

Teilhabe an Arbeit für Menschen mit psychischen Behinderungen neu gedacht

Vor genau 50 Jahren brachte der Bericht der Psychiatrie-Enquete¹ grundlegende Reformen in der Behandlung und Betreuung von psychisch erkrankten Menschen in Deutschland auf den Weg. Eine der zentralen Forderungen war die Einrichtung von „Werkstätten für behinderte Menschen“ für diesen Personenkreis, analog zu den bereits bestehenden Werkstätten für Menschen mit geistiger Behinderung.

Es entwickelte sich ein System der „Teilhabe an Arbeit“ für beide Personengruppen gleichermaßen. Dabei wurde jedoch nicht ausreichend berücksichtigt, dass die Art der Beeinträchtigung unterschiedliche Formen der Unterstützung und Förderung erfordert.

Eine **geistige Behinderung** ist in der Regel eine dauerhafte kognitive Einschränkung, die oft bereits im Kindesalter erkennbar ist. Sie äußert sich durch eine verminderte intellektuelle Leistungsfähigkeit, die das Lernen, Verstehen und Problemlösen betrifft. Diese Einschränkungen sind in der Regel stabil und lebenslang. Die Leistungsfähigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung bleibt in der Regel konstant.

Eine **psychische Behinderung** hingegen resultiert aus schweren psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie, bipolaren Störungen oder Angststörungen. Diese Erkrankungen treten in der Regel frühestens im Jugend- meist jedoch im Erwachsenenalter auf – in einer Phase, in der die erste berufliche Sozialisation bereits stattgefunden zumindest aber begonnen hat. Psychische Behinderungen betreffen vor allem das emotionale Erleben und Verhalten. Menschen mit psychischen Behinderungen erleben oft schwankende Phasen ihrer Leistungsfähigkeit. Häufig treten Rückfälle oder Krisen auf, die zu längeren Ausfallzeiten führen.

Beide Gruppen benötigen maßgeschneiderte Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation, jedoch variieren die Anforderungen erheblich. Menschen mit geistiger Behinderung brauchen meist längerfristige, stabile Betreuung, während Menschen mit psychischer Behinderung flexiblere und individuellere Lösungen benötigen, die ihrer schwankenden Belastbarkeit gerecht werden. Der wesentliche Unterschied besteht also darin, dass geistige Behinderungen in der Regel stabil und dauerhaft, während psychische Behinderungen oft variabel und von krisenhaften Verläufen geprägt sind.

Das Recht auf Arbeit ist nicht nur explizit in Artikel 27 der UN-Behindertenrechtskonvention² verankert, sondern spielt auch eine zentrale Rolle in der Behandlung von seelischen Erkrankungen. Die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“³ betont die hohe Bedeutung von Arbeit für die psychische Gesundheit. Arbeit wird als wesentlicher Faktor angesehen, der Struktur, soziale Integration und Selbstwertgefühl fördert und somit zur Stabilisierung der Betroffenen beiträgt.

¹ **Bundesministerium für Gesundheit** (Hrsg.). (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland* (Psychiatrie-Enquete-Bericht). Bonn: Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200.

² **Vereinte Nationen**. (2006). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (Behindertenrechtskonvention, UN-BRK).

³ **DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde)**. (2019). *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*.

Problemfeld 1: Zugang zur „Teilhabe an Arbeit“

Ein großer Teil der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im erwerbsfähigen Alter geht keiner Erwerbstätigkeit nach⁴. Trotz der zentralen Rolle, die Arbeit für die Genesung spielt, finden viele Betroffene keinen Zugang zum Hilfesystem. Die Zugangswege sind langwierig und mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) sind zusätzliche Barrieren entstanden. Oft vergehen Jahre zwischen dem Auftreten einer psychischen Erkrankung und dem Annehmen von Hilfsangeboten. Schnelle, kurzfristige Interventionen – wie etwa zwei oder drei stützende/klärende Gespräche – sind selten möglich, obwohl sie dringend benötigt würden.

Ansatz: 1.1 Schaffung niederschwelliger Angebote um den Zugang zum Hilfesystem zu erleichtern.

1.2 Dieses Angebot muss ausdrücklich auch ambulanten, teilstationären und stationären Patienten psychiatrischer Kliniken zur Verfügung stehen, sofern keine medizinischen Bedenken (wie Eigen- oder Fremdgefährdung) bestehen.

Problemfeld 2: Kontinuierliche Betreuung auch in Krankheits- und Krisenphasen

Werkstattbeschäftigte, die über einen längeren Zeitraum arbeitsunfähig krank sind, werden nach sechs Wochen beim Kostenträger abgemeldet. In dieser ohnehin belastenden Phase verlieren sie somit ihre Tagesstruktur, die gewohnte soziale Betreuung und die wichtigen sozialen Kontakte ihrer „Arbeitsstelle“ – obwohl diese für ihre Genesung förderlich wären.

Ansatz: 2.1 Die Betreuung und Begleitung wird individuell auf den Gesundheitszustand abgestimmt. Die tägliche Beschäftigungszeit wird flexibel an die jeweilige Situation angepasst – es gibt keine festgelegte Mindestanwesenheitszeit. Teilnehmer, die sich von ihrer bisherigen Tätigkeit überfordert fühlen, können ein tagesstrukturierendes Angebot aufsuchen. So kann eine Tagesstruktur erhalten bleiben. Dort erhalten sie Unterstützung bei der Alltagsbewältigung und, wenn nötig, Beratung zu Maßnahmen, die ihre Genesung fördern. Dort gibt es zudem die Möglichkeit, Mahlzeiten einzunehmen, sich zu duschen und Wäsche zu waschen. Es werden einfache Beschäftigungsmöglichkeiten vorgehalten.

Falls Teilnehmern ein Besuch dort nicht möglich ist, werden kontinuierlich Hausbesuche oder Besuche in der Klinik durchgeführt. Hierbei werde folgende Leistungen erbracht:

- Krisenintervention
- Unterstützung bei der Alltagsbewältigung
- Sorge um die medizinische und therapeutische Anbindung
- Emotionale und soziale Unterstützung
- Unterstützung in behördlichen Fragen/Anträge bei Krankenkassen o.ä.
- Perspektivplanung.

⁴ Vgl. hierzu: **Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)**. (2021). *Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen*. **Kösters, M., et al. (2021)**. *IMPETUS – Implementierung der Patientenleitlinie Psychosoziale Therapien für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen*. Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

All diese Maßnahmen sollen sich positiv auf den Genesungsverlauf des Leistungsempfängers auswirken und die Wiederaufnahme der Beschäftigung erleichtern. Während der Genesungsphase kann der Teilnehmer seine Arbeitszeit schrittweise an seinen Gesundheitszustand anpassen, ähnlich dem Prinzip der stufenweisen Wiedereingliederung nach dem Berliner Modell. Dabei wird darauf geachtet, eine personelle Kontinuität sicherzustellen: Der Sozialpädagoge/-arbeiter, der den Teilnehmer am Beschäftigungsort betreut, übernimmt auch die Hausbesuche, um eine vertrauensvolle und konstante Betreuung zu gewährleisten.

Problemfeld 3: Kontinuierliche personale Betreuung

Einige Werkstattbeschäftigte werden derzeit in arbeitsbezogenen Fragen vom Sozialdienst der Werkstatt betreut, während ein separater psychosozialer Betreuer für den außerbetrieblichen Bereich zuständig ist. In manchen Fällen ist diese doppelte Betreuungsstruktur sinnvoll. Jedoch wäre es hilfreich, wenn der Sozialdienst der Werkstatt – unter strikter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts der Klienten – eine ganzheitliche Betreuung übernehmen könnte, die sowohl den Arbeits- als auch den häuslichen Bereich umfasst. Besonders dann, wenn eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Beschäftigten und dem betreuenden Mitarbeitenden besteht, könnte dies sinnvoll sein. Zudem könnten wertvolle zeitliche Ressourcen gespart werden, da die „doppelte“ Abstimmung zwischen verschiedenen Betreuungssystemen sowie mit dem weiteren Netzwerk des Klienten (Ärzte, Therapeuten, Familie etc.) entfällt.

Ansatz: 3.1 Klienten haben die Möglichkeit, vom Sozialdienst der Werkstatt ganzheitlich betreut zu werden. Auf Wunsch kann der Sozialdienst auch die psychosoziale Betreuung außerhalb der „Teilhabe an Arbeit“ übernehmen.

Problemfeld 4: Verbesserung der Integration

Die herkömmlichen Methoden in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) zur Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt folgen dem Prinzip „first train, then place“. Dies zeigt sich auch gesetzlich, da dem Arbeitsbereich der Berufsbildungsbereich vorgelagert ist. Aktuelle wissenschaftliche Studien belegen jedoch, dass das Prinzip „first place, then train“ deutlich erfolgreicher ist. Die Methode „first place, then train“ wird als „Supported Employment“ bezeichnet, im Folgenden „Unterstützte Beschäftigung“ genannt. Hierbei ist nicht die Maßnahme nach § 55 SGB IX gemeint. Diese Methode wird in der neuen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ den Empfehlungsgrad A erhalten.

Aktuelle wissenschaftliche Studien belegen jedoch, dass das Prinzip „first place, then train“ deutlich erfolgreicher ist. Zum Beispiel zeigte das Berner Job-Coach-Projekt⁵ im 5-Jahres-Verlauf, dass Personen, die mit dieser Methode in den allgemeinen Arbeitsmarkt integriert wurden, deutlich weniger stationäre Krankenhaustage hatten (durchschnittlich 38,6 Tage) als solche, die nach traditionellen Methoden integriert wurden (94,2 Tage). Ähnliche Ergebnisse erbrachte die EQUOLISE-

⁵ Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S., & Mueser, K. T. (2014). Long-term effectiveness of supported employment: Five-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 171(11), 1183-1190.

Studie⁶: Sie zeigte eine signifikante Reduktion von stationären Aufnahmen und eine Verringerung des Kontaktverlustes zu psychiatrischen Diensten.

Ansatz: 4.1. Personalschlüssel ermöglichen, dass die Methode der Unterstützten Beschäftigung systematisch angewandt werden kann und somit noch bessere und langfristig stabile Vermittlungsergebnisse erzielt werden können

Problemfeld 5: Aufheben der Grenze zwischen Zuverdienst und Werkstatt

Herausforderung: Derzeit bestimmt die wöchentliche Beschäftigungszeit, in welchem Angebot ein Klient aufgenommen wird. Bis zu einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 Stunden stehen den Klienten Zuverdienstprojekte zur Verfügung. Sobald die Klienten ihre Arbeitsfähigkeit steigern und die 15-Stunden-Grenze überschreiten, erfolgt der Wechsel in die Werkstatt, die eine Mindestbeschäftigung von 15 Wochenstunden erfordert. Dieser Wechsel bringt eine Veränderung der Arbeitsaufgaben, des Beschäftigungsorts, der Kollegen und des Betreuungspersonals mit sich.

Das Entgelt für Beschäftigte auf betriebsintegrierten Außenarbeitsplätzen wird in Rheinland-Pfalz nach dem 23. Monat reduziert. Dies mag im Bereich der Menschen mit geistigen Behinderungen angemessen sein, da hier in der Regel von einer erfolgreichen Integration ausgegangen werden kann. Im Bereich der Menschen mit seelischen Behinderungen halten wir dies jedoch für nicht gerechtfertigt, da immer die Möglichkeit besteht, dass die Erkrankung akut wird. Dies führt regelmäßig zu erheblichen Konflikten am Außenarbeitsplatz und erfordert einen erhöhten Personaleinsatz.

Ansatz: Den Betroffenen stehen von Beginn an alle Beschäftigungsbereiche offen, unabhängig von der Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden. Anpassungen der wöchentlichen Arbeitszeit – ob Erhöhungen oder Reduzierungen – sind in allen Abteilungen möglich, ohne dass ein Wechsel der Arbeitsaufgabe, des Arbeitsplatzes oder des sozialen Umfelds erforderlich ist.

Problemfeld 5: Einbeziehung von Experten in eigener Sache

Derzeit werden in den Teilhabeangeboten nur selten Experten in eigener Sache (auch Peer-Berater oder Genesungsbegleiter genannt) einbezogen. Der Einsatz von Genesungsbegleitern basiert auf der Idee, dass Menschen, die ähnliche Herausforderungen erfolgreich gemeistert haben, besonders gut geeignet sind, andere auf ihrem Genesungsweg zu unterstützen. Dieses Konzept ist in Deutschland und vielen anderen Ländern als integraler Bestandteil der psychosozialen Versorgung anerkannt und wird zunehmend genutzt. Genesungsbegleiter

- bieten emotionale Unterstützung und Orientierung auf Augenhöhe,
- vermitteln Hoffnung, da sie ein lebendiges Beispiel für die erfolgreiche Bewältigung von Krisen und Krankheiten sind,

⁶ Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., Lauber, C., Rössler, W., Tomov, T., van Busschbach, J., White, S., & Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 370(9593), 1146-1152

- helfen den Teilnehmenden, Selbsthilfestrategien zu entwickeln und ihre individuellen Stärken zu erkennen.

Auch angesichts des bestehenden Fachkräftemangels im Gesundheits- und Sozialwesen kann der Einsatz von Genesungsbegleitern eine wertvolle Ergänzung darstellen.

Ansatz: 5.1 Genesungsbegleiter stehen für den Erstkontakt mit Klienten zur Verfügung und betreuen auch Betroffene, die momentan nicht arbeitsfähig sind.

Problemfeld 6: Bildungsangebote für alle

In vielen Werkstätten ist die intensive berufliche Bildung auf den Berufsbildungsbereich beschränkt.

Ansatz: 6.1 Alle Beschäftigten haben Zugang zur beruflichen Bildung.

gpe Gesellschaft für psychosoziale Einrichtungen gGmbH
Galileo-Galilei-Straße 9 a
55129 Mainz