationsprozess der Bundesagentur für Arbeit Grundlagen und Verantwortlichkeiten für Kundinnen und Kunden der Agenturen für Arbeit und Jobcenter, S.10 (Weisung 202111002 vom 12.11.2021 – Rehabilitation und Teilhabe im SGB II und SGB III: Der Rehabilitationsprozess.

einen ggfs. obligatorischen Informationsaustausch im Rahmen des Teilhabeplanverfahrens hinaus einbezogen werden, obliegt dem aus Sicht der Arbeitsverwaltung zuständigen Rehabilitationsträger.

Da die Leistungen nach §§ 29–35 SGB III allerdings keine Teilhabeleistungen sein können, könnte argumentiert werden, seien diese von den Abstimmungserfordernissen mit einem anderen Reha-Träger ausgenommen. Die Agenturen und Jobcenter bleiben danach zwar für Beratungs- und Vermittlungsleistungen nach §§ 29–43 SGB III zuständig (es sei denn § 22 Abs.1 SGB III greift) – und ggfs. für Leistungen nach §§ 44 und 45 SGB III (vgl. § 22 Abs. 2 SGB III). Gegen diese Sichtweise spricht allerdings, dass die Mängel im Rehabilitationsprozess, die in dem Bericht der Internen Revision benannt wurden, eben gerade nicht abgestellt werden können. Dort war u. a. kritisiert worden, dass bei 46 % der nicht zielführend Betreuten (und das waren fast alle 96 % der untersuchten Fälle) zum Prüfungszeitpunkt das Rehabilitationsverfahren durchschnittlich neun Jahre dauerte, ohne dass Gründe für ein derart langes Verfahren ersichtlich waren, d. h. die Betroffenen wurden irgendwann als Rehabilitationsfall eingestuft, die Entwicklung jedoch offensichtlich nicht systematisch weiterverfolgt. Die Einstufung als Rehabilitationsfall, für den ein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist, hat u. a. die Konsequenz, dass Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und auch Leistungen gemäß §§ 16e und c SGB II durch BA und Jobcenter nicht eingeleitet werden. Nun könnte man denken „nicht weiter schlimm“: Wenn z. B. die DRV keine LTA auf der Grundlage des SGB VI gewährt,¹³ müsste sie gemäß § 14 ff SGB IX auch Ansprüche auf der Grundlage des SGB II i. V. m. dem SGB III prüfen und ggfs. bewilligen.

Dass von BA und Jobcenter die Betroffenen aus den Augen verloren wurden, nährt allerdings den Verdacht, dass dies gerade nicht passiert, da in den genannten Fällen ja offensichtlich auch keine Erstattungsansprüche i. S. des § 16 SGB IX geltend gemacht wurden. Was aber, wenn mögliche Ansprüche auf Rehabilitation nicht umfassend, sondern nur aus dem eigenen institutionellen Blickwinkel geprüft werden, etwa weil man fälschlicherweise annimmt, dass, nur weil die Jobcenter nicht den Status eines Rehabilitationsträgers haben, weder die §§ 14 ff SGB IX anzuwenden sind noch Rehabilitation durch die Arbeitsverwaltung in Betracht kommt?

Teil III des Beitrags zeigt den Forschungs- und Handlungsbedarf auf, um den beschriebenen strukturellen Defiziten zu begegnen.

¹³ Sei es, weil die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung fehlen, sei es, dass man entgegen der Entscheidung des BSG, Urteil vom 12. März 2019 – B 13 R 27/17 R, bei langjähriger Arbeitslosigkeit die zurückliegende (Berufs-)Tätigkeit für die Beurteilung einer erheblich gefährdeten oder geminderten Erwerbsfähigkeit nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI nicht heranziehen, sondern auf die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abstellen will.

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