Prof. Dr.
Dieter Henkel

Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.

Vertiefte Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II

Bericht zu einer Workshopreihe

FIA Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt GmbH
Jägerstr. 56, 10117 Berlin
Tel.: 030-20647726
Fax: 030-20647798
E-Mail: fia@fia-institut.de bzw. wagner@fia-institut.de
Bearbeitung: Dr. Alexandra Wagner

Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung GISS e.V.
Kohlhökerstraße 22
D-28203 Bremen
Tel.: 0421-334708-0
Fax: 0421-339883-5
E-Mail: post@giss-ev.de bzw. jh@giss-ev.de
Bearbeitung: Jutta Henke

Prof. Dr. Dieter Henkel (em.)
Frankfurt University of Applied Sciences
Institut für Suchtforschung
Nibelungenplatz 1
60318 Frankfurt a.M.
Tel. privat: 07932-604786
E-Mail: prof.dieter.henkel@t-online.de

Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e. V.
Theaterstr. 8
37073 Göttingen
Tel.: 0551-5084510
Fax: 0551-5084521
E-Mail: zoom@prospektive-entwicklungen.de
Bearbeitung: Dr. Andrea Gabler, Barbara Nägele, Nils Pagels

Berlin, Bremen, Frankfurt, Göttingen, Juni 2018

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS 3

VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN 5

DANKSAGUNG 7

1 EINLEITUNG 8

2 KOOPERATION ZWISCHEN JOBCENTERN UND SUCHTBERATUNG 10

2.1 Zielstellung und Leitfragen 10

2.2 Beispiele aus der Praxis 10

2.3 Zur Kooperation zwischen Jobcentern und Suchtberatung 16

2.4 Der Weg vom Jobcenter zur Suchtberatung 20

2.5 Suchtberatung von SGB II-Leistungsberechtigten ohne Wissen des Jobcenters 24

3 SCHNITTSTELLE ZUR SUCHT-REHABILITATION 26

3.1 Zielstellung und Leitfragen 27

3.2 Beispiele aus der Praxis 27

3.3 Übergänge in Therapie bahnen – Jobcenter als kooperierende Akteure 32

3.4 Nahtlosigkeit in den Übergängen 33

3.5 Einander kennen und voneinander wissen – Kooperation wächst in der praktischen Zusammenarbeit 33

3.6 Verwendung von Instrumenten in gemeinsamer Sprache 34

3.7 Vermittlungsunterstützende Aktivitäten der Jobcenter während eines stationären Klinikaufenthaltes 35

3.8 Fallbezogene Kooperation in Leistungsfragen 37

4 ARBEITSMARKTPOLITISCHE MAßNAHMEN UND GEFÖRDERTE BESCHÄFTIGUNG FÜR PERSONEN MIT ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN 40

4.1 Zielstellung und Leitfragen 40

4.2 Beispiele aus der Praxis 41

4.3 Zielstellungen von suchtspezifischen Maßnahmen 48

4.4 Erfolgskriterien und Ausgestaltung 50

4.5 Erforderliche Rahmenbedingungen 53

4.6 Angebote und Begleitung nach Austritt aus der Maßnahme 55

4.7 Integration in reguläre Beschäftigung 57

5 BESONDERE ZIELGRUPPEN 58
5.1 Zielstellung und Leitfragen 58
5.2 Beispiele aus der Praxis 59
5.3 Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen 62
5.4 Die Zielgruppe der suchtkranken Haftentlassenen 65
5.5 Die Zielgruppe der suchtkranken Wohnungslosen 66

6 ERGEBNISSE ZU THEMENÜBERGREIFENDEN FRAGEN 69
6.1 Personalressourcen und Betreuungsschlüssel 69
6.2 Erreichbarkeit der Jobcenter und Suchtberatungsstellen 70
6.3 Netzwerkarbeit 71
6.4 Datenschutz und Schweigepflicht 71
6.5 Realistische Zielsetzung 72
6.6 Langfristige Betreuung, Umgang mit Abbrüchen und Rückfällen 73

7 HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN 75
7.1 Für die Praxis der Jobcenter 75
7.2 Für die Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtkrankenhilfe 77
7.3 Für die Gestaltung von Maßnahmen und geförderter Beschäftigung 79
7.4 Für die Zielgruppenarbeit 82

8 FAZIT UND AUSBLICK 84

LITERATURVERZEICHNIS 85

Verzeichnis der Abkürzungen

AFB	Arbeitsförderungsbetriebe
AGH	Arbeitsgelegenheiten
Alg II	Arbeitslosengeld II (Leistung nach SGB II)
AmigA	Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AVGS	Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein
AVGS-MAT	Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein – Maßnahmen bei einem Träger
AZAV	Akkreditierungs- und Zulassungsverordnung Arbeitsförderung
BA	Bundesagentur für Arbeit
BORA	Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
bwlv	Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ESF	Europäischer Sozialfonds
EGZ	Eingliederungszuschuss
FAV	Förderung von Arbeitsverhältnissen
FWS	Förderverein zur Wiedereingliederung Suchtkranker e. V.
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IHK	Industrie- und Handelskammer
JVA	Justizvollzugsanstalt(en)
LVR	Landschaftsverband Rheinland
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LZG	Landeszentrale für Gesundheitsfürsorge
MAbE	Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung
MAT	Maßnahmen bei einem Träger
MOVE	Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen
ofW	ohne festen Wohnsitz
PAp	Persönliche/r Ansprechpartner/-in im Jobcenter
Reha	Rehabilitation
Reha/SB	Reha/Schwerbehinderte

SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe
StVollzG	Strafvollzugsgesetz
TuK	Anpassung der Tätigkeits- und Kompetenzbeschreibungen der Arbeitsplätze

Danksagung

Das Forschungsteam bedankt sich beim Bundesministerium für Gesundheit für die Beauftragung mit diesem interessanten Projekt, das allen Beteiligten einen tieferen Einblick in die Praxis der Beratung und Begleitung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II ermöglicht hat. Übereinstimmend wurde das Format der Workshops für Expert/-innen als sehr fruchtbar und unterstützend empfunden.

Das Forschungsteam bedankt sich bei allen Personen und Institutionen, die uns als Gastgeber für die acht überregionalen Workshops empfangen und bei der Durchführung organisatorisch unterstützt haben.

Wir danken außerdem allen Expertinnen und Experten, die an den Workshops teilgenommen und uns Einblicke in ihre Tätigkeit gewährt haben.

1 Einleitung

Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit wurde durch FIA GmbH, GISS e.V., Prof. Dieter Henkel und Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. eine „Vertiefte Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Aktivierung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II“ durchgeführt.

Dazu wurden zwischen Dezember 2017 und April 2018 acht überregionale thematische Workshops mit Akteur/-innen aus Jobcentern und ihren Kooperationspartner/-innen aus Suchtberatung und Suchtkrankenhilfe durchgeführt. Mit dieser Workshop-Reihe konnten die 2017 veröffentlichten Befunde der von der Bietergemeinschaft im Auftrag des BMG und BMAS durchgeführten Studie „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II“ ergänzt und vertieft werden.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse basieren auf den Präsentationen und Diskussionen auf folgenden Workshops:

- **„Jobcenter und Suchtberatungsstellen – Arbeitsteilung und Kooperation bei der Betreuung suchtkranker Leistungsberechtigter im SGB II“**
    - 30.01.2018 in Göttingen
    - 14.02.2018 in Dortmund

- **„Sucht und SGB II – Berufliche Förderung zwischen Rehabilitation und Integration“**
    - 04.12.2017 in Bremen
    - 15.12.2017 in der Fachklink Wilhelmsheim, Oppenweiler

- **„Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen – Rahmenbedingungen, Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten“**
    - 27.02.2018 in Erlangen
    - 18.04.2018 in Halle

- **„Wenn Sucht nur eines der Probleme ist – Unterstützungsansätze für besondere Zielgruppen der Jobcenter“**
    - 01.02.2018 in Frankfurt/Main
    - 07.02.2018 in Berlin

Die eintägigen Einladungsworkshops waren jeweils von ca. 20 ausgewählten Expertinnen und Experten besucht: Vor allem wurden interessierte Jobcenter eingeladen, es nahmen aber auch Vertreter/-innen von Kommunen, von Suchtberatungsstellen, Kliniken und Adaptionseinrichtungen, von Maßnahmeträgern, aus dem Strafvollzug, von Hochschulen und der Rentenversicherung teil. In Abstimmung mit den Teilnehmenden wurde einer Vertreterin des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales die Teilnahme an zwei Workshops ermöglicht. Die Tagesveranstaltungen wurden durch das Forschungsteam moderiert und dokumentiert.

Die Diskussionen wurden von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern als sehr interessant und anregend empfunden. Übereinstimmend wurde festgestellt, dass die vorgestellten Beispiele und Erfahrungen nicht die allgemeine Situation im Bereich des SGB II widerspiegeln, die teilweise (noch) nicht zufriedenstellend ist (vgl. auch Oschmiansky et al. 2017). Der fachliche Austausch hat die Beteiligten zum einen darin bestärkt, bereits eingeschlagene Wege fortzusetzen, und zum anderen eine Reihe von Impulsen gesetzt, die die beteiligten Jobcenter künftig aufgreifen können. In vielen – allerdings nicht in allen – Punkten gab es Übereinstimmung in den Auffassungen über gute Praxis und bestehende Probleme. Teilweise wurden auch aktuell bestehende Grenzen der Handlungsmöglichkeiten benannt und Wünsche an die Politik formuliert.

Der hier vorgelegte Bericht fasst die Ergebnisse der Diskussionen analytisch und themenbezogen (Kapitel 2 bis 5) zusammen. Um die Übersichtlichkeit zu wahren, wurden Themen, die in mehreren Workshops diskutiert worden sind, nur an einer Stelle dargestellt. Eine gewisse Redundanz ließ sich bei der Darstellung nicht vermeiden, da jeder inhaltliche Punkt aus sich selbst heraus verständlich sein sollte. In Abschnitt 6 wurden themenübergreifende Fragen diskutiert. Original-Töne aus den Workshops sind gekennzeichnet und *kursiv* gesetzt. Die in den Workshops vorgestellten Präsentationen[1] sind im Anhang dieses Berichts dokumentiert.

Innerhalb der Kapitel werden jeweils zunächst Zielstellung und Leitfragen sowie die Praxisbeispiele vorgestellt und danach die Ergebnisse der Diskussion in Bezug auf einzelne Schwerpunkte zusammengefasst. Weitere in der Diskussion benannte Beispiele guter Praxis wurden in Kästen gesetzt. Im Schlusskapitel sind die wichtigsten Empfehlungen themenbezogen aufgeführt.

[1] Nicht alle Referent/-innen haben für ihren Vortrag eine Power-Point-Präsentation genutzt.

2 Kooperation zwischen Jobcentern und Suchtberatung

2.1 Zielstellung und Leitfragen

Das Ziel der beiden Workshops zu diesem Vertiefungsthema bestand darin, mit Hilfe von Expertinnen und Experten aus Jobcentern und Suchtberatungsstellen herauszufinden, welche Probleme bei der Zusammenarbeit der Jobcenter mit der Suchtberatung zur Integration suchtkranker Leistungsberechtigter im Rahmen des SGB II bestehen, und ob bzw. wie sie verringert bzw. gelöst werden können.

Die Leitfragen der Workshops waren:

— Welches Interesse besteht seitens der Jobcenter einerseits und seitens der Suchtberatungsstellen andererseits an einer Kooperation? Inwiefern und in welchem Ausmaß ist eine Zusammenarbeit erforderlich, um die eigenen Aufgaben zu erfüllen? Was erleichtert, was erschwert die Kooperation zwischen Jobcentern und Suchtberatung?

— Wie ist die Kooperation zwischen Jobcentern und Suchtberatung geregelt? Welches sind die Vorteile von Kooperationsvereinbarungen, und welche Vorbehalte bestehen gegenüber solchen Vereinbarungen?

— Gibt es datenschutzrechtliche Hindernisse und Einschränkungen beim Austausch von fallbezogenen Informationen mit anderen Fallbeteiligten und kooperierenden Institutionen?

— Wie eng kann/sollte die Betreuung und Beratung von Jobcentern und Suchtberatungsstellen miteinander verzahnt werden, und wie viel Eigenständigkeit und Unabhängigkeit ist erforderlich?

— Wie wird seitens der Jobcenter die Kontaktaufnahme der Leistungsberechtigten zu den Suchtberatungsstellen geregelt, und welche Erfahrungen und Haltungen bestehen gegenüber Sanktionen?

— Wie gehen Jobcenter und Suchtberatung damit um, dass viele SGB-II-beziehende Suchtkranke eine Suchtberatung ohne Zuweisung durch ein Jobcenter in Anspruch nehmen?

— Wie kann die Erreichbarkeit der Jobcenter und Suchtberatungsstellen verbessert werden?

2.2 Beispiele aus der Praxis

2.2.1 Jobcenter Dortmund – spezialisiertes Team „Soziale Arbeit“

Das **Jobcenter Dortmund** hat mit dem Jugendamt, dem Gesundheitsamt und dem Schulverwaltungsamt der Stadt Dortmund sowie den Wohlfahrtsverbänden (Arbeiterwohlfahrt, Diakonisches Werk, Caritasverband, Paritätischer Wohlfahrtsverband) eine *„Gemeinsame Erklärung zur Umsetzung der kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16 a SGB II“* abgeschlossen, die *„eine ganzheitliche, vernetzte und abgestimmte Betreuung und Beratung der Menschen*“ gewährleisten soll. In der Vereinbarung sind Grundsätze der Kooperation definiert. Darauf basieren dann speziellere Vereinbarungen zu einzelnen Leistungen. Mit den drei Suchtberatungsstellen, die eng zusammenarbeiten, sind regelmäßige Arbeitskreise, Treffen, gegenseitige Einladungen zu Teamsitzungen

vereinbart. Um diese Art der Zusammenarbeit zu sichern, sie den aktuellen Entwicklungen anzupassen und stetig zu verbessern, werden mindestens jährlich Netzwerktreffen der beteiligten Dienstleister innerhalb der einzelnen Aufgabenfelder des § 16 a SGB II durchgeführt.

Im Jobcenter Dortmund ist ein „Team Soziale Arbeit" für die Leistungen nach § 16 a SGB II zuständig.[2] Dieses Team steht als eine „*Sondertruppe*" den Teams der Arbeitsvermittlung zur Verfügung. Die Mitarbeiter/-innen dieses Teams beraten die Leistungsberechtigten im Hinblick auf die Inanspruchnahme kommunaler Eingliederungsleistungen und koordinieren die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen. Damit übernehmen sie Aufgaben, die andernorts in der Regel durch die fallzuständigen persönlichen Ansprechpartner/-innen wahrgenommen werden. Die Mitarbeiter/-innen dieses Teams können sehr kurzfristig dazu kommen, wenn Vermittler/-innen im Gespräch einen Bedarf feststellen. Leistungsberechtigte können zur Betreuung in das Team Soziale Arbeit übergeben werden. Dies ist freiwillig und zeitlich begrenzt (maximal zwei Jahre). In begründeten Ausnahmefällen können die Betroffenen auch länger beim Team Soziale Arbeit verbleiben. Grundsätzlich ist es möglich, gleichzeitig durch das Fallmanagement und das Team Soziale Arbeit betreut zu werden.

Nach der Erfahrung der Expert/-innen gelingt es im Team Soziale Arbeit schneller, ein Vertrauensverhältnis herzustellen. Durch die Zwischenschaltung der Sozialarbeit ist es leichter, die Inanspruchnahme der kommunalen Leistungen zu realisieren. Solange die Leistungsberechtigten durch das Team Soziale Arbeit betreut werden, läuft der Kontakt zur Arbeitsvermittlung nur über die Sozialarbeiter/-innen, d.h. die Kundinnen und Kunden stehen nur im Kontakt zum Team Soziale Arbeit. Dies sei auch für die Kund/-innen entlastend. Die Leistungsberechtigten *„vertrauen einem dann auch Sachen an. Man kann dem Fallmanager sagen, dass jemand eine Erkrankung hat, jemand in Therapie muss, jemand in Ruhe gelassen werden soll, dann machen die das auch."*

Die Sozialarbeiter/-innen des Teams Soziale Arbeit sind auch aufsuchend tätig, z. B. wenn ein/e Leistungsberechtigte/r überhaupt nicht ins Jobcenter kommt, man es sich gar nicht erklären kann und eine nachvollziehbare Notwendigkeit besteht. Dann finden im Einzelfall auch Hausbesuche statt. Es wird immer versucht, für jeden Einzelfall eine Lösung zu finden. Wenn eine leistungsberechtigte Person in Suchttherapie ist, bleibt das Team Soziale Arbeit im Jobcenter Ansprechpartner im Hintergrund. Die Betreuung und die Planung des weiteren Vorgehens werden dann unmittelbar wieder aufgenommen, wenn die Person aus der Therapie zurückkommt.

Die enge Kooperation zwischen dem spezialisierten Team Soziale Arbeit und den Teams der Arbeitsvermittlung wird als Erfolgsmodell angesehen.

2.2.2 Jobcenter Hamburg-Wilhelmsburg – enge Kooperation mit Suchtberatung KODROBS

Wilhelmsburg ist ein Stadtteil mit einer hohen Arbeitslosenquote. Das **Jobcenter Hamburg-Wilhelmsburg** hat zwei Fallmanager/-innen, die 130 Leistungsberechtigte, darunter viele Suchtkranke, betreuen. Das Jobcenter arbeitet eng mit der Suchtberatung **KODROBS** zusammen. Die Suchtberatung bietet auch Therapievermittlung, ambulante Rehabilitation und ambulante Nachsorge an. Dort arbeiten fünf Personen, wovon eine türkisch und kurdisch und eine russisch spricht. Das fremdsprachige Angebot sei angesichts der hohen Zahlen von Menschen mit Migrationshintergrund, die nur über begrenzte deutsche Sprachkenntnisse verfügen, sehr wichtig. In Hamburg bietet aktuell nur die KODROBS eine Beratung in türkischer und kurdischer Sprache an.

[2] Ähnliches gibt es nach Aussagen der Workshop-Teilnehmer/-innen auch im Jobcenter im Märkischen Kreis und im Jobcenter Aachen.

Auf der Grundlage von Vereinbarungen und formalen Regelungen wird dabei eine sehr flexible Kooperation gepflegt. Die Fachkräfte des Jobcenters besuchen jährlich die KODROBS, d. h. alle von ihnen – etwas über 90 Personen – waren schon einmal in der Suchtberatungsstelle. Dadurch gewinnen beide Seiten gute Kenntnis von der Arbeit der jeweils anderen Institution und können dies auch ihren Kund/-innen und Klient/-innen entsprechend vermitteln. Neu eingestellte Mitarbeitende werden durch die jährlichen Treffen in die bereits langjährig bestehende Kooperation eingeführt. Aufgrund des persönlichen Kontakts der Beteiligten ist die Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Suchtberatung unkompliziert und flexibel. Die Suchtberatung hat auf jeder ihrer Teamsitzungen einen Tagesordnungspunkt zum Jobcenter, zu dem der für die Kooperation zuständige Suchtberater berichtet. *„Das hat schon einen Stellenwert und ist relativ klar."*

Die Suchtberatung bietet einmal pro Woche Sprechstunden im Jobcenter an, sodass Leistungsberechtigte im Bedarfsfall direkt vom Fallmanagement zur Suchtberatung übergeben werden können. Die Sprechstunde können SGB-II-Beziehende auch eigeninitiativ, ohne Vermittlung durch die Fachkräfte des Jobcenters, aufsuchen. Die Fallmanager/-innen können vorab über eine Excel-Liste Termine für ihre Kund/-innen buchen. Es gibt auch die Möglichkeit der „warmen Übergabe", d. h. die Fallmanager/-innen laden die Leistungsberechtigten zu sich zum Termin ein und gehen dann mit ihnen *„in das Zimmer, wo übrigens auch nicht ‚Suchtberatung' dran steht. Aber die betroffene Person weiß natürlich vorher schon, wo er bzw. sie hingehen muss. Ohne warme Übergabe gehen die Leute verloren*." Im Einzelfall – so berichtete ein Fallmanager – haben sie auch schon das erste Gespräch gemeinsam geführt. Es sei natürlich ein zusätzlicher Aufwand. *"Aber genau das stellt ja die Brücke her zwischen Jobcenter und Suchtberatung, die ja ganz oft fehlt."*

Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen legen dies beim Jobcenter nicht ohne Weiteres offen. Der Workshopteilnehmer (Fallmanager) erklärt dann häufig, dass die Leistungsberechtigten Vorteile haben, wenn sie das Suchtproblem ansprechen, da sie dann erst einmal aus der Vermittlung herausgenommen und damit von allen damit einher gehenden Pflichten entlastet werden. *„Dann wird das geregelt, dieser Druck mit der Eingliederungsvereinbarung auch gar nicht ausgeübt, und der Mensch kann sich erst mal um sein Suchtproblem kümmern."* Das sei *„für viele wirklich eine Erleichterung, und sie thematisieren es dann auch tatsächlich im Jobcenter."*

Die Netzwerkarbeit im Stadtteil wird als sehr wichtig eingeschätzt. Neben der Suchtberatungsstelle sind auch die psychosoziale Beratungsstelle und die Tagesklinik vor Ort (Teil der Asklepios-Klinik in Harburg – Psychiatrie, Entgiftung) Teil des Netzwerks. Früher erwies sich oft als problematisch, dass am Ende von sechs oder acht Wochen Klinikaufenthalt dort berufliche Perspektiven besprochen wurden und die Klient/-innen dann mit Vorstellungen ins Jobcenter kamen, die sich als nicht realisierbar erwiesen. Inzwischen informieren die Fallmanager/-innen in der Klinik regelmäßig über Angebote und Spielräume des Jobcenters, sodass die Tagesklinik mit diesem Wissen anders beraten kann. „*Man arbeitet nicht aneinander vorbei, sondern kann sich realistisch aufeinander beziehen."* Zweimal im Jahr finden Sozialberater-Treffen für den Stadtteil mit allen dort arbeitenden Institutionen statt.

Jobcenter und Suchtberatungsstelle schätzen ein, dass die Hemmschwelle für eine Beratung bei der KODROBS niedrig ist. *„Nicht zu unterschätzen ist, dass die Suchtberatung mitten im Viertel liegt. Es ist Teil der Lebenswelt, da fällt eine gewisse Stigmatisierung weg. Man weiß, andere Menschen haben diese Probleme. Man verdrängt das nicht, es wird aber auch nicht groß darüber geredet. Und jeder muss natürlich für sich klarkommen. Ein Hemmnis, gesehen zu werden, ist es dort nicht, eher in den Mittelklassevierteln. Das Gleiche gilt für andere Beratungsstellen. Geheimhal-*

tung, soziale Kontrolle ist da kein Thema." Dies sei ein großer Vorteil, da eine Stigmatisierung Erfolge verbauen könne. *„Interessant, dass, wenn etwas offensichtlich ist, gewisse Dinge tatsächlich besser funktionieren als wenn es verdeckt stattfindet."* Man brauche Geduld, könne nur dann Erfolg haben, *„wenn die Menschen so weit sind, wenn auch Umstände passen, da kommt viel zusammen, das kann man nicht erzeugen."*

Nach Abschluss der Beratung schickt die KODROBS eine sogenannte Abschlussbescheinigung an das Jobcenter. Diese wird ausgestellt, wenn die Beratung tatsächlich beendet worden ist, aber auch, wenn der Kontakt zum Klienten bzw. zur Klientin abgebrochen ist. Damit dies nicht passiert, ist geregelt, dass die Suchtberater/-innen die Kontaktaufnahme mehrfach versuchen müssen. Sie *„müssen sich wirklich dahinterklemmen, telefonisch oder brieflich nachfragen. Wenn sich dann wirklich niemand mehr rückmeldet oder das Gespräch verweigert, dann schreiben sie irgendwann die Abschlussbescheinigung."* Danach „*hat wieder das Jobcenter die Aufgabe, sich weiter zu kümmern.*"

Im Jobcenter gibt es einmal in der Woche zwei Stunden eine offene Sprechstunde des Fallmanagements. Dahin können Leistungsabteilung, Vermittlung und Eingangszone Menschen schicken, wenn Probleme auftauchen, *„wenn sie z. B. in der Eingangszone in gewissem Maß auch auffällig werden, oder wenn die Vermittlung Handlungsbedarf sieht."* Das gilt für alle Handlungsbedarfe, darunter auch Auffälligkeiten, die auf eine Suchtgefährdung hindeuten. Der offene Zugang wird auch von den Kund/-innen genutzt. *„Sie sind dann nicht so im Korsett der Einladungen".* Die Jobcenter-Kund/-innen kennen und schätzen dieses Angebot und nutzen es auch nur für wirklich wichtige Anliegen. Dies habe sich sehr bewährt. Wenn das Gespräch gut war, werden die betreffenden Personen gleich direkt in die Fallmanagement-Betreuung übernommen. *„Ein Wechsel macht da keinen Sinn."*

Grundsätzlich sei der Verbleib im Fallmanagement auf zwei Jahre begrenzt, aber dies würde je nach Bedarf auch flexibel gehandhabt. Es sind Einzelfallentscheidungen, ob jemand ins Fallmanagement kommt. *„Teils sagen die Kund/-innen schon in der Eingangszone, wenn sie sich wieder arbeitslos melden, dass sie gern wieder ins Fallmanagement gehen möchten. Dann ruft mich die Eingangszone an und dann machen wir das."* Im Fall von Abgängen aus dem Fallmanagement sei es wichtig und üblich, dass das Fallmanagement in der Zusammenarbeit mit den Kolleg/-innen der Arbeitsvermittlung *„eine Art Frühwarnsystem installiert hat: Wenn die Arbeitsvermittlung jemanden von uns zurückbekommen und dann Probleme auftauchen, dann wissen alle, dass sie mir Bescheid geben, damit ich wieder tätig werden kann."* Dies sei insbesondere bei suchtkranken Leistungsberechtigten wichtig, um Rückfällen vorzubeugen. Insofern bleibt das Fallmanagement auch längerfristig eine Art Auffangnetz für solche Personen, die für die Stabilisierung längerfristige Unterstützung benötigen.

2.2.3 Jobcenter Mansfeld-Südharz – klar geregelte Verfahrensabläufe

Das **Jobcenter Mansfeld-Südharz** hat eine Kooperationsvereinbarung mit dem Landkreis, welche die Zusammenarbeit mit dem Sozialamt, dem Sozialpsychiatrischen Dienst beim Gesundheitsamt, dem Allgemeinen Sozialdienst beim Jugendamt und mit der Schuldnerberatungsstelle regelt. Alle zwei bis drei Monate finden Netzwerktreffen an allen Jobcenter-Standorten statt, an denen die Suchtberatung, alle Fallmanager/-innen, alle Mitarbeiter/-innen des Sozialamts, die sich mit Leistungen nach §§ 67 ff. SGB XII befassen, und auch die Netzwerkstelle für Haftentlassene teilnehmen. Man tauscht sich über (anonymisierte) Fälle aus und eruiert Hilfe und Unterstützungsmöglichkeiten durch die verschiedenen Träger. Die festen Treffen haben sich bewährt, dringende Fälle

werden über telefonischen Kontakt gelöst. Für diese Art der Zusammenarbeit zwischen Suchtberatung und Jobcenter gibt es zwar keine gesonderte Kooperationsvereinbarung, aber *„eine Art Protokoll*“, in dem die Zusammenarbeit mit der Suchtberatung und entsprechende Verfahrensabläufe verankert sind. Das Verfahren sieht wie folgt aus:

— Im Jobcenter wird eingeschätzt, dass die Sucht ein Vermittlungshemmnis darstellt und ein/e Leistungsberechtigte/r die Beratung der Suchtberatungsstelle (DroBS Mansfeld Südharz) benötigt.

  - Die Person bekommt eine Art „Wegweiser“ ausgehändigt – eine (grüne) Karte mit Anschrift und Kontaktdaten der Suchtberatung.
  - In der Eingliederungsvereinbarung wird festgehalten, dass der Kontakt mit der Suchtberatungsstelle erfolgen soll (Herstellen von Transparenz über die Verabredung).
  - Grundsätzlich sollen die Leistungsberechtigten den Kontakt zur Suchtberatungsstelle eigenständig aufnehmen. Wenn jedoch bemerkt wird, dass es anders besser wäre oder die Person direkt darum bittet, wird im Beisein der Leistungsberechtigten bei der Suchtberatungsstelle angerufen und ein Termin vereinbart. Für viele Suchtkranke sei dies hilfreich, da sie so die erste Hürde leichter nehmen können.
  - Gegebenenfalls – aber nur *„in atypischen Fällen“* – wird eine Schweigepflichtentbindung unterzeichnet. Jobcenter und Suchtberatungsstelle möchten dazu motivieren, das Angebot freiwillig anzunehmen und wollen das eigenverantwortliche Handeln anstoßen. Deshalb wird ein Verfahren präferiert, das die Informationsweitergabe durch die Betroffenen selbst gewährleistet. Die Beratungsatmosphäre zwischen Klient/-innen und Suchtberatung soll möglichst nicht durch Schweigepflichtentbindungen und Datenaustausch gestört werden.
  - Die Schweigepflichtentbindung wird nur für die Fachkraft im Fallmanagement erteilt, von der die leistungsberechtigte Person betreut wird.

— Die bzw. der Leistungsberechtigte sucht die **DroBS Mansfeld Südharz** entweder eigenständig oder nach telefonischer Terminvereinbarung durch das Fallmanagement im Jobcenter auf.

— Die DroBS nimmt die Beratung auf.

  - Die bzw. der Leistungsberechtigte erhält beim Beratungstermin in der DroBS auf einer (gelben) Terminkarte (Pendelkarte) die Bestätigung, dass er bzw. sie den Termin bei der Suchtberatung wahrgenommen hat. Vermerkt und bestätigt wird darauf nur das Datum der Vorsprache/Beratung.
  - Auf Veranlassung des Klienten bzw. der Klientin erstellt die DroBS einen Kurzbericht mit wenigen Hinweisen zum Ergebnis (und ohne einen Bezug zum Inhalt der Beratung) zur Vorlage beim Jobcenter (ggf. Schweigepflichtentbindung zur Weitergabe), die von der bzw. dem Leistungsberechtigten zum nächsten Termin im Jobcenter mitgenommen werden kann.

— Beim Folgegespräch im Jobcenter wird die (gelbe) Terminkarte als Nachweis vorgelegt. Der oder die Fallmanager/-in fragt im persönlichen Gespräch nach den Ergebnissen der Beratung bei der DroBS. Bei Entscheidungen zur weiteren Integrationsstrategie (z. B. ergänzende Be-

schäftigungsmaßnahme oder Prüfung der Erwerbsfähigkeit) werden die Leistungsberechtigten gebeten, bei der DroBS einen *„schmalspurigen"* Kurzbericht für das Jobcenter anfertigen zu lassen, der auch Handlungsempfehlungen enthält.

— Sofern innerhalb von vier Wochen nach der Zuweisung zur Suchtberatung keine Pendelkarte beim Jobcenter vorliegt, ist in der Regel klar, dass der bzw. die Leistungsberechtigte nicht bei der Suchtberatung vorstellig geworden ist.

— Jobcenter und Suchtberatung entscheiden jeweils über das weitere Vorgehen.

Das Jobcenter hat auch eine Kooperationsvereinbarung mit einer medizinischen Reha-Klinik für Sucht im Landkreis abgeschlossen. Sofern Patient/-innen entlassen werden, die weiterhin im Landkreis wohnen werden, versuchen die Fachkräfte des Jobcenters, mit Einverständnis der Klient/-innen und unter Beachtung des Datenschutzes, sechs Wochen vor Entlassungstermin Kontakt aufzunehmen. Es wird besprochen, wie eine Integration in Arbeit unterstützt werden kann, ob eine Wohnung benötigt wird und ob gegebenenfalls Unterstützung bei der Wohnungssuche erforderlich ist. Die Klient/-innen erhalten Informationen und Kontaktadressen, wie z. B. die der Suchtberatungsstelle, welche die Nachbetreuung übernehmen kann. Dies sei wichtig, weil erfahrungsgemäß *„nach der Käseglocke Reha"* in den ersten drei Monaten das Risiko eines Rückfalls am größten ist. Aus diesem Grund wird den Klient/-innen empfohlen, nach der Reha weiterhin die Suchtberatungsstelle zu nutzen.

2.2.4 Jobcenter Lüneburg – umfangreich geregelte Netzwerkarbeit

Für das **Jobcenter Lüneburg** ist die **DroBS** des Diakonieverbands seit langem Kooperationspartner für die Leistungen nach § 16a. Ein weiterer enger Kooperationspartner ist ein großes psychiatrisches Klinikum. Im Dreierverbund zwischen Jobcenter, Suchtberatung und Klinikum wird seit vielen Jahren eine gute und enge Zusammenarbeit praktiziert. Zum Netzwerk gehört auch eine Substitutionsärztin, die als Ansprechpartnerin für das Fallmanagement sehr wichtig ist. Die Klient/-innen in der am Ort befindlichen großen Obdachlosenunterkunft werden durch dieses Netzwerk ebenfalls eng betreut. Die leistungsberechtigten Klient/-innen pendeln häufig zwischen Suchtberatung und stationärer Entgiftung, das Jobcenter ist *„im Hintergrund die ganze Zeit dabei."* Zwischen allen Partnern gibt es einen engen Austausch. Die Suchtberatung hält einmal pro Woche eine Sprechstunde in der Psychiatrischen Klinik ab. Zusammen mit dem (früher am Ort tätigen) Substitutionsmediziner haben die Fallmanager/-innen einen Fragebogen konzipiert, der bei der Einschätzung des Falls hilft.

Die Kooperation läuft v.a. über Beratungsgutscheine. Der Landkreis bezahlt Beratungsstunden, die die Leistungsberechtigten in Anspruch nehmen können. Jeder Gutschein umfasst zunächst drei Beratungsstunden. Damit kann das Jobcenter die Leistungsberechtigten zur Suchtberatung schicken. Die Suchtberatung gleicht vierteljährlich ab, welche Gutscheine eingelöst wurden. Damit wird ersichtlich, ob alle Kund/-innen den Weg dorthin geschafft haben. Allerdings sind die § 16a-Leistungen seit Jahren rückläufig. Das Jobcenter schöpft das vorhandene Kontingent nicht mehr aus.

Für die Rückmeldungen an das Jobcenter werden Schweigepflichtentbindungen genutzt. Es wird aber lediglich übermittelt, ob die leistungsberechtigte Person in der Suchberatung vorstellig geworden ist. *„Private, persönliche Inhalte sind ausgeklammert. Es gehört auch zur Transparenz dazu, bei der Information über das Beratungsangebot zu sagen, dass das Jobcenter persönliche*

Dinge nichts angehen, sondern dass es darum geht, eine Anbindung zu finden." Auch für die Suchtberatungsstellen ist die inhaltliche und organisatorische Abgrenzung zum Jobcenter wichtig, da die Suchtberatung ein auch für die Klient/-innen wahrnehmbar anderes Setting darstellen soll. Auf dem Vordruck der Schweigepflichtentbindung steht (sinngemäß): Das Jobcenter stellt hiermit einen Beratungsgutschein für die DroBS über drei Stunden zur Verfügung. Zur Schweigepflichtentbindung: Die Suchtberatung ist berechtigt, dem Jobcenter zurückzumelden, dass ein Kontakt stattgefunden hat. Es gibt auch den Vermerk, *„dass es nicht um konkrete Inhalte geht, sondern nur um eine Rückmeldung, ob Kontakt war.*"

Ein regelmäßiger Netzwerkaustausch findet im Arbeitskreis Sucht statt, den die Suchtberatungsstelle moderiert. Etwa einmal im Monat kommen alle Akteure zusammen (Polizei, Jugendamt, Suchtberatung, Selbsthilfegruppen, Stiftung Medien- und Onlinesucht Lüneburg, Psychiatrisches Klinikum, Jobcenter). Weiterhin gibt es dreimonatlich einen Austausch mit der Fachklinik Südergellersen und der DRV Lüneburg. Wenn eine Schweigepflichtentbindung vorliegt, tauscht man sich über Fälle aus, die in Kürze (wieder) beim Jobcenter ankommen werden. Es ist dann zu klären, ob die Personen dauerhaft am Ort bleiben und ob eine Planung mit ihnen möglich ist. Seit es *"das zauberhafte BORA-Konzept*" (vgl. Arbeitsgruppe BORA 2014) in den Suchtkliniken in Niedersachsen gibt, das vorsieht, dass mit allen Jobcentern Kooperationsvereinbarungen geschlossen werden sollen, stellen sie ihr Jobcenter zwei Mal im Jahr in der Klinik vor. Dies sei sehr sinnvoll, weil viele leistungsrechtliche Fragen so schon im Vorfeld geklärt werden können.

In der Fallbearbeitung gilt, dass das Jobcenter nicht mit Dritten über eine Person spricht, wenn diese nicht dabei ist. Vielmehr gehe es in erster Linie um den Kontakt mit der suchtkranken Person und ein gemeinsames Gespräch mit ihr.

Es sei sehr wichtig, dass die Kliniken über den Arbeitsmarkt und die Möglichkeiten des Jobcenters gut informiert sind. In der Vergangenheit sei häufig im Rahmen der Therapie eine hohe Motivation aufgebaut worden, die aber auf unrealistische Ziele ausgerichtet war und deshalb nach der Therapie in sich zusammenfiel. Nunmehr tauscht man sich rechtzeitig über Stand und Fördermöglichkeiten aus, sodass man in Arbeitsvermittlung bzw. Fallmanagement noch während des Klinikaufenthaltes mit der Planung beginnen kann, um nach der Therapie keine Lücken entstehen zu lassen.

2.3 Zur Kooperation zwischen Jobcentern und Suchtberatung

2.3.1 Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtberatung verbindlich regeln

Die meisten Jobcenter sehen in der Suchtberatung ein positives Instrument der Aktivierung und Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben. Das dokumentiert auch die Online-Erhebung (Henke et al. 2017), wonach die Suchtberatung nach Einschätzung der Jobcenter häufig eine psychische Stabilisierung bewirkt und den Einstieg in eine Suchtrehabilitations- und Beschäftigungsmaßnahme fördert. Die Suchtberatungsstellen ihrerseits haben die Erfahrung gemacht, dass sich eine Integration in Beschäftigung und Arbeit positiv auf die Überwindung der Sucht bzw. die Stabilisierung der Suchtmittelabstinenz auswirkt und dass deshalb eine Zusammenarbeit mit den Jobcentern nützlich sein kann.

Eine verbindliche Kooperationsvereinbarung zwischen Jobcentern und den lokalen bzw. regionalen Suchtberatungsstellen wird überwiegend als ein Merkmal guter Praxis zur Aktivierung und In-

tegration Suchtkranker ins Erwerbsleben nach dem SGB II angesehen. Wie in den Workshops berichtet wurde, kamen Kooperationsvereinbarungen allerdings häufig erst Jahre nach Inkrafttreten des SGB II im Jahr 2005 zustande, manche auch erst jüngst. Teilweise war es nicht einfach, entsprechende Vereinbarungen zu erzielen. Der Grund dafür waren Befürchtungen seitens der Suchtberatungsstellen, durch den Abschluss von Kooperationsvereinbarungen zur Betreuung einer zusätzlichen großen Zahl von Suchtkranken verpflichtet zu werden, die sie nicht bewältigen könnten. In den Jobcentern spielten ebenfalls Ängste eine Rolle, durch die neue Aufgabe der Betreuung von Suchtkranken aufgrund fehlender bzw. unzureichender Qualifikation überfordert zu sein. Zudem sei es nicht immer leicht gewesen, die handelnden Akteure auf der Leitungsebene von den Vorteilen einer verbindlichen Kooperation zu überzeugen.

Inzwischen habe sich herausgestellt, dass die Zahl der durch die Jobcenter an die Suchtberatungsstellen verwiesenen Personen überschaubar ist und ein großer Teil der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen auch ohne formale Zuweisung durch die Jobcenter bei den Suchtberatungsstellen Rat suchen. Gute praktische Beispiele der Kooperation haben geholfen, Vorurteile zu überwinden. Die Diskussion in den Workshops hat jedoch auch gezeigt, dass Suchtberatungsstellen umso leichter von der Sinnhaftigkeit einer Kooperation überzeugt werden können, je stärker sich Jobcenter um die passgenaue Unterstützung der suchtkranken Leistungsberechtigten bei der Integration in Arbeit bemühen.

In Kooperationsvereinbarungen werden allgemeine, einzelfallübergreifende Aspekte der Zusammenarbeit festgeschrieben. Solche Vereinbarungen, so wurde in den Workshops hervorgehoben, sichern die Kontinuität und Verbindlichkeit in der Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtberatungsstellen. Sofern entsprechende Vereinbarungen nicht bestehen, basiert die Kooperation überwiegend darauf, dass die handelnden Personen die Zusammenarbeit nach ihren fachlichen Vorstellungen gestalten. In diesen Fällen wirkten sich Personalfluktuationen in den Jobcentern, von denen in den Workshops häufig berichtet wurde, negativ aus. Bei Personalwechsel verliert man Zeit, weil man wieder von vorne anfangen und das Vertrauen unter Umständen mühsam wiederaufbauen muss. Das betrifft unter Umständen nicht nur die Fachkräfte, sondern gilt auch für das Vertrauen der Leistungsberechtigten. Um bei einem Personalwechsel ein Mindestmaß an Kontinuität in der Fallbearbeitung zu wahren, wurde seitens der Jobcenter empfohlen, in Kooperation mit der Suchtberatung ein Fachkonzept zum Umgang mit dem Thema Sucht zu erarbeiten, in dem Zielsetzungen, Verfahrensweisen, Prozessschritte, Qualitätsstandards u.v.a.m. verbindlich festgehalten sind. Ein solches Fachkonzept hat derzeit lediglich ein Fünftel der Jobcenter, wie die Online-Erhebung (vgl. Henke et al. 2017) ergab.

Ein Bereichsleiter hob hervor, dass eine gute Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtberatung *„eine strategische Frage der Führung ist. Mitarbeiter kriegen es einzelfallbezogen immer hin, aber nicht in einem standardisierten Qualitätsstandard. Da müssen sich Verantwortliche auf höheren Ebenen einig sein, dass man das mit einem bestimmten Standard machen will.“* Eine gute Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Kommune bzw. Agentur für Arbeit sei erforderlich, damit solche Vereinbarungen gelingen.

2.3.2 Kooperation mit Leben erfüllen

Eine wesentliche Bedingung für das Gelingen einer guten Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtberatung und das abgestimmte Agieren auf der konkreten Fallebene ist, dass die beteiligten Integrationsfachkräfte und die Mitarbeiter/-innen der Suchtberatung wechselseitig über ihre Arbeitsweise informiert sind und sich idealerweise auch persönlich kennen. Je besser die Fachkräfte

über die spezifische institutionelle Arbeitssituation des/der jeweils anderen Bescheid wissen, desto besser können sie ihre Klient/-innen informieren, deren Vertrauen gewinnen und in der Kooperation mit der jeweils anderen Institution passfähige Lösungen erarbeiten.

Um das zu erreichen, wurden von den Teilnehmer/-innen der Workshops folgende Ansätze vorgetragen:

— gemeinsame Fallgespräche, die die kooperative Fallbetreuung vor allem bei komplizierten Problemlagen optimieren können,

— gegenseitige Hospitationen, um die Arbeitsweise der Jobcenter bzw. der Suchtberatungsstellen genauer kennenzulernen,

— regelmäßige Schulungen bzw. Fortbildungen durch die Suchtberatungsstellen in den Jobcentern.

Solche Ansätze sind schon lange bekannt, werden aber noch längst nicht flächendeckend praktiziert. In der Online-Erhebung berichteten lediglich 14 Prozent der Jobcenter, dass sie regelmäßig gemeinsame Fallgespräche mit der Suchtberatungsstelle durchführen. Als Erklärung wurde zumeist auf den zu großen Arbeits- und Zeitaufwand hingewiesen. Auch die Teilnehmenden in den Workshops berichteten, dass gemeinsame Fallgespräche *„eher im Einzelfall, aber nicht systematisch“* durchgeführt würden. Wenn dies der Fall sei, dann *„ist das eine gute Sache“.* Alles sei von den beteiligten Personen abhängig. Einzelne Jobcenter berichteten, dass ein institutioneller Austausch mit der lokalen Suchtberatungsstelle bis heute nicht zustande gekommen sei und die Kooperation eher auf der Arbeitsebene stattfinde.

In vielen Jobcentern gibt es zuständige Personen – in der Regel aus dem Bereich des Fallmanagements oder Stabsstellen – die die Zusammenarbeit mit der Suchtberatungsstelle organisieren und die Netzwerkarbeit mit Beratungsstellen und Kliniken moderieren. So können diese Themen innerhalb des Jobcenters gebündelt und professionell gestaltet werden. Diese Personen sind auch zuständig, wenn es um konkrete Fälle oder Verfahrensfragen geht, sodass nicht jede einzelne Fachkraft im Jobcenter Kontakte zur Suchtberatungsstelle haben muss. Grundsätzlich sei die wechselseitige Erreichbarkeit sehr wichtig. Gerade wenn im Kundengespräch Fragen auftauchen, die schnell geklärt werden sollten, ist es hilfreich, *„wenn man einfach nur schnell zum Telefonhörer greifen muss.“*

Vergleichsweise wenig zeitaufwändig sei es nach Meinung der am Workshop Teilnehmenden, wenn Suchtberatungsstellen und Jobcenter das Internet nutzen würden, um ihren Netzwerkpartnern Informationen über ihre Zielstellungen, Maßnahmenangebote, Arbeitsweisen usw. zur Verfügung zu stellen.

Allgemein wurde eingeschätzt, dass es sehr wichtig sei, wechselseitig zu wissen, was Suchtberatung und Jobcenter jeweils zur Unterstützung der Leistungsberechtigten tun. Man müsse *„gemeinsam mehr dafür sorgen, dass Ängste ausgeräumt werden.*“ Ängste resultierten oft aus Unwissen darüber, wie – z. B. im Jobcenter – mit bestimmten Problemen umgegangen wird. Darüber gebe es teilweise „*wilde Vorstellungen“*.

2.3.3 Eigenständigkeit und Unabhängigkeit in der Kooperation wahren

Grundsätzlich besteht die Möglichkeit, dass die Jobcenter die Expertise der kooperierenden Suchtberatungsstelle in die inhaltliche Gestaltung ihrer Eingliederungsvereinbarung und Hilfeplanung

einbeziehen, soweit dies für den Prozess der Integration ins Erwerbsleben nützlich und erforderlich ist. Die Praxis ist in dieser Frage uneinheitlich. Die Online-Erhebung ergab, dass rund 40 Prozent der Jobcenter in der Regel so verfahren, hingegen rund 60 Prozent in der Regel nicht bzw. nur in bestimmten Fällen.

Im Workshop wurde berichtet, dass bei den Suchtberatungsstellen eine kritische bis ablehnende Haltung gegenüber einer Mitarbeit an der Eingliederungsvereinbarung nicht selten ist. Dabei spielt eine wesentliche Rolle, dass Konflikte befürchtet werden, die aus den unterschiedlichen Interessenlagen der Jobcenter und der Suchtberatung resultieren. Während die Suchtberatungsstellen bei ihren Klientinnen und Klienten eine möglichst langfristig-nachhaltige Überwindung der Suchtproblematik anstreben, liegt die Aufgabe der Jobcenter vor allem in einer Bearbeitung der Sucht im Hinblick auf die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit bzw. Vermittelbarkeit am Arbeitsmarkt, wozu eine entsprechende Stabilisierung der Leistungsberechtigten erforderlich ist.[3] Auch wenn die Übereinstimmung in der Interessenslage sehr groß ist, kann nicht von diesem etwas unterschiedlichen Fokus abstrahiert werden. Beide Institutionen benötigen in der Zusammenarbeit auch ihre Eigenständigkeit. Suchtberatungsstellen befürchten mitunter, von den Interessen der *„übermächtigen"* Jobcenter dominiert bzw. zu deren verlängertem Arm gemacht zu werden.

Lösen bzw. verringern kann man das Problem, so die einhellige Meinung in den Workshops, indem die Eigenständigkeit und Unabhängigkeit des Kooperationspartners respektiert wird, indem die jeweiligen Ziele der Betreuung bzw. Beratung transparent gemacht werden und klargestellt wird, was gemeinsam und was arbeitsteilig erreicht werden soll. Alle Beteiligten müssen darauf vertrauen können, dass keine *„übergriffige Einmischung"* stattfindet. Gut wäre auch eine Betrachtungsweise, *„wenn man sagt: Es ist ein Fall, aber nicht unser Fall."* Es müsse klar werden, *„wie die Aufgaben verteilt sind, aber wichtig ist auch, auf beiden Seiten eine gewisse Eigenständigkeit und Unabhängigkeit zu bewahren."*

2.3.4 Verzahnung von Hilfen zur Gesundheits- und Beschäftigungsförderung

Nach Auffassung der Workshop-Teilnehmer/-innen ist es sinnvoll, die Aufnahme einer Suchtberatung durch geeignete, z. B. von suchtspezifisch geschultem Personal begleitete Beschäftigungsmaßnahmen zu flankieren, die die Leistungsberechtigten psychosozial stabilisieren und motivational stärken können (vgl. auch Abschnitt 4).

Bei der Erarbeitung und Planung möglicher Integrationswege ist immer auch zu entscheiden, in welcher Reihenfolge Maßnahmen der Jobcenter und des Suchthilfesystems durchgeführt werden sollen. Lange Zeit habe die Maxime gegolten: Ist erst einmal durch suchtbezogene Maßnahmen die Suchtmittelabstinenz erreicht, dann lösen sich alle weiteren Probleme, so auch die arbeitsbezogenen, fast von selbst. Doch das funktioniere in der Regel so nicht, kritisierten Jobcenter-Fachkräfte in den Workshops. Vielmehr zeige ihre Erfahrung, dass die Integration in Beschäftigung und Arbeit häufig eine wichtige Voraussetzung bzw. ein starker fördernder Faktor sei für die Überwindung der Sucht bzw. das Durchhalten der Abstinenz. Welche Vorgehensweise im konkreten Einzelfall angezeigt ist, müsse genau geprüft werden.

[3] In allen Workshops wurde hervorgehoben, dass eine Integration in Arbeit für einige der suchtkranken Leistungsberechtigten nicht realistisch sei und für diese Personen deshalb unterstützende Maßnahmen zur sozialen Stabilisierung Priorität haben müssten.

2.4 Der Weg vom Jobcenter zur Suchtberatung

2.4.1 Erkennen von Suchtproblemen bei der Beratung im Jobcenter

Verschiedene Datenquellen belegen, dass bislang nur eine sehr kleine Minderheit von Leistungsbeziehenden nach dem SGB II mit einem Suchtproblem eine Zuweisung zur Suchtberatung unter Anwendung des § 16a SGB II erhält (Henke et al. 2017, 41 ff.). Die Integrationsfachkräfte in den Workshops nannten dafür vor allem zwei Gründe: Zum einen werden Suchtprobleme von den Leistungsberechtigten selten offenbart und zum anderen werden Suchtprobleme von den Fachkräften im Regelbetrieb eines Jobcenters selten erkannt. Dem entspricht der Befund der Online-Erhebung, wonach über 90 Prozent der Jobcenter die Identifizierung von Suchtproblemen als das schwierigste Problem beurteilten, mit dem sie bei der Betreuung dieser Kundengruppe konfrontiert sind.

Wenn sich Suchtkranke, so die Erfahrung einiger Workshop-Teilnehmender, gegenüber dem Jobcenter nicht öffnen, so meist deshalb, weil sie Angst vor negativen Folgen haben und keinerlei positive Wirkung einer solchen Offenbarung erwarten. Sie befürchten, nicht verstanden zu werden, bestimmte Fördermaßnahmen nicht mehr zu bekommen oder bestimmte Vermittlungsvorschläge nicht mehr zu erhalten. Die offene Thematisierung einer weitgehend tabuisierten und überwiegend negativ bewerteten Erkrankung setze sehr viel Vertrauen voraus und erfordere viel Zeit und Fingerspitzengefühl. Diese Zeit ist in der Vermittlung – bei meist relativ hohen Betreuungsschlüsseln – nicht immer gegeben. Angst und Misstrauen seien immer ein Thema. Viele *„haben Angst vor der Behörde. Sie verstehen vieles nicht.*“ Es gebe aber auch Kund/-innen, *„die sagen, ich trinke, ich trinke aber auch weiter. Es gibt auch Kund/-innen, die das nicht besprechen wollen.“* In solchen Fällen werde nur selten durch die Fachkräfte der Versuch unternommen, auf eine Suchtberatung zu orientieren. *„Das ist eine Aussage, die man akzeptiert. Aber es ist schon wichtig, über Gespräche eine Möglichkeit zu eröffnen*.“ Sicherlich spielt auch eine Rolle, dass die meisten durch die Jobcenter betreuten Personen gar nicht wissen, dass man durch das Jobcenter Unterstützung bei der Inanspruchnahme von suchtbezogenen Hilfen erhalten kann und es daher sogar sinnvoll und nützlich sein kann, ein vorhandenes Suchtproblem anzusprechen. Teilweise haben Jobcenter immer noch ein eher negatives Image. Daher sei es wichtig, so ein Vorschlag in den Workshops, alle Leistungsberechtigten frühzeitig und in geeigneter Weise darüber zu informieren, welche besonderen Unterstützungsmöglichkeiten es für Personen mit Suchtproblemen gibt. Dies kann über schriftliches Material (z. B. Info-Flyer), durch Informationsveranstaltungen oder im persönlichen Gespräch erfolgen. Eine Workshop-Teilnehmerin sagte, es sei ihr *„großes Anliegen, Klient/-innen zu sagen, dass das Jobcenter nicht ganz schlimme Sachen will und sie eigentlich unterstützen will.“* Häufig seien die Leistungsberechtigten auch erleichtert, wenn das Problem auf dem Tisch liegt. *„Es bringt den Leuten sehr viel, weil das Tabu weg ist, und plötzlich kann man gemeinsam auch mit dem Fallmanager, wunderbar.*"

Verbesserungen hinsichtlich des Erkennens von Suchtproblemen können durch entsprechende Schulungen der Jobcenter-Fachkräfte erreicht werden. Sie sollten, so eine Empfehlung in den Workshops, idealerweise von den Expert/-innen der kooperierenden Suchtberatungsstelle oder anderen Kooperationspartnern der Suchtkrankenhilfe durchgeführt werden. Dies fördere das persönliche gegenseitige Kennenlernen und die Vertrauensbildung und erleichtere die Zusammenarbeit. Jobcenter hatten außerdem gute Erfahrungen damit gemacht, wenn spezialisiert geschulte Fachkräfte als Multiplikator/-innen interne Schulungen, z. B. zur motivierenden Gesprächsführung oder zum lokalen Suchthilfesystem, durchführten.

In den Workshops wurde aber auch betont, dass es dabei nicht primär darum ginge, den Fachkräften umfängliche suchtdiagnostische Kenntnisse zu vermitteln. Sie sollten aber in die Lage versetzt werden, suchtspezifische Auffälligkeiten zu erkennen, die dann gegebenenfalls durch entsprechende Fachdienste diagnostisch weiter abzuklären seien, z. B. durch den Ärztlichen Dienst oder den Berufspsychologischen Service der Bundesagentur für Arbeit oder durch eine Suchtberatungsstelle. Oschmiansky und andere (2017) konnten beobachten, dass geschulte Fachkräfte schneller in der Lage sind, Anzeichen von Sucht und psychischen Erkrankungen zu erkennen und danach bei der Betreuung strukturierter vorgehen (können) als Fachkräfte, die über diese Kompetenzen nicht verfügen. Das Erkennen von Suchtproblemen wird dadurch erschwert, dass Jobcenter-Kund/-innen in der Vermittlung nur in vergleichsweise großen zeitlichen Abständen geladen werden. Oft werden Hinweise auf eine Suchterkrankung sichtbar, wenn Personen in einer Maßnahme nicht regelmäßig erscheinen (können) oder aus anderen Gründen eine Überweisung ins Fallmanagement erfolgte.

Zum Erkennen von Suchtproblemen gehört stets die Frage, ob bzw. inwieweit das jeweils identifizierte Problem sich als Vermittlungshemmnis auf dem Arbeitsmarkt auswirkt. Seitens der Integrationsfachkräfte wurde klargestellt, dass Suchtprobleme keineswegs per se Vermittlungshemmnisse darstellen. Ob dies der Fall ist, hänge einerseits von der Art der Suchtproblematik und andererseits von der Lage auf dem Arbeitsmarkt ab. Daher sei die Überwindung der Sucht durch Abstinenz nicht immer zwingend erforderlich, um eine Arbeit aufnehmen zu können.

Grundsätzlich sei es auch sinnvoll, die Inanspruchnahme der Suchtberatung zur Prävention anzuraten, sofern es Hinweise auf eine Suchtgefährdung gibt oder wenn Angehörige Unterstützung brauchen.

2.4.2 Jobcenterzuweisungen zur Suchtberatung

Der Erstkontakt zur Suchtberatung kann seitens der Jobcenter auf verschiedene Art und Weise gestaltet bzw. beeinflusst werden. Nach den Ergebnissen der Online-Erhebung lassen sich zwei Grundvarianten unterscheiden:

— Die Jobcenter forderten die Leistungsberechtigten auf, sich bei einer Suchtberatungsstelle zu melden und händigten ihnen dazu eine Adressliste von Beratungsstellen aus.

— Die zuständige Fachkraft nahm zunächst selbst Kontakt mit der Suchtberatungsstelle auf und vermittelte dann die Leistungsberechtigten an eine konkrete Stelle bzw. Person.

Der Weg vom Jobcenter zur Suchtberatung, so wurde in den Workshops betont, stellt eine prekäre Schnittstelle dar, an der ein hohes Risiko besteht, dass Leistungsberechtigte „*verlorengehen*“, und die Beratungsmotivation erodiert. Daher müsse das oberste Ziel sein, dass der Kontakt zur Suchtberatung zustande kommt, und dies möglichst nahtlos. Welche Verfahrensweise dazu die am besten geeignete ist, müsse allerdings von Fall zu Fall entschieden werden.

Sofern die Fachkraft des Jobcenters eine direkte Übergabe an eine konkrete Stelle oder Person versucht, ist die Wahrscheinlich des Ankommens vermutlich relativ hoch. Gleichwohl sei möglicherweise aber eher eine Variante zu favorisieren, die von dem bzw. der Leistungsberechtigten ein gewisses Maß an Eigenaktivität und Selbstverantwortung verlangt, soweit dies der betroffenen Person zugetraut werden kann.

Im Jobcenter Kassel besteht die Möglichkeit, die Wege zur Drogenberatung im Bedarfsfall auch durch eine persönliche Begleitung zu unterstützen. Für Jugendliche kann ein/e Jugendhelfer/-in (beim Jugendamt angegliedert) eingeschaltet werden, welche/r diese Klient/-innen zur Suchtberatungsstelle begleitet. Auch für Erwachsene gibt es diese Option unter dem Namen Chancenmanagement, sie schließt die individuelle Begleitung inklusive des Abholens von zuhause ein. Nach Einschätzung der Workshop-Teilnehmenden braucht man dies für manche Leistungsberechtigte, damit diese den Schritt zur Drogenberatung schaffen. Mitunter sei auch ein Fahrdienst nötig, damit der erste Schritt erleichtert werde. Jugendhelfer/-innen und Chancenmanagement werden je hälftig vom Jobcenter und aus ESF-Mitteln finanziert.

Das Jobcenter Wuppertal hat das Fallmanagement Sucht ausgelagert. Dies geschieht über eine Maßnahme nach § 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 45 SGB III. Die Vermittlungsfachkräfte des Jobcenters weisen in das externe Fallmanagement zu. Die Kund/-innen werden dort eingeladen und betreut. Die zugewiesenen Personen durchlaufen ein Coaching und erhalten ggf. einen Beratungsschein für die Suchtberatung usw. Nach Einschätzung des Jobcenters funktioniere diese Schnittstelle sehr gut. Die Mitarbeiter/-innen des Jobcenters bekommen regelmäßige Berichte, können auch sehr niedrigschwellige Arbeitsgelegenheiten anbieten, wenn die Suchtberatung dies für sinnvoll hält.

Einige Jobcenter können regelmäßig Sprechstunden der Suchtberatung im Jobcenter anbieten. Dies wird von den Fachkräften als sehr unterstützend empfunden. Man könne Kund/-innen dann direkt „über den Flur“ zur Suchtberatung schicken oder für diese vorab selbst Termine buchen. *„Auch eine warme Übergabe wäre dann möglich.*“ Andere Jobcenter berichteten allerdings einschränkend, dass die Sprechstunde der Suchtberatung im Jobcenter von den Leistungsberechtigten nur selten wahrgenommen wurde und daher wieder abgeschafft worden war. Das Jobcenter und die Suchtberatung in Hamburg-Wilhelmsburg beschrieben, dass die Auslastung dieser Sprechstunde stark schwanke. Fallmanagement und Suchtberater nutzen die „Leer“-Zeiten dann nach Möglichkeit für die Abstimmung der bilateralen Zusammenarbeit und/oder Fallbesprechungen.

Es gibt große Unterschiede im Hinblick auf die Finanzierung und Abrechnung der Suchtberatung für Zuweisungen nach § 16a SGB II. Teilweise wird mit verrechenbaren Gutscheinen gearbeitet, im Einzelfall werden Personalstellen bei der Suchtberatung durch diese Budgets (Jobcenter-Zuweisungen) finanziert. Übereinstimmend waren die Workshop-Teilnehmenden der Auffassung, dass es in Bezug auf die Zuweisungen der Jobcenter zur Suchtberatung und die Inanspruchnahme der Suchtberatung durch Jobcenter-Kunden kein Controlling oder Monitoring geben sollte. Man sei dann ganz schnell bei einer nicht aufgabengerechten Steuerung. *„Diese Arbeit hat einen gewissen Eigensinn und die Frage ist, ob man mit den üblichen Steuerungsmethoden da überhaupt was bewegen kann.“*

2.4.3 Das Thema Sucht in der Eingliederungsvereinbarung und Umgang mit Sanktionen

§ 15 SGB II gibt vor, dass mit jeder leistungsberechtigten Person eine Eingliederungsvereinbarung abzuschließen ist, in der Pflichten vereinbart werden. Dabei ist bedeutsam, dass diese Handlungsauflagen sanktionsbewehrt sind, d.h. bei Nichteinhaltung Kürzungen von Leistungen möglich sind.

Die Online-Erhebung ergab, dass 13 Prozent der Jobcenter das Nicht-Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle in der Regel sanktionieren, 67 Prozent dies in der Regel nicht tun und 21 Prozent nur in bestimmten Fällen Sanktionen aussprechen. Von Sanktionen ist abzusehen, wenn ein „wichtiger Grund" für die Nicht-Einhaltung einer in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Verpflichtung vorliegt (§ 31 Abs. 1 SGB II). Eine Suchterkrankung kann ein solcher Grund sein. 38 Prozent der Jobcenter erkannten die Suchtproblematik in der Regel als Sanktionsausschlussgrund an, 35 Prozent nicht, die übrigen entschieden dies von Fall zu Fall.

In den Workshops war die Haltung gegenüber Sanktionen kritisch und ablehnend – nicht zuletzt mit Blick auf die Rechtsprechung, wonach bei einem manifesten Krankheitsbild nicht sanktioniert werden darf. Übereinstimmung bestand darin, dass die Suchtkrankheit stets ein wichtiger Grund sei, der die Vermeidung von Sanktionen begründet. Viele Jobcenter berichteten, dass sie bei Suchtkranken inzwischen grundsätzlich keine Sanktionierungen vornähmen, da diese vor Gerichten sowieso keinen Bestand hätten. Darüber hinaus wurde auch auf negative Sanktionseffekte für das Vertrauensverhältnis bzw. das *„Arbeitsbündnis"* zwischen den Fachkräften im Jobcenter und der leistungsberechtigten Person hingewiesen. Die Suchtberatungsstellen hoben hervor, dass es nicht zielführend sei, wenn Leistungsberechtigte nur aus Angst vor einer Sanktion zur Suchtberatung kämen. Freiwilligkeit sei *„das höchste Gut"* und eine wichtige Erfolgsbedingung für die angestrebte Überwindung der Sucht.

Im Hinblick auf die Eingliederungsvereinbarung gab es in Teilen jedoch kontroverse Diskussionen darüber, ob ein Erstkontakt zur Suchtberatung – nicht jedoch die Suchtberatung selbst – Teil der sanktionsbewehrten Eingliederungsvereinbarung sein kann und vielleicht auch sein sollte.[4] Mitunter sei eine solche Verpflichtung geeignet und notwendig, um einen Kontakt zur Suchtberatungsstelle überhaupt erst möglich zu machen. Hierin wurde vor allem eine Chance gesehen. Über den (verpflichtenden) Erstkontakt – so die Hoffnung – könnte der Einstieg in eine Suchtberatung gelingen. Durch die fachliche Kompetenz der Suchtberater/-innen könnten dann auch solche Menschen zur Auseinandersetzung mit ihrer Krankheit motiviert werden, die zunächst „nur" aufgrund der Verpflichtung in der Eingliederungsvereinbarung eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. *"Für mich geht das teilweise nur darum, um Leute an den Tisch zu holen mit einer, was weiß ich, einer Sanktion oder Kürzung, damit die mal ein Gespräch machen."* Größtenteils reagierten die Leute dann, manche allerdings auch nicht. Die Diskussionen zeigten aber auch: Sofern Jobcenter den verpflichtenden Erstkontakt zur Suchtberatungsstelle in die Eingliederungsvereinbarung aufnehmen, wird im Fall der Nichtwahrnehmung dieses Termins nicht automatisch sanktioniert. Vielmehr wird immer eine individuelle Prüfung vorgenommen, die im Fall der Suchtkrankheit eine Sanktionierung verhindert. Mehrheitlich wurde die Meinung vertreten, dass ein Jobcenter, das eine leistungsberechtigte Person zu einer Suchtberatung zuweisen möchte, damit schon im Vorfeld den wichtigen Grund anerkennt, der eine Sanktionierung verbietet. Übereinstimmung gab es auch darin, dass eine Sanktionierung das Problem nicht löst, sondern eher problemverschärfend wirkt.

Die Mehrheit der in den Workshops vertretenen Jobcenter sind dazu übergegangen, das Aufsuchen einer Suchtberatung generell nicht in der Eingliederungsvereinbarung festzuschreiben, sondern in einem eigenen „Integrations- bzw. Handlungsplan" zu regeln, der eine nicht sanktionsbewehrte Vereinbarung darstellt. In anderen Jobcentern erfolgt die Zuweisung zur Suchtberatung grundsätzlich nur mit Zustimmung des bzw. der Leistungsberechtigten.

[4] Dazu gibt es in der Fachdiskussion unterschiedliche Auffassungen (vgl. Oschmiansky et al. 2017: 58).

Die Mehrheit der in den Workshops vertretenen Jobcenter sind dazu übergegangen, das Aufsuchen einer Suchtberatung generell nicht in der Eingliederungsvereinbarung festzuschreiben, sondern in einer nicht sanktionsbewehrten Nebenvereinbarung zu regeln. In anderen Jobcentern erfolgt die Zuweisung zur Suchtberatung grundsätzlich nur mit Zustimmung des bzw. der Leistungsberechtigten.

In jedem Fall aber, darin waren sich alle in den Workshops einig, sei die Motivierung der als suchtkrank erkannten Leistungsberechtigten zur Suchtberatung von zentraler Bedeutung. Vor allem auch, um Abbrüchen der Suchtberatung vorzubeugen, die immerhin bei rund 60 Prozent der Leistungsbeziehenden mit Jobcenter-Zuweisung vorkommen (Henke et al. 2017, 42) bzw. um einen erneuten Anlauf zu machen. Daher sei es sinnvoll und nützlich, die Jobcenter-Fachkräfte in Motivierungsmethoden zu schulen, z. B. in Techniken der „Motivierenden Gesprächsführung“ (Miller, Rollnick 2015). Nach den Ergebnissen der Online-Erhebung wurden solche Schulungen bereits in 60 Prozent der Jobcenter durchgeführt.

2.5 Suchtberatung von SGB II-Leistungsberechtigten ohne Wissen des Jobcenters

Eine relativ große Zahl von Leistungsberechtigten sucht eine Einrichtung der Suchthilfe ohne Zuweisung durch ein Jobcenter auf. Nach den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) waren dies im Jahr 2016 rund 45.000 Personen (IFT 2017). Auf die Frage, was die Jobcenter tun, wenn sie von diesen Fällen erfahren, antworteten in der Online-Befragung ein Viertel der Jobcenter, dass sie sich grundsätzlich (das Einverständnis der Leistungsberechtigten vorausgesetzt) mit der Suchtberatungsstelle in Verbindung setzen würden, um mit dieser dann integrationsorientiert zu kooperieren. Allerdings dürften die meisten Jobcenter die entsprechenden Informationen gar nicht erhalten.

In den Workshops wurde es grundsätzlich positiv gesehen, wenn Leistungsberechtigte von sich aus – also ohne Zuweisung durch die Jobcenter – die Suchtberatung aufsuchten, weil dann Einsicht und Motivation zur Überwindung der Sucht gegeben seien. Kritische Stimmen wiesen allerdings darauf hin, dass es ein Trugschluss sei, anzunehmen, die Leistungsberechtigten ohne Jobcenter-Zuweisung seien durchweg die leichteren Fälle, weil sie selbstmotiviert seien. Laut Deutscher Suchthilfestatistik (IFT 2017) sind nur die Hälfte aller Suchtberatungsklienten/-klientinnen sogenannte Selbstmelder; alle anderen kommen durch Vermittlung seitens anderer Personen (z. B. Familie) und Institutionen (z. B. Jugendamt, Führerscheinstelle, Justizbehörde).

Ob die Suchtberatungsstellen diese für die Jobcenter „unsichtbaren“ Klientinnen und Klienten motivieren sollten, sich bei ihren Jobcentern als Suchtkranke zu offenbaren, wurde in den Workshops nicht eindeutig beantwortet. Zunächst sei dies Angelegenheit der Klient/-innen selbst. Diese dürften Gründe haben, ihre Erkrankung gegenüber dem Jobcenter nicht zu offenbaren. Ein Suchtberater berichtete, dass er seinen Klient/-innen eher selten rät, die Erkrankung offenzulegen. Es gebe im Alltag viele Beispiele dafür, dass Sucht ein negatives Image hat und Suchtkranke anders, nämlich diskriminierend, behandelt würden. Da er unsicher sei, welche Folgen eine Offenbarung gegenüber dem Jobcenter für Vermittlungsvorschläge u. ä. haben kann, sei er eher vorsichtig mit entsprechenden Empfehlungen. Allerdings habe er festgestellt, dass viele Ratsuchende gar nicht wissen, dass eine Suchtkrankheit im Jobcenter als besonderes Vermittlungshemmnis gilt, dass den Leistungsberechtigten aus ihrer Krankheit kein Nachteil erwachsen darf und sie sogar zusätzlich unterstützt werden.

Die übereinstimmende Meinung in den Workshops war: Nur dann, wenn die Suchtberatung einschätzt, dass die Klient/-innen durch das Jobcenter bei der Überwindung ihrer Suchterkrankung wirksam unterstützt werden (können), ist es sinnvoll, darauf hinzuarbeiten, dass die Klient/-innen ihre Krankheit im Jobcenter ansprechen. Entscheidend sei immer, ob und inwieweit diese Personen von einer solchen Offenbarung tatsächlich profitieren, d. h. ob und inwieweit das Jobcenter den Suchtberatungs- und Integrationsprozess durch geeignete Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen unterstützen kann. Je besser und vertrauensvoller die Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtberatung ist, desto leichter ist es für die Fachkräfte in der Suchtberatung, diese Chancen zu beurteilen und ihren Klient/-innen diesbezüglich einen guten Rat zu geben.

3 Schnittstelle zur Sucht-Rehabilitation

Im sozialleistungsrechtlichen System der medizinischen und beruflichen Rehabilitation kommt den Jobcentern eigentlich nur eine nachgeordnete Rolle zu. Auch für die Rehabilitation suchtkranker Leistungsberechtigter sind vorrangig andere Leistungsträger zuständig. Leistungen nach dem SGB II werden nur dann gewährt, wenn alle anderen Ansprüche ausgeschöpft sind. Anders als etwa die gesetzlichen Krankenkassen, die Träger der Rentenversicherung und die Agentur für Arbeit sind Jobcenter keine Reha-Träger und erbringen keine Leistungen in eigener Zuständigkeit.[5] In der Praxis allerdings arbeiten die Jobcenter mit ihrer Verantwortung für den größeren Teil der erwerbsfähigen arbeitslosen Bevölkerung und dem Auftrag, die Erwerbsintegration eines gesundheitlich vielfach stark eingeschränkten Personenkreises zu erreichen, häufig unmittelbar an der Schnittstelle zur Reha.

Aus dieser Konstellation ergeben sich besondere Anforderungen an die Gestaltung ihrer Zusammenarbeit mit den Trägern und Einrichtungen der Rehabilitation. Mit erhöhtem Kooperationsbedarf gehen vor allem die für den Reha-Prozess kritischen „Systemwechsel" einher: Übergänge der Leistungsberechtigten in eine Therapie, die einen weiteren Leistungsbezug (vorläufig) ausschließt, oder die Begleitung ihrer Rückkehr und die weitere Unterstützung im Anschluss an eine Behandlung. Reha-Erfolge möglichst nachhaltig sicherzustellen, liegt dabei ebenso im Interesse der Reha-Träger wie im Interesse der Jobcenter.

Es gab in der Online-Befragung eine Reihe von Hinweisen darauf, dass sich neue Kooperationsstrukturen zwischen Jobcentern und Reha-Trägern herauszubilden begannen. Jobcenter wiesen auf Vereinbarungen mit den Trägern von Kliniken, Klinikverbünden und Suchtambulanzen, mit der Rentenversicherung und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe hin. Einige Beispiele werden in diesem Bericht vorgestellt. Doch zugleich waren es nur 13,2 Prozent der Jobcenter, die für den Reha- bzw. Integrationsprozess relevante Informationen an die Einrichtungen der Suchthilfe weitergaben, und nur 21,1 Prozent der Jobcenter erhielten von Reha-Einrichtungen in der Regel Informationen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen. Gegenüber der Befragung von 2009 waren Fortschritte im Austausch von Informationen trotz allseits gewachsener Sensibilität nicht zu erkennen.

In den Suchtkliniken sind arbeitsbezogene Leistungen – Profiling, Bewerbungscoaching, PC- und EDV-Kurse und Belastungserprobungen in externen Betrieben – schon lange wichtiger Bestandteil der Behandlung. Mit den 2014 verabschiedeten Empfehlungen zu BORA (vgl. Arbeitsgruppe BORA 2014) liegen fachlich fundierte Vorschläge für eine stärkere Orientierung der Therapiekonzepte in der medizinischen Rehabilitation auf die Förderung der beruflichen Integration vor. Sofern sich Kliniken für die BORA-Zertifizierung entscheiden, können sich für Jobcenter hieraus neue Möglichkeiten guter Praxis in der Kooperation mit den Kliniken ergeben.

Dass 2016 viele der befragten Jobcenter gravierende Vernetzungsprobleme an der Schnittstelle zum System der Sucht-Reha sahen und es zugleich vielversprechende Ansätze zu geben schien, sie gemeinsam mit den lokalen Kooperationspartner/-innen zu lösen, war der Hauptgrund, dieses Thema in zwei Workshops zu vertiefen. Zu den beiden Workshops wurden Vertreter/-innen von

[5] Zuständiger Reha-Träger für Leistungsbeziehende im SGB II, die Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben haben und die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der anderen Reha-Träger nicht erfüllen, ist die Bundesagentur für Arbeit (§ 6a SGB IX), die Anspruch und Bedarf zu prüfen hat und vorschlägt, welche Reha-Leistungen erbracht werden sollen. Nur für die Erbringung der Leistungen selbst ist das Jobcenter zuständig.

Jobcentern eingeladen, die in der Online-Befragung entweder Hinweise auf Kooperationswünsche oder auf konkrete Kooperationsprojekte gegeben hatten. Zum Teil wurden ihre Kooperationspartner/-innen einbezogen. Auch Vertreter/-innen der Rentenversicherung, von Reha-Kliniken und Adaptionseinrichtungen sowie ambulante Reha-Anbieter waren an den Diskussionen über die nachfolgend aufgeführten Fragestellungen beteiligt.

3.1 Zielstellung und Leitfragen

Die Teilnehmenden bearbeiteten die folgenden Leitfragen:

— Auf welcher Grundlage arbeiten Jobcenter und Einrichtungen der Sucht-Reha zusammen? Wie unterscheiden sich die Kooperationen im Fall von ambulanter bzw. stationärer Sucht-Reha? Welchen Einfluss hat es, ob Kliniken ein regionales oder ein überregionales Einzugsgebiet versorgen? Welche gegenseitigen Informationen sind erforderlich, wie lassen sich Datenschutzprobleme lösen?

— Wie kooperieren Jobcenter und Sucht-Reha-Einrichtungen in Bezug auf die arbeitsbezogenen Leistungen? Welche Erfahrungen machen Reha-Einrichtungen und Jobcenter mit BORA, der „Beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“?

— Welche zeitliche Abfolge von Beschäftigungsförderung und Sucht-Rehabilitation (nacheinander vs. parallel) wird angestrebt?

— Welche Bedingungen brauchen Nahtlosigkeit, Rückfallprophylaxe und Nachsorge?

— Wie können Kooperationen dazu beitragen, die Integrationsmöglichkeiten der Teilnehmenden zu verbessern?

3.2 Beispiele aus der Praxis

3.2.1 Netzwerkarbeit im Jobcenter Bielefeld

Die Koordination interner und externer Vernetzungsaktivitäten, die Entwicklung von Maßnahmen und allem voran die Unterstützung der Integrationsfachkräfte – diese drei Schwerpunkte gehören zum Aufgabenprofil der Stabsstelle „Fachberatung/Koordination zielgruppenspezifischer Angebote“ im **Jobcenter Bielefeld**.

Fachkräften in Vermittlung und Fallmanagement sollen einerseits suchtspezifische Kenntnisse vermittelt werden. Gerade bei Suchtkranken kommt es aus Sicht des Jobcenters vor allem auf eine authentische und zugewandte Beratung an, die Ängste und Scham überwindet und den nötigen „*Vertrauensvorschuss*“ schafft. Denn: „*Verhaltensveränderung gehört zu den schwierigsten Dingen, die man sich vornehmen kann.*“ Gute Beratung durch die Integrationsfachkräfte befördert aus Sicht der Bielefelder Stabsstelle unter anderem den Reha-Erfolg: „*Übergänge gelingen besser, weil die Leute sich eher ernstgenommen fühlen.*“

In den regelmäßigen Ganztagsschulungen, die die Sucht- und Drogenberatung und die Akutklinik Gilead der von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel für das Jobcenter durchführen, geht es einerseits um die Frage, wie man Süchte erkennt oder dieses für die Betroffenen hoch schambehaftete Thema anspricht. Fachkräfte erhalten einen Leitfaden, der ihre eigene Haltung klären und das Gespräch mit den Leistungsberechtigten anleiten soll: „*Was interessiert uns an der Situation der*

Menschen: Wie verbringen sie ihren Tag? Welche Menschen sehen sie häufig? Welche Sozialstrukturen haben sie? Wie sieht es gesundheitlich aus – mal beim Arzt gewesen in letzter Zeit?"

Andererseits werden die örtlichen Netzwerkstrukturen – von Institutionen und Trägern über die Angebote für Suchtkranke bis zu den Voraussetzungen der Inanspruchnahme – geschult.

Seit 10 Jahren kooperiert das Jobcenter auf der Grundlage einer schriftlich fixierten Vereinbarung besonders intensiv mit der Akutklinik Gilead. Ziel ist es, „*arbeitsmotivierte Klienten mit Suchtmittelproblematik adäquat in ihrem Wunsch, in das Arbeitsleben zurück zu finden, zu unterstützen*." (Kooperationsvereinbarung Bielefeld [im Anhang]: 1) Mit dem Einverständnis der suchtkranken Patient/-innen wird ein „*Clearingbogen*" genutzt, um das Jobcenter vor bzw. bei der Entlassung aus der Klinik über Sachverhalte zu informieren, die für die Vermittlung wichtig sein können, darunter z. B. über „*hilfreiche Erkenntnisse aus der Arbeits- und Ergotherapie*" (ebd.: 2). Viermal jährlich treffen sich Fallmanagement, der Sozialdienst der Klinik und das ärztliche Personal zum fallübergreifenden Austausch.

Speziell für die Zielgruppe und kofinanziert durch die Stadt Bielefeld hält das Jobcenter die „*Werkstatt 36*" vor, ein suchtspezifisches Aktivierungsangebot der Drogenberatungsstelle auf der Grundlage von § 16 SGB II i. V. m. § 45 SGB III für 16 Männer und Frauen, die mindestens 15 Stunden/Woche arbeiten können. Die Teilnahme ist freiwillig und jeweils für ein Jahr möglich. Menschen, die krankheitsbedingt ausscheiden müssen, wird anschließend ein schneller Wiedereinstieg ermöglicht. In den letzten vier Jahren konnten fünf Personen in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden. Für das Jobcenter zählt aber auch als Erfolg, dass das Projekt erfolgreich die Motivation für eine Behandlung erhöht.

3.2.2 Zielorientierte Suchtberatung im Jobcenter Potsdam-Mittelmark

Das Angebot der zielorientierten Suchtberatung im **Jobcenter Potsdam-Mittelmark** ist aus dem Modellprojekt AmigA (Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung) hervorgegangen, das bis 2009 an allen vier Standorten des Jobcenters durchgeführt und anschließend ins Regelangebot übernommen wurde. Insbesondere hatte sich in diesem Projekt bewährt, sozialmedizinische und psychologische Fachkompetenz ins Jobcenter zu holen, und die Erfahrungen mit einer multiprofessionellen gemeinsamen Fallarbeit waren sehr vielversprechend. Gleichzeitig war für das Jobcenter ein Mangel an unmittelbar verfügbarer und zielgerichteter (d. h. arbeitsmarktorientierter) psychosozialer Unterstützung deutlich geworden, den auch die niedrigschwellige Suchtberatung, die im Auftrag des Landkreises angeboten wurde, nicht decken konnte. Kurzerhand wurden daher 2009 die für Suchtberatung verfügbaren Mittel des Landkreises zweckbezogen aufgeteilt: Mit einer Hälfte der Mittel wird den Bürgerinnen und Bürgern im Landkreis weiterhin eine offene niedrigschwellige Suchtberatung angeboten, die andere Hälfte der Mittel setzt das Jobcenter für die zielorientierte Suchtberatung ein, die von der **salus ambulanz** in den Räumen des Jobcenters angeboten wird.

Das Angebot ist darauf ausgerichtet, diagnostische Klärung herbeizuführen, schnelle Übergänge in eine medizinische Rehabilitation zu befördern und ein begleitendes Angebot nach der Therapie zu unterbreiten. Da die Suchtberatung im selben Haus angeboten wird, sind „*weiche Übergänge*" möglich, bei Bedarf stellen die Integrationsfachkräfte den Kontakt zur Suchtberatung unmittelbar her, und auch gemeinsame Fallgespräche kommen regelmäßig vor. Um Verbindlichkeit herzustellen, wird nach einem entsprechenden Beratungsgespräch einerseits per Eingliederungsvereinbarung zugewiesen, andererseits achten alle Beteiligten auf die Wahrung des Datenschutzes und der

ärztlichen Schweigepflicht. Stimmen die Betroffenen einem engeren Austausch zwischen Suchtberatung und Fachkräften nicht zu, erhält das Jobcenter lediglich Informationen darüber, ob Termine wahrgenommen wurden, und es bekommt nach einem auch für Kundinnen und Kunden transparenten Verfahren eine Rückmeldung zu eventuellen Auswirkungen auf die Vermittelbarkeit der Leistungsberechtigten.

Die Inanspruchnahme dieses Angebotes setzt nicht zwingend voraus, dass Leistungsberechtigte mit einer Suchtproblematik sich ihren Fachkräften offenbart haben müssen. Haben diese den Eindruck, dass Scham oder Angst einen offenen Umgang mit dem Suchtproblem verhindern, vermeiden sie es, über „*Sucht*“ oder „*Psyche*“ zu sprechen, sondern bieten eine unverbindliche Beratung zu sozialen oder gesundheitlichen Fragen in einem geschützten Rahmen an.

3.2.3 Projektarbeit im Jobcenter Mayen-Koblenz

Das **Jobcenter im Landkreis Mayen-Koblenz** legt seit der Gründung im Jahr 2005 Wert auf die Netzwerkarbeit und die Arbeit mit besonderen Zielgruppen. Neben dem Bereich „Markt und Integration“ und dem Bereich „Leistungen“ gibt es im Jobcenter daher auch den Bereich „Projekte“ mit inzwischen 28 Mitarbeiter/-innen. Er ist aus einer kleinen „*Netzwerkstelle*“ hervorgegangen. Die Fachkräfte dieses Bereichs erarbeiten Konzepte, entwickeln Projekte, akquirieren Drittmittel und führen – AZAV zertifiziert – innovative (Zielgruppen-)Angebote wie z. B. ein Fallmanagement für psychisch Kranke mit einem reduzierten Betreuungsschlüssel von 1:50 oder ein Projekt für Geflüchtete auch selbst durch.

Unter Federführung seiner Netzwerkstelle gründete das Jobcenter – über weite Strecken unterstützt von der Fachhochschule Koblenz – bereits 2007 einen „*Arbeitskreis Sucht*“, der dreimal jährlich zusammenkommt. Aus dem Arbeitskreis heraus entstand ein gemeinsames Projekt mit der Rhein-Mosel-Fachklinik: Unter dem Titel „*Erster Schritt – letzter Schluck*“ bietet ein/-e Mitarbeiter/-in der Klinik in allen fünf Dienststellen des Jobcenters einmal pro Woche eine Beratung mit dem Ziel an, Leistungsberechtigte zu einer Entgiftung bzw. einer längerfristigen Entwöhnungsbehandlung zu motivieren. Das Beratungsangebot wird je zur Hälfte durch das Jobcenter und die Klinik finanziert. Der erste Schritt ist oft ein „Schrittchen“: Bis eine Entscheidung fällt, werden viele Leistungsberechtigte fünf- oder sechsmal beraten.

Zur eingespielten Kooperation gehört auch, dass das Jobcenter mit Zustimmung der Betroffenen vor einer Entlassung aus der Entgiftung über die Anschlussplanung informiert wird. Auch besteht die Möglichkeit, kurzfristige Entgiftungstermine direkt aus dem Beratungsgespräch im Fallmanagement zu vereinbaren; in solchen Fällen bemüht sich die Klinik, kurzfristig Plätze bereitzustellen.

Für eine individuelle Begleitung unter dem Titel „*Intensivbetreuung*“ kooperiert das Jobcenter mit einem freien Träger der Wohlfahrtspflege. Dem Angebot liegt die Einschätzung zugrunde, dass dem Fallmanagement Kapazitäten fehlen, den spezifischen Bedarf an Begleitung und Assistenz zu decken, den viele suchtkranke oder psychisch kranke Menschen haben. Die Begleitung zielt darauf, Menschen beim Übergang in die Klinik oder zur Substitution zu begleiten und etwaige Hindernisse auf diesem Weg aus dem Weg zu räumen. Nebenbei dient der enge Kontakt des Trägers auch der Klärung: *„Was kann ein Mensch noch arbeiten?“*

3.2.4 Projekt „Sucht und Beruf“ im Stadt- und Landkreis Karlsruhe und Jobcenter Karlsruhe

Das **Konzept „Su+Ber**“ (Sucht und Beruf) wird – gefördert durch Landes- und ESF-Mittel – in Kooperation von Jobcentern, Suchthilfe- und Beschäftigungsträgern an sechs Standorten in Baden-Württemberg erprobt. Von den Ergebnissen hängt ab, ob der Ansatz ins Regelangebot der Reha-Träger übernommen wird. Voraussetzungen für die Aufnahme in eines der Su+Ber-Projekte sind ein mindestens 12-monatiger Alg-II-Leistungsbezug und eine Prognose, nach der eine Tätigkeit am ersten Arbeitsmarkt erreichbar ist: *„Die Klienten müssen hinreichend stabil sein.“* Eine Phase A (zwei Monate) dient dem Grobclearing, in Phase B wird die Beschäftigung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern mit externen Praktika und ambulanter Reha verknüpft (sechs bis acht Monate), und in Phase C sollen Teilnehmende beim Übergang in Arbeit durch eine assistierte Beschäftigung dabei unterstützt werden, den Arbeitsplatz zu halten.

In Karlsruhe arbeiten das **Jobcenter der Stadt Karlsruhe und das des Landkreises**, die Fachstelle Sucht des Baden-Württembergischen Landesverbandes für Prävention und Rehabilitation (bwlv) in Bruchsal, die Suchtberatungsstelle der Diakonischen Suchthilfe Mittelbaden in Karlsruhe und die AFB-Arbeitsförderungsbetriebe gGmbH an der Umsetzung von Su+Ber. Als zentralen Ertrag des Projektes werten die Beteiligten, dass in der Kooperation eine *„gemeinsame Sprache*“ gefunden wurde, die es besser als früher ermöglicht, die Fallarbeit abzustimmen und Einschätzungen auszutauschen. Im Jobcenter sei das Thema Sucht *„präsenter*“ geworden. Gut bewährt habe sich auch der Ansatz, Beschäftigungsförderung und Therapie zu verzahnen. Die Teilnehmenden hätten oft schon *„x Therapien gemacht*“: *„Die wollen nicht jeden Morgen in der Morgenrunde sitzen. Die wollen etwas Neues.*“ Weniger attraktiv für Teilnehmende ist die Tatsache, dass im Unterschied zu Arbeitsgelegenheiten keine Mehraufwandsentschädigung gezahlt wird. Inzwischen erhalten Teilnehmende, die mindestens elf Tage anwesend sind, aber eine Prämie von 100 Euro. Auch Fahrtkosten werden gezahlt. Beides erhöhe die Motivation und verbessere die *„prekäre Lage*“ der Teilnehmenden spürbar.

Die Ergebnisse des Projekts seien *„phänomenal*“, obwohl bislang nur *„relativ wenige Arbeitsaufnahmen*“ erreicht wurden. Das führen die Projektverantwortlichen darauf zurück, dass wegen der guten Arbeitsmarktbedingungen im SGB II derzeit vor allem *„prognostisch schwierige Fälle*“ betreut würden, die viel weniger gute Übergangsaussichten aufweisen, als sie das Konzept eigentlich verlangt. Auch deshalb werde in Phase B oft festgestellt: *„Es ist noch schlimmer als gedacht.“* Häufig würden fachärztliche Behandlungen oder Psychotherapien eingeleitet. Doch gerade in diesen Fällen wirke das Projekt: *„Su+Ber ist eigentlich ein Instrument, um Problemlagen aufzuzeigen und dann an andere Behandlungsmöglichkeiten und Einrichtungen zu verweisen.*“ Niemand verlasse das Projekt ohne sozialmedizinische Einschätzung und ohne individuell geklärte Perspektive.

Jobcenter, die sich entschließen, suchtkranken Leistungsberechtigten ein solches Angebot zu machen, müssen allerdings im Vergleich zu anderen arbeitsmarktpolitischen Fördermaßnahmen mit hohen Kosten bei relativ kleinen Fallzahlen rechnen. Die Maßnahme ist *„sehr, sehr betreuungsintensiv*“, und auch die Maßnahmebegleitung beim Jobcenter lässt sich wegen der fallbezogenen und der fallübergreifenden Vernetzungsaktivitäten nicht *„nebenbei*“ machen. Angebote für Suchtkranke müssen daher geschäftspolitisch gewollt und von der Hausspitze im Jobcenter getragen sein.

3.2.5 BORA – Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

In beiden Workshops zur Rehabilitation stellten Vertreter/-innen von Sucht-Reha-Kliniken den Jobcentern ihre Umsetzung des BORA-Konzeptes (vgl. Arbeitsgruppe BORA 2014) vor, und die BORA-Expert/-innen nutzten die Gelegenheit, Erfahrungen auszutauschen.

BORA sei als „*Regulierungsversuch der Rentenversicherung*“ zu verstehen: Denn durchweg hätten Kliniken „*soziale Partizipation im vielfältigsten Sinne*“ zum Schwerpunkt der Rehabilitationsbemühungen gemacht und darüber „*die berufliche Rehabilitation aus den Augen verloren*“. Das sollte mit BORA korrigiert werden. Ziel war es auch, die Akutbehandlung deutlicher von der Rehabilitation abzugrenzen.

Im **Reha-Zentrum Osterholz** in Bremen war man überzeugt, dass BORA die Wünsche der suchtkranken Leistungsberechtigten, die dort behandelt werden, treffe. Es gebe „*kaum Menschen mit Rentenbegehren*“, vielmehr wünschten die Patient/-innen die Eingliederung in Arbeit. Man wisse aus Untersuchungen, dass Menschen, die arbeiten, wesentlich seltener rückfällig werden als Menschen ohne Arbeit, und es sei bekannt, dass der Verlust des Arbeitsplatzes ähnlich einschneidend erlebt werde wie der Todesfall eines nahen Angehörigen.

BORA rücke berufsbezogene Aspekte wieder stärker in den Mittelpunkt der Rehabilitation. Das bedeute aber nicht, dass die therapeutische Arbeit sich stark verändern müsse, ein ganzheitlicher Blick sei auch vorher gegeben gewesen: „*Wir denken das zusammen, versuchen immer, das ganze System und das ganze Umfeld im Blick zu halten.*“

Dass BORA Wirkung entfaltet, bestätigten auch die Vertreter/-innen anderer Sucht-Reha-Einrichtungen: So gelinge es, „*viel dezidiertere Arbeitsfähigkeitsprofile*“ zu erstellen. Die Diagnostik sei „*für alle erhellend*“, die Planung werde „*gezielter*“. Therapieplanungsgespräche und Bilanzgespräche richten den Reha-Prozess auf die Frage aus: „*Was ist zweckmäßig im Sinne der Erwerbsfähigkeit?*“ Für Patient/-innen schaffen die so erarbeiteten Perspektiven neue Motivation.

Es wurden aber auch Umsetzungsprobleme beschrieben.

Während den relativ „fitten“ Patient/-innen in Osterholz – denjenigen mit einer positiven Reha-Prognose und ausreichender Mitwirkungsfähigkeit – gute Arbeitsmarktchancen eingeräumt wurden, beschrieb der Referent der **Fachklinik Renchtal** für alkoholkranke Männer im zweiten Workshop einen Personenkreis, der oft zwar wieder zur Abstinenz fähig werde, ohne jedoch für Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt geeignet zu sein: „*Reha-Fähigkeit ist faktisch nicht gegeben.*“

Für diese Patient/-innen, so bestätigten andere Teilnehmende, sei es schwer, sich der Erkenntnis zu stellen „*Ich komm da nicht mehr rein*.“ Da der Arbeitsmarkt eigentlich günstig sei, nähmen sie ihr Scheitern oft persönlich. Das habe wiederum Rückwirkungen auf den Therapieerfolg. Stoße die Vermittlung an Grenzen oder verzögere sich der gewünschte Übergang in Arbeit, werde es schwerer, die abstinenten Patient/-innen „*dauerhaft bei der Stange zu halten“*. Für die Kliniken bleibe die Frage: „*Wie können wir auch der Klientel mit vielen Vermittlungshemmnissen, die sich schon ein Stück weit aufgegeben hat, Chancen eröffnen?*“

„*Einige Fragezeichen*“ warf es für Vertreter/-innen der Kliniken auf, dass „*manche Träger der Rentenversicherung*“ bei der Bewertung des Reha-Erfolgs ausschließlich Übergänge in Arbeit im ersten Arbeitsmarkt berücksichtigten. Kritisch wurde ferner vorgebracht, BORA verursache zusätzlichen Aufwand, der nur zum Teil zusätzlich vergütet werde. Es könne nicht ausgeschlossen werden, „*dass dadurch etwas anderes wegbricht*“.

3.3 Übergänge in Therapie bahnen – Jobcenter als kooperierende Akteure

Dass suchtkranke Menschen klinisch entgiften, ohne danach weitergehende therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, dass sie eine beantragte und bewilligte stationäre Therapie nicht antreten oder dass sie eine Reha-Maßnahme antreten, jedoch nach kurzer Zeit wieder abbrechen – Ziel der Suchrehabilitation ist es, solchen Verläufen entgegenzuwirken und vor allem nicht planmäßige Fallabschlüsse mit einer hohen Rückfallwahrscheinlichkeit zu vermeiden. In den Workshops wurde unter anderem diskutiert, was und wie Jobcenter dazu beitragen können, Zugänge in das System der Suchtrehabilitation zu bahnen und den Verbleib dort zu unterstützen.

Der sogenannte „Magdeburger Weg", der im Zuständigkeitsbereich der Deutschen Rentenversicherung Mitteldeutschland erprobt wurde (vgl. Forschner et al. 2012) sah unter anderem vor, dass Fachkräfte im Jobcenter direkt in eine stationäre Reha-Maßnahme vermitteln konnten. Bedingung für diesen Zugang waren ein Reha-Antrag und ein ärztliches Gutachten: *„Da wird der Klient gleich vom Jobcenter aus, vom Fallmanagement, in den Entzug bzw. in die Therapie geleitet."* Das Konzept zielte auf den schnelleren Zugang einer Gruppe von Suchtkranken, die an den Anforderungen des üblichen Verfahrenswegs, der einen Sozialbericht der Suchtberatungsstellen und den Nachweis von Motivation erfordert, vielfach scheitern. Gegenüber den Suchtberatungsstellen sollte der Ansatz, der in den Jahren 2011 bis 2013 sehr forciert wurde, u. a. auch die Rolle der Hausärzte und Hausärztinnen stärken.

Ein Teil der Workshop-Teilnehmenden sah in der Suchtberatung als Vorbereitung auf die Therapie eine wichtige Erfolgsbedingung. *„Das sind die geschulten Leute, die kennen die Instrumente der motivierenden Gesprächsführung, sind fachkompetent, kennen sich mit Kostenträgern und allen Institutionen aus und wissen auch, wann welches Instrument seinen Sinn hat.*" Bislang sei nicht bekannt, wie nachhaltig der „Magdeburger Weg" ist. Es sei die *„ureigenste Aufgabe als Fallmanagerin, Netzwerkarbeiter zu sein*", d. h. zu unterstützen, zu beraten und Wege zu ebnen, um die Netzwerke in Anspruch nehmen zu können: Eine Direktvermittlung gehöre nicht dazu.

Ein Teil der Jobcenter kritisierte jedoch auch, dass Zugänge in Reha die Beteiligung der Suchtberatungsstellen zwingend voraussetzen, *„weil die immer erst beraten möchten.*" Dies sei jedoch längst nicht bei allen Kund/-innen erforderlich. Viele stünden nicht zum ersten Mal vor der Frage eines Entzugs: *„Den Suchtkranken ist das System bekannt.*" Einige Jobcenter suchen daher die direkte Kooperation z. B. mit den Suchtambulanzen der Reha-Kliniken und nutzen deren (tägliche) Sprechstunden, um Leistungsberechtigte an Therapie heranzuführen. Im Jobcenter Mayen-Koblenz berät die Rhein-Mosel-Fachklinik suchtkranke Leistungsberechtige (vgl. 3.2.3). Gelingt es aus der Beratung beim Jobcenter heraus, umgehend eine qualifizierte Entgiftung einzuleiten, kann im Anschluss daran das neue „Nahlosverfahren" (vgl. DRV/GKV/DKG 2017) greifen. Sozialdienste der Akutkliniken sorgen dann dafür, dass eine Entwöhnungsbehandlung tatsächlich unmittelbar anschließen kann. Das gleiche Ziel verfolgt im Jobcenter Potsdam-Mittelmark die dortige „Zielorientierte Suchtberatung" durch die salus ambulanz (vgl. 3.2.2).

In den Workshops bestätigte sich eine Einschätzung aus der Online-Befragung: Gut geeignet für eine Überleitung in die ambulante und stationäre Sucht-Rehabilitation sind multiprofessionell ausgestattete Beschäftigungsprojekte, in denen Jobcenter, Suchtberatungsstellen und Beschäftigungsträger kooperieren. Im Projekt Su+Ber (vgl. 3.2.4) ist die ambulante Reha sogar Bestandteil des Beschäftigungsangebotes selbst.

3.4 Nahtlosigkeit in den Übergängen

Nur 30 Jobcenter hatten in der Online-Befragung angegeben, bereits zum Ende einer Therapie wieder mit der Aktivierung zu beginnen, wenn eine arbeitsmarktpolitische Maßnahme mit dem Therapiebeginn abgebrochen werden musste. Etwa einem Drittel der Jobcenter gelang es nach eigenen Angaben in den „meisten" Fällen, nahtlose Übergänge herzustellen. Bei weiteren 43 Prozent war dies ‚manchmal' der Fall. Dass sich seit 2009 keine messbare Verbesserung der Situation gezeigt hatte, wertete das Evaluationsteam als einen Hinweis auf fortbestehende „Umsetzungsprobleme in der Praxis." (Henke et al.: 106)

Bei den Vertreter/-innen der Jobcenter und den Vertreter/-innen der Sucht-Reha-Einrichtungen, die an den Workshops teilnahmen, war unumstritten, dass es Ziel der gemeinsamen Anstrengungen sein müsse, Nahtlosigkeit in den Übergängen zu erreichen, und sie bezogen das nicht nur auf die Frage der beruflichen Integration, sondern auch auf den Leistungsbezug und die materielle Existenzsicherung der suchtkranken Leistungsberechtigten. Aber auch ihre Einschätzung fiel skeptisch aus: Vor allem wurden von den Expertinnen und Experten in beiden Workshops die Schwierigkeiten herausgearbeitet, die im Einzelfall und übergreifend auf beiden Seiten nahtlose Übergänge zwischen stationärer Reha und der Unterstützung im Jobcenter be- und verhindern.

Neben den nachfolgend etwas eingehender diskutierten Aspekten machten sie eine grundsätzliche Unbeweglichkeit der beiden Leistungssysteme (zweier großer „*Tanker*") als eine wesentliche Ursache dafür aus, dass Kooperationsanforderungen, die von beiden Seiten gesehen werden, praktisch nur schwer umzusetzen sind. Auch die bestehende Rechts- und Weisungslage erschwere Lösungen (vgl. 3.8). Für die Kooperationspartner/-innen der Jobcenter kam die schlechte Erreichbarkeit der Fachkräfte in den Jobcentern als gravierendes Hindernis hinzu.

3.5 Einander kennen und voneinander wissen – Kooperation wächst in der praktischen Zusammenarbeit

Ob Kooperation „gelebt wird" und ob Hilfesysteme abgestimmt arbeiten, komme auf die beteiligten Menschen an – diese Erfahrung bringt zum Ausdruck, warum in manchen Strukturen etwas gelingt, was in anderen unerreichbar scheint. Dass in Netzwerken gute Praxis realisiert wird, hängt in hohem Maß von den handelnden Personen ab. Weil solche Netze anfällig für Veränderungen sind, ist es stets auch wichtig, persönliche Beziehungen strukturell zu rahmen. Systeme, in denen die Kooperation zwischen allen Beteiligten abgestimmt ist und in denen alle miteinander verzahnt sind, arbeiten wesentlich erfolgreicher und effizienter als Systeme ohne ein gemeinsames fachliches Verständnis, in denen gewachsene Strukturen und einzelne Akteurinnen und Akteure darüber entscheiden, welche Angebote es gibt und welche nicht.

Ein geteiltes fachliches Verständnis – so die übereinstimmende Auffassung in allen Workshops – entsteht aber auch nicht allein durch Vereinbarungen, sondern wächst in der praktizierten Zusammenarbeit. Für die Jobcenter und Reha-Einrichtungen, die von positiven Erfahrungen berichteten, hatten sich alle Formen des gemeinsamen Handelns bewährt: ein regelmäßiger Austausch und Kontakt, z.B. im Rahmen von „Fallmanagement-Fachtagen" mit Kooperationspartner/-innen (Jobcenter Hannover), regelmäßige Fortbildungen der einen für die andere Seite, aber auch der gemeinsame Besuch von Fortbildungen, Fallgespräche, Supervision für die Integrationsfachkräfte, gegenseitige Hospitationen und vieles mehr. Sie machten einzig auf ein Problem aufmerksam: Gerade gute Kooperationen und kurze Wege in der Zusammenarbeit verleiten gelegentlich dazu,

Vereinbarungen über den Kopf der betroffenen Menschen hinweg zu treffen. Diese in angemessener Form zu beteiligen, stellt sich als Aufgabe auch in funktionierenden Systemen.

Vertreter/-innen der Jobcenter thematisierten vor allem drei Aspekte im Hinblick auf den Aufbau von (persönlichen) Netzwerkbeziehungen:

Vielfach gebe es unnötige „*Berührungsängste*“, „*Vorurteile*“ und Vorbehalte der sozialen Träger den Jobcentern gegenüber. Diesen werde unterstellt, *„dass uns nur die Integration auf den Arbeitsmarkt interessiert, koste es, was es wolle*“, und angenommen, dass sie fallbezogene Lösungen behindern. Vertreter/-innen der Jobcenter wünschten sich dringend mehr „*Offenheit*“ der stationären Reha-Einrichtungen, „*auf die Jobcenter zuzugehen*“.

Wüssten die Kliniken genauer, wie die Jobcenter arbeiten, könne dies die Rehabilitation verbessern. Es sei wichtig, dass die Kliniken über den Arbeitsmarkt und die Möglichkeiten des Jobcenters gut informiert sind. Oft werde im Rahmen der Therapie eine hohe Motivation aufgebaut, die aber auf unrealistische Ziele ausgerichtet sei und deshalb nach der Therapie in sich zusammenfalle. Tausche man sich rechtzeitig über Stand und Fördermöglichkeiten aus, könne man in Arbeitsvermittlung bzw. Fallmanagement noch während des Klinikaufenthaltes mit der Planung beginnen, um nach der Therapie keine Lücken entstehen zu lassen.

Allerdings schaffe die große Heterogenität bei der SGB-II-Umsetzung und die Autonomie der Jobcenter „*superschwere*“ Rahmenbedingungen für Vernetzungsaktivitäten, und sowohl die Ressourcen der Jobcenter wie die der Fachkräfte setzen Bemühungen Grenzen, große Netzwerke „*zu managen*“, Kontakte zu pflegen und Absprachen nachzuhalten. Für den operativen Bereich bedeute es eine Herausforderung, eine kontinuierliche Kundenbetreuung mit intensiver Netzwerkarbeit im Tagesgeschäft zu verbinden. Daher müssten Mitarbeitenden entsprechende Kapazitäten eingeräumt werden, was eine Anpassung der Tätigkeits- und Kompetenzbeschreibungen der Arbeitsplätze (TuK) oder des Controllings der Kundenkontaktdichte voraussetze. Gerade bei der Schnittstellenarbeit komme es darauf an, mit einem möglichst geringen Mehraufwand an Arbeit einen für Kund/-innen möglichst großen Effekt zu erzielen, der im Nachhinein für die kooperierenden Institutionen eine Arbeits- und Kostenentlastung schaffe. Dies sei nur möglich, wenn die Führungsebene hierbei beratend und unterstützend mitwirke.

3.6 Verwendung von Instrumenten in gemeinsamer Sprache

Vertreter/-innen der Jobcenter sahen sich grundsätzlich in der Mitverantwortung, im Anschluss an eine medizinische Reha nahtlose Übergänge in Arbeit oder Beschäftigung zu gewährleisten. Dies setze ihrer Einschätzung nach aber zwingend voraus, dass sie von den entlassenden Einrichtungen möglichst frühzeitig, umfassend und genau über den Stand der Planung zum Ende der Reha informiert werden. Nicht allein darauf, ‚ob‘ Informationen aus den Kliniken an die Jobcenter weitergegeben werden, sondern auch auf das ‚wie‘ der Informationsvermittlung käme es ihnen wesentlich an.

> *„Ich möchte eine ergotherapeutische Aussage, wenn Kunden aus der Klinik kommen: Sind sie drei bis sechs Stunden erwerbsfähig, sind sie voll erwerbsfähig? Sollen sie eine Weiterbildung machen, eine AGH, sollen sie eine Stabilisierung machen? Damit wir eine Aussage haben. Sonst können wir innerhalb von sieben Tagen nicht nahtlos etwas sicherstellen. Wir müssen auch wissen, was wir sicherstellen sollen.“*

Ein Teil der beteiligten Jobcenter bekam in der Regel keine Informationen. Die Vertreterin eines dieser Jobcenter argumentierte: „*Sie machen sich unheimlich viel Arbeit im therapeutischen Setting: … Das finde ich so schade, wenn dann eben bei Entlassung das an uns nicht weitergetragen wird.*“ „*Das praktische Feedback*“ gehe „*komplett verloren*“.

Andere Jobcenter erhielten die Entlassungsberichte der Kliniken von den entlassenen Leistungsberechtigten bzw. forderten sie mit deren Einverständnis von den Reha-Einrichtungen an. Doch diese Berichte seien oft sehr fachlich, holten weit aus und enthielten viele Informationen, die „*vielleicht für die Therapie interessant sind, aber für die Vermittlung in Arbeit gar nicht*“.

> *„Diese Entlassberichte brauchen wir im Fallmanagement gar nicht. Was wirklich wichtig wäre, wäre vorher zu gucken: Wenn der Klient zurückkommt, was kann man anbieten? Was haben wir für Maßnahmen? Und wie kann man Sorge tragen, dass er zurückkommt und diese Tagesstruktur beibehält?“*

Ein in mehreren Workshops diskutierter Vorschlag war, für den Zweck der gegenseitigen Information im Rahmen des Übergangsmanagements ein spezielles, ausschließlich „*auf den Arbeitsmarkt bezogenes Instrument“* zu entwickeln und zu nutzen. Enthalte ein solcher „*Überleitungsbogen*“ bzw. „*Informationsträger*“ nur eine knappe Befundung zu den Parametern, die in den Jobcentern gebraucht würden, erübrige sich auch ein großer Teil der Datenschutzprobleme, weil schutzwürdige Daten z. B. zum Gesundheitszustand von der Weitergabe ausgenommen würden.

In den Workshops wurde von unterschiedlichen Ansätzen berichtet, einen solchen „gemeinsamen Formularsatz“ zu entwickeln – an einem Kooperationsvorhaben zwischen Bundesagentur für Arbeit und der Rentenversicherung werde etwa seit einigen Jahren gearbeitet, und auch im Rahmen eines regionalen Modellprojektes in NRW soll ein „Überleitungspapier“ entstehen. Die Teilnehmenden stimmten zu, dass nicht jede Klinik und jedes Jobcenter ein eigenes Instrument erfinden müsse, aber sie mahnten auch: *„Es darf nicht noch einmal Jahre dauern!“*

3.7 Vermittlungsunterstützende Aktivitäten der Jobcenter während eines stationären Klinikaufenthaltes

Schriftliche Informationen, die Patient/-innen am Ende einer medizinischen Rehabilitation wie einen Arztbrief zum Jobcenter mitnehmen können, sind nur eine Möglichkeit, um medizinische Reha und berufliche Unterstützung miteinander zu verzahnen. In den Workshops war unstrittig, dass die fallbezogene Kooperation zwischen den Einrichtungen der Sucht-Reha und den Jobcentern in Fragen der beruflichen Integration besser schon vor Abschluss einer stationären Rehabilitationsbehandlung beginnen sollte. Die Meinungen darüber, wie sich die gemeinsame Integrationsplanung praktisch am einfachsten umsetzen ließe, gingen jedoch auseinander.

Für die Vertreter/-innen der Reha-Einrichtungen stellte es eine Möglichkeit dar, die Jobcenter in die eigenen Einrichtungen zu holen. Sie bezogen sich auf die bewährte Praxis, dass die Reha-Berater/-innen der Rentenversicherung in den Kliniken berieten, und nahmen an, dass der gleiche Effekt auch eintreten werde, wenn das Jobcenter eine ‚Außer-Haus-Beratung‘ machen würde. Kontakte der Patient/-innen mit dem Jobcenter hätten dann eine andere Qualität als sonst, und das Fallmanagement könne in einem anderen Rahmen unterstützender wahrgenommen werden. Mit ähnlichen Argumenten plädierten einige Teilnehmer/-innen dafür, dass Sprechstunden der Jobcenter in der Suchtberatung möglicherweise nützlicher seien als Sprechstunden der Suchtberatung im Jobcenter.

Das Jobcenter Paderborn verfügt – ähnlich wie Bielefeld – über eine Stabsstelle, bei der das Thema Sucht angesiedelt ist und bei der Schulungsaufgaben und die Maßnahmeplanung für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen liegen. Eine enge Kooperation besteht auch zum LWL-Klinikum. So schloss sich das Jobcenter z. B. einem Austausch zwischen der Ergotherapie der Klinik und der Reha-Beratung der Arbeitsagentur an, der in der Regel einige Monate vor einer Entlassung aus der stationären Behandlung in der Klinik stattfindet. Anschlussperspektiven für die vielen SGB II-Kund/-innen werden so frühzeitig thematisiert und geklärt, nahtlose oder zumindest schnelle Übergänge befördert.

Einige Vertreter/-innen der Jobcenter hatten dagegen den Eindruck gewonnen, dass die berufliche Entwicklung der Patient/-innen für viele Kliniken „*unwichtig*“ sei. Fachkräfte wünschten sich, dass aus der Therapie heraus frühzeitig Kontakt mit dem Jobcenter aufgenommen werde, und sie sahen vor allem die Sozialdienste der Kliniken in der Verpflichtung, die Entlassung durch Kontaktaufnahme zum Jobcenter vorzubereiten.

Dass das BORA-Konzept die Aufmerksamkeit der Reha-Einrichtungen stärker auf berufliche Fragen lenkt, begrüßten die Jobcenter. „*Viele können nicht mehr das, was sie mal gemacht haben. Das ist ein Thema, das in der stationären Therapie besprochen werden soll.*“ Arbeitsbelastungserprobungen in externen Betrieben oder Ergotherapie, von denen die kooperierenden Reha-Einrichtungen berichteten, wurden als notwendig und sinnvoll angesehen. Beteiligte aus Jobcentern regten an, dass die berufliche Planung im Rahmen der Rehabilitation gründlich mit den Jobcentern abgestimmt werde. Werde etwa im Rahmen der beruflichen Reha an einer beruflichen Neuorientierung gearbeitet, sollte „*das Jobcenter reingeholt werden, so dass man zumindest ein Dreiergespräch führt.*“ Da die spätere Umsetzungsverantwortung beim Jobcenter liege, müsste frühzeitig sichergestellt werden, dass sich der erarbeitete Plan auch realisieren lässt, erst recht dann, wenn er eine notwendige Arbeitsmarktförderung umfasse, die nahtlos an die Krankenhausbehandlung anschließen soll.

Fachlich notwendige Dreiergespräche tatsächlich zu realisieren, war allerdings aus Sicht der Teilnehmenden auch für die Jobcenter keineswegs einfach. Während Maßnahmen der ambulanten Sucht-Reha ihnen ermöglichen, Leistungsberechtigte auch während der Behandlung „*im Blick zu behalten*“, seien diese für die Fachkräfte erst einmal „*weg*“, wenn sie sich in stationäre Behandlung begeben. Greift bei einer länger als sechs Monate währenden Therapie ein vollständiger Leistungsausschluss nach § 7 Absatz 4 SGB II, fehle auch die rechtliche Handhabe für beraterische Angebote oder eine Arbeitsvermittlung: „*Wenn jemand nicht im System ist, können wir nicht aktiv werden*.“

Ein Befund, der sich bereits in den Fallstudien angedeutet hatte, die im Rahmen der Erhebung des Forschungsteams 2016 durchgeführt wurden, bestätigte sich in den Workshops mit Jobcentern und Reha-System durchgängig: Kliniken mit überregionalem Einzugsgebiet können eine fallbezogene Kooperation mit Jobcentern nur unter allergrößten Schwierigkeiten realisieren. Selbst wenn es gewünscht und fachlich angezeigt wäre, ist eine Begleitung zu den zuständigen Behörden nur ausnahmsweise möglich, gemeinsame Fallgespräche vor einer Entlassung finden nicht statt. Eine Möglichkeit dieses Problem besser bearbeiten zu können, stellen virtuelle Dreier-Gespräche dar (siehe Fallbeispiel unten).

Ausgehend von Projekten zur Gesundheitsförderung hat das Jobcenter Essen, ein zugelassener kommunaler Träger, seit 2007 eine vorbildliche Kooperation mit dem örtlichen LVR-Klinikum/ der Universitätsklinik Duisburg-Essen und weiteren Kliniken in der Region etabliert. Ziel war es, die Handlungssicherheit der Integrationsfachkräfte zu erhöhen und für Leistungsberechtigte Komplexität, Hemmschwellen und Schnittstellen zu reduzieren. Das LVR-Klinikum übernimmt einerseits diagnostische Aufgaben und ist an den Standorten des Jobcenters für die Diagnostik von psychiatrischen und suchtbezogenen Erkrankungen zuständig. Um den Jobcenter-Kundinnen und Kunden neben der medizinischen Reha/Entgiftung auch arbeitsmarktbezogene Module aus einer Hand anbieten zu können, lässt sich das Klinikum aktuell als Arbeitsmarktdienstleister zertifizieren. Die in § 11 SGB IX vorgesehenen Modellvorhaben vorwegnehmend gibt es mit weiteren 10 Suchtfachkliniken im Umland Kooperationsvereinbarungen. Im Kern geht es um die integrierte Entwicklung eines Gesundheits- und Integrationsfahrplans für die Patient/-innen bzw. Kund/-innen. Schon in der Suchtfachklinik erfolgt die Verknüpfung mit dem Jobcenter, so dass ein gemeinsamer Weg zurück in den Arbeitsmarkt entwickelt werden kann. Nach Rückkehr an den Wohnort ist so die zeitlich und inhaltlich nahtlose Fortführung der vereinbarten Integrationsschritte und die medizinische Nachbetreuung sichergestellt. Dies wird unter anderem durch gemeinsame Videokonferenzen mit Leistungsberechtigten, den Fachkräften des Jobcenters und dem/der für Berufswegeplanung zuständige/n Sozialpädagogen bzw. Sozialpädagogin in der Klinik zu beruflichen Perspektiven nach dem Klinikaufenthalt realisiert.

Kliniken berichteten aber, dass es oft nicht einmal gelinge, die zuständigen Ansprechpersonen in den unterschiedlichen und zum Teil weit entfernten Jobcentern zu identifizieren. Über die Servicecenter einen telefonischen Kontakt herzustellen, sei so gut wie ausgeschlossen. Es wurde angeregt, dass Jobcenter Kund/-innen, die in Therapie gehen, eine Information für die Klinik mitgeben, wie die zuständigen Stellen am besten erreicht werden können.

3.8 Fallbezogene Kooperation in Leistungsfragen

Bezog sich die Online-Befragung der Jobcenter vor allem auf Beratungs- und Vermittlungsangebote, die suchtkranken Leistungsberechtigten gemacht werden, so wurden in den Workshops – nicht nur in den beiden zur Schnittstelle mit der Suchtrehabilitation – oft und detailliert auch Leistungsfragen angesprochen.

Die Rückfallgefahr nach einer Therapie ist in den ersten Wochen und Monaten besonders hoch. In dieser Zeit entscheidet sich bei den meisten Menschen, ob es gelingt, Gewissheiten und Abstinenzvorsätze aus der Therapiezeit in den Alltag mitzunehmen. Gerade in dieser Zeit sollten die Lebensumstände so stabil wie möglich sein.

Alg II ist eine Leistung der Grundsicherung. Leistungsbeziehende haben in der Regel keine weiteren Einkünfte und sind auf die Leistungen existenziell angewiesen. Da ein über sechs Monate dauernder Aufenthalt in einer Klinik bzw. eine ebenso lange Inhaftierung (vgl. 5.4) dazu führen, dass laufende Leistungen der Grundsicherung nach § 7 Absatz 4 SGB II eingestellt werden, müssen nach dem stationären Aufenthalt Leistungsansprüche auf der Grundlage eines Neuantrages geprüft werden. Erst wenn Leistungen bewilligt sind, ist auch der Lebensunterhalt sichergestellt, und oft kann erst dann eine Wohnung bezogen werden. Der in der Leistung enthaltene Krankenversicherungsbeitrag gewährleistet Krankenversicherungsschutz, und eine nahtlose Weiterführung der

medizinischen Behandlung, z. B. eine unmittelbar an die Therapie bzw. Haft anschließende Substitution, hängt deshalb ebenfalls vom Leistungsbezug ab. Dieser ist schließlich Bedingung dafür, dass Maßnahmen der aktiven Arbeitsförderung gewährt werden können: „*Wir dürfen erst dann Angebote machen, die was kosten, wenn die Person schon im Leistungsbezug ist*." Zusammengefasst: Nahtlosigkeit bei den Übergängen zwischen Rehabilitation und beruflicher Weiterförderung im Jobcenter ist ohne die schnellstmögliche Sicherstellung der materiellen Leistungen nicht erreichbar.

Die an den Workshops beteiligten Expert/-innen berichteten von regelmäßigen Bearbeitungszeiten bei einer Neuantragstellung von zwischen zwei und sechs Wochen. Dies wirke sich im Rahmen der Adaptionsbehandlung oft problematisch aus. Patient/-innen hätten mitunter mehrere Wochen keine Mittel: „*Kein Geld, keinen Pfennig. Und dann sollen sie Adaption machen. Das ist gar nicht möglich.*" Die Einrichtungen gehen in solchen Fällen zwar oft in Vorleistung, doch fehle es den Leistungsberechtigen an den nötigsten Dingen für den täglichen Bedarf. Ärgerlich sei, wenn Jobcenter sich für dieses Problem nicht zuständig erklären. Mittellosigkeit erhöhe das Rückfallrisiko.

Zu einer Beschleunigung der Leistungsgewährung im Rahmen der geltenden Rechtslage kann es in vielen Fällen aber führen, wenn SGB-II-Anträge bereits während des Klinik- oder Haftaufenthaltes entscheidungsreif vorbereitet werden, so dass das ab dem Entlassungstag zuständige Jobcenter auf dieser Grundlage möglichst umgehend über den Antrag und die Leistung entscheiden kann.

Am wenigsten Möglichkeiten für entsprechende Vorkehrungen sahen die Jobcenter in Fällen, in denen es zugleich mit der Entlassung aus einer stationären Unterbringung zu einem Ortswechsel kommt. Denn vielfach wollen Menschen nach einer Entwöhnungsbehandlung nicht dorthin zurückkehren, woher sie kommen. Sie fürchten etwa um ihre Abstinenz, wenn sie erneut Kontakt zu ihrem alten (immer noch konsumierenden) Umfeld haben, oder sie entscheiden sich, für eine Zeit oder auf Dauer in einer betreuten Wohnform zu leben. Insbesondere im letzten Fall stellt sich aber oft erst kurz vor der Entlassung heraus, wohin jemand ziehen wird, und es bleibt keine Zeit für die Abstimmung mit dem ‚aufnehmenden' Jobcenter.

In der praktischen Zusammenarbeit komme es aber häufiger vor, berichteten Jobcenter, dass die Sozialdienste der Kliniken mit ihren Patient/-innen Anträge ausfüllen und ans Jobcenter faxen. Enthalte der Antrag eine Aussage zur Erwerbsfähigkeit und den Entlassungstag, „*dann kann man planen*."

Aus Rheinland-Pfalz wurde von informellen Kooperationsabsprachen im Rahmen eines Modellprojektes berichtet und das dort praktizierte Verfahren empfohlen: Anträge auf Leistungen konnten sechs Wochen vor einer Entlassung gestellt werden, wenn glaubhaft gemacht wurde, dass der bzw. die Patient/-*in „in der Region"* bleiben werde.

Das Jobcenter Dortmund, das Jobcenter Augsburg und das Jobcenter Hannover machten (suchtkranken bzw. nach der Entlassung potenziell wohnungslosen) Häftlingen ein aufsuchendes Beratungsangebot, in dessen Rahmen auch Leistungsfragen geklärt und Anträge vorbereitet wurden (vgl. 5.2.3).

Vertreterinnen der Jobcenter und ihrer Kooperationspartner bewerteten alle diese Initiativen positiv. Die stärkste Zustimmung bekam jedoch eine Führungskraft mit ihrer Einschätzung, es könne unmöglich jedem Jobcenter überlassen bleiben, lokale Lösungen für ein strukturelles Problem zu finden: „*So etwas gehört ins Gesetz oder in die fachlichen Weisungen, so etwas muss Weisungslage sein. Sonst funktioniert es nicht!*"

Für die beschriebenen Fallkonstellationen, die nicht selten vorkommen, müssen im Interesse nahtloser Übergänge dringend Lösungen gefunden werden, die Lücken im Leistungsbezug verhindern.

4 Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und geförderte Beschäftigung für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen

4.1 Zielstellung und Leitfragen

Auch wenn das Ziel letztlich darin besteht, suchtkranke Leistungsberechtigte in den Arbeitsmarkt zu integrieren, gelingt dies oft nicht in kurzfristiger Perspektive, sondern erfordert Zwischenschritte. Oft werden Personen mit Suchtproblemen über die Teilnahme an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen an den Arbeitsmarkt herangeführt. Das Ziel der beiden Workshops zu diesem Vertiefungsthema bestand darin, mit Hilfe von Expertinnen und Experten aus Jobcentern und von Maßnahmeträgern herauszufinden, welche arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen die Integration suchtkranker Leistungsberechtigter im Rahmen des SGB II fördern, wie diese Maßnahmen konzipiert und durchgeführt werden, welche Effekte damit erzielt werden (können) und welche Probleme dabei gelöst werden müssen. Dies betrifft insbesondere die Verzahnung mit allen Fragen, die zur Überwindung der Suchtkrankheit erforderlich sind und für diese Zielgruppe deshalb eine spezifische Gestaltung von Maßnahmen erfordern.

Die Leitfragen der Workshops waren:

— Inwiefern unterscheiden sich Unterstützungsbedarfe unterschiedlicher Zielgruppen von suchtabhängigen Leistungsberechtigten?

— Welche unterschiedlichen Ziele gibt es in den Maßnahmen?

— Art der Maßnahmen:

  - Was spricht für/gegen spezifische Maßnahmen für Suchtkranke und für/gegen allgemeine Maßnahmen, in denen u. a. Suchtkranke betreut werden?
  - Welche Instrumente und Finanzierungsquellen gibt es, welche sind geeignet?

— Wie müssen Maßnahmen gestaltet sein, damit sie ihre Ziele erreichen können?

  - Welche Rolle spielt das Abstinenzgebot?
  - Wie können schrittweise Fortschritte messbar und transparent gemacht werden?
  - Welche Beschäftigungsfelder sind geeignet?
  - Umgang mit Risiken (Rückfall, Abbruch, Übergänge nach Abschluss)?

— Wie kann wertschöpfende und sinnstiftende Beschäftigung gleichzeitig arbeitsmarkt- und realitätsnah sowie wettbewerbsneutral gestaltet werden?

— Was muss bei der Realisierung von Kooperationsprojekten mit anderen (Leistungs-) Trägern beachtet werden?

— Welche Anforderungen an Maßnahmen lassen sich verallgemeinern, welche Anforderungen an Rahmenbedingungen?

— Handlungsmöglichkeiten der Jobcenter: Wie können sie Einfluss auf die Angebotsseite nehmen? Welche Begleitung ist erforderlich / sinnvoll?

4.2 Beispiele aus der Praxis

Die in den beiden Workshops präsentierten Beispiele zeigen, , was Jobcenter tun können, wenn sie sich zum Ziel setzen, die Gruppe der schwer integrierbaren suchtkranken Leistungsberechtigten zu unterstützen. Dies sei nicht selbstverständlich, weil die unten dargestellten Projekte *„nicht gut in das Zielsystem der BA passen“* würden und gleichzeitig vergleichsweise viel Geld kosten. Letztlich würden die Jobcenter monatlich an ihrer Zielerreichung gemessen, und es werde erwartet, dass sie ihre Integrationsmittel auch in diese Richtung investieren: *„Alles, was wir tun, weil wir viele Kunden haben, die nicht in diese Zielerreichung reinpassen, müssen wir durch eine mutige Geschäftsführung, vielleicht durch die Trägerversammlung bestimmen und sagen: Okay, auch für diese Personengruppe wollen wir Geld ausgeben.“* Wenn ein Jobcenter Projekte wie die unten dargestellten so ausstatten will, dass dort gute Arbeit gemacht werden kann, *„dann kostet das richtig Geld, und dann muss die Jobcenter-Leitung bereit sein, dafür Geld zu investieren, weil ihr diese Gruppe wichtig ist.“* Das sei keineswegs selbstverständlich. Viele Jobcenter seien *„nicht interessiert an dieser Personengruppe.“* Immerhin 29 Prozent der Jobcenter gaben in der bundesweiten Online-Befragung an, dass sie weder allgemeine noch spezialisierte Maßnahmen für diese Zielgruppe haben (Henke et al. 2017: 99).

Mehrere Referent/-innen bezeichneten die vorgestellten Projekte daher als *„Nischenprodukte“.* Die Diskussion zeigte, dass dabei manchmal ungewöhnliche Wege beschritten und Regelungen flexibel interpretiert werden (müssen), weil dies sonst nicht realisierbar wäre.

4.2.1 Das Projekt Muestli – Kooperation mit dem Jobcenter Nürnberg

Mit dem Projekt Muestli soll Menschen mit Suchtproblemen eine Beschäftigungsmöglichkeit bei langfristiger professioneller und unterstützender Begleitung durch Spezialisten gegeben werden. Es zeichnet sich durch Vielfalt und Flexibilität aus und ist damit eine Art *„Breitbandantibiotikum“* für eine Zielgruppe, die nicht in das Regelportfolio zu passen scheint.

Das Projekt Muestli wird gemeinsam von drei Trägern umgesetzt, die über unterschiedliche Arbeitsbereiche und zugehörige Werkstätten verfügen – Mudra (Kreativwerkstatt, Holzbereich), Estragon (Restaurant, Tagungsstätte), Lilith (Second Hand, Service) – und Erfahrungen in der Arbeit mit unterschiedlichen Gruppen von Suchtkranken haben. So werde den Bedarfen, Wünschen und Fähigkeiten verschiedener Suchtkranker entsprochen und es können Wechsel zwischen den Arbeitsbereichen ermöglicht werden. Für das Jobcenter hat dies den Vorteil, dass die Maßnahmen potenziell für alle Suchterkrankten im Leistungsbezug geeignet sind.

Aktuell hat das Projekt Muestli eine Laufzeit von zwei Jahren mit jeweils zwei Verlängerungsoptionen für je zwei Jahre. Dies gibt den Trägern Planungssicherheit. Die Teilnehmer/-innen können sechs bis zwölf Monate in der Maßnahme bleiben, (wiederholte) Neuzuweisungen sind möglich. Die insgesamt sechsjährige Laufzeit führte dazu, dass aufgrund der veränderten Arbeitsmarktlage die bei der Planung des Projekts anvisierte Zielgruppe inzwischen weitgehend integriert ist. Für die Personen, die aktuell vom Jobcenter zugewiesen werden, sind die ursprünglich vorgesehenen Tätigkeiten vielfach zu anspruchsvoll. Daher wurde eine Anpassung der Anforderungsprofile erforderlich, z. B. musste ein Forstbetrieb abgebaut werden, während gleichzeitig niedrigschwelligere Arbeitsangebote in der Holzwerkstatt ausgeweitet wurden.

Die drei Träger verfügen über eine zentrale Clearingstelle, die als gemeinsame Anlaufstelle für die Kund/-innen fungiert und auf der Grundlage eines individuellen Profilings die Verteilung auf die unterschiedlichen Arbeitsbereiche vornimmt. Dies war dem Jobcenter wichtig, da mangels Zeit

und Expertenwissens im Jobcenter nicht entschieden werden kann, welche Person in welchem Arbeitsbereich und bei welchem Träger am besten aufgehoben ist.

Die integrierte psychosoziale Betreuung wird je nach individuellen Bedarfen geleistet. Die Zusammenarbeit mit anderen Stellen (Bewährungshilfe, Betreuer/-innen, Substitutionsambulanzen) ist wichtiger Projektbestandteil.

Sowohl das Jobcenter als auch die Träger schildern, dass das Projekt attraktiv für Teilnehmende ist. Inzwischen beteiligen sich auch andere Jobcenter und kaufen Maßnahmeplätze bei Muestli ein. Vermittlungen in den ersten Arbeitsmarkt gibt es in Ausnahmefällen, zumeist gehen Teilnehmende aber in andere Formen der geförderten Beschäftigung (z. B. FAV, EGZ, Bundesprogramm Soziale Teilhabe) oder Inklusionsfirmen über. Bei Mudra sind *„viele Ex-User“* als Sozialpädagogen oder Arbeitsanleiter tätig, was den Umgang mit der Zielgruppe erleichtere.

Ungefähr die Hälfte der durch das Jobcenter zugewiesenen Leistungsberechtigten kommt nicht bei der Clearing-Stelle an und reagiert auch nicht auf Rückfragen. Darüber hinaus bricht ein relativ großer Teil der Maßnahmeteilnehmer schnell wieder ab. Nach dieser ersten kritischen Phase der Teilnahme *„ist die Haltequote sehr gut, oft allerdings erst nach mehreren Startversuchen“.* Mehrfache Zuweisungen können daher zum Erfolg führen. *„Oft braucht es vier, fünf Mal, bis sie ankommen.“*

Derzeit kümmert sich eine Case- und Integrationsmanagerin um diese Einstiegsgruppe, teils mit Hausbesuchen, Anrufen und über Beratungsstellen und Bekannte. Um den Übergang in die Maßnahme zu verbessern, wurde in den Eingliederungsvereinbarungen festgehalten, dass Hausbesuche möglich sind. Modellhaft wird die Maßnahme flankiert durch AVGS-Coachings im Vorfeld der Teilnahme. Dies richtet sich an *„Leute, an die das Jobcenter nie richtig rangekommen ist.“* Dabei handelt es sich um aufsuchende Arbeit, *„Hinfahren, immer wieder Termine vereinbaren, begleiten, versuchen, ob das eine positive Auswirkung hat.“* Noch gebe es keine Ergebnisse, *„aber die Erfahrung zeigt, dass ein Gutteil der Leute nicht wegen fehlender Lust zu arbeiten bei ihnen nicht ankommt, sondern weil sie einfach zu unorganisiert sind und zu viele andere Probleme haben.“*

4.2.2 Laufer Mühle und Jobcenter Erlangen

Die **Laufer Mühle** bietet sowohl Beschäftigung am sogenannten ersten Arbeitsmarkt (soziale Betriebe) als auch Beschäftigungsmaßnahmen auf dem sogenannten zweiten Arbeitsmarkt (Maßnahmen). Ab 2005 wurden neben diversen Förderprogrammen auch Regelinstrumente des SGB II genutzt.

Die Laufer Mühle ist eine Soziotherapeutische Einrichtung der Suchthilfe Mittelfranken. Dort werden Menschen unterstützt, die ihre Suchtkrankheit überwinden wollen. Die Laufer Mühle bietet neben Angeboten der Suchttherapie und Sucht-Reha Möglichkeiten sowohl zur Teilhabe an der Gemeinschaft, als auch am Arbeitsleben. Dazu gibt es Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote in den eigenen sozialen Betrieben, die eng mit dem Jobcenter Erlangen zusammenarbeiten. Sie sind ein anerkanntes Integrationsunternehmen. Die sozialen Betriebe der Laufer Mühle sind ein Beispiel dafür, dass die erfolgreichen Arbeitsansätze mit Suchterkrankten auch auf andere Zielgruppen ausgedehnt wurden. Ursprünglich waren die Angebote der Laufer Mühle nur für suchterkrankte Personen konzipiert, aber aufgrund der Erfolge wurde das Angebot auch schwerbehinderten Menschen, seelisch und körperlich Beeinträchtigten, Langzeitarbeitslosen und sozial Benachteiligten geöffnet.

Mittlerweile betreibt die Laufer Mühle im Umkreis von ca. 80 km fünf Sozialkaufhäuser, einen Zeitungsverlag mit sechs verschiedenen Publikationen, ein Logistikunternehmen, einen Betrieb im Garten-/Landschaftsbau, mehrere Cafés, eine Schreinerei, einen Teeladen und einen Partyservice. Nicht alle Gründungen waren erfolgreich, beispielsweise musste eine Baufirma geschlossen werden, da nicht genügend Maßnahmeteilnehmer/-innen für diesen Aufgabenbereich gesundheitlich stabil genug waren. Für die Stellen im Sozialkaufhaus, die sehr beliebt sind (v. a. AGHs) gibt es eine lange Warteliste.

Voraussetzung für die Teilnahme an einer geförderten Beschäftigung ist die Unterzeichnung einer Vereinbarung, in der sich Teilnehmer/-innen verpflichten, morgens nüchtern zur Arbeit zu erscheinen und während der Arbeitszeit keine Suchtstoffe zu konsumieren. Die Arbeitszeiten werden den Bedarfen der Suchterkrankten angepasst.

In den Maßnahmen arbeiten die Teilnehmer/-innen nicht unter Leistungsdruck, können sich ausprobieren und Erfolgserlebnisse haben. Als besonders bedeutsam wird die Überwindung sozialer Isolation beschrieben. In den sozialen Betrieben seien viele langzeitarbeitslose Personen, *„die sich freuen, wenn sie morgens mal wieder jemand grüßt oder wenn sie mit jemand einen Kaffee trinken können."*

Die sozialen Betriebe der Laufer Mühle haben aktuell ca. 100 Festangestellte, davon gehörten 70 Prozent ehemals selbst zur heute betreuten Zielgruppe (Langzeitarbeitslosigkeit; Suchtabhängigkeit). Die Maßnahmeteilnehmer/-innen haben folglich unter Umständen beim Träger selbst eine Beschäftigungsperspektive. Der Einstieg erfolgt mit einem Entgelt in Höhe des Mindestlohns. Um die Professionalität des Betreuungspersonals zu sichern, hat die Laufer Mühle für die Beschäftigten zusammen mit der IHK die zertifizierten Zusatzqualifikationen Arbeitstherapieanleiter/-in IHK und Soziotherapeutischer Assistent/-in konzipiert, die alle Mitarbeiter/-innen durchlaufen. In dieser Ausbildung wird die eigene Suchtvergangenheit reflektiert, sodass sie ihre gelebten Erfahrungen – ergänzt um theoretisches Wissen in Sachen Therapiemethoden, Ursachenforschung, Soziologie, Psychologie etc. – in professioneller Weise an andere weitergeben können. Beide Ausbildungslehrgänge werden jährlich mit fünf bis zehn Teilnehmer/-innen durchgeführt und mit einer Prüfung abgeschlossen.

Sofern Beschäftigte der Laufer Mühle einen Führerschein erwerben wollen, gibt es das Angebot, dass die Finanzierung zu einem Drittel von der Laufer Mühle und zu einem weiteren Drittel vom Freundeskreis der Laufer Mühle übernommen wird.

4.2.3 Projekt „Step by step" beim Maßnahmeträger Fischer-Haus e. V.

Das Projekt Step by Step ist ein bereits langjährig laufendes ESF-gefördertes Kooperationsprojekt des **Fischer-Haus e. V.** mit der **Suchtberatungsstelle des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation (bwlv)** und den **Jobcentern Landkreis Rastatt und Baden-Baden**. Das Projekt zielt auf die Stabilisierung von Lebensverhältnissen und die Verbesserung der Teilhabe und Beschäftigungsfähigkeit von sucht- und/oder psychisch kranken Menschen mit dem Ziel der Reintegration in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Es bietet 40 Teilnahmeplätze und erreicht bei einer 6-monatigen Verweildauer pro Jahr 80 Teilnehmer/-innen. Das Projekt ist Teil eines Suchthilfenetzwerks, welches eine komplexe Unterstützungsstruktur von Suchtberatung, Rehabilitation, Betreutem Wohnen und Arbeitsmarktintegration bietet. Das Projektteam besteht aus einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, einem Sozialtherapeuten, einer Ergotherapeutin, einem Arbeitstherapeuten sowie Verwaltungsfachkräften, die jeweils anteilig im Projekt tätig sind.

Im Rahmen von Step by Step werden mehrere flexibel passierbare Phasen durchlaufen: Nachdem das Fallmanagement im Jobcenter das Vermittlungshemmnis Sucht bzw. psychische Erkrankung identifiziert hat und eine Zuweisung in das Projekt erfolgte, starten die Projektteilnehmer/-innen mit einer Bindungs-/Motivationsphase, die in eine Planungsphase mündet, in der bei Bedarf auch eine Diagnostik eingeschlossen ist. Je nach Falleinschätzung gehen die Teilnehmenden danach in ein Praktikum oder eine geförderte Beschäftigung, wobei auch Wechsel zwischen beiden möglich sind. Aus dem Praktikum heraus erfolgt die Vermittlung, die idealerweise in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung mündet. In allen Phasen sind flexible Übergänge möglich, auch ein Schritt zurück in eine bereits durchlaufene Phase ist möglich.

Als Kooperationspartner ist eine Werkstatt für berufliche Integration für Menschen mit Wiedereingliederungshemmnissen eingebunden, die im Projekt als Diagnostik-/Arbeitstrainings- und Praktikumsstelle fungiert. Ein weiterer Kooperationspartner ist die Arbeitsplatzvermittlungsinitiative „Starthilfe“, die über den Förderverein zur Wiedereingliederung Suchtkranker e. V. (FWS) organisiert ist und mit einem großen Food/Non Food-Betrieb mit mehreren Filialen kooperiert. Der Verein bietet den Projektteilnehmer/-innen in Phase IV (Vermittlung) ein vorerst befristetes Arbeitsverhältnis und hält dafür 8 bis 10 Arbeitsplätze vor, die bei Vollzeitbeschäftigung ein existenzsicherndes Entgelt ermöglichen. Während der gesamten Dauer des Arbeitsverhältnisses werden die Beschäftigten engmaschig betreut und unterstützt, zum einen durch eine Therapeutin, zum anderen durch eine eigens vom Betrieb abgestellte Mitarbeiterin, die für die fachliche bzw. betriebliche Seite zuständig ist. Diese kooperative engmaschige Betreuung und Abstimmung – so die Darstellung – sichere in Krisensituationen kurzfristige Hilfestellung und verhindere Wechselwirkungen zwischen Überforderung und Sucht. Eine an die befristete Tätigkeit beim Förderverein anschließende Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wird für alle Mitarbeiter/-innen angestrebt und durch Bewerbungshilfe unterstützt. Im Laufe der Jahre konnten viele Teilnehmer/-innen aus dem Projekt heraus in einen festen Arbeitsplatz vermittelt werden.

Bisherige Versuche, das erfolgreiche Projekt auf benachbarte Jobcenterbezirke auszuweiten, waren nicht erfolgreich, obwohl der Bedarf vorhanden sei.

4.2.4 Sozialtherapeutisches Zentrum Halle und Jobcenter Halle

Das **Sozialtherapeutische Zentrum Halle** kooperiert eng mit dem **Jobcenter Halle** bei der Betreuung von Menschen mit multiplen Vermittlungs- und Beschäftigungshemmnissen, die im Zusammenhang mit einer Suchtproblematik stehen. Die direkte Integration in den ersten Arbeitsmarkt wird angesichts der Vermittlungshemmnisse der Teilnehmenden als in der Regel nicht realistisches Ziel gesehen. Zielsetzung sei vielmehr, die Vermittlungs- und Beschäftigungshemmnisse zu überwinden bzw. zu reduzieren, Suchtkranke in ihrem Alltagsleben zu stabilisieren und Abstinenz zu fördern. Dazu werden zum einen Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II durchgeführt und zum anderen eine Tagesstätte für erwerbsfähige Menschen mit suchtbedingten Beschäftigungs- und Vermittlungshemmnissen (ambulant betreutes Wohnen) betrieben, die über kommunale Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II in Verbindung mit §§ 67 ff. SGB XII (Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten) finanziert wird. Sowohl bei Zuweisung als auch im Verlauf der Maßnahme findet eine enge Abstimmung zwischen Jobcenter, Sozialamt und Träger statt.

Damit verknüpft ist eine besonders enge Kooperation der beteiligten Institutionen. Das Jobcenter weist in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt in diese Maßnahmen zu. Im Verlauf der Maßnahme findet eine enge Abstimmung zwischen Träger, Sozialamt und Jobcenter statt. Es werden gemeinsame Hilfeplangespräche durchgeführt und zum Ende der Maßnahme eine Abschlussfallkonferenz

mit den Suchterkrankten. Auch mit Teilnehmenden der Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II findet zum Abschluss ein gemeinsames Gespräch mit der/dem Ansprechpartner/-in für das Thema Sucht aus dem Fallmanagement des Jobcenters statt.

Der Bereich Arbeit und Beschäftigung in der Tagesstätte für erwerbsfähige Menschen mit suchtbedingten Beschäftigungs- und Vermittlungshemmnissen ist so konzipiert, dass ein normaler Berufsalltag simuliert wird: Die jeweiligen wertschöpfenden Tätigkeiten sind an verbindliche Regelzeiten gebunden, und die Organisation beim Träger bietet einen tagesstrukturierenden Rahmen. Die Maßnahmeteilnehmer/-innen werden nicht nur bei der Arbeit angeleitet und qualifiziert, sondern erhalten darüber hinaus psychosoziale und lebenspraktische Hilfen.

Die Maßnahme biete ein *„Training milieukonträrer Normalität und konsumalternative Möglichkeiten zur Lebensgestaltung".* Der Träger bietet den teilnehmenden Leistungsberechtigten und auch ehemaligen Maßnahmeteilnehmer/-innen an, die Einrichtung auch in der Freizeit und für die eigene Freizeitgestaltung zu nutzen. Damit solle die Gewöhnung an die neue Normalität unterstützt und Rückfällen aufgrund einer Rückkehr in das frühere soziale Milieu vorgebeugt werden. Das Zentrum hat für die Teilnehmer/-innen 365 Tage im Jahr geöffnet. Regeln sind Abstinenzgebot, Gewaltfreiheit, Achtung vor Fremdeigentum, Pflicht zur Mitwirkung und Einhaltung der Abläufe.

Der Tagesablauf in der Einrichtung ist stringent, transparent, übersichtlich und nach Auskunft des Trägers für die Teilnehmenden annehmbar. Er sei an Arbeitsabläufen im Berufsleben orientiert und ermöglicht Teilnehmer/-innen das Selbstverständnis, dass sie *„auf Arbeit"* gehen. Während die Regeln nicht verhandelbar seien, bestehe große Flexibilität dahingehend, wie für die Einzelnen die Anforderungen innerhalb der Abläufe gestaltet werden. Abstinenzgebot bedeute in der Maßnahme, dass die Teilnehmenden keinen Restatemalkohol haben dürfen. Wer unter Alkohol oder anderen Drogen stehend zur Arbeit kommt, sei an diesem Tag nicht einsatzfähig und muss nach Hause gehen – könne aber am Folgetag nüchtern wiederkommen.

Die maximale Verweildauer in der Maßnahme liegt bei 16 bis 24 Monaten. Die Wirksamkeit der Maßnahme werde nicht an Integrationsquoten gemessen, sondern an Verweildauer und Anwesenheitsquoten. Dabei werden attestierte Krankentage als Fortschritt gewertet, weil viele der Teilnehmenden schon lange nicht mehr bei einem Arzt oder einer Ärztin waren. Seltene Einrichtungsverweise aufgrund von Atemalkohol, geringe Abbruchzahlen, hohe Anwesenheitsquoten und lange Verweildauern belegten die Wirksamkeit der Maßnahme – auch im Hinblick auf Konsumreduktion und eine gestiegene Fähigkeit zur punktuellen Enthaltsamkeit. Die Effekte auf die Grunderwerbsfähigkeit seien eindeutig, dies umfasse die *"Fähigkeit aufzustehen, nüchtern zu bleiben, irgendwo hinzugehen, und sich über sechs Stunden in der Folge einem Tagesablauf zu unterziehen und sich ein- und unterzuordnen und das regelmäßig zu tun*".

Das Jobcenter Halle verweist auf die Erfolge der genannten Projekte und betont die guten Erfahrungen auch bei der Kooperation und der Qualität der Beurteilungen der Teilnehmenden. Im Verhältnis zwischen Teilnehmenden, dem Jobcenter und dem Träger habe sich ein Vertrauensverhältnis und eine Kultur der offenen Aussprache etabliert.

4.2.5 Maßnahme InSAT der Krisenhilfe Bochum und Jobcenter Bochum

Die Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahme „Individuelle Schritte in Arbeit" (InSAT) der **Krisenhilfe Bochum** besteht bereits seit 2006. Sie startete als ESF-gefördertes Modellprojekt mit einer Kofinanzierung durch das **Jobcenter Bochum**. Nach zwei Jahren Modellförderung übernahm

das Jobcenter Bochum die Maßnahme als fortlaufende Eingliederungsleistung und bewilligt jährlich die Finanzierung. Die Maßnahme sei dauerhaft gewollt, aber aufgrund der jährlichen Bewilligung und der Abhängigkeit von der Höhe des Eingliederungstitels haben weder der Träger noch die Teilnehmenden eine langfristige Planungssicherheit.

Zielgruppen der Maßnahme sind chronisch opiat-, alkohol- oder mehrfachabhängige Menschen bzw. Personen, die sich in Substitutionsbehandlung befinden und abstinente suchtkranke Menschen nach einer Entgiftung bzw. Therapie, die seit mindestens fünf Jahren arbeitslos und erwerbsfähig sind. Für die Maßnahmeteilnahme gilt die Prämisse, dass kein Konsum bzw. Beigebrauch vor und während der Arbeitszeit geduldet wird, wobei dies bei Substituierten und Personen, die vielfach medikamentiert sind, nicht immer nachweisbar sei. Die große Heterogenität der Teilnehmenden von chronisch konsumierenden über gelegentlich und kontrolliert konsumierenden bis zu stabil abstinenten Suchterkrankten sei eine Herausforderung.

Die Maßnahme bietet insgesamt 33 Teilnehmerplätze. Die Förderung erfolgt als Arbeitsgelegenheit nach § 16d SGB II in Verbindung mit einer Maßnahme zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III (AVGS-MAT). Pro tatsächlich geleisteter Beschäftigungsstunde erhalten die Teilnehmenden 1,80 Euro. Diese Entschädigung erhöhe die Teilnahmebereitschaft und sei ein wichtiger Anreiz. Die Arbeitszeiten liegen zwischen 3,75 und 6,75 Stunden täglich – je nach individueller Absprache bzw. Förderplanung. Die Zuweisung erfolgt jeweils zunächst für sechs Monate, allerdings mit der Option auf eine Verlängerung bis zu maximal 36 Monaten Gesamtteilnahmedauer. Die Maßnahme wird durch zwei sozialpädagogische Fachkräfte und drei Fachanleiter/-innen umgesetzt.

Die Beschäftigung erfolgt in den Bereichen Holzbe- und -verarbeitung (Herstellung und Reparatur von Möbeln, Spielzeugen und sonstigen Gebrauchsgegenständen für öffentliche bzw. gemeinnützige Auftraggeber, Herstellung von kunsthandwerklichen Gegenständen), Gestaltung und Datenverarbeitung (Erprobung/Einüben unterschiedlicher Gestaltungstechniken, Vermittlung von EDV-Grundkenntnissen und gestaltungsbezogenen Fachkenntnissen) sowie Küche/Hauswirtschaft (Zubereitung und Durchführung eines regelmäßigen Mittagstisches im Café der Krisenhilfe, Angebot eines Kantinendienstes für die Projektteilnehmenden und -mitarbeiter/-innen).

Die sozialpädagogische Betreuung ist auf das Training von Schlüsselqualifikationen, die Unterstützung bei privaten Problemen bzw. Schwierigkeiten mit Ämtern etc., die Vermittlung von weiterführenden Hilfen und die Erarbeitung von Lebens- und beruflichen Perspektiven gerichtet. In der sozialpädagogischen Betreuung arbeitet eine Fachkraft, die über Expertise im Bereich der Krisenhilfe und suchttherapeutische Zusatzausbildungen verfügt, mit einer Fachkraft zusammen, die die Expertise im Bereich Arbeitsmarktintegration und Jugendberufshilfe einbringt. Dies habe dazu geführt, dass die Betreuung im Hinblick auf Therapievermittlung und Arbeitsperspektive fachlich gleichermaßen hochwertig ist. Darüber hinaus bietet die Maßnahme auch Orientierungs- und Aktivierungselemente an. Es werden unterschiedliche Wahlmodule zur allgemeinen Bildung und zur Stärkung von Sozial- und Bewältigungskompetenzen angeboten.

Die Kooperation von Jobcenter und Träger umfasst eine gemeinsame Eingliederungsplanung und teilnehmerbezogenene Verlaufsreflexionen zu festgelegten Zeitpunkten. Jobcenter und Träger stehen in engem Kontakt, was die Ausgestaltung der Maßnahme angeht. Gemeinsam werden Herausforderungen diskutiert und Überlegungen zur Optimierung angestellt. Beim Runden Tisch „Sucht“ kommen das Jobcenter und die mit Suchtfragen befassten Träger zwei Mal jährlich zu Austausch und Koordinierung zusammen. Es gibt Beratungsangebote von Trägern im Jobcenter und umgekehrt auch von Jobcenter-Mitarbeitenden bei Trägern.

Sowohl der Träger als auch das Jobcenter Bochum betonten die Bedeutung von sinnstiftender Tätigkeit, die möglichst als *„richtige Arbeit"* empfunden werden soll. So sei es für die Teilnehmenden wichtig, Resonanz auf die geleistete Arbeit zu bekommen. Deshalb sei es gut, wenn *„echte Kunden"* Produkte und Dienstleistungen nutzen. Jobcenter und Träger versuchen gemeinsam, dies unter den aktuellen Anforderungen der Gemeinnützigkeit, Zusätzlichkeit und Wettbewerbsneutralität so gut wie möglich zu gewährleisten.

4.2.6 Projekt Starthilfe 2.0 der Jugendwerkstatt Hindenburg – Maßnahme für junge Suchtkranke

Das Projekt „Maßnahme Starthilfe 2.0" arbeitet mit jungen Suchtkranken. Der Bedarf für ein solches spezialisiertes Projekt wurde in dem Vorgängerprojekt deutlich, welches 13 Jahre lang mit der Zielgruppe der schwer vermittelbaren Jugendlichen und jungen Erwachsenen – noch ohne expliziten Suchtbezug – gearbeitet hatte. Aufgrund der langjährigen Dokumentation ließ sich belegen, dass sich suchtbezogene Problemlagen der Teilnehmenden verschärften und die Zahl der gefährlich konsumierenden jungen Menschen anstieg. Von 24 Teilnehmenden in der Maßnahme waren 19 bis 22 gefährlich konsumierende junge Menschen. Angesichts dieser zusätzlichen Anforderungen reichte der Personalschlüssel der Maßnahme nicht mehr aus, um mit der Gruppe angemessen arbeiten zu können. Der Träger **Jugendwerkstatt Hindenburg** entwickelte daraufhin in Abstimmung mit dem **Jobcenter Kreis Stendal** und dem **Jugendamt** eine suchtbezogene Jugendmaßnahme, die nach § 16f SGB II (freie Förderung) finanziert wird.

Die Zielgruppe in der „Maßnahme Starthilfe 2.0" sind junge Menschen mit Suchtproblemen. Fast alle von ihnen konsumieren mehrere Suchtmittel (v.a. Crystal Meth, Amphetamine, Cannabis, Alkohol, Tabletten, oft gemischt) und kombinieren dies z.T. mit exzessivem Computerspiel. Für diese Zielgruppe – so die Ausgangslage – gebe es kaum Unterstützung und helfende Netzwerke, z. T. fallen sie auch aus bestehenden Unterstützungssystemen (z. B. Krankenversicherung) heraus.

Das Projektziel besteht darin, bei den Jugendlichen Veränderungsbereitschaft zu wecken. Dies geschieht, indem die jungen Menschen dabei unterstützt werden, ihre eigene Leistungsfähigkeit zu entdecken und zu entwickeln, sodass ihr Selbstbewusstsein gestärkt wird. Es werden Kompetenzen vermittelt, um problematische Lebensumstände eigenständig verändern zu können. Dazu gehören – sofern dies relevant ist – auch Veränderungen des Suchtmittelkonsums bis hin zur Entwicklung einer Motivation zur Abstinenz. Das Ansetzen daran, dass die Jugendlichen ihre Handlungsfähigkeit mobilisieren, sei *„der einzige Aufhänger, der bei den Jungen ankommt, den sie überhaupt akzeptieren".* In der Arbeit mit den Jugendlichen werden Fragen nach dem Für und Wider ihres Verhaltens gestellt. Ein klarer Wochenarbeitsplan biete Strukturen und Wiederholung, praktisches Arbeiten nehme den größten Teil der Maßnahme ein und werde immer in Projekte gefasst, die durch soziale Gruppenarbeiten flankiert werden. Damit das Ziel erreicht werden kann, Veränderungen aus eigener Kraft zu bewerkstelligen, wird im Projekt viel Wert auf die Auseinandersetzung mit der individuellen Situation auch in Bezug auf die Suchterkrankung und den im Rahmen der Maßnahme erlebten Veränderungen gelegt. Dazu wird von jedem Teilnehmer bzw. jeder Teilnehmerin ein Berichtsheft geführt. An vier Tagen in der Woche stehen Gruppenreflexionen auf dem Programm.

Das Projekt versucht, zusammen mit den jungen Teilnehmenden unterstützende Personen in ihrem sozialen Umfeld zu identifizieren und zu mobilisieren und ein Helfernetzwerk aus Ärzten/Ärztinnen, Beratungsstellen, Ämtern usw. zu nutzen. Für fast alle bzw. die meisten Teilnehmer/-innen

sind Kooperationen mit Jugendgerichtshelfer/-innen, dem Jugendamt und/oder gerichtlich bestellten Betreuer/-innen erforderlich.

Das Projekt umfasst drei Phasen: In der bis zu 11 Wochen dauernden *Vorarbeitsphase* sollen persönliche Probleme beseitigt, eine Zielvereinbarung getroffen und die Regeln vermittelt werden. Nach Abschluss dieser Phase müssen sich beide Seiten im Rahmen eines gemeinsamen Gesprächs zwischen Jobcenter, Träger und Teilnehmer/-in explizit für eine Weiterführung der Maßnahme entscheiden, andernfalls endet die Teilnahme. Durch die ausdrückliche freiwillige Teilnahme nach dieser ersten Phase könne Mitwirkungsbereitschaft hergestellt und nachdrücklicher eingefordert werden. Dies sei eine wesentliche Voraussetzung für den Projekterfolg. In der zweiten Phase, der bis zu 46 Wochen dauernden *Festigungsphase,* sollen Perspektiven gefunden, die Integration in die Gruppe vollzogen, die werkpraktische Arbeit durchgeführt und thematische Arbeiten erledigt werden. Es gibt Zusatzangebote in den Bereichen Gesundheitserziehung, Ernährung, Tiertherapie, Sport und Kultur. Die dritte Phase umfasst die je nach Bedarf individuell zu gestaltende *Nachbetreuung*.

Noch nicht gut gelöst sei die Nachsorge, d. h. die Gestaltung der Perspektive der jungen Menschen nach Abschluss der Maßnahme. Nur zum Teil können die Teilnehmer/-innen nach der Maßnahme weiter begleitet werden, ein schlüssiges Gesamtkonzept für den Anschluss fehle bislang. Ein solches müsste nach Auffassung der Projektleiterin gemeinsam mit dem Jugendamt entwickelt werden. Noch werden die Teilnehmenden vielfach in eine ungewisse Zukunft entlassen. Damit verbunden empfinden die jungen Menschen den notwendigen Abschied von der Jugendwerkstatt mitunter als eine Art „Vertrauensbruch“. Die ungelösten Fragen führen zu Misserfolgen und Rückschlägen. So habe kürzlich ein junger Mann, der nach der Maßnahme nicht weiter begleitet werden konnte, eine Ausbildung abgebrochen, nachdem erste – und eigentlich eher marginale – Schwierigkeiten aufgetreten waren.

Wesentliche Merkmale des Angebots, die von Jobcenter und Träger als erfolgskritisch beschrieben wurden, waren ein ausreichender Personalschlüssel, der Aufbau von Vertrauensbeziehungen, eine vorgeschaltete Phase aufsuchender Sozialarbeit und Mobilitätsunterstützung für die Teilnahme. Ein ausdrückliches Abstinenzgebot besteht nicht. Wesentliche und rigoros kontrollierte Bedingung für eine Teilnahme am jeweiligen Tag sei aber, dass keine Drogen zur Maßnahme mitgebracht und dort konsumiert werden dürften. Eine Teilnahme an der Maßnahme sei dann nicht möglich, wenn junge Menschen auffallend nicht „*Herr ihrer Sinne und ihres Körpers sind*“, ansonsten werden Anforderungen flexibel gehandhabt. Als Hinweise auf den Erfolg der Maßnahmen beschrieb die Leiterin des Projekts eine Verbesserung bei den Anwesenheitstagen und bei den entschuldigten Tagen. Zudem ließen sich bei 10 von 37 Teilnehmenden gravierende Veränderungen ihres Verhaltens nachvollziehen (z. B. Übergang in Therapie, in andere Projekte, Nachholen des Hauptschulabschlusses, Aufnahme von Arbeit), dies seien unerwartet gute Ergebnisse – so auch die Sicht der Mitarbeiterin des Jobcenters.

4.3 Zielstellungen von suchtspezifischen Maßnahmen

Es gab unter den Teilnehmenden der Workshops Übereinstimmung darin, dass die im Koalitionsvertrag fixierten Überlegungen zu einem „sozialen Arbeitsmarkt“, einem möglichen neuen Regelinstrument „Teilhabe am Arbeitsmarkt für alle“ und zur Ermöglichung des lang diskutierten Passiv-Aktiv-Transfers auch für die Zielgruppe der suchtkranken Leistungsberechtigten nach dem

SGB II von Bedeutung sind. Gleichzeitig wurde aber auch hervorgehoben, dass dies für einen großen Teil der suchtkranken Leistungsberechtigten nicht ausreichend sei, da die genannten Instrumente für diese Zielgruppe zu unspezifisch seien.

Die arbeitsmarktpolitischen Beschäftigungsmaßnahmen sollen für die suchtkranken Leistungsberechtigten idealtypisch zum einen ein Schritt in Richtung Arbeitsmarktintegration sein. Die Teilnehmenden sollen sich bei der alltäglichen Arbeit erproben und verschiedene Dinge lernen, wie z. B. mit der Erwerbstätigkeit verbundene Alltagsroutinen, die Integration in Teams usw. Die Maßnahmen verfolgen zum anderen aber auch suchtspezifische Ziele, wie z. B. Abstinenz oder Konsumreduktion sowie die Auseinandersetzung mit der eigenen Sucht und die Erzeugung von Veränderungsmotivation und Therapiebereitschaft.

In der arbeitsmarktpolitischen Debatte wird immer auf die notwendige Arbeitsmarktnähe von Maßnahmen verwiesen: Beschäftigungsmaßnahmen sollten so gestaltet sein, dass sie die üblicherweise am Arbeitsmarkt gestellten Anforderungen in einem geschützten Raum simulieren. Je besser dies gelingt, d. h. je näher die Beschäftigung den *„Echtbedingungen“* kommt, desto besser könnten die Teilnehmenden testen, ob sie auf die Integration in Arbeit vorbereitet sind bzw. üben, noch vorhandene Lücken zu schließen. Die Workshop-Teilnehmer/-innen berichteten anhand zahlreicher Beispiele sehr plastisch, dass diese Anforderungen für viele suchtkranke Personen – wenn überhaupt – erst nach langjähriger Betreuung erreichbar sind. Beschäftigungsmaßnahmen für diese Zielgruppe haben vielmehr stets auch oder sogar vor allem eine therapeutische Funktion. Die Kunst der Maßnahmegestaltung bestehe darin, solche Tätigkeitsfelder zu erschließen, die den Fähigkeiten, Kompetenzen und dem Grad der Belastbarkeit der Suchtkranken entsprechen und es ermöglichen, diese schrittweise zu verbessern. Auf lange Sicht bleibe die Integration in den Arbeitsmarkt natürlich das Ziel, aber wann dies erreicht werden kann und ob dies überhaupt gelingt, sei oft nicht absehbar. Vorrangig seien sozialintegrative Zielsetzungen.

Dabei zeigt die Praxis, dass es nicht einfach ist, passgenaue Tätigkeitsangebote für eine heterogene Gruppe von Maßnahmeteilnehmern vorzuhalten. Sofern die Träger groß genug sind, können sie aber – wie z. B. bei Muestli oder der Laufer Mühle – eine Variantenvielfalt an Arbeitsbereichen bieten und flexible Wechsel ermöglichen.

Die Workshopteilnehmer/-innen berichteten, dass die sozialintegrativen Ziele der Maßnahmen vielfach erreicht werden können. Beschäftigungsmaßnahmen seien für die Teilnehmenden subjektiv sehr wichtig, da sie in diesem Rahmen gesellschaftlich nützliche Arbeiten übernehmen, neue Fähigkeiten und Kompetenzen entwickeln, Anerkennung und Selbstwirksamkeit erleben und Selbstvertrauen gewinnen, Tagesstruktur erleben und soziale Kontakte haben. Die Experten und Expertinnen berichteten, dass das Gefühl, etwas Nützliches zu tun und gebraucht zu werden, einen hohen stabilisierenden Effekt auf die Geförderten hat. Vielfach würden sie nicht zwischen einer regulären Beschäftigung und einer Beschäftigungsmaßnahme unterscheiden. Die Hierarchie zwischen ‚erstem‘ und ‚zweitem‘ Arbeitsmarkt sei für einen großen Teil der Betroffenen nicht relevant. Allein dies belegt die hohe Bedeutung der Beschäftigungsförderung.

4.4 Erfolgskriterien und Ausgestaltung

4.4.1 Verschränkung von Beschäftigungsförderung und sozialpädagogischer Betreuung

In Beschäftigungsmaßnahmen für Suchterkrankte – so die Workshopteilnehmer/-innen – ist die sozialpädagogische Begleitung durch Fachkräfte mit suchtspezifischer Expertise eine Gelingensbedingung. Ob Instrumente und Programme auch für suchtkranke Leistungsberechtigte geeignet sind, entscheide sich an der Frage, ob ausreichend Ressourcen für diese Arbeit vorgehalten werden. Da die Finanzierung von Arbeitsgelegenheiten keine Anteile für diese Betreuung vorsieht, sind die Träger und Jobcenter gezwungen, Instrumente zu kombinieren bzw. andere Finanzierungsmöglichkeiten zu finden. Workshopteilnehmer/-innen berichteten, dass insbesondere ESF-Maßnahmen den Vorteil bieten, dass sozialpädagogische Begleitung speziell einem Projekt zugeordnet werden können und nicht für mehrere Maßnahmen und Projekte zuständig sind. Spielräume für die Finanzierung aufwändiger Begleitung gibt es den Befragten zufolge auch eher in der Freien Förderung nach § 16f SGB II.

Dauerhafte Abstinenz ist nach Auffassung der Workshop-Teilnehmer/-innen nicht zwingende Voraussetzung für eine Maßnahmeteilnahme. *„Der Weg aus der Sucht verläuft in der Vorstellung vieler Menschen so: erst Entgiftung, dann Entwöhnung, dann soziale Rehabilitation. Es läuft aber bei den meisten Suchtkranken anders ab: zahlreiche Rückfälle, wieder Neuanfang usw.“* Die Möglichkeit der niederschwelligen Beschäftigung helfe extrem bei der Stabilisierung. *"Man muss nicht erst alles andere gemacht haben und dann kommt wieder Arbeit."* Vielmehr solle durch die Maßnahmeteilnahme eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtmittelkonsum und eine Konsumreduktion angeregt werden. Mittlerweile sei die Konsumreduktion nachweislich ein legitimes therapeutisches Ziel. Für manche Suchterkrankte könne es schon ein großer Erfolg sein, wenn sie es trotz des noch nicht überwundenen Suchtmittelkonsums schaffen, zur Arbeit zu kommen und zeitweilig abstinent und arbeitsfähig zu sein. Man habe früher negiert, dass es möglich ist, mit reduziert konsumierenden Personen zu arbeiten.

Der zeitliche Umfang für Aktivitäten im Projekt, die explizit zur psychosozialen Stabilisierung gehören, sollte sich nach dem tatsächlichen Bedarf richten. So wurde aus dem Projekt Muestli berichtet, dass die psychosoziale Betreuung *„im Einzelfall sehr intensiv sein kann.“* Diese Angebote werden durch die Teilnehmenden sehr gut angenommen, wenn sie wirklich bedarfsorientiert sind. Deshalb ist im Projekt Muestli dafür auch keine feste Stundenzahl vorgesehen. Diese Entscheidung geht auf die Erfahrung zurück, dass im Programm Soziale Teilhabe, wo Stundenkontingente dafür vorgeschrieben waren, Teilnehmer/-innen dies als störend empfunden haben. *„Einer hat gesagt, er hört jetzt auf, wenn er weiterhin so viel mit den Sozialarbeitern zusammensitzen muss.“* Man müsse bedarfsorientiert vorgehen, denn die Bedarfe der Teilnehmer/-innen seien sehr unterschiedlich.

Sehr gute Erfahrungen wurden mit den Jobcoaches im Programm Soziale Teilhabe gemacht, durch deren Unterstützung die Zahl der Maßnahmeabbrüche deutlich reduziert werden konnte.

4.4.2 Freiwilligkeit und Teilnehmerauswahl

Ein wichtiges Erfolgskriterium besteht in der grundsätzlichen Veränderungsbereitschaft der Teilnehmenden, weshalb nach Meinung der Expertinnen und Experten die Freiwilligkeit der Teilnahme in jedem Fall zu gewährleisten ist.

Dabei sei jedoch zu unterscheiden zwischen Menschen, die eine Teilnahme an der Maßnahme – aus welchen Gründen auch immer – ablehnen und solchen, für die es aus verschiedenen Gründen schwierig ist, den Weg zum Jobcenter oder zum Träger zu finden. Diese Gruppe bedürfe einer geeigneten Unterstützung, damit eine Inanspruchnahme von Maßnahmen für sie möglich wird. Häufig wurde berichtet, dass die Besetzung von Maßnahmeplätzen eine hohe Quote von Zuweisungen erfordert. Wenn Menschen die vom Jobcenter zugewiesenen Maßnahmen nicht erreichen, kann das verschiedene Gründe haben. Es sei deshalb nötig und sinnvoll zu prüfen, ob der Grund dafür eine Verweigerungshaltung ist, oder ob die Betreffenden eher Hilfe benötigten.

Einige Jobcentervertreter/-innen kritisierten, dass die Träger häufig nicht die Personen mit den größten Bedarfen, sondern eher die Leistungsfähigsten für die Maßnahmeteilnahme auswählten – also eine Art „Creaming" betrieben. Die richtige Auswahl der Teilnehmenden könne aber durch längere Vorlaufphasen gefördert werden. Demgegenüber vermindere eine knappe Terminsetzung für die Besetzung der Maßnahmeplätze die Passgenauigkeit der Zuweisungen eher..

4.4.3 Kombination von Arbeiten und Lernen

Eine Teilnahme an einer Beschäftigungsmaßnahme dient immer auch dem Erwerb beruflicher und sozialer Kompetenzen. Gerade für die Zielgruppe der Leistungsberechtigten mit Suchtkrankheiten und psychischen Problemen ist es wichtig, Arbeiten und Lernen miteinander zu verbinden. Die Projekte sind in der Regel so gestaltet, dass die zugewiesenen Tätigkeiten Möglichkeiten des learning by doing bieten und dafür qualifiziertes Anleitungspersonal zur Verfügung steht. Darüber hinaus gibt es häufig zusätzliche Lernmodule, die von alltagspraktischen über gesundheitsbezogenen bis hin zu fachlichen Themen reichen. Ein breiteres Angebot unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche und Bildungsbausteine erleichtert es den Teilnehmenden, darunter etwas für sie Passendes zu finden.

Je nach Zielgruppe variieren die Anforderungen und Angebote. Sie reichen von einfachen Tätigkeiten bis zu kreativen und handwerklich anspruchsvollen Arbeiten. Höherschwellige Projekte bieten teilweise auch Ausbildung an. Der Träger Mudra hat beispielsweise Ausbildungsplätze im Gartenbau, wo in der Regel *„alle, die die Ausbildung schaffen, dann auch vermittelt werden."* Die Laufer Mühle hat zusammen mit der IHK für zwei Berufe zertifizierte Ausbildungswege für ehemalige Maßnahmeteilnehmer/-innen entwickelt.

4.4.4 Finanzielle Anreize für die Teilnehmenden

Die Workshop-Teilnehmer/-innen bestätigten, dass es für die in einer Maßnahme beschäftigten Suchtkranken wichtig sei, für die geleistete Arbeit auch eine finanzielle Anerkennung bzw. Kompensation zu erhalten. Mehrfach wurde kritisch angemerkt, dass es nicht nachvollziehbar sei, für eine Vollzeitbeschäftigung in einer MAT-Maßnahme keinerlei Entgelt zu bekommen. In diesen Maßnahmen gebe es – anders als bei den Arbeitsgelegenheiten – keinerlei finanzielle Anreize für die Teilnehmer/-innen, obwohl sie wöchentlich 30 oder 39 Stunden tätig seien. Die einzige Vergünstigung bestehe darin, dass sie eine Monatsfahrkarte für den ÖPNV erhalten. Dies sei schwer vermittelbar, zumal die Teilnehmer/-innen im Programm Soziale Teilhabe bei einer Arbeitszeit von maximal 30 Stunden z. B. ein Entgelt in Höhe des Mindestlohns bekommen und damit teilweise sogar aus dem Leistungsbezug kommen.

So berichtet ein Träger: *„Viele würden liebend gern bei uns arbeiten, fühlen sich gut betreut, gehen aber wegen des Geldes lieber woanders hin, was weniger Sinn macht, aber bezahlt ist."* So suchten

sich einige der Teilnehmer/-innen selbst einen Arbeitsplatz, was aber häufig auf einer Selbstüberschätzung beruhe und zu Rückfällen führe. Die Maßnahmeplätze in MAT-Maßnahmen seien schwerer zu besetzen als bei AGHs. Auch würde die Situation zu häufigeren Fehlzeiten führen. *„Bei einer AGH überlegt es sich jeder, ob er daheimbleibt, die paar Euro sind spürbar. Bei MAT fehlt erstmal nichts."*

Ein Träger berichtete, dass er versuche, *„arbeitsmarktnähere Leute in andere Maßnahmen zu bekommen, z. B. in FAV nach § 16e für zwei Jahre. Das ist da das Mittel der Wahl. Das läuft ganz gut. Die Anforderungen sind höher als in der MAT, das geht nicht für alle. Und wir müssen einen Teil des Geldes erwirtschaften, 75 Prozent der Brutto-Arbeitgeberkosten werden gefördert."*

Nach Auffassung der Experten und Expertinnen ist in Bezug auf die Entschädigung eine Gleichstellung der MAT mit den Arbeitsgelegenheiten erforderlich. Abstufungen der Entgelte oder Aufwandsentschädigungen seien grundsätzlich akzeptabel, wenn es dafür nachvollziehbare Gründe gibt. Eine vollzeitnahe Beschäftigung ohne jegliche Entschädigung sei hingegen nicht tragbar.

4.4.5 Flexible Gestaltbarkeit von Maßnahmen

Die Zielgruppe der suchtkranken bzw. suchtgefährdeten Leistungsberechtigten ist sehr heterogen. Um auf die individuellen und spezifischen Bedarfe der Maßnahmeteilnehmer/-innen eingehen zu können, muss es viele unterschiedliche Maßnahmen geben und müssen Maßnahmen flexibel gestaltbar sein – dies wurde anhand vieler Beispiele gezeigt.

Die erforderlichen Gestaltungsspielräume beziehen sich dabei auf verschiedene Faktoren: die Tätigkeiten und mögliche Tätigkeitswechsel, die Dauer der wöchentlichen und täglichen Arbeitszeiten und die Methoden der sozialpädagogischen Betreuung, mögliche Zusatzangebote im Bereich der Bildung, die Dauer der Maßnahmen usw. Je flexibler die Gestaltungsmöglichkeiten sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass den individuellen Bedarfen der Teilnehmer/-innen Rechnung getragen werden kann.

Dies zu realisieren ist für kleine Träger schwieriger als für große Träger oder Trägerverbünde. Das Projekt Muestli ist aus der Idee dieser Flexibilität in Bezug auf die Arbeitsbereiche entstanden. Die Laufer Mühle kann aufgrund der Größe und der Vielfalt an sozialen Betrieben und Maßnahmeangeboten suchtkranken Personen im Bedarfsfall interne Wechsel ermöglichen. Arbeitszeiten werden in Abhängigkeit von der (täglichen) Abstinenzfähigkeit der Suchtkranken festgelegt. Sie kann sich im Projektverlauf gegebenenfalls auch verändern – wichtig ist, dass sie dem Leistungsvermögen der Maßnahmeteilnehmer/-innen entspricht. Das Projekt Step by Step hat die Idee der flexiblen Übergänge in alle Richtungen als grundlegendes Strukturprinzip des Projekts implementiert. Die vorgestellten Beispiele zeigten, dass durch Durchlässigkeit und Flexibilität der Angebote die Passfähigkeit für die Leistungsberechtigten deutlich verbessert werden kann.

4.4.6 Tätigkeitsfelder in Maßnahmen und bei der Beschäftigungsförderung

Alle Workshop-Teilnehmer/-innen bestätigten, dass es sehr wichtig sei, sinnvolle und wertschöpfende Arbeit anzubieten. *„Wenn Arbeit sinnstiftend sein soll, dann muss sie etwas wert sein. Wenn die Leute etwas produzieren, was verschenkt oder abends in den Container geworfen wird, und dann neu produziert wird, gibt das kein Selbstbewusstsein, keine Selbstbestätigung."* Daher sei es sehr hilfreich, wenn die Maßnahmeteilnehmer/-innen positives Feedback zu ihren Arbeitsergebnissen erhalten. Grundvoraussetzung dafür ist, dass es reale Abnehmer/-innen der Produkte und Dienstleistungen gibt, die diese auch wertschätzen und dies den Mitarbeiter/-innen gegenüber

zum Ausdruck bringen können. Im Sozialtherapeutischen Zentrum Halle gibt es aus diesem Grund z. B. einen engen Kontakt der Projektteilnehmer/-innen zu den „Kund/-innen“ ihrer Produkte, z. B. zu den Kindern aus Kitas als Nutzer/-innen der Holzspielzeuge. Bei wechselseitigen Besuchen werden auch neue „Projekte“ (z. B. Seifenkisten) besprochen, die Kinder bedanken sich bei den Produzenten und Produzentinnen mit einem Kulturprogramm. Anerkennung gebe es auch bei den Tagesjobs von Mudra (Wohnungsentrümpelung); so freuen sich die Suchtkranken, *„wenn die Kunden ein Dankschreiben mit 20 Euro Trinkgeld schicken und sagen, dass sie die Wohnung super hinterlassen haben.“*

Passende Tätigkeitsfelder zu finden, sei nicht einfach, wenn gleichzeitig die Kriterien öffentliches Interesse, Zusätzlichkeit und Wettbewerbsneutralität gewährleistet werden sollen. Um diese Anforderungen wurde eine rege und kritische Diskussion geführt. Mehrheitlich waren die Workshop-Teilnehmer/-innen der Auffassung, dass man die Kategorien Zusätzlichkeit und Wettbewerbsneutralität abschaffen müsse. So formulierte ein Teilnehmer, dass Förderinstrumente, aber auch Programme wie Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt, so organisiert werden müssten, *„dass auch ein Wirtschaftsbetrieb die Förderung mitnehmen und sich diese Personengruppe mal reinholen kann.“* Zusätzlichkeit – darüber bestand große Übereinstimmung – sei kein wirklich trennscharfes Kriterium. Sofern die Leistungsminderung auf Seiten der Beschäftigten eindeutig sei, würden sich weitere Kriterien erübrigen. Dann müsste auch allen freistehen, die Person zu den Bedingungen geförderter Beschäftigung einzustellen.

4.4.7 Niedrigschwellige Angebote

Für eine bestimmte Gruppe von Suchtkranken, die nicht über längere Zeit abstinent sein können, und deshalb nicht in die üblichen Beschäftigungsmaßnahmen integriert werden können, benötige man niedrigschwellige Angebote.

Ein besonders niedrigschwelliges Angebot von Mudra sind sogenannte Tagesjobs als Helfer/-in bei Entrümpelungen und Wohnungsauflösungen. Tagesjobber/-innen können nur für den einen Tag kommen und arbeiten und werden direkt für ihre Arbeit bezahlt. Die Zugangsvoraussetzungen sind sehr niedrigschwellig: Steuernummer und eine nach Augenschein festgestellte Arbeitsfähigkeit an diesem Tag. Abstinenz wird nicht gefordert. Es gibt eine Reihe von Suchtkranken, die schon lange nicht mehr gearbeitet haben und auf diese Weise feststellen, dass sie das schaffen. Manche der Tagesjobber/-innen wechseln später in Maßnahmen. Aber es gebe auch einige, die dies seit 15 Jahren oder länger machen. *„Für die ist das ein Stabilitätsanker. Das ist ein Zuverdienst. Sie können zwei oder drei Mal im Monat arbeiten, kreuzen dann auf und wissen, dass sie an dem Tag arbeitsfähig sein müssen, dass sie an dem Tag Leute treffen, dass Sozialarbeiter oder Arbeitsanleiter da sind, die sie etwas fragen können. Das bewährt sich sehr.“* Die Tagesjobs sind Minijobs, das Entgelt bemisst sich nach den geleisteten Stunden und wird direkt ausgezahlt.

4.5 Erforderliche Rahmenbedingungen

4.5.1 Professionelle und erfahrene Träger – vertrauensvolle Kooperation

Eine gute und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen dem Jobcenter und den Maßnahmeträgern ist eine zentrale Erfolgsbedingung. Die Jobcenter-Vertreter/-innen beim Workshop waren sich einig: *„Man braucht Träger, denen man vertraut.“* Die Erfahrungen mit den Ergebnissen der Ausschreibungspraxis der lokalen Einkaufszentren – so berichteten gemeinsame Einrichtungen

übereinstimmend – seien nicht ermutigend; es werde von überregional agierenden Trägern viel versprochen, wenn aber der Träger dann vor Ort mit der Arbeit beginnt *„ist alles Luft gewesen."* Eine dauerhafte Förderung in stabilen lokalen Strukturen sei so nicht zu gewährleisten.

Dort, wo die Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Träger gut läuft, wird in der Regel bereits über viele Jahre eng zusammengearbeitet, nicht selten handelt es sich um Kooperationsstrukturen die noch im BSHG begründet wurden und durch die in Jobcentern tätigen Mitarbeiter/-innen der Kommunen fortgeführt und intensiviert wurden. Dabei können Strukturen und Verfahren verbessert und aus Fehlern gelernt werden. Die in den Workshops präsentierten Praxisbeispiele waren überwiegend über Jahre oder sogar Jahrzehnte gewachsen. Die Partner kennen sich sehr gut und vertrauen einander, was es ihnen auch ermöglicht, neue und unter Umständen im Einzelfall auch risikoreiche Wege zu erproben.

Allerdings gelingt es den Jobcentern nicht überall, qualitativ gute Träger für die Kooperation zu finden. Mitunter ließen sich Jobcenter AZAV-zertifizieren, um die Maßnahmen selbst durchführen zu können. Zwei dieser Jobcenter waren in den Workshops vertreten, beide gaben sehr positive Erfahrungsberichte über diese Praxis.

4.5.2 Planungssicherheit für Träger und Maßnahmen

Sowohl Träger als auch Jobcenter betonten, dass die mangelnde Planungssicherheit die Etablierung und Aufrechterhaltung längerfristig erfolgreicher Maßnahmen deutlich erschwert. Veränderungen bei Förderprogrammen, Instrumentenreformen und veränderte Geschäftspolitiken der BA haben den Jobcentern und den Trägern in der Vergangenheit ein hohes Maß an Anpassungsleistungen abgefordert. Dies war jeweils nicht einfach und mit erheblichem Aufwand verbunden, was vermutlich ein Grund dafür ist, dass es nur eine überschaubare Zahl von Trägern gibt, die unter diesen Bedingungen über die Jahre kontinuierlich anspruchsvolle Projekte für suchtkranke Leistungsbeziehende im SGB II anbieten (können).

Beispielhaft kann dieser Prozess anhand der Entstehungsgeschichte des Projekts Muestli illustriert werden. Ursprünglich wurde mit Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung mit sozialpädagogischer Begleitung und Coaching gearbeitet. Nach Wegfall der sozialpädagogischen Begleitung wurden die AGHs mit AVGS-MAT verzahnt. Als die erfolgreichen Arbeitsprojekte nicht (mehr) die Kriterien der Zusätzlichkeit, Wettbewerbsneutralität und Gemeinnützigkeit erfüllten, wurde das Projekt als Maßnahme nach § 45 SGB III konzipiert und ausgeschrieben. Ein anderer Träger berichtete, dass aufgrund der Veränderungen der Förderlandschaft sein Weiterbestand zeitweilig gefährdet war und er auch jetzt – aufgrund der jährlichen Bewilligungen der Finanzierung durch das Jobcenter – über keinerlei Planungssicherheit verfügt.

Die Vertreter/-innen der Jobcenter nannten als einschränkende Faktoren die jährlichen Zuweisungen der Budgets für den Eingliederungstitel, die Ausgestaltung der Instrumente und die Ausschreibungspraxis in den Regionalen Einkaufszentren der BA. Auch nicht besetzte Maßnahmeplätze - so die Aussage der Expertinnen und Experten – können zu Problemen führen, wenn die Maßnahme dann nicht mehr ausfinanziert ist.

Die Workshop-Teilnehmer/-innen stimmten darin überein, dass dies ungünstige Rahmenbedingungen sind, die dazu führen, dass längerfristige Projekte und auch die Träger selbst in ihrem Bestand gefährdet sind. Es wurde angeregt, Möglichkeiten der Verpflichtungsermächtigung für die Haushalte der Jobcenter zu prüfen, um längerfristige Finanzierungszusagen zu ermöglichen.

4.5.3 Sicherung eines ausreichenden Angebots an hochwertigen Maßnahmen

Es bestand große Einigkeit darüber, dass die Verfügbarkeit von Maßnahmeangeboten eine wichtige Erfolgsbedingung bei der Betreuung suchtkranker Leistungsberechtigter ist. Sehr ungünstig sei es beispielsweise, *„wenn jemand bei der Suchtberatung angedockt ist, es aber keine niederschwellige Maßnahme gibt, in die der Klient eingebunden werden kann. Es muss ein Komplettpaket sein."* Unbedingt benötigt werden niedrigschwellige Maßnahmen, die tagesstrukturierend wirken und gleichzeitig langfristiger sind, also deutlich länger als nur drei Monate dauern.

Einige der teilnehmenden Jobcenter berichteten, dass ihnen keine guten Maßnahmen zur Verfügung stehen, *„die werden von Arbeitsmarktdienstleistern nicht angeboten."*

Eine Reihe von Jobcentern verwiesen auf das Problem, dass ihnen für suchtspezifische Maßnahmen die kritische Masse fehle. Während es in Großstädten vergleichsweise leicht sei, Maßnahmeplätze zu besetzen, sei es in kleinen Städten oder auf dem Land häufig schwierig bis unmöglich. *„Wir können bei uns im ländlichen Raum nicht einfach eine Maßnahme für 20 Leute machen."* Da gerade dieser Zielgruppe keine langen Anfahrtswege zugemutet werden können, können Träger in kleinen Orten allein aus diesem Grund keine Gruppenmaßnahmen für Suchtkranke anbieten. Experten und Expertinnen aus ländlichen Regionen berichteten, dass sie versuchen, stärker auf das aufsuchende Einzelcoaching zu orientieren. Das sei zwar *„sehr, sehr teuer, aber sehr erfolgreich, gerade für diese ganz schwachen Gruppen.*" Dazu treffe man sich im Café um die Ecke oder bei den Betroffenen zuhause. Erste Erfahrungen zeigen, dass *„das aufsuchende Coaching ein gutes Instrument [ist], um an diese Klientel ranzukommen."*

Die Schaffung eines Angebots an guten Maßnahmen für Suchtkranke ist voraussetzungsvoll. Es reicht nicht aus, nur ein gutes Konzept zu haben. Man benötigt darüber hinaus professionelle und verlässliche Partner. Hilfreich ist es, wenn bei der Etablierung neuer Maßnahmeangebote auf die Erfahrungen von langjährig erfolgreichen Trägern und Kooperationsnetzwerken zurückgegriffen werden kann. Die Workshops zeigten, dass es unter den Expertinnen und Experten ein großes Interesse an einem überregionalen Austausch gibt.

4.6 Angebote und Begleitung nach Austritt aus der Maßnahme

Die maximale Förderdauer bei Maßnahmen liegt derzeit bei 36 Monaten (Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II). Selbst wenn es in dieser Zeit gelungen sein sollte, die suchtkranke Person durch Teilhabemöglichkeiten zu stabilisieren und diese ihren Suchtmittelkonsum reduziert oder vollständig überwunden haben sollte, ist der Übergang in eine ungeförderte Beschäftigung aufgrund der Schwere und Chronifizierung der Suchterkrankung sowie der körperlichen Folgeschäden häufig unrealistisch. Und auch wenn es in einer Maßnahme gelungen ist, Teilnehmenden Selbstvertrauen zu vermitteln, ist der durch die Maximalförderdauer erzwungene Austritt aus der Maßnahme für die Betroffenen häufig ein kritisches Ereignis. Die Experten und Expertinnen berichteten über teils massive Verschlechterungen der Lebenssituation und häufigere Rückkehr zum Suchtmittelkonsum. Diverse Studien bestätigen, dass sich „die psychosoziale Stabilisierung nur während der Maßnahme selbst einstellt, sie bei einem späteren Verbleib in der Arbeitslosigkeit aber eher wieder verlorengeht" (Oschmiansky et al. 2017: 57). Langjährige Arbeit und erreichte Stabilisierungseffekte würden zunichte gemacht, wenn die Betroffenen nach dem Maßnahmeaustritt sich selbst überlassen bleiben. Anschlussangebote seien jedoch häufig nicht bzw. nicht in ausreichendem Maße verfügbar, und ein Eintritt in neue Maßnahmen bricht sich häufig daran, dass die Förderung

Langzeitarbeitslosigkeit voraussetzt und ein vorherige Programmteilnahme als Ausschlusskriterium gilt.

Diese Problembeschreibung wurde von allen Workshopteilnehmer/-innen geteilt. Allerdings konnten Lösungswege nur bedingt beschrieben werden, da die Rahmenbedingungen dafür derzeit nicht gegeben sind. Idealtypisch könnte das genannte Problems auf verschiedene Weise gelöst werden:

— Man könnte die maximale Förderdauer der Maßnahmen erhöhen, Verlängerungen der Maßnahmen vornehmen und/oder einen nahtlosen Wiedereintritt in eine (andere) Maßnahme gestatten, sofern ein entsprechendes Erfordernis vorliegt. Auf diese Weise kann weitere Zeit für die Heranführung an die Arbeitsmarktintegration gewonnen und die Betreuung fortgesetzt werden. Im Fall des Maßnahmewechsels könnten darüber hinaus auch neue Erfahrungen gesammelt und neue Kontakte geknüpft werden.[6]

— Für Suchtkranke, die nach Einschätzung der Fachkräfte aufgrund der bestehenden Vermittlungshemmnisse auch langfristig kaum in reguläre Beschäftigung integriert werden können, wären unbefristet geförderte Beschäftigungsmöglichkeiten die beste Lösung, wie sie derzeit im Hinblick auf die Etablierung eines Sozialen Arbeitsmarktes diskutiert werden.

— Für einen Teil der langzeiterwerbslosen Suchterkrankten, deren Gesundheit erheblich eingeschränkt ist, dürfte vor allem die Fortsetzung der tagesstrukturierenden Hilfen sinnvoll sein.

Grundsätzlich müssten Hilfen – welcher Art auch immer – weitergeführt werden, solange die suchtkranken Personen diese benötigen. Es gab in allen Workshops Übereinstimmung in der Auffassung, dass das derzeitige System diesbezüglich kaum zu rechtfertigende Lücken aufweist. Soziale Sicherheit und Vertrauen in die Zukunft seien aber wichtige und unverzichtbare Erfolgsbedingungen, wenn man suchtkranken bzw. suchtgefährdeten Menschen nachhaltig helfen möchte. Im Kontext dieser Diskussion wurde auf die begrenzte Zielsetzung des SGB II verwiesen und darauf, dass insbesondere für diese Menschen ein abgestimmtes Zusammenwirken aller Hilfesysteme und Kostenträger notwendig wäre.

Die Teilnehmer/-innen problematisierten allerdings auch, dass die oben beschriebenen Forderungen bzw. Empfehlungen teuer sind und tendenziell alle Langzeitarbeitslosen (nicht nur die suchtkranken), die mehrere Jahre ohne Erwerbsarbeit sind, Anspruch auf eine geförderte Beschäftigung haben sollten. Die Zahl der mit teuren Maßnahmen zu fördernden Personen wäre folglich sehr hoch. Der zu erwartende Ertrag wäre allerdings ebenfalls hoch, und es könnten andere Ausgaben gespart werden. Letztlich seien Arbeitslosigkeit, Exklusion und alle Folgekosten der Suchtkrankheiten ebenfalls teuer. Bei einer gesamtfiskalischen Betrachtung wären die tatsächlichen Kosten für eine umfassende soziale Sicherung vermutlich deutlich geringer, als sie auf den ersten Blick erscheinen.

Wie sinnvoll und erfolgreich eine langfristige Arbeit mit besonders belasteten Suchterkrankten im Hinblick auf die Sozialintegration und die individuelle Entwicklung ist bzw. sein kann, zeigt die Erfahrung des **Sozialtherapeutischen Zentrums Halle**. Dieser Träger arbeitet sowohl mit Suchterkrankten aus dem SGB XII als auch aus dem SGB II. Obwohl die nach SGB XII geförderten Personen tendenziell über größere Einschränkungen und kompliziertere Problemlagen verfügen, führte die

[6] Die Möglichkeit, bedarfsgerechte Ketten von geförderten Beschäftigungsverhältnissen mit insgesamt längerer Förderdauer einzurichten, wird auch vom IAB empfohlen (vgl. Bauer 2018).

längerfristige und kontinuierliche Arbeit mit diesen Personen dazu, dass sogar eine größere Stabilität in der Maßnahmeteilnahme erreicht werden konnte als bei den Teilnehmenden mit Leistungen nach SGB II.

4.7 Integration in reguläre Beschäftigung

Die Integration in reguläre Beschäftigung gelingt nur selten, was zu einem großen Teil an den komplexen Problemlagen der suchtkranken Leistungsberechtigten im SGB II liegt. Es gibt aber eine Reihe positiver Beispiele, wie die Präsentationen auf den Workshops zeigten.

Nach Auffassung einiger Expertinnen und Experten haben die Arbeitgeber in Bezug auf die Sucht wenig Vorurteile. Meist sind es andere Gründe, warum Personen aus dieser Zielgruppe selten eingestellt werden. Die suchtkranken bzw. suchtgefährdeten Personen „*passen nicht ins Profil. Das geht los beim Führerschein, der fehlt, dann die Vorstrafen usw.*“ Insbesondere bei früheren Eigentumsdelikten seien Arbeitgeber extrem zurückhaltend.

Die Integration kann insbesondere dann gelingen, wenn die Personen durch die vorherige Betreuung bereits stabilisiert sind und sie weiterhin – zumindest im Krisenfall – Unterstützung bekommen. Das Beispiel von Step by Step zeigt, dass eine engmaschige Betreuung und eine gute und langfristige Zusammenarbeit der Suchtexpert/-innen und Sozialarbeiter/innen mit Arbeitgebern ein Erfolgsrezept ist.

5 Besondere Zielgruppen

Schon suchtkranke Leistungsberechtigte stellen für die Jobcenter eine eigene Zielgruppe dar, die meist nicht groß, nicht auffällig und nicht ‚speziell' genug ist, um besondere Zuständigkeiten zu rechtfertigen. Nach den Ergebnissen der Online-Befragung 2016 werden die meisten suchtkranken Bezieher/-innen von Leistungen nach dem SGB II in der allgemeinen Vermittlung betreut. Nur etwa ein Fünftel der Jobcenter leitete Suchtkranke grundsätzlich ins Fallmanagement über. Etwa die Hälfte der Jobcenter hielten zwar eigene Reha-Teams vor, Suchtkranke wurden jedoch dort, so die Einschätzung aus den Fallstudien, in der Regel nur betreut, wenn zusätzlich weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen bestanden.

In der Online-Erhebung zeigte sich aber auch, dass ein kleiner Teil der Jobcenter sogar Interventionskonzepte für besondere Zielgruppen unter den suchtkranken Leistungsberechtigten erprobte. Dabei lag ein Schwerpunkt auf Strategien der Unterstützung von suchterkrankten jungen Menschen, ein anderer auf der Förderung von suchtkranken Menschen in besonderen sozialen Problemlagen (z. B. Wohnungslosigkeit und Haftentlassung).

Jüngere suchtgefährdete bzw. -erkrankte Leistungsbeziehende haben nicht die gleichen Problemlagen, Bedarfe und Perspektiven wie ältere. Allein dass sie ihr (Arbeits-)Leben noch vor sich haben, ist den meisten Akteur/-innen Grund genug, mit ihnen „*ganz anders*" umzugehen als mit älteren Suchtkranken. Mit § 16h SGB II – der „Förderung schwer zu erreichender junger Menschen" – steht den Jobcentern seit dem Inkrafttreten des 9. SGB II Änderungsgesetzes ein neues Instrument zur Verfügung, um die Gruppe junger Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten zu erreichen, zu denen auch junge Suchtkranke gehören können. Die neue gesetzliche Regelung schließt an das Modellprojekt RESPEKT an, das entsprechende Ansätze erprobte und Ende 2018 abgeschlossen sein wird. Es schien sinnvoll, diese Erfahrungen bei der Durchführung der Workshops einzubeziehen.

Ein Teil der 2016 befragten Jobcenter wies auf die Situation wohnungsloser oder von Wohnungslosigkeit bedrohter suchtkranker Leistungsberechtigter und damit einhergehende Vernetzungsanforderungen hin. Verschiedentlich bestanden Kooperationsbeziehungen zu spezialisierten Beschäftigungsträgern oder zu Anbietern des Betreuten Wohnens nach dem SGB XII. Die Zielgruppe der Haftentlassenen wurde ebenfalls von einem Teil der befragten Jobcenter explizit hervorgehoben. Einige der befragten Jobcenter hatten Kooperationen mit Haftanstalten begonnen, um (suchtkranke) Haftentlassene, die nach ihrer Entlassung Leistungen nach dem SGB II erhalten würden, besser integrieren zu können. Die Workshops sollten Kooperationsmöglichkeiten mit den Systemen der Straffälligen- und Wohnungslosenhilfe aufzeigen (z. B. bei Übergangsmanagement, Beschäftigung und Tagesstruktur) und mögliche Synergien diskutieren.

5.1 Zielstellung und Leitfragen

Für die Diskussion in den Workshops wurden drei Frageblocks zu Praxisproblemen und Lösungsansätzen bezogen auf die Zielgruppen der jungen Erwachsenen, der Wohnungslosen und der Haftentlassenen vorgeschlagen. Im Erfahrungsaustausch zeigte sich aber schnell, dass der Titel des Workshops „Wenn Sucht nur eines der Probleme ist" gut gewählt war, und dass die Überschneidungen zwischen den Gruppen groß sind. Gerade in diesen beiden Workshops erwies sich der heterogene Teilnehmerkreis als bereichernd für die Diskussion: Neben Vertreter/-innen von Jobcentern nahmen Experten und Expertinnen aus Reha-Kliniken und Adaptionseinrichtungen, aus

den Kommunen, aus der Wissenschaft, aus dem Strafvollzug und von Jugendhilfeträgern teil und erörterten die folgenden Fragen:

— Kann die berufliche Wiedereingliederung von suchtkranken Menschen in problematischen Lebenslagen und sozialen Schwierigkeiten (Haftentlassung, Wohnungslosigkeit) durch hilfesystemübergreifende Kooperationen und die Nutzung flankierender Angebote verbessert werden?

— Wie lassen sich sozialintegrative Leistungen auf der Grundlage des SGB XII mit den Leistungen der Jobcenter verzahnen?

— Wie können Haftanstalten die medizinische und berufliche Reintegration vorbereiten und einleiten?

— Welche besonderen Anforderungen ergeben sich für die Jobcenter im Hinblick auf die Betreuung minderjähriger Suchtabhängiger sowie von jungen Leistungsberechtigten aus suchtbelasteten Familien bzw. Bedarfsgemeinschaften?

— Welche Angebote werden von der Suchtberatung und der Suchtkrankenhilfe für junge Erwachsene mit Suchtproblemen unterbreitet?

— Welche spezifischen Projekte wurden durchgeführt – mit welchem Erfolg?

— Welche Netzwerkpartner/-innen sollten in die Kooperation einbezogen werden? Wie kann die Prävention gestärkt werden?

5.2 Beispiele aus der Praxis

5.2.1 Jobcenter Frankfurt/Main – Betreuung von Wohnungslosen

Das **Jobcenter Frankfurt am Main** ist das fünftgrößte Jobcenter Deutschlands, ca. 10 Prozent der 763.000 Einwohnerinnen und Einwohner erhalten hier Leistungen. Etwa ein Viertel von ihnen ist erwerbstätig. Hilfebedürftigkeit entsteht unter anderem durch die sehr hohen Lebenshaltungskosten in der Stadt. Die Situation auf dem Wohnungsmarkt ist schwierig, und angemessener Wohnraum ist sehr knapp. Die Zahl der Wohnungslosen ist wie in Großstädten üblich hoch, viele der Betroffenen konsumieren Alkohol und/oder illegale Drogen und halten sich in der Innenstadt auf. Anspruch des sogenannten „Frankfurter Wegs“ ist seit vielen Jahren, *„gute Strukturen“* für diese Zielgruppe vorzuhalten. Von seiner Gründung an kooperierte das Jobcenter deshalb eng mit der Stadt. Die Betreuung von Wohnungslosen war zu Beginn in einer gemeinsamen Außenstelle mit der Stadt angesiedelt. Inzwischen hat das Jobcenter eine eigene Liegenschaft im Bahnhofsviertel, das Jobcenter-Mitte, in dem 2.500 wohnungslose Leistungsberechtigte betreut werden, die auf der Straße leben und/oder in Notunterkünften und Einrichtungen untergebracht sind.[7] Während junge Erwachsene unter 25 Jahren grundsätzlich ebenfalls in einer eigenen Anlaufstelle betreut werden, sind sie dem Jobcenter-Mitte zugeordnet, *„wenn Wohnungslosigkeit im Vordergrund steht*“. Die Integrationsfachkräfte im Jobcenter-Mitte sind *„in besonderer Weise vertraut mit den Problemlagen*“ der hier betreuten Leistungsberechtigten. In enger Kooperation mit dem Sozialamt vermitteln sie unter anderem Notschlafplätze.

[7] Mindestens ebenso viele Wohnungslose, schätzt man, werden von der Stadt auf der rechtlichen Grundlage des SGB XII betreut. Hinzu kommt eine große Dunkelziffer an wohnungslosen Menschen, die vorübergehend bei Freunden oder Bekannten untergekommen sind.

Bei einem großen Teil der hier betreuten Leistungsberechtigten ist Erwerbsfähigkeit nur noch in geringem Umfang gegeben, und das Jobcenter hat ein eigenes Verfahren entwickelt, um diese zu überprüfen und zu klären, ob eine Überleitung ins SGB XII angezeigt ist. Mit der Begutachtung ist ein spezialisierter Träger mit Zielgruppenkompetenz beauftragt, mit dem ein Kontingent von 15 Untersuchungen monatlich vereinbart wurde. Das Jobcenter organisiert einen Fahrdienst für die betroffenen wohnungslosen Menschen, damit nicht so viele Termine ausfallen und die „*Kunden ankommen, wo sie hinsollen*". Bei einer Überleitung ins SGB XII wird in Absprache mit der Stadt „*ein umgedrehtes 44a-Verfahren*"[8] praktiziert: Das Gutachten des Trägers wird vom Sozialamt anerkannt, das bereits ab dem Zeitpunkt der Begutachtung die Leistungen übernimmt, bis der Rentenversicherungsträger den Fall letztgültig geprüft hat. Das Verfahren birgt zwar das Risiko, dass der Rechtskreiswechsel gegebenenfalls rückgängig gemacht werden muss, falls die Rentenversicherung zu einer anderen Einschätzung kommt. Da es sich jedoch in aller Regel um schwer chronifizierte Menschen mit erheblichen und für jeden sichtbaren gesundheitlichen Einschränkungen handele, komme dies in der Praxis eigentlich nicht vor. Nur in Fällen, wo zum Beispiel die Eignung für eine Fördermaßnahme geprüft werden soll, wird der Ärztliche Dienst der Agentur für Arbeit eingeschaltet.

5.2.2 Jobcenter Mayen-Koblenz - Zielgruppenarbeit

Das **Jobcenter Mayen-Koblenz** stellte seine Netzwerkarbeit in zwei Workshops (vgl. auch Abschnitt 3.2.3) vor. Bedarfe bezogen auf die Unterstützung besonderer Zielgruppen ergeben sich insbesondere durch die Strukturen in einem Flächenlandkreis.

In einem der ersten Projekte ging es zum Beispiel darum, die medizinische Versorgung suchtkranker junger Erwachsener zu verbessern, für die es zum damaligen Zeitpunkt im Landkreis kein Angebot gab, eine Substitutionsbehandlung durchzuführen. Über den vom Jobcenter initiierten und moderierten Arbeitskreis „Sucht", dem u. a. Wohnungslosenhilfe, Justiz und Suchteinrichtungen angehören, fand sich jedoch ein Arzt, der bereit war, eine eigene Substitutionspraxis im Landkreis Mayen-Koblenz zu eröffnen. Um die Inanspruchnahme sicherzustellen, erstattet das Jobcenter den betroffenen jungen Erwachsenen die Fahrtkosten zum Arzt.

„Nur" im Rahmen eines ESF-geförderten befristeten Projektes gelang es, trotz kleiner Fallzahlen eine Intensivbetreuung für substituierte Menschen vorzuhalten. Ein Träger war mit der aufsuchenden Arbeit im Landkreis beauftragt worden; dieses Projekt ist inzwischen aber ausgelaufen.

Langfristig bewährt hat sich dagegen, dass zwei Fachkräfte über die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) zu „MOVE"-Trainer/-innen ausgebildet wurden. In ihrer Funktion als Multiplikator/-innen schulen sie Kolleginnen und Kollegen in der „*Motivierenden Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen*" und sensibilisieren auch die Fachkräfte ohne pädagogische Ausbildung für den Umgang mit suchterkrankten Menschen. Der Bereich „Projekte" kümmert sich um die regelmäßigen Schulungen zur Netzwerkarbeit: *„Ich muss wissen, wen ich anrufen kann, wenn's brennt."*

5.2.3 Jobcenter Dortmund – Mobile Wohnungslosenberatung

Das **Jobcenter Dortmund** hält ein eigenes Team „ofW" (ohne festen Wohnsitz) für wohnungslose Menschen vor, das vor einiger Zeit seine Arbeitsweise stark veränderte, um den Besonderheiten

[8] § 44a SGB II sieht eine Überleitung aus dem SGB II ins SGB XII eigentlich erst nach abgeschlossener Überprüfung der Erwerbsfähigkeit vor.

der speziellen Zielgruppe gerecht zu werden. Den Kern der neuen „*Mobilen Wohnungslosenberatung*“ bildet ein „*Tandem*“, das aus einer Fallmanagerin und einem der vier Leistungssachbearbeiter/-innen besteht. Den insgesamt ca. 400 Leistungsberechtigten, die dem Team zugeordnet sind, bieten sie nicht nur eine offene Beratung in der eigenen Geschäftsstelle an, sondern „*immer mittwochs*“ reihum Beratung in drei Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, welche die wohnungslosen Menschen regelmäßig aufsuchen: in der Beratungsstelle für Wohnungslose des Diakonischen Werks, in der Drogenberatungsstelle und im „Gasthaus“ eines gemeinnützigen Trägers.

Was 2016 als Projekt startete, ist aufgrund der guten Erfahrungen inzwischen verstetigt worden. Ziel war es unter anderem, Leistungsberechtigte, die nicht mehr ins Jobcenter kamen, „*zurück in den Leistungsbezug*“ zu holen. Nur selten würden Einladungen zu Terminen verschickt. Viel häufiger sei es, dass sich auch im Rahmen der Sprechstunden Gelegenheiten bieten, mit Leistungsberechtigten z. B. eine neue Eingliederungsvereinbarung abzuschließen. Das Angebot werde sehr gut angenommen: An den Beratungstagen bildeten sich „*manchmal Schlangen ohne Ende*“. Für die beiden Fachkräfte steht fest, dass Kontakte im vertrauten Umfeld der Leistungsberechtigten auch die Beratungsbeziehung zum Jobcenter verändern: Kundinnen und Kunden haben „*großes Vertrauen zu uns*“, und man erfahre viel über „*die Geschichte der Kunden*“: „*Sie wissen, dass ich weiß, was sie konsumieren, sie wissen aber auch, dass ich das nicht bewerte*.“ Besteht erst einmal eine Beratungsbeziehung, kommen die Leistungsberechtigten auch wieder in die Behörde.

Gerade bei den Konsumenten und Konsumentinnen illegaler Drogen führen Sanktionen aus Sicht des Teams zu „*extremster Verelendung*“, daher werden Eingliederungsvereinbarungen so niedrigschwellig wie möglich abgefasst. Das bedeute aber nicht, dass Vermittlung überhaupt keine Rolle spiele – im Gegenteil. Die Integrationserfolge des Teams seien gut, viele Wohnungslose wünschten sogar Vermittlungsvorschläge. Arbeitsgelegenheiten (AGH) sind stark nachgefragt. Dass die „*nicht jeder durchhält*“ und dass es viele Abbrüche gebe, zum Beispiel infolge eines Rückfalls, sei „*kein Grund, eine AGH nicht zu ermöglichen*“, eben eine solche Klärung sei Zweck dieser Maßnahmen. Auf Initiative des Teams wird es daher künftig auch eine spezialisierte AGH für Suchtkranke geben, in die zum Beispiel im Anschluss an eine Therapie vermittelt werden soll.

Aktuell wird das aufsuchende Angebot auf die Justizvollzugsanstalt ausgedehnt. Der dortige Sozialdienst identifiziert Häftlinge, denen bei Entlassung Wohnungslosigkeit droht. Die aufsuchende Beratung klärt sowohl Leistungsfragen als auch die berufliche Perspektive: Zum einen werden Anträge auf Alg II vorbereitet. Dazu nutzen die Fachkräfte mobile Arbeitsplätze, die ihnen alle Zugriffe auf das IT-System des Jobcenters ermöglichen, Broschüren und Formulare haben sie „*immer dabei*“, einzig Ausdrucke sind nicht möglich. Probleme wie fehlende oder nicht mehr gültige Ausweispapiere, die später einen Übergang in den Leistungsbezug verhindern, werden im Vorfeld erkannt, und die fehlenden Unterlagen können beschafft werden. Gleichzeitig werden „*Bewerbungen eingefädelt*“ oder die Voraussetzungen für eine spätere Substitution geklärt. Dass Fallmanagement und Leistungsbereich ihre Aktivitäten in jedem Fall koordinieren, sei einer der großen Vorzüge des Beratungsansatzes.

5.2.4 Manege e. V. Berlin – Modellprojekt „RESPEKT“

Für Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren erprobt der Verein **Manege e. V.** aus Berlin ein niedrigschwelliges aufsuchendes Beratungs- und Unterstützungsangebot. Es ist Teil des Bundesmodellprogramms „RESPEKT“, in dem das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

insgesamt 18 unterschiedliche Pilotprojekte fördert.[9] Die Projektansätze dienten als „*Blaupause*“ für den 2016 ins SGB II eingefügten § 16h. Träger und Projekte werden noch bis Ende 2018 weiter gefördert und beobachtet.

Das RESPEKT-Team bei der Manege – einem Träger der Jugendhilfe – betreut 140 junge Menschen. In die Umsetzung ist das **Jobcenter des Bezirks Marzahn-Hellersdorf** eng eingebunden. Junge Menschen werden z. B. vom Jobcenter an das Projekt vermittelt, Erstkontakte zwischen Träger und Teilnehmer/-in finden auf Wunsch auch beim Jobcenter statt. Auch die Jugendhilfe oder andere soziale Einrichtungen vermitteln an das Projekt. Die meisten jungen Erwachsenen sind jedoch „*Selbstmelder*“.

Das Angebot bildet einen Baustein im Angebot der Manege, die ein offenes Haus unterhält, das rund um die Uhr geöffnet hat. Hier gibt es Frühstück, ein Mittagessen für einen Euro und Abendessen, im Wohnprojekt „Wohnen in Not“ werden einige Notschlafplätze vorgehalten. Das RESPEKT-Projekt arbeitet aufsuchend, es verfügt über einen Beratungsbus, der „*im Bezirk sehr verortet*“ ist und Sprechstunden an jugendtypischen Plätzen anbietet. Kontakt wird vor allem über soziale Medien gehalten: Facebook, Instagram und WhatsApp erwiesen sich als „*zunehmend gewinnbringend*“, um die jungen Menschen zu erreichen.

Sucht und psychische Erkrankungen spielen in fast jedem Fall eine Rolle. Viele junge Erwachsene seien traumatisiert, viele hätten sexuelle Gewalt erfahren, manche kommen aus suchtbelasteten Familien, manche sind in Jugendhilfeeinrichtungen oder Pflegefamilien aufgewachsen. Im Projekt sind auch junge Mütter. Ziel der Beratung, der Diagnostik, der Biografiearbeit und der beruflichen Zielplanung ist es, die jungen Erwachsenen (wieder) an professionelle Hilfesysteme anzubinden, die sie oft vehement ablehnen: „*Ich gehe nie wieder in eine Klinik, ich rede nie wieder mit einem Psychologen.*“ Gegenüber „*Jocbcentermaßnahmen*“ hat das RESPEKT-Angebot nach Einschätzung der Fachkräfte den Vorteil, dass flexibel und rechtskreisübergreifend gearbeitet werden könne.

5.3 Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Jugendliche und junge Erwachsene mit Suchtproblemen benötigen häufig auch in weiteren Lebensbereichen Unterstützung. Die teils dramatischen Lebenslage- und Zielgruppenbeschreibungen der an den Workshops beteiligten Experten und Expert-innen deuteten sowohl auf ein hohes Problembewusstsein wie auf das Unbehagen, dieser besonderen Zielgruppe nur wenige adäquate Unterstützungsangebote machen zu können. Probleme verfestigten sich, weil es an Prävention und frühzeitiger Intervention mangele und vorgelagerte Hilfesysteme nicht angemessen reagierten. In großer Übereinstimmung wurde immer wieder geschildert, dass und wie die jungen Menschen den öffentlichen Hilfesystemen verlorengehen.

Riskantes Konsumverhalten, Doppeldiagnosen, Gewalterfahrungen und fehlende Reife machen junge Menschen zu einer gefährdeten Gruppe. Insgesamt bestehe dringender Handlungsbedarf: *"Warum werden die konsumierenden Jugendlichen jetzt so allein gelassen? (…) Wir gucken ziemlich locker als Gesellschaft da hin.“*

[9] Vgl. http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Modellprogramme/respekt-pilotprogramm.html

5.3.1 Eindeutiger Vorrang der Jugendhilfe

Für die Vertreter/-innen der Jobcenter war diese teilweise drastische Bedarfsbeschreibung in den Workshops nachvollziehbar, allerdings sahen sie dabei nicht vorrangig die Träger der Grundsicherung nach dem SGB II, sondern eher das Bildungssystem und die Kinder- und Jugendhilfe in der Verantwortung.

Noch schulpflichtige suchtkranke bzw. suchtgefährdete Jugendliche machten nach Einschätzung der Jobcenter viel zu oft die Erfahrung, dass niemand die Schulpflicht durchsetzt. Auch die Schulen gäben auf, seien mitunter sogar froh, wenn problematische Schüler/-innen im Unterricht fehlen. Häufig kapitulieren die Eltern vor eskalierenden Konflikten, vor Schulschwänzen und Drogenkonsum. Um jüngere Geschwister zu schützen, verlangen sie z. B., dass die jungen Erwachsenen den Haushalt verlassen.

Jugendfreizeiteinrichtungen seien nur noch selten vorhanden, Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII würden aufgrund des Suchtmittelkonsums womöglich beendet statt intensiviert, und selbst stationäre Einrichtungen der Jugendhilfe seien Jugendlichen, die mit legalen und illegalen Drogen experimentieren, nicht gewachsen. Oft vertrete die Jugendhilfe wie selbstverständlich die Auffassung, dass Hilfe *„über 18 Jahre hinaus nicht geleistet wird*“ und lehne es ab, Hilfen für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII zu leisten.

Auch was Kinder aus suchtbelasteten Familien angeht, sahen die Vertreter/-innen der Jobcenter wenig Chancen, Verbesserungen zu erreichen. Man thematisiere das Problem, gebe Flyer weiter, mache aufmerksam. *„Wirklich eingreifen*“ könne man jedoch nicht. Kindeswohlgefährdungen würden zum *„Thema*“ für das Jobcenter, wenn drogenkonsumierende junge Menschen Eltern werden. Auch in solchen Fällen sei aber nicht gesagt, dass den Integrationsfachkräften etwas auffalle: *„Die Kinder kommen nicht mit zum pAp.*“ Aus einer Adaptionseinrichtung für junge Drogenkonsument/-innen, die auch Kinder mit aufnahm, wurde ergänzt, die sich hieraus ergebenden spezifischen Bedarfe könnten *„auch in der ambulanten Reha nicht aufgefangen werden.*“

Den meisten Teilnehmenden der Workshops schien eine enge Zusammenarbeit zwischen Jugendamt und Jobcenter und eine leistungsträgerübergreifende Abstimmung unabdingbar. Weitere Kooperationen seien mit der Jugendgerichtshilfe, mit der ambulanten und stationären Suchthilfe und mit anderen Gesundheitsdiensten erforderlich.

Von einigen Teilnehmenden wurden betreute Wohnmöglichkeiten für Jugendliche und junge Erwachsene als Lösungsansatz beschrieben, um eine intensive Begleitung dieser Zielgruppe sicherzustellen. Wegen der hohen Kosten stünden solche Angebote aber nicht im erforderlichen Umfang zur Verfügung. Auch seien nicht alle Anbieter der Jugendhilfe bereit, für diese Jugendlichen Wohnangebote vorzuhalten – nicht zuletzt, weil die Zielgruppe *„als besonders anstrengend“* wahrgenommen werde.

5.3.2 Identifizierung junger Menschen mit Suchterkrankungen im Jobcenter – Akzeptanz von Unterstützungsangeboten

In den Workshops wurde deutlich, dass Jobcenter eine wichtige Rolle dabei spielen können, suchtgefährdete junge Erwachsene zu identifizieren. Volljährige Kunden und Kundinnen seien jedenfalls im Fallmanagement bekannt, und oft wissen die Integrationsfachkräfte auch, wer von ihnen Suchtmittel konsumiert, der Umgang damit sei sehr offen.

Aus einigen Jobcentern wurde von Unterstützungsangeboten auch für die unter 18-jährigen Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft berichtet. Unabhängig von der Berufsberatung kümmern sich z. B. im Jobcenter Halle drei Sozialpädagog/-innen speziell um die 15-18-jährigen Jugendlichen.

Kontrovers wurde diskutiert, ob sich im Rahmen von Förder- oder Aktivierungsmaßnahmen erfolgreichere (Arbeits-)Beziehungen zu suchtgefährdeten bzw. riskant konsumierenden jungen Menschen erreichen lassen. Die Vertreter/-innen des oben vorgestellten RESPEKT-Projekts (vgl. 5.2.4) hielten die Standardprodukte der Jobcenter für zu unflexibel und nicht für niedrigschwellig genug – sie optierten für einen offenen, aufsuchenden Ansatz ohne Mitwirkungserwartungen. Vertreter/-innen von Maßnahmeträgern argumentierten dagegen, Jobcenter könnten vor dem Hintergrund möglicher Sanktionen mit mehr Nachdruck dafür sorgen, dass junge Erwachsene an einer Maßnahme teilnehmen. Darüber hinaus sei es sinnvoll, weitere Zugangswege zu nutzen; so werden für die Maßnahme der Jugendwerkstatt Osterburg auch in Kooperation mit Streetworkern im öffentlichen Raum Jugendliche angesprochen, manchmal melden sich auch Eltern von suchtkranken oder suchtgefährdeten Jugendlichen und bitten um Unterstützung, auch erfolge der Zugang teils auch über Jugendämter, allerdings eher spärlich und nur bei 16-18-Jährigen.

5.3.3 Sonderregeln für unter 25-Jährige

Für unter 25-jährige Personen gelten im SGB II besondere Regelungen: Ohne Zustimmung der Jobcenter dürfen sie keinen eigenen Haushalt gründen (§ 22 Absatz 5 SGB II), und es sind schärfere Sanktionen möglich (§ 31a Absatz 2 SGB II). In den Diskussionen zu Zielgruppen machten sowohl die Vertreter/-innen der Jobcenter als auch ihre Kooperationspartner/-innen darauf aufmerksam, dass sich diese gesetzlichen Vorschriften bei suchtkranken jungen Menschen problemverschärfend auswirken können.

Zum einen zögen junge Erwachsene, die das Elternhaus verlassen wollen und dazu keine Zustimmung des Jobcenters erhalten, auf eigene Faust von Zuhause aus und riskierten Wohnungslosigkeit. Als sogenannte „Sofa-Hopper“ versorgen sie sich oft längere Zeit prekär bei Freunden oder bei Bekannten aus der „Szene“, um dann – ohne festen Wohnsitz – eigene Leistungen beim Jobcenter zu beantragen. Die Überwindung der Wohnungslosigkeit gelinge dann aber nur noch unter großen Schwierigkeiten. Auf sich allein gestellt seien die jungen Menschen häufig nicht in der Lage, einen Mietvertrag abzuschließen und das eigenständige Wohnen zu bewältigen. Auch wenn es später gelinge, sie wieder zu erreichen, sei wertvolle Zeit für den Berufseinstieg und für die Bearbeitung der Sucht verloren gegangen. Der Träger einer Maßnahme für über 25-jährige Suchtkranke argumentierte, so entstünden Problemfälle, die später mit hohem Aufwand betreut werden müssten.

Im Anschluss an eine Adaptionsbehandlung bei unter 25-Jährigen entstanden nach Berichten von Einrichtungen ebenfalls unnötige Probleme: Seitens des Jobcenters werde nämlich häufig zunächst geprüft, ob eine Rückkehr des jungen Menschen in die Herkunftsfamilie möglich sei. Da dies aus therapeutischer Perspektive aber nur selten eine geeignete Option im Anschluss an eine Rehabilitation ist, sollte nach Auffassung der Einrichtungen die Zustimmung zur Anmietung einer eigenen Wohnung in solchen Fällen grundsätzlich erteilt werden können.

Sanktionen trügen nach Einschätzung aller Beteiligten zu einer Verschärfung der prekären Lebenslagen bei. Insbesondere machten die von einer hundertprozentigen Sanktion betroffenen jungen Menschen nach den Erfahrungen der Jobcenter selten Gebrauch von der Möglichkeit, Gutscheine zur Sicherung des notwendigen Lebensunterhaltes zu beantragen. Dies aber kann bedeuten, dass

die Kosten der Unterkunft nicht durch die Jobcenter getragen werden und Mietschulden entstehen. Außerdem verlieren diese jungen Leute ihren Krankenversicherungsschutz. Fehle die Mitwirkung, sei auch über die Krankenhilfe nach dem SGB XII keine Lösung möglich. In solchen Fällen dürften Kliniken nicht behandeln, Entgiftungen seien nicht möglich: „*Das ist dramatischer, als man sich vorstellen kann.*“

5.4 Die Zielgruppe der suchtkranken Haftentlassenen

Die Sozialdienste in den Justizvollzugsanstalten stehen vor ähnlichen praktischen Problemen wie die Sozialdienste von Sucht-Reha-Kliniken, wenn die Entlassung suchtkranker Häftlinge naht, und viele der in den Zielgruppenworkshops angesprochenen Themen variierten deshalb Aussagen aus den Workshops zur Rehabilitation. Die Voraussetzungen der Zielgruppe des Übergangsmanagements aus Haft sind allerdings noch schlechter als die Voraussetzungen der entlassenen Rehabilitanden: Nur ein kleiner Teil der suchtkranken Inhaftierten – die über 50 Prozent der Strafgefangenen ausmachen (Häßler 2017: 2) – erhält im Vollzug ausreichende medizinische und therapeutische Hilfe. Die meisten von ihnen verlassen die Haft akut krank. Und um Vorkehrungen für die Zeit nach der Inhaftierung treffen zu können, müssten sie (begleiteten) Ausgang erhalten – doch eine ‚Lockerung‘ im Ausgang ist nur bei einem kleinen Teil und oft erst kurz vor einer endgültigen Entlassung möglich.

Gravierende, seit langem bekannte und nach wie vor ungelöste Schnittstellenprobleme zwischen Jobcentern, Strafvollzug und anderen Institutionen stellen sich vor allem leistungsseitig (vgl. 3.8). Wie bei einer Entlassung aus medizinischer Rehabilitation müsste der Antrag auf Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II bereits während der Haft vorbereitet werden, um nahtlose Übergänge in die Weiterbehandlung außerhalb der Justizvollzugsanstalt zu erreichen.

Dies gelingt nach Einschätzung der Workshop-Teilnehmenden nur selten. Einerseits seien dafür vollzugstypische Probleme verantwortlich. So werden den Häftlingen bei der Inhaftierung die Ausweispapiere abgenommen, die sie erst bei der Entlassung zurückerhalten. Nicht immer werde dabei festgestellt, ob Papiere während der Haft ablaufen. 70 Prozent der Haftentlassenen, schätzte ein Workshop-Teilnehmer aus einem Jobcenter, hätten bei der Entlassung keine gültigen Ausweispapiere und könnten allein aus diesem Grund nicht sofort einen Alg-II-Antrag stellen. Aus der Haft heraus neue Papiere beantragen zu wollen, löst weitere Probleme aus, da die Einwohnerbehörden der Kommunen die persönliche Antragstellung erwarten; auch eine fehlende Adresse kann hinderlich sein.

Während bei einer Antragstellung, die aus der Reha-Einrichtung vorbereitet wird, in der Regel genaue Angaben zu den Einkommensverhältnissen bzw. der bevorstehenden Mittellosigkeit möglich sind, erweist es sich als Problem, wenn bzw. dass Häftlinge Überbrückungsgeld an Strafgefangene nach § 51 StVollzG erhalten.[10] Diese Leistung soll der Resozialisierung dienen und den Lebensunterhalt innerhalb des ersten Monats nach Entlassung sicherstellen. Die Leistung wird als Einkommen auf Alg II angerechnet und schmälert den Leistungsanspruch; eine vorsorgliche Berechnung vor Entlassung ist nicht immer möglich. Praktisch sei das größte Problem, dass die Leistung direkt an den Haftentlassenen ausgezahlt und das Geld sofort in Suchtmittel umgesetzt werde: „*Die Süchtigen kommen gar nicht beim Jobcenter an.*“

[10] Diese Leistung gibt es nicht mehr in allen Bundesländern: Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und das Saarland haben das Überbrückungsgeld abgeschafft.

Als Bestandteil des nordrhein-westfälischen Übergangsmanagements Sucht wird suchtkranken Gefangenen angeboten, die lokale Drogenberatung an den konkreten Entlassungsvorbereitungen zu beteiligen. Hierüber wird z. B. eine Begleitung der Haftentlassenen bei den wichtigsten Ämtergängen am Entlasstag sichergestellt. Aus der Haft heraus könne man mit den Jobcentern oft nicht einmal einen Termin zur Antragsabgabe vereinbaren.

Mit dem Ziel, die gesundheitliche Versorgung im Anschluss an die Entlassung aus einer Therapie oder einem Haftaufenthalt nahtlos sicherzustellen und eine berufliche Perspektivplanung bereits aus der entlassenden Institution heraus anzustoßen, hat das Jobcenter Hannover Vereinbarungen mit Kliniken, mit der Justizvollzugsanstalt und mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) getroffen. Entlassungen aus der Klinik oder der JVA werden dem Jobcenter angekündigt, medizinische und/oder berufliche Ziele dabei mit der „vorbetreuenden Person" abgestimmt. Häftlinge können sechs Wochen vor einer Entlassung einen Alg II-Antrag stellen, dabei kümmern sich die Sozialdienste der JVA darum, dass Anträge „entscheidungsreif" vorbereitet sind, indem sie z. B. fehlende Unterlagen besorgen. Bei der Entlassung wird der vorbereitete Antrag sofort bewilligt, dadurch ist der Krankenversicherungsschutz gegeben und eine Anschluss-Substitution ist z. B. gesichert. In Absprache mit der entlassenden Einrichtung und dem/der späteren Kunden/Kundin werden Personen bereits im Vorfeld einer zuständigen Integrationsfachkraft im Fallmanagement zugeordnet, *„damit wir dann schon wissen, wo wir mit jemand hinwollen, wenn er kommt."* Da manchmal die *„direkte Arbeitsaufnahme das A und O"* sei und alles andere einen *„schleichenden Rückschritt bedeuten würde"*, beginnt das Jobcenter frühzeitig mit der Arbeitsuche und Vermittlungsbemühungen. Bewährt hat sich dabei der bewerberorientierte Austausch mit der Arbeitgeber-Betreuung, die zielgerichtet auf Stellensuche für die vorgeschlagenen Vermittlungsfälle geht.

Unter anderem werde in diesem Zusammenhang auch forciert, dass sich Jobcenter in den Haftanstalten vorstellen und Möglichkeiten beruflicher Förderung nach der Entlassung vorstellen. Dass Jobcenter aktiv auf die Justiz zugehen und in den JVA immer öfter Beratung angeboten werde, hieß es in den Workshops, sei aus Sicht des Vollzugs ein *„sehr guter Schritt."* Für suchtkranke Haftentlassene, die nach ihrer Entlassung viel zu erledigen hätten, könnten die Jobcenter nach Auffassung der Teilnehmenden eine wichtige Anlaufstelle sein: *„Die scheuen sich, so ganz, ganz viele Stellen anlaufen zu müssen und verlassen sich auf die Jobcenter*."

Besonders gravierend stelle sich bei Haftentlassenen mit Suchterkrankungen das Problem des (vorläufig) fehlenden Krankenversicherungsschutzes. In den Workshops wurde eine Vielzahl daraus entstehender Folgeprobleme angesprochen, insbesondere können weder eine hausärztliche Versorgung noch notwendige Substitutionsbehandlungen eingeleitet werden.

5.5 Die Zielgruppe der suchtkranken Wohnungslosen

Sowohl die oben beschriebene Gruppe der suchtgefährdeten Jugendlichen, die ihr Elternhaus verlassen wollen, wie auch suchtkranke Haftentlassene, die nicht in einen Familienhaushalt zurückkehren können, sind Zielgruppen, denen akute Wohnungslosigkeit droht.

In den Workshops zu Zielgruppen äußerten die Vertreter/-innen der Jobcenter den Eindruck und die Befürchtung, dass die Kombination von Suchterkrankungen mit manifester Wohnungslosigkeit zugenommen habe und in diesem Kontext „*zukünftig ein Riesenproblem*“ drohe. Angesichts angespannter Wohnungsmärkte fast überall in Deutschland, vor allem aber in den Großstädten und in den Ballungsräumen, hätten Menschen mit (offensichtlichen) Handicaps kaum Chancen, sich mit Wohnraum zu versorgen. Suchtkrankheiten erhöhen zudem das Risiko, eine Wohnung zu verlieren. Präventiven Aktivitäten und einer besseren Wohnraumversorgung komme daher besondere Bedeutung zu.

5.5.1 Anmietung von Wohnraum erleichtern

Jobcenter sollten sich der Wohnungsmarktprobleme bewusst sein und suchtkranke Wohnungslose bei der Anmietung von Wohnraum intensiv unterstützen, wurde in den Workshops gemahnt. Dies bedeute z. B. die schnellstmögliche Prüfung der Frage, ob die Anmietung einer bestimmten, verfügbaren Wohnung möglich ist. Die Teilnehmenden brachten unterschiedliche Erfahrungen in die Diskussion ein. Vertreter/-innen von Adaptionseinrichtungen berichteten, angesichts der aktuellen Probleme bei der Wohnungsbeschaffung gerieten „*Therapie und Berufsorientierung in den Hintergrund.*“ Die Anmietung einer passenden und aus leistungsrechtlicher Sicht angemessenen Wohnung für die Zeit nach der Adaption sei für suchtkranke Leistungsberechtigte zum vorherrschenden Problem geworden. Dauere die Prüfung beim Jobcenter so lange, dass eine verfügbare Wohnung vom Vermieter/-innen schließlich anderweitig vergeben werde, sei dies mehr als ärgerlich. In einer Lebensphase, in der die suchtkranken Rehabilitanden und Rehabilitandinnen vor allem der Stabilisierung bedürften, gefährdeten Ungewissheiten und solche Rückschläge unmittelbar den Rehabilitationserfolg.

Vertreter/-innen der Jobcenter schilderten dagegen auch die Verfahren, mit denen verhindert werden soll, dass die Anmietung einer Wohnung an zu langen Bearbeitungszeiten scheitere. So können Leistungsberechtigte mit ihrer Mietbescheinigung im Jobcenter Augsburg in die Eingangszone kommen, und dort werden nicht nur die Daten geprüft und aufgenommen, sondern ggf. sofort mit der Leistungsabteilung alle Detailfragen abgeklärt. Eine Zustimmung zur Anmietung kann dadurch am gleichen Tag erteilt werden. In anderen Jobcentern galt die Regel, dass die Prüfung der Angemessenheit von Wohnraum bei Wohnungslosen, die einen Mietvertrag abschließen können, Priorität habe. Manchmal galt, dass die Leistungsabteilung alle Fälle „*vorzieht*“, in denen es um eine Anmietung gehe.

Die Vertreter/-innen der Jobcenter räumten aber gleichzeitig ein, dass in langen Bearbeitungszeiten ein Risiko für die schnelle Wohnungsversorgung liegen könne: „*Nicht alle Häuser haben das geregelt!*“

5.5.2 Niedrigschwellige Zugänge zur Beratung und Unterstützung ermöglichen

Alle Konzepte, die als Praxisbeispiele in den Zielgruppenworkshops diskutiert wurden, beruhten auf einer ähnlichen Einschätzung: Gegenüber bestimmten Zielgruppen müssen Jobcenter ihre Arbeitsweisen ändern. Das betraf zum einen die Bereitschaft, aufsuchende Beratung zu leisten – über Träger der Wohlfahrtspflege, aber auch im Rahmen der eigenen Arbeitsvermittlung. Wohnungslose oder junge Erwachsene wurden auf der Straße, in Einrichtungen oder an „*ihren Plätzen*“ aufgesucht.

Zur Niedrigschwelligkeit gehöre auch, Menschen, „*die eine Eingangszone einfach nicht schaffen*“, erleichterte Zugänge in die Beratung beim Jobcenter zu ermöglichen. Suchtkranke Wohnungslose wurden abgeholt oder zu Terminen begleitet. Sie konnten im Jobcenter vorsprechen und gelangten im Rahmen offener Sprechstunden ohne weitere Umstände sowohl an den Schreibtisch der Leistungssachbearbeitung wie den des Fallmanagements. Weil eine Nähe zur Zielgruppe bestand, gaben die Fachkräfte flexiblen Terminabsprachen per WhatsApp oder spontanen Kontakten („*dann schnappe ich mir den*“) Vorrang vor einem starren Kundenkontaktdichtekonzept. Das mache Absprachen anders, aber nicht unverbindlicher.

5.5.3 Vernetzung mit dem System der Hilfen nach § 67 ff. SGB XII

Einige Jobcenter in den Workshops hatten gute Erfahrungen ganz unterschiedlicher Art damit gemacht, sich mit dem Hilfesystem für Wohnungslose, den Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach §§ 67 ff. SGB XII, zu vernetzen. Einige Beispiele hierfür wurden weiter oben bereits vorgestellt (vgl. 2.2.3 und 4.2.4).

Eine wichtige Rolle für die Jobcenter spielten die Beratungsstellen für Wohnungslose mit ihrem vielerorts aber nicht durchgehend verfügbaren Angebot, wohnungslosen Menschen eine Erreichbarkeitsadresse zur Verfügung zu stellen. Sie ist erforderlich, damit auch Menschen ohne Meldeadresse Leistungen beantragen können. Systematische Absprachen zur Nutzung dieses Angebots, das in der Regel in Zuständigkeit des örtlichen oder überörtlichen Trägers der Sozialhilfe durchgeführt wird, gab es nur selten. Wo solche Möglichkeiten nicht bestanden, berichteten die Reha-Einrichtungen von großen Schwierigkeiten, für die aus Einrichtungen entlassenen Patient/-innen, Leistungen zu realisieren.

Träger der Hilfe nach §§ 67 ff. SGB XII waren für viele Jobcenter wichtige Kooperationspartner/-innen, wenn es darum ging, Angebote der persönlichen Unterstützung oder des Betreuten Wohnens zu installieren.

Ein Jobcenter bedauerte, dass die Maßnahmeträger der Hilfen zur Arbeit (§ 5 der DVO zu § 67 SGB XII) im Wettbewerb gegen andere Beschäftigungsträger „*aufgegeben*“ hätten. Die speziell auf Wohnungslose ausgerichteten Angebote hätten suchtkranken Menschen besonders gute Bedingungen geboten, Tagesstruktur zu erlangen und Arbeitsmarktkompetenzen zu erlangen. Andernorts gibt es diese Angebote noch, auch sie werden in der Regel vom örtlichen oder überörtlichen Träger der Sozialhilfe verantwortet.

6 Ergebnisse zu themenübergreifenden Fragen

6.1 Personalressourcen und Betreuungsschlüssel

Eine Reduzierung der Zugangsbarrieren und vor allem effizientere Methoden beim Erkennen von Suchtproblemen und die Übernahme der für die Jobcenter „unsichtbaren“ Suchtkranken würde letztlich zu einer deutlichen Erhöhung der Zahl der zu betreuenden Leistungsberechtigten führen, die ohne einen entsprechend angepassten Betreuungsschlüssel nicht zu bewältigen wäre. Schon jetzt, so wurde in den Workshops beklagt, reichten die verfügbaren Personal- und Zeitressourcen nicht aus, um auf jeden Fall passgenau eingehen zu können. Das zeigt auch die Online-Erhebung: Nur 19 Prozent der Jobcenter verfügten über eine Betreuungsrelation von 1:75 bei den unter 25-jährigen erwerbsfähigen Leistungsberechtigten bzw. nur 15 Prozent eine Relation von 1:150 bei den über 25-jährigen (Henke et al. 2017).

Ein zu hoher Personalschlüssel begrenzt nicht nur die Zahl der zu betreuenden Fälle, sondern auch die Qualität der Betreuung. In den Workshops wurde deutlich gemacht, dass bei der bestehenden Personallage in aller Regel nicht genügend Zeit bleibt, um auf jeden Einzelfall passgenau eingehen zu können. In der Zeitnot gehe die eigene Kreativität verloren, und es gebe dann nur noch stereotype Fallbearbeitungen. Man brauche gerade bei suchtkranken Leistungsberechtigten aber Zeit und Kontinuität und einen langen Atem, um etwas zu bewegen.

Ein Fallmanager berichtete, er höre von Kolleg/-innen aus der Arbeitsvermittlung immer: *„Ich bin kein Sozialarbeiter, ich soll die Leute in Arbeit kriegen, der Rest interessiert mich nicht.“* Hintergrund sei, dass *„die gerade mal wieder ihre Beratungszeiten um die Ohren gehauen kriegen.“* Es könne eben nur eine begrenzte Zahl der Leistungsberechtigten in das Fallmanagement wechseln. *„Eigentlich könnte ich jeden Zweiten nehmen.*" Und schließlich würde man die Jobcenter ja auch an ganz anderen Kriterien messen. Ein Beispiel aus der Praxis einer Jobcenter-Fachkraft: *„Wir haben eine sehr schöne gesundheitsorientierte Maßnahme, bei der auch ein Abschlussgespräch mit dem Kunden mit und beim Träger vorgesehen ist. Das bringt sehr viel, aber da muss man raus, und der Tag ist durch. Sorry, aber wenn ich da drei Leute in der Maßnahme drin habe, bis die alle da waren, alles besprochen ist, alles auch schriftlich fixiert usw., da ist der Tag durch. Viele sagen: In der Zeit kann ich im Büro viel mehr machen.“*

Derzeit geht die Zahl der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten zurück. Die Jobcenter sind so ausgerichtet, dass der Betreuungsschlüssel an die Zahl der zu betreuenden Kund/-innen bzw. Bedarfsgemeinschaften angepasst wird. Ein zahlenmäßiger Rückgang müsse jedoch nicht bedeuten, dass man weniger Fachkräfte zur Betreuung brauche. *„Das ist ein Trugschluss.“* Die Erfahrungen im Fallmanagement zeigten, dass es zwar etwas weniger Kunden und Kundinnen würden, aber wegen der komplexeren Problemlagen nicht weniger zu tun sei.

Durchgehend alle Modellprojekte mit günstigerem Betreuungsschlüssel hätten aufgrund der intensiveren Betreuungsmöglichkeiten und breiterer Ressourcen positive Ergebnisse erbracht. Diese Erfahrung sollte genutzt und auf die Gruppe der suchtkranken Menschen angewendet werden.

6.2 Erreichbarkeit der Jobcenter und Suchtberatungsstellen

Für suchtkranke Leistungsberechtigte ist von entscheidender Bedeutung, dass sie ohne größere Hürden Kontakt zu den für sie zuständigen Fachkräften im Jobcenter und in der Suchtberatungsstelle aufnehmen können. So erfordern z. B. kurzfristig entstandene Klärungsbedarfe und akute Krisen (z. B. Rückfälle) die Möglichkeit einer schnellen Kontaktaufnahme. Zur Erhöhung der Erreichbarkeit wurden in den Workshops seitens der Jobcenter verschiedene Ansätze vorgestellt, die die Leistungsberechtigten erfahrungsgemäß sehr schätzen würden:

- die Einrichtung offener Sprechstunden, bei denen die Betroffenen ohne vorherige Terminierung Rat suchen können,
- die ständige Ansprechbarkeit einer Fachkraft während der Öffnungszeiten des Jobcenters für besondere Anliegen,
- die Durchführung von Hausbesuchen, z. B. wenn Leistungsberechtigte längere Zeit nicht mehr ins Jobcenter gekommen sind und die Gründe dafür unklar sind.

In den Workshops wurden zwei Gruppen von Leistungsberechtigten benannt, die mit vergleichsweise hohen Zugangsbarrieren konfrontiert sind. Dies sind zum einen suchtkranke Menschen ausländischer Herkunft ohne ausreichende deutsche Sprachkenntnisse, deren Versorgung mit geeigneten Suchtberatungsangeboten z. T. extrem defizitär ist, wie dies Beispiele in den Workshops belegten. Zum anderen sind es die Suchtkranken aus ländlichen Gebieten, weil deren Weg zum zuständigen Jobcenter und zur nächsten Suchtberatungsstelle oft lang ist, und öffentliche Verkehrsmittel, auf die man z. B. wegen Führerscheinentzug angewiesen ist, nur begrenzt zur Verfügung stehen, wenn etwa *„nur einmal am Tag ein Bus fährt*“. Dies kann die Motivation zur Suchtberatung erheblich schwächen und das Risiko von Abbrüchen erhöhen.

Für Klient/-innen mit begrenzten Deutschkenntnissen sollten fremdsprachige Informationsmaterialien bereitgestellt und die Möglichkeit der Beratung in Fremdsprachen geschaffen werden, wie es derzeit zum Beispiel im Jobcenter Hamburg-Wilhelmsburg in Bezug auf Türkisch, Kurdisch und Russisch bereits praktiziert wird. Mittel- und langfristig könnten Menschen mit Migrationshintergrund in stärkerem Maße für diese Berufe und Tätigkeiten gewonnen werden.

Was die Erreichbarkeit von Jobcentern und Suchtberatungsstellen im ländlichen Raum betrifft, könne es – so die Erfahrung der Workshop-Teilnehmer/-innen – für eine kleine Gruppe von Leistungsberechtigten, die es aus eigener Kraft nicht schaffen, zum Beratungsgespräch zu erscheinen, für eine gewissen Zeit unabdingbar sein, sie persönlich zu begleiten bzw. mit einem Auto oder Kleinbus von zu Hause abzuholen. Dies ist bei Beschäftigungsmaßnahmen nicht selten bereits gelebte Praxis. Besondere Projekte, die eine Begleitung oder einen Fahrdienst nutzen, wie z. B. im Jobcenter Kassel (vgl. 2.4.2), belegen, dass man damit Erfolge erzielen kann.

Überlegenswert sei es, in ländlichen Räumen eine mobile Beratung anzubieten – ähnlich wie im Jobcenter Dortmund für die Gruppe der Wohnungslosen bereits praktiziert. Einige Workshop-Teilnehmer/-innen berichteten über gute Erfahrungen damit, über (zunächst) aufsuchende Arbeit die Leistungsberechtigten zu erreichen und zu motivieren. Es sei *„unglaublich, was dann auch möglich ist. Dann sind plötzlich fünf oder sechs Kilometer kein Thema mehr, was vorher ein Thema war. Geld ist dann plötzlich auch kein Thema mehr.“*

Ein besonderes Problem stellt sich für die Kooperationspartner/-innen in den lokalen und überregionalen Netzwerken, wenn eine Kontaktaufnahme mit dem Jobcenter nur über das Servicecenter möglich ist. Dieser Umstand wurde in den Workshops hart kritisiert. Dass Kooperation manchmal

nicht gelinge, habe auch damit zu tun, dass man die zuständigen Ansprechpersonen beim Jobcenter weder identifizieren noch erreichen könne. An der Schnittstelle zur Reha müsse es geregelte Wege und Verfahren der Kontaktaufnahme geben, die eine gegenseitige Information überhaupt erst ermöglichen.

6.3 Netzwerkarbeit

Suchtkranke im SGB II weisen neben der Sucht sehr häufig weitere schwerwiegende Probleme auf, die die Integration in Arbeit zusätzlich erschweren können (z. B. fehlender Schulabschluss, Verschuldung, Entzug der Fahrerlaubnis, strafrechtliche Probleme, psychische Belastungen bzw. Erkrankungen). Daher, so die einhellige Meinung in den Workshops, sei in der Regel ein entsprechend komplexes Konzept der Betreuung und Integration in Kooperation mit der Suchtberatungsstelle und anderen externen Akteuren im sozialen Hilfesystem nötig (z. B. Schuldnerberatungsstelle, sozialpsychiatrischer Dienst, Jugendamt). Nur so könne man sich dem Ideal einer „*ganzheitlichen, vernetzten, abgestimmten Betreuung*“ nähern.

Die Praxisbeispiele zeigen, dass es sich lohnt, an dieser Stelle relativ viel Zeit und Arbeit zu investieren. Einige der in den Workshops vertretenen Jobcenter führen Netzwerktreffen alle zwei bis drei Monate durch, andere sogar in kürzeren Zeitabständen. Dabei geht es vor allem um zwei Ziele:

- Verbesserungen in der konkreten fallbezogenen Zusammenarbeit durch den Austausch über (anonymisierte) Fälle,
- Weiterentwicklung von langfristigen institutionellen Kooperationsstrukturen.

Netzwerkarbeit ist eine Erfolgsbedingung. Die Etablierung und Pflege dieser Netzwerke ist jedoch mit einem hohen Arbeits- und Zeitaufwand verbunden. Nur wenn sich alle Beteiligten darüber im Klaren sind, dass es sich dabei um eine Investition handelt, kann mit der Bereitschaft zur Mitarbeit gerechnet werden.

6.4 Datenschutz und Schweigepflicht

Der gegenseitige Austausch von fallbezogenen Informationen zwischen den Jobcentern und den Suchtberatungsstellen, Kliniken wie auch allen anderen in die Fallbetreuung einbezogenen Jobcenter-externen Personen und Institutionen ist eine wichtige Grundlage für die abgestimmte Beratung und Unterstützung. Art und Umfang der ausgetauschten Informationen sind aber durch die gesetzlichen Normen zum Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I), zur Weitergabe von Sozialdaten (§ 67 SGB X) und zur Schweigepflicht (§ 203 StGB) begrenzt.

In der Kooperation zwischen Jobcentern und Suchtberatung ist ein Datenaustausch immer dann ohne Weiteres möglich, solange es sich darum handelt, der Suchtberatungsstelle anzukündigen, dass eine bestimmte Person eine Beratung nach § 16a SGB II in Anspruch nehmen soll. Umgekehrt kann die Suchtberatungsstelle dem Jobcenter den Beginn und die Beendigung dieser Beratung rückmelden.

Ein weitergehender Informationsaustauch setzt voraus, dass der bzw. die Leistungsberechtigte zum einen freiwillig und schriftlich in die Nutzung und Verarbeitung seiner/ihrer Sozialdaten einwilligt. Das Jobcenter ist von dem Verbot der unberechtigten Weitergabe personenbezogener Sozialdaten und die Suchtberatungsstelle darüber hinaus von der Schweigepflicht zu entbinden.

Ohne Einwilligung muss der Informationsaustausch entweder unterbleiben oder kann nur durch den Leistungsberechtigten bzw. die Leistungsberechtigte selbst erfolgen. Erfolgt dies nicht, muss der Informationsaustausch entweder unterbleiben oder kann nur durch den Leistungsberechtigten bzw. die Leistungsberechtigte selbst erfolgen. Die Online-Erhebung zeigte, dass Datenschutz und Schweigepflichtbestimmungen von einem Teil der Jobcenter nicht rechtskonform gehandhabt wurden. So schrieben viele Jobcenter in der Eingliederungsvereinbarung Verpflichtungen fest, die nicht sanktionsbewehrt sein dürfen, so auch die Schweigepflichtentbindung. Die Haltungen und Praktiken, die zu dieser Thematik in den Workshops vorgetragen wurden, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Der Informationsaustausch sollte sich auf das Notwendige beschränken (z. B. seitens der Suchtberatungsstelle: Kontakt hat stattgefunden, Beratung abgebrochen, Termin der voraussichtlichen Beendigung der Beratung).
- Weitergehende Informationen sollten nur dann gegeben werden, wenn sie für den Integrationsprozess sinnvoll und nützlich sind.
    - So ist unstrittig, dass die von den Jobcentern und den Suchtberatungsstellen geplanten arbeitsbezogenen Fördermaßnahmen durch entsprechende gegenseitige Informationen aufeinander abgestimmt werden müssen.
    - Ebenso können die Suchtberatungsstellen bei Entscheidungen zur Integrationsstrategie gebeten werden, Handlungsempfehlungen für das Jobcenter zu geben.
- In der von den Leistungsberechtigten unterschriebenen datenschutzrechtlichen Einwilligung bzw. der Schweigepflichtentbindung sollte stets konkret vermerkt werden, auf welche Informationen sich diese erstreckt (und auf welche Informationen nicht).
- Generell sei anzustreben, dass die Weitergabe von Informationen möglichst durch den Leistungsberechtigten bzw. die Leistungsberechtigte selbst erfolgt.

Die übereinstimmende Meinung der Teilnehmer/-innen war, dass Inhalte der Suchtberatung grundsätzlich nicht weitergegeben werden dürfen. Diese Beratung müsse Vertrauensschutz genießen.

6.5 Realistische Zielsetzung

Den Jobcentern obliegt es, ihre Klient/-innen im Hinblick auf mögliche Integrationswege zu beraten, gemeinsam mit ihnen einen adäquaten Weg zur schrittweisen Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit zu planen und dabei gegebenenfalls auf arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zurückzugreifen.

Nach Auffassung der Workshop-Teilnehmer/-innen ist es dabei sehr wichtig, Wünsche der Betroffenen ernst zu nehmen. Personen, die keinen Weg sehen, um ihre Erwerbslosigkeit zu überwinden, könnten schwerlich durch Dritte dazu gebracht werden, sich um einen Arbeitsplatz zu bemühen und/oder sich auf eine Erwerbstätigkeit vorzubereiten, z. B. durch Arbeit an der Überwindung der Suchtkrankheit oder eine Bildungs- bzw. Beschäftigungsmaßnahme.

Andererseits gebe es in der Praxis aber auch den umgekehrten Fall, dass Leistungsberechtigte ihre Möglichkeiten überschätzen. Ein Suchtberater berichtete, von Klienten und Klientinnen, die seiner Einschätzung nach aktuell nicht in der Lage seien, eine Arbeit aufzunehmen, während diese das selbst anders einschätzen würden. *„Die muss man dann bremsen."* Andernfalls seien Misserfolge

vorprogrammiert, die kurz- und mittelfristig zu Enttäuschung und im schlimmsten Fall zu Rückfällen führen können. Man müsse auch auf die Wahl der Tätigkeiten achten. Im Projekt Muestli wurde die Erfahrung gemacht, *„dass es da Drehtüreffekt gibt. Die Leute sind immer wieder sehr schnell wieder draußen [aus dem Job]. Das ist eine gewisse Selbstüberschätzung, das erleben wir bei Substituierten immer wieder. Die meinen, sie kommen klar, sind aber oft innerhalb von zwei Wochen wieder rückfällig auf Heroin."*

Für eine Reihe von suchtkranken Leistungsbeziehenden brauche man zunächst sehr niedrigschwellige Einstiege. Das Jobcenter Wuppertal plant *„eine ganz niedrigschwellige Job-Coaching-Maßnahme über § 16f mit zwei Personen, die ganz langsam anfangen, aber noch nicht so weit sind, in eine AGH eingegliedert zu werden. Wenn sie diese Maßnahme durchlaufen haben, kommen sie in die AGH."* Diese Maßnahmen seien im Vergleich zu anderen viel teurer, da damit ein weitaus höherer Coaching- und sozialpädagogischer Aufwand verbunden ist. Sofern sich eine Finanzierung sichern lässt, scheint dies aber ein guter Weg zu sein.

Sinnvoll sei es auch, die Arbeitsaufnahme zunächst in einem geschützten Rahmen zu versuchen. Die Fallmanager/-innen sollten die Möglichkeit des Scheiterns durchaus thematisieren und dabei signalisieren, dass bei Nicht-Erfolg keine Sanktionen verhängt werden. Oft könne man durch zunächst kürzere Arbeitszeiten die Belastungsschwelle senken. Häufig sei es hilfreicher, sich einzugestehen, dass man sich etwas zu viel vorgenommen hatte, dass *„das Vorhaben eine Nummer zu groß war, statt gleich hinzuschmeißen und abzubrechen."*

Die Kunst der Beratung – so die Meinung der Experten und Expertinnen – bestehe darin, realistische Ziele zu setzen, sodass die Leistungsberechtigten bei jedem Schritt einen Erfolg verbuchen (können), der sie darin bestärkt, den eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen.

6.6 Langfristige Betreuung, Umgang mit Abbrüchen und Rückfällen

In allen Workshops wurde variantenreich berichtet, wie schwierig die Beseitigung des Vermittlungshemmnisses Sucht ist. Leider führe längst nicht jede Hilfe auch zum erwünschten Erfolg. Es gebe viele Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen, die entweder deutlich länger als die üblichen zwei Jahre im Fallmanagement verbleiben müssten oder aber immer wieder kommen und immer wieder abbrechen und rückfällig werden. Schnelle Erfolge seien eher selten. *„Immer, wenn man denkt, man hat einen Erfolg, kommt was dazwischen."* Dann wird eventuell noch eine Schuldnerberatung benötigt oder es treten Wohnungsprobleme auf usw. Oft müsse man dann erst einmal *„Klärungen auf Seitenstraßen durchführen, bevor man wieder auf den Hauptweg kommen kann. So ist dieses Geschäft."* Auch Abbrüche bei Therapien und in Maßnahmen kämen häufig dazwischen. Auch damit müsse man umgehen, denn *„wenn jemand abbricht, ist er ja nicht weg. Das heißt, der hat eine Phase, wo er mit seiner Suchterkrankung auf einer anderen Ebene ist und es geht dann trotzdem weiter."* Gerade bei Suchterkrankungen sei es wichtig, dass die Betroffenen Abbrüche nicht nur als Scheitern verstehen, sondern vielleicht auch als Möglichkeit für einen Neustart.

Das eindeutige Plädoyer in den Workshops war, niemals und niemanden aufzugeben und jedem Menschen immer wieder neue Chancen einzuräumen und Unterstützung zu gewähren – sei es, dass eine Therapie wiederholt wird oder ein erneuter Einstieg in eine Maßnahme erfolgen kann. Die Erfahrung besage, dass manche Menschen längere Zeit und mehrere Anläufe benötigen, um ihr Suchtproblem zu überwinden oder es zumindest unter Kontrolle zu bekommen. Ein Fallmanager berichtete, dass in seinem Jobcenter Kunden und Kundinnen auch ein drittes oder viertes Jahr

im Fallmanagement behalten werden, wenn es nötig ist – *„das nehme ich dann auch auf meine Kappe. […] Erst wenn ich mir sicher bin, dass das jetzt nicht mehr notwendig ist, dann gebe ich diese Person dann ab.*" Eine andere Fallmanagerin sagte: *„Wenn es am Ende nicht funktioniert, dann hat man es versucht. Man muss es wirklich versuchen, wenn es von zehn Leuten bei drei, vier oder fünf klappt, dann ist das wunderbar!*" Andererseits sei auch eine Begrenzung richtig. *„Man kann Menschen nicht totbetreuen."*

Mehrfach wurde in den Workshops aber auch das Problem angesprochen, dass es keinesfalls einfach sei, eine flexible und langfristig enge Betreuung von suchtkranken Personen durchzusetzen, da eine solche sehr personal- und ressourcenintensiv sei und die Jobcenter letztlich an anderen Kriterien gemessen würden. Das Controlling interessiere sich für Zahlen. In Bezug auf dieses Problem wurde argumentiert, der indirekte Einfluss einer engen und intensiven Betreuung sei größer als das, was man in konkreten Fällen in der EDV abbilden kann. *„Eine gute Beratung kann man im Controlling faktisch nicht abbilden. Ein gutes Gespräch ist keine Kennzahl."* Ein Teamleiter sage immer: *"Alles, was ihr nicht abgebildet habt, habt ihr nicht getan."* Daran hänge es oft. Das Problem sei, dass indirekte Wirkungen nicht ausgewiesen würden. Die Workshop-Teilnehmer/-innen äußerten den Bedarf, für diese langfristig angelegte soziale Arbeit andere Bewertungskriterien zu entwickeln, die die Qualität und die – gegebenenfalls indirekten – Wirkungseffekte der sozialen Arbeit messen. Das Untersuchungsinstrumentarium müsse entsprechend erweitert werden.

7 Handlungsempfehlungen

Im Folgenden werden Empfehlungen formuliert, die sich aus den Diskussionen auf den Workshops ergeben haben und über die unter den Experten und Expertinnen jeweils Übereinstimmung erzielt wurde.[11]

7.1 Für die Praxis der Jobcenter

7.1.1 Ausreichende Personalressourcen - Betreuungsschlüssel

In allen Workshops wurden die Themen Personalressourcen und Betreuungsschlüssel thematisiert. Eine zentrale Erfolgsbedingung bei der Betreuung der Kunden und Kundinnen besteht darin, für diese ausreichend Zeit zur Verfügung zu haben. Das Nichterkennen einer Suchtproblematik ist häufig auch darauf zurückzuführen, dass die Vermittlungsfachkräfte aufgrund des ungünstigen Betreuungsschlüssels nur selten zum Gespräch einladen können. Durchgängig alle Modellprojekte haben zutage gebracht, dass eine Erhöhung von Personalressourcen eine erfolgreichere Arbeit ermöglicht. Bei der Betreuung von Leistungsberechtigten mit Suchterkrankungen wird deshalb über günstigere Betreuungsschlüssel im Fallmanagement eine intensivere Arbeit ermöglicht.

Das Personal sollte nicht automatisch reduziert werden, wenn Zahl der Leistungsberechtigten aufgrund der besseren Arbeitsmarktlage sinkt, stattdessen sollte man freiwerdende Kapazitäten in eine intensivere Betreuung des vorhandenen Kundenstamms mit komplexeren Problemlagen investieren.

7.1.2 Wertschätzung der sozialen Arbeit im Jobcenter und qualitatives Controlling

Das Controlling im SGB II ist derzeit zu stark auf quantitative Indikatoren begrenzt, während die soziale Arbeit und deren indirekte Effekte nicht ausreichend berücksichtigt werden. Die Betreuung Suchtkranker ist kostenintensiv, während die Erfolge – wenn überhaupt – erst nach Jahren sichtbar werden. Bislang gibt es im Controlling keine Erfolgsmessung für diese Arbeit.

Damit die notwendig und aufwändige Arbeit mit der genannten Zielgruppe geleistet werden kann, ist eine stärkere Wertschätzung der sozialen Arbeit im Jobcenter erforderlich. Es wurde der Wunsch geäußert, dass sich diese auch darin widerspiegeln sollte, dass Jobcenter nicht allein anhand der quantitativen Indikatoren im Zielsystem des SGB II bewertet werden. Dies sei ein zu einseitiger Maßstab und für die notwendige Verbesserung der Arbeit mit suchtkranken Leistungsberechtigten letztlich kontraproduktiv.

7.1.3 Information über Hilfsangebote für Menschen mit Suchtproblemen

Um Leistungsberechtigte zu motivieren, ihre Suchtprobleme anzusprechen, sollten die Jobcenter in möglichst vielfältiger Weise darüber informieren, welche Unterstützungsangebote sie für Personen mit Suchtproblemen vorhalten und welche Vorteile sich für die betreffenden Personen daraus ergeben, wenn sie ihr Problem thematisieren.

---

[11] Diese Empfehlungen erheben folglich keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie beziehen sich auch auf unterschiedliche Handlungsebenen. Nicht bei allen Empfehlungen konnten gleichzeitig konkrete Umsetzungsvorschläge gemacht werden. Das einzige, was diese Empfehlungen gemeinsam haben, ist ihr Ursprung – sie sind Ergebnis dieses Workshop-Projekts.

Ängste der Leistungsberechtigten – z. B. vor Sanktionen oder vor der Einschaltung des Jugendamtes – sollten vorsorglich angesprochen werden.

Im Informationsmaterial sollten zuständige Ansprechpartner/-innen im Jobcenter für das Thema mit den entsprechenden Kontaktinformationen benannt werden.

Sinnvoll kann sein, wenn Jobcenter und das Suchthilfesystem gemeinsame Informationsmaterialien für suchtkranke Leistungsberechtigte entwickeln.

Mehrsprachige Informationsmaterialien sind empfehlenswert, da ein großer Teil der suchtkranken Leistungsberechtigten nur über begrenzte deutsche Sprachkenntnissen verfügt.

7.1.4 Suchtbezogene Schulungen im Jobcenter

In den meisten Jobcentern ist suchtspezifische Beratungskompetenz vorhanden. Insbesondere im Fallmanagement sind häufig Sozialarbeiter/-innen, Sozialpädagogen und -pädagoginnen tätig, die nicht selten auch über therapeutische Zusatzausbildungen verfügen. Es gibt aber auch eine große Zahl von Fachkräften mit anderen Qualifikationen. Um das Erkennen von Suchtproblemen zu erleichtern und den Umgang mit Suchtkranken zu professionalisieren, sollten alle Integrationsfachkräfte – auch die in der Vermittlung – regelmäßig geschult werden.

Diese Schulungen sollten von den kooperierenden Institutionen der Suchtkrankenhilfe – Fachärzten und -ärztinnen, Suchtberatungsstellen, (Tages-) Kliniken oder Adaptionseinrichtungen – durchgeführt werden. Auf diese Weise werden nicht nur fachliche Kenntnisse vermittelt, sondern gleichzeitig das persönliche Kennenlernen und die gegenseitige Vertrauensbildung gefördert, was wichtig für eine gute Kooperation zwischen Jobcentern und Suchthilfesystem ist. Fortbildungsveranstaltungen der Jobcenter sollten für externe Kooperationspartner/-innen geöffnet werden und umgekehrt.

Diese Schulungen sollen die Fachkräfte der Jobcenter u. a. befähigen, im Fallverlauf für ihre Kunden und Kundinnen bei Bedarf Auskunft über das (externe) Hilfesystem für Suchtkranke und die angrenzenden Hilfesysteme geben zu können. Dazu benötigen sie Zugriff auf einen Überblick über Beratungsstellen, Reha-Einrichtungen, Selbsthilfegruppen oder die Angebote der sozialpsychiatrischen Dienste. Sie sollten substituierende Ärzte und Ärztinnen sowie die Aufnahmebedingungen in Allgemein- und Fachkrankenhäusern kennen und auf Träger von betreuten Wohnangeboten aus der Eingliederungshilfe oder Angebote der Jugend- und Wohnungslosenhilfe verweisen können: *„Jede Integrationsfachkraft braucht eine Beratungsdatenbank.“*

7.1.5 Thema Sucht in der Eingliederungsvereinbarung

Es wird empfohlen, mit der Überwindung der Suchtkrankheit in Zusammenhang stehende Absprachen nicht in der Eingliederungsvereinbarung festzuschreiben, sondern Vereinbarungen zwischen Leistungsberechtigten und Fachkraft ggf. in einem gesonderten Vermerk festzuhalten. Die Suchterkrankung sollte zudem im Fall von fehlender Mitwirkung stets als wichtiger Grund anerkannt werden, der eine Sanktionierung verbietet.

7.1.6 Zugänge und Verfahren möglichst einfach gestalten

Die Praxis zeigt, dass der Weg vom Jobcenter zur Suchtberatung eine wichtige und sensible Schnittstelle ist. Darum ist es wichtig, diesen Weg für alle Beteiligten so einfach wie möglich zu gestalten.

Im Bedarfsfall sollten Leistungsberechtigte – ihr Einverständnis vorausgesetzt – bei der Kontaktaufnahme zur Suchtberatungsstelle unterstützt und gegebenenfalls persönlich begleitet werden. Ein Beispiel, dies zu realisieren, sind regelmäßige Sprechstunden der Suchtberatungsstellen in den Jobcentern, die in Frequenz und Dauer dem tatsächlichen Bedarf angepasst werden können.

Auch für die Fachkräfte im Jobcenter sollte die Zuweisung einfach und unaufwändig gestaltet sein. Die Erfahrungen zeigen, dass eine Einzelabrechnung der Suchtberatung nicht nur für die Verwaltung in den Jobcentern sehr aufwändig ist, sondern auch für die Vermittlungsfachkräfte im Kundengespräch hinderlich sein kann. Demgegenüber wäre die pauschale Finanzierung der Leistungen nach § 16a SGB II deutlich leichter zu handhaben.

7.2 Für die Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtkrankenhilfe

7.2.1 Kooperationsvereinbarung und Erarbeitung eines Fachkonzepts

Es wird den Jobcentern empfohlen, die Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe durch Vereinbarungen zu regeln und für die Verfahren ein Fachkonzept zum Umgang mit dem Thema Sucht zu erarbeiten, in dem Zielsetzungen, Verfahrensweisen, Prozessschritte, Qualitätsstandards u.v.a.m. festgehalten und Schnittstellen zum Suchthilfesystem beschrieben und geregelt sind. Dieses Fachkonzept sollte periodisch überprüft und regelmäßig aktualisiert werden. Verbindliche Vorgaben und konkret beschriebene Arbeitsschritte erleichtern es, auch unter Bedingungen von Personalfluktuation Kontinuität in der fachlichen Arbeit zu sichern.

7.2.2 Wechselseitige Hospitationen und periodische Treffen

Jobcenter benötigen Hintergrundwissen zum System der Suchtkrankenhilfe und umgekehrt. Den Jobcentern wird geraten, sich noch aktiver in die lokalen Vernetzungsstrukturen – Arbeitskreise „Sucht“ oder gemeindepsychiatrische Verbünde – einzubringen. Sind solche Strukturen vor Ort nicht vorhanden, sollte das Jobcenter sie initiieren und ggf. moderieren. Um die Arbeitsweise von Jobcentern und den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gegenseitig bekannt und nachvollziehbar zu machen, sollte ein periodischer Informations- und Erfahrungsaustausch, ggf. mit regelmäßigen Treffen etabliert werden.

Um sich wechselseitig gut kennenzulernen, könnten Hospitationen beim jeweils anderen Akteur vorgenommen werden.

7.2.3 Informationsaustausch zwischen den Akteuren auf das Wesentliche beschränken – Datenschutz und Schweigepflichtentbindung

Die Jobcenter und ihre Kooperationspartner/-innen sind an die gesetzlichen Normen zum Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I), zum Schutz von Sozialdaten (§ 67 SGB X) und ggf. zur Schweigepflicht (§ 203 StGB) gebunden. Keine datenschutzrechtlich vertretbare Lösung der Informationsweitergabe in Hilfesystemen kommt ohne die persönliche Einwilligung von Betroffenen aus. Sie ist der rechtlich vorgesehene Normalfall. Der einfachste Weg, die Zustimmung von Betroffenen zum Austausch von Informationen im Einzelfall sicherzustellen, besteht darin, sie an Abstimmungen oder Absprachen zu beteiligen und z. B. fallbezogene Telefongespräche in ihrem Beisein zu führen. In diesen Fällen können auch sensible Themen in der von den Leistungsberechtigten gewünschten Offenheit angesprochen werden.

Der gegenseitige Austausch von schutzwürdigen Sozialdaten sollte grundsätzlich auf das Wesentliche beschränkt bleiben. Sofern mit Schweigepflichtentbindung gearbeitet wird, sollten diese stets genau definieren, für welche Informationen diese gilt. Unproblematisch sind Rückmeldungen an das Jobcenter darüber, ob die zugewiesenen Personen in der Suchtberatung zum Termin erschienen sind und ein Beratungsprozess begonnen, abgebrochen oder beendet wurde.

7.2.4 Gegenseitige Information in Bezug auf den Reha- und Vermittlungsprozess

Datenschutz sollte aber kein Grund sein, auf einen gegenseitigen hilfesystemübergreifenden Informationsaustausch zu verzichten. Nahtlosigkeit in den Übergängen zwischen den Systemen setzt voraus, dass relevante Informationen im Reha- und Vermittlungsprozess geteilt werden. Da dies in aller Regel im Interesse der Leistungsberechtigten liegt, werden sie ihre Zustimmung dazu nur ausnahmsweise verwehren.

In den Workshops wurde deutlich, dass sich die Entlassberichte der Reha-Einrichtungen, die in der Regel den Rentenversicherungsträger adressieren, nicht als Informationsgrundlage für die integrations- und vermittlungsbezogene Weiterbetreuung in den Jobcentern eignen. Es wird empfohlen, ein spezifisch auf die Bedarfe und Möglichkeiten der Jobcenter zugeschnittenes Instrument zu entwickeln, mit dem Reha-Einrichtungen z. B. ihre Einschätzungen zur Belastbarkeit der Leistungsberechtigten und Empfehlungen für die weitere berufliche Förderung abgeben können.

7.2.5 Ressourcen für die Netzwerkarbeit einplanen

Netzwerkarbeit ist sinnvoll und in vielen Fällen eine entscheidende Erfolgsbedingung. Sie ist aber auch zeit- und ressourcenaufwändig und steht deshalb oft als erstes zur Disposition, wenn die Belastungen steigen. Zur nachhaltigen Sicherung der Netzwerkarbeit wird empfohlen, dafür die nötigen zeitlichen und personellen Ressourcen einzuplanen und für diese Aufgabe zu binden. Bewährt hat sich die Einrichtung eines professionellen Netzwerkmanagements.

7.2.6 Schnittstelle zwischen Reha-System und Jobcentern im Entlassmanagement

Suchtkliniken und Adaptionseinrichtungen sollten die Angebote und Möglichkeiten der Jobcenter kennen, um mit ihren Rehabilitanden eine realitätsnahe Planung der beruflichen Perspektiven zu erarbeiten.

Anzustreben ist, dass Fachkräfte des Jobcenters an diesen Planungen schon während der Suchtbehandlung in der Klinik beteiligt sind. Handelt es sich um Bestandskund/-innen, bringen sie dabei ihre Erfahrungen aus dem zurückliegenden Beratungsprozess ein, im Fall von Neukunden und -kundinnen werden frühzeitige Vorbereitungen für deren weitere Unterstützung – z. B. durch Teilnahme an einer Beschäftigungsmaßnahme – ermöglicht. Gute Praxis besteht außerdem darin, möglichst schon während der stationären Reha die Voraussetzungen für einen anschließenden Leistungsbezug zu prüfen und zu schaffen.

Da unter anderem die gesetzlichen Regelungen zum Leistungsausschluss nach § 7 Absatz 4 SGB II praktikable Lösungen für dieses Schnittstellenproblem erschweren, wird empfohlen, die entsprechende Weisungslage anzupassen, um Beratung auch im Vorfeld eines absehbaren Leistungsbezuges systematisch zu ermöglichen. Gleiches gilt für das Übergangsmanagement im Fall von bevorstehenden Haftentlassungen. Leistungsanträge sollten aus der Klinik oder der Haft heraus zu einem bestimmten Entlassdatum gestellt werden können, Angebote der Beschäftigungsförderung sollten ab diesem Zeitpunkt verfügbar sein.

7.2.7 Nachbetreuung nach Integration in Arbeit

Auch nach erfolgreicher Vermittlung in Arbeit können suchtbezogene Probleme auftreten. Die Suchtberatungsstellen haben in der Regel eine Reihe von Mitarbeiter/-innen, die im betrieblichen Kontext arbeiten und Arbeitgeber beraten. Im Sinne eines Übergangsmanagements sollte die Suchtberatung für die Nachbetreuung der Klienten und Klientinnen aus dem SGB II zur Verfügung stehen, wenn diese eine Erwerbstätigkeit aufgenommen haben. Leistungen nach § 16a SGB II können über § 16g Absatz 2 noch bis zu sechs Monate nach Wegfall der Hilfebedürftigkeit weiter gefördert werden.

7.3 Für die Gestaltung von Maßnahmen und geförderter Beschäftigung

7.3.1 Spezifische Angebote für Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen

Die allgemeinen Angebote für die Beschäftigungsförderung im Rahmen des SGB II sind für die Zielgruppe der suchtkranken Leistungsberechtigten zwar grundsätzlich nutzbar, aber nur dann angemessen, wenn deren Gestaltung (auch) auf die Bedarfe Suchterkrankter ausgerichtet ist. Spezifische Maßnahmen für Suchterkrankte erfüllen diese Anforderungen zuverlässiger als allgemeine Maßnahmen. Dennoch sind viele Bedarfe von suchterkrankten Langzeiterwerbslosen ähnlich denen von anderen Langzeiterwerbslosen mit multiplen Vermittlungshemmnissen. Die Gestaltung der Maßnahmen muss für die Zielgruppen gleichermaßen ein sinnhaftes Beschäftigungsangebot mit komplexen persönlichen Hilfen und Unterstützung bei der Tagesstrukturierung verbinden, dabei in den Anforderungen individuelle Voraussetzungen flexibel berücksichtigen und zugleich klare und transparente Abläufe installieren, die möglichst analog zu normalen Beschäftigungsverhältnissen ist. Zugleich erfordert der Umgang mit Suchterkrankten ausgewiesene suchtbezogene Expertise auf Seiten der pädagogischen Fachkräfte und der Arbeitsanleiter/-innen. Erforderlich sind Kooperationen und Vernetzungen mit dem Suchthilfesystem. Konzeptionell müssen viele suchtbezogene Fragen geklärt sein, z. B. die Frage der Gestaltung, Überprüfung und Aufrechterhaltung von Abstinenzregeln.

Generell aber gilt, dass Suchterkrankte im SGB II eine sehr heterogene Zielgruppe sind und Maßnahmen dann besonders wirkungsvoll sein können, wenn sie zielgerichtet auf die jeweilige individuelle Problemlage zugeschnitten sind. Ausmaß und Art von Beschäftigung und sozialpädagogischer Begleitung müssen bedarfsgerecht sein.

7.3.2 Gleichzeitigkeit von Suchtberatung, Sucht-Reha und Beschäftigungsmaßnahmen

Es ist nicht sinnvoll, die Unterstützung bei der Überwindung der Suchtkrankheit und bei der Integration in Arbeit voneinander zu trennen und zeitlich nacheinander vorzunehmen. Ebenfalls ist es nicht hilfreich, nach der Logik zu verfahren, dass zunächst die Sucht überwunden sein muss, bevor die Integration in Arbeit gelingen kann. Beschäftigung (-smaßnahmen) und Hilfen bei der Tagesstrukturierung stärken die Abstinenzmotivation und Therapiebereitschaft und können nach Abschluss der Therapie wirksam dabei unterstützen, Therapieerfolge zu stabilisieren. Umgekehrt unterstützt Suchtberatung die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit und hilft, Maßnahmeabbrüchen vorzubeugen.

Aus diesem Grund wird eine Verschränkung von Suchtberatung, Sucht-Reha und Beschäftigungsmaßnahmen empfohlen, bei der die unterstützenden Akteure fallbezogen zusammenwirken. Sofern Hilfen befristet geleistet werden, ist für nahtlose Übergänge zwischen den Hilfesystemen zu sorgen.

7.3.3 Flexible Förderdauer und Förderketten

Für die besonders schwer integrierbare Gruppe der Suchtkranken ist die derzeit maximal möglichen Förderdauer häufig nicht ausreichend, um eine nachhaltige Stabilisierung bzw. eine Integration in den Arbeitsmarkt zu gewährleisten. Ein Austritt aus einer Maßnahme ohne Anschlussförderung ist immer mit dem Risiko verbunden, dass die durch langjährige Arbeit erreichten Ergebnisse wieder zunichte gemacht werden.

Empfohlen wird deshalb, für diese Zielgruppe längere Förderdauern vorzusehen und eine im Bedarfsfall erforderliche Verlängerung der Förderung grundsätzlich zu ermöglichen – sei es in Form des längeren Verbleibs in der bisherigen Maßnahme oder durch den nahtlosen Eintritt in andere Maßnahmen oder Programme der Beschäftigungsförderung. Als Voraussetzung dafür ist die Anschlussfähigkeit an jeweils andere Förderinstrumente zu gewährleisten, ebenso wie eine gegebenenfalls erforderliche Rückkehrmöglichkeit (vgl. dazu auch Deutscher Verein 2018).

Für langzeitarbeitslose Leistungsberechtigte mit komplexen Problemlagen sollte ein „zweiter Arbeitsmarkt“ mit niedrigschwelligem Zugang als langfristige gesetzliche Leistung errichtet werden. Im Sinne eines Passiv-Aktiv-Transfers sollte Geld, das ohnehin ausgegeben wird, für die Bezahlung von (geförderter) Beschäftigung genutzt werden.

7.3.4 Flexible Maßnahmegestaltung

Die Maßnahmen sollten ausreichend flexibel gestaltbar sein, um auf die besonderen Bedarfe dieser Personengruppe eingehen und auf nicht vorhersehbare Entwicklungen in der Projektlaufzeit reagieren zu können. Für die Konzipierung und Durchführung suchtspezifischer Maßnahmen braucht man deutlich mehr Gestaltungsspielraum, als den Akteuren durch die derzeitigen Regelungen und Vorgaben zugestanden wird. Wünschenswert sind weniger rigide Vorgaben, einfachere und vor allem flexiblere Verfahren und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Umsetzung von Maßnahmen.

Jobcenter und Träger mussten für die dargestellten erfolgreichen Beschäftigungsprojekte teilweise ein hohes Maß an Kreativität einbringen, um ihre Angebote den rechtlichen Vorgaben entsprechend zu gestalten. Durch Instrumentenreformen und Veränderung der Umsetzungshinweise waren Jobcenter und Träger immer wieder gezwungen, bestehende Strukturen zu verändern und rechtskonform anzupassen, wenn sie nicht ganz auf die Fördermaßnahmen verzichten wollten. Das war nicht leicht und teilweise extrem ressourcenaufwändig und riskant.

Derzeit bietet nur die freie Förderung nach § 16e SGB II den Trägern die Möglichkeit, ihre Maßnahmeideen für Personengruppen mit spezifischen Bedarfen flexibel umzusetzen.

7.3.5 Finanzielle Anreize für Teilnehmer/-innen bei Maßnahmen

Grundsätzlich sollten Teilnehmer/-innen an Maßnahmen für ihre Arbeit einen finanziellen Ausgleich erhalten. Wenn dies nicht der Fall ist, führt dies zu Frustration bei den Betroffenen, und es

erschwert es den Trägern, die Suchtkranken zur Teilnahme zu motivieren bzw. sie in der Maßnahme zu halten. Nach Auffassung der Experten und Expertinnen ist bei den finanziellen Anreizen eine Gleichstellung der MAT mit den Arbeitsgelegenheiten erforderlich.

Außerdem müsse klar und transparent sein, warum die Vergütung differenziert – von Mehraufwandsentschädigung über Mindestlohn bis zu tariflichem Entgelt – gestaltet ist. Nachvollziehbarkeit ist eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz der Regelungen.

7.3.6 Wertschöpfende Arbeit ermöglichen

Die Tätigkeitsfelder in geförderter Beschäftigung müssen sowohl der Leistungsfähigkeit der Zielgruppe entsprechen als auch für die Teilnehmenden nachvollziehbar sinnstiftende, wertschöpfende und gesellschaftlich nützliche Arbeit ermöglichen.

Solche Beschäftigungsfelder zu erschließen, ist nicht einfach. Noch schwieriger ist es, wenn die Tätigkeiten gleichzeitig den Kriterien der Zusätzlichkeit und der Wettbewerbsneutralität entsprechen sollen. Diese Kriterien sollten bei der geförderten Beschäftigung der so eindeutig leistungseingeschränkten langzeiterwerbslosen Suchterkrankten nicht vorgeschrieben werden. Arbeitgeber, die diese Personen anstellen, sollten Zugang zu den entsprechenden Fördermöglichkeiten haben.

Um den Leistungsberechtigten Integrationsmöglichkeiten zu bieten, ist eine enge Kooperation mit potentiellen Arbeitgebern erforderlich. Dies kann durch die Tätigkeit von auf die Akquisition von Arbeitsplätzen spezialisierten Akteuren unterstützt werden.

7.3.7 Enge Kooperation zwischen Jobcentern und Maßnahmeträgern

Die Erfahrungen zeigen, dass enge Kooperationen zwischen den Akteuren aus Jobcenter und Maßnahmeträgern und langjährige Vertrauensbeziehungen oft der wichtigste Erklärungsfaktor für den Erfolg von Projekten und Maßnahmen sind. Die auf dem Workshop präsentierten Praxisbeispiele sind überwiegend über Jahre oder sogar Jahrzehnte gewachsen. Durch das dabei entstandene gegenseitige Vertrauen ist es leichter, neue und unter Umständen im Einzelfall auch risikoreiche Wege bei der Maßnahmegestaltung zu erproben.

Jobcenter sollten professionelle und engagierte Träger und Akteure für die zielgruppenspezifische Arbeit mit suchtkranken Leistungsberechtigten in ihr lokales Netzwerk aufnehmen bzw. solche Partner gezielt aufbauen und entwickeln.

7.3.8 Planungssicherheit für Träger und Maßnahmen

Wenn die Etablierung und Aufrechterhaltung längerfristig erfolgreicher Maßnahmen gesichert werden soll, wird Planungssicherheit benötigt. Veränderungen bei Förderprogrammen, Instrumentenreformen und veränderte Geschäftspolitiken der BA haben in der Vergangenheit zu teilweise gravierenden Einschnitten bei den Trägern geführt, teilweise kam es zu einer Ausdünnung der Trägerlandschaft. Solche Einschnitte können – wenn überhaupt – nur mit hohem Aufwand wieder rückgängig gemacht werden.

Jährliche Zuweisungen des Budgets für den Eingliederungstitel sind ein Grund für die eingeschränkte Planbarkeit von längerfristigen Maßnahmen und Projekten. Benötigt wird ein längerfristiger Planungshorizont auch jenseits von extern finanzierten Programmen. Das Denken „von

Haushaltsjahr zu Haushaltsjahr“ ist dann kontraproduktiv, wenn davon abhängt, ob sinnvolle Projekte, für die ein Bedarf besteht, weitergeführt werden können oder nicht. Auch die Zuweisung von Budgets in Abhängigkeit von der Ausschöpfung im vorhergehenden Kalenderjahr ist nicht zielführend, vielmehr sollte sich die Budgetgestaltung an den jeweils konkreten Handlungserfordernissen, d. h. den Unterstützungsbedarfen der Leistungsberechtigten, und an den lokal existierenden Umsetzungsmöglichkeiten ausrichten.

7.3.9 Begleitung auch nach Ende der Maßnahme und bei Arbeitsmarktintegration

Die Praxisbeispiele zeigten, dass das Maßnahmeende ein neuralgischer Punkt ist. Sofern die Leistungsberechtigten ohne direkte Anschlussperspektive aus der Maßnahme entlassen werden, ist dies individuell oft ein großes Problem und mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden. Wo nahtlose Übergänge nicht gelingen, sollten Jobcenter und Suchtberatungsstelle für eine enge Betreuung sorgen und gemeinsam mit den lokalen Netzwerkpartnern aus anderen Hilfesystemen Zugänge in niedrigschwellige Formen sozialer Unterstützung und Einbindung suchen, um die Zeit bis zu einer neuen Beschäftigungsaufnahme oder einem erneuten Maßnahmeeintritt zu überbrücken.

Im Fall der Integration in Beschäftigung auf dem regulären Arbeitsmarkt sollte für eine gewisse (Übergangs-) Zeit ein jobbegleitendes Coaching angeboten werden, um Nachhaltigkeit zu fördern.

7.4 Für die Zielgruppenarbeit

7.4.1 Mehr Aufmerksamkeit und präventive Angebote für suchtgefährdete und konsumierende junge Menschen

Es wurde Bedarf an Handlungsansätzen für Jugendliche und junge Erwachsene mit Suchterkrankungen bzw. Suchtgefährdung festgestellt. Es ist offensichtlich erforderlich, im Feld der Suchtprävention im Allgemeinen mehr zu tun und dabei schon Kinder und Jugendliche zu erreichen – z. B. über Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen. Suchthilfestrukturen sollten flächendeckend – auch im ländlichen Raum – ausgebaut werden und vor allem für junge Suchterkrankte und Suchtgefährdete zielgruppenspezifische Angebote beinhalten. Die Verantwortung für die Realisierung von Angeboten für Heranwachsende liegt vor allem bei der Kinder- und Jugendhilfe, die dabei mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und den Jobcentern kooperieren muss. In ihrer Verantwortung für die ganze Bedarfsgemeinschaft sind aber auch die Jobcenter gefordert, Beiträge zu den beschriebenen Präventionsstrategien zu leisten.

7.4.2 Methoden aufsuchender Arbeit nutzen

Mit Formen der aufsuchenden Arbeit werden auch ‚entkoppelte‘, suchtkranke junge Erwachsene oder auf der Straße lebende suchtkranke Wohnungslose erreicht. Die aufsuchende Ansprache ermöglicht Personen, die auf Leistungen verzichten, nicht mitwirken oder daran scheitern, Ansprüche zu realisieren, einen Zugang zum Grundsicherungssystem und seinen Unterstützungsmöglichkeiten. Erfahrungen aus den vorgestellten Projekten zeigen das Potenzial dieser Handlungsform. Aufsuchende Arbeit muss nicht gleichbedeutend mit Hausbesuchen sein, die viele Leistungsberechtigte nicht wünschen. Empfohlen wird aber der Ansatz, Beratung in Institutionen anzubieten, welche die Zielgruppe von sich aus aufsucht.

Zur aufsuchenden Arbeit gehören auch Handlungsansätze, die einige Jobcenter z. B. als „Intensivbetreuung“ oder „Fallbegleitung“ bezeichnen. So wie im sogenannten „Nahtlosverfahren“ Fachkräfte aus Suchtberatungsstellen oder den Sozialdiensten der Akutkliniken die Verantwortung dafür übernehmen, Patienten und Patientinnen in die Reha-Einrichtungen zu begleiten, sollten die Integrationsfachkräfte selbst oder von ihnen beauftragte Träger die Übergänge an Schnittstellen praktisch stützen und – falls erforderlich – den Erstkontakt bei der Suchtberatung, den Gang zum substituierenden Arzt oder in die Institutsambulanz begleiten.

7.4.3 Kooperation im Rahmen des Übergangsmanagements aus Haft

Auch wenn die gesetzlichen Regelungen bislang reibungslose und fachlich zufriedenstellende Übergänge zwischen den Systemen der Justiz, der Grundsicherung, der Rehabilitation und der Resozialisierung‘ erschweren, sollten die Jobcenter sich systematisch in das suchtbezogene Übergangsmanagement der Justizvollzugsanstalten einbringen. Verfahrenslösungen, die eine Antragstellung aus der Haft heraus ermöglichen und Krankenversicherungsschutz gewährleisten, sind erforderlich. Zum Übergangsmanagement gehört auch, berufliche Weichen wenn möglich bereits vor der Haftentlassung zu stellen.

7.4.4 Schnelle Entscheidungen zur Wohnungsanmietung

Zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit, z. B. im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation, sollte in den Jobcentern verbindlich geregelt werden, dass die Prüfung, ob verfügbarer Wohnraum angemessen ist, mit hoher Priorität vorgenommen wird. Leistungsentscheidungen sollten innerhalb von ein bis zwei Tagen fallen.

8 Fazit und Ausblick

Die Workshops mit den Experten und Expertinnen haben Einblick in viele Praxisbeispiele ermöglicht und durch die intensive Diskussion reichhaltige Informationen über den Umgang mit der Zielgruppe der suchtkranken und suchtgefährdeten Leistungsberechtigten und über die Kooperation zwischen Jobcentern und Akteuren der Suchtkrankenhilfe und weiteren Hilfesystemen erbracht.

Neben vielen Einzelerfahrungen und Einzelempfehlungen bleibt als übergreifendes Fazit festzuhalten, dass viele suchtkranke Personen langfristig eine intensive Unterstützung und Begleitung benötigen und diese auch bekommen sollten. Noch sind die Voraussetzungen dafür nicht optimal. Die Workshop-Teilnehmer/-innen haben neben den im Einzelfall guten Erfahrungen auch auf Hemmnisse und Probleme hingewiesen. Eine Reihe dieser Hemmnisse ist struktureller Art, weshalb ein Teil der Empfehlungen innerhalb des bestehenden Systems nur schwer umsetzbar erscheint.

Die Ergebnisse sozialer Arbeit sind nicht voraussagbar, und die Erfolge zeigen sich häufig nicht schnell und auch nicht proportional zum geleisteten Aufwand. Jeder Fall ist einzigartig und braucht eine individuelle Betrachtung. Die Kunst erfolgreicher sozialer Arbeit besteht ganz offensichtlich darin, die vorhandenen unterschiedlichen Hilfeformen und Instrumente für den Einzelfall passend miteinander zu kombinieren. Dies erfordert das Zusammenwirken der Akteure aus den unterschiedlichen Hilfesystemen. Ziel muss eine fallbezogene Kooperation über die unterschiedlichen Institutionen und Kostenträger hinweg sein. Da sich Erfolge unter Umständen nur sehr langsam einstellen, braucht die soziale Arbeit mit den Suchtkranken einen langen Atem. Abbrüche und Rückfälle sollten zwar möglichst durch zielgerichtete präventive Arbeit vermieden werden, gleichwohl sind sie nie auszuschließen. In diesen Fällen ist es wichtig, nicht die Geduld und die Hoffnung zu verlieren und trotz der Rückschläge immer wieder zu versuchen, passende Unterstützungsangebote zu unterbreiten.

Dies ist mit entsprechenden Kosten verbunden. Ein restriktiver Umgang mit Investitionen in die Unterstützung suchtkranker Leistungsberechtigter im SGB II erscheint den in die Workshops einbezogenen Expert/-innen kontraproduktiv. Bei gesamtgesellschaftlicher und gesamtfiskalischer Betrachtung würden die Ausgaben für unterstützende Projekte vermutlich nicht nur der effektivere, sondern auch der effizientere Weg sein gegenüber dem sparsamen Mitteleinsatz. Häufig blieben negative (und teure) Folgewirkungen von Sparsamkeit und Ressourcenbegrenzung in einem System außer der Betrachtung.

Das Projektteam würde sich freuen, wenn die in diesem Bericht zusammengetragenen Erfahrungen, Ideen und Überlegungen die praktische Arbeit mit suchtkranken Leistungsberechtigten im SGB II befruchten würde. Eine Fortsetzung der Diskussion scheint angeraten und wurde von den beteiligten Experten und Expertinnen explizit gewünscht.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (2015): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November.

Bauer, Frank (2018): Zur Verringerung der Langzeitarbeitslosigkeit in Nordrhein-Westfalen, IAB-Stellungnahme 2, Nürnberg.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2002): Suchtmittelkonsumierende Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe, Hamm.

Deutsche Rentenversicherung (DRV)/Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)/Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2017): Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017 („Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation"). Online verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/Handlungsempfehlungen_Nahtlosverfahren_Qualifizierter_Entzug_Suchtrehabilitation.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Deutscher Verein (2018): Teilhabe am Arbeitsmarkt für alle! Empfehlungen des Deutschen Vereins für ein neues Regelinstrument im SGB II, Berlin.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2017): Drogen- und Suchtbericht, Berlin.

Forschner, Lukas/Kriz, David/Nübling, Rüdiger (2012): Neuer Zugangsweg in die Entwöhnungsbehandlung für arbeitslose und suchtkranke Menschen. Modellprojekt „Magdeburger Weg". Eine retrospektive Studie zur Katamnese der Behandlungsjahrgänge 2007, 2008, 2009. In: Sucht aktuell. 19. 70-77.

Häßler, Ulrike. (2017): Zur Drogenproblematik von Inhaftierten. Ergebnisse des ersten Stichtages der bundeseinheitlichen Erhebung zur stoffgebundenen Suchtmittelproblematik im Justizvollzug für Niedersachsen. In: Justiznewsletter. 26. 2-6

Henke, Jutta/Henkel, Dieter/Nägele, Barbara/Wagner, Alexandra/ Gabler, Andrea/Pagels, Nils (2017): Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II. Endbericht. Bremen, Frankfurt a. M, Göttingen, Berlin.

IFT Institut für Therapieforschung (2017): Deutsche Suchthilfestatistik 2016. München.

Land Nordrhein-Westfalen/Städtetag NRW/Landkreistag NRW/Städte- und Gemeindebund NRW /Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen(Land NRW et al.) (2011): Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Nordrhein-Westfalen und dem Städtetag NRW, dem Landkreistag NRW, dem Städte- und Gemeindebund NRW sowie der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen über Grundsätze für das Übergangsmanagement im Rahmen der Suchtberatung suchtkranker Gefangener. Düsseldorf.

Miller, William R./Rollnick, Stephen (2015): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg. 3. Aufl.

Oschmianksy, Frank et al. (2017): Psychisch Kranke im SGB II: Situation und Betreuung, IAB-Forschungsbericht 14. Nürnberg.

Schubert, Michael et al. (2013): Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB Forschungsbericht 12. Nürnberg.

Prof. Dr.
Dieter Henkel

Vertiefte Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Aktivierung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II - Eine Workshop-Reihe im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums

Sucht und SGB II – Förderung zwischen Rehabilitation und Integration

1 Zielstellung

Mit Hilfe von Expertinnen und Experten aus Jobcentern und Reha-Kliniken sollte in diesen beiden Workshops geklärt werden, wie die Zusammenarbeit zwischen Jobcentern und den Trägern und Einrichtungen der Rehabilitation so gestaltet werden kann, dass die für den Reha-Prozess kritischen „Systemwechsel" gut gelingen. Insbesondere ging es um die Übergänge der Leistungsberechtigten in eine Therapie, die einen weiteren Leistungsbezug (vorläufig) ausschließt, und die Vorbereitung und Begleitung ihrer Rückkehr in die Betreuung der Jobcenter im Anschluss an eine Behandlung.

2 Beispiele aus den Workshops

Das **Jobcenter Bielefeld** verfügt über eine Stabsstelle, die für die Koordination von Vernetzungsaktivitäten, die Entwicklung von Maßnahmen für bestimmte Zielgruppen und die Unterstützung der Integrationsfachkräfte zuständig ist. Seit 10 Jahren kooperiert das Jobcenter auf der Grundlage einer schriftlich fixierten Vereinbarung besonders intensiv mit der Akutklinik Gilead der von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel. Viermal jährlich treffen sich Fallmanagement, der Sozialdienst der Klinik und das ärztliche Personal zum fallübergreifenden Austausch. Das Jobcenter wird vor bzw. bei der Entlassung aus der Klinik über Sachverhalte informiert, die entweder für die Vermittlung oder den weiteren Rehaverlauf wichtig sein können. Gemeinsam führen die Sucht- und Drogenberatung und die Klinik für das Jobcenter regelmäßig Ganztagsschulungen durch.

Die Hälfte der für Suchtberatung verfügbaren Mittel des Landkreises setzt das **Jobcenter Potsdam-Mittelmark** für die zielorientierte Suchtberatung ein, die von der **salus ambulanz** in den Räumen des Jobcenters angeboten wird. Das Angebot ist darauf ausgerichtet, diagnostische Klärung herbeizuführen, schnelle Übergänge in eine medizinische Rehabilitation zu befördern und ein begleitendes Angebot nach der Therapie zu unterbreiten. Da die Suchtberatung im selben Haus angeboten wird, sind „weiche Übergänge" möglich. Bei Bedarf stellen die Integrationsfachkräfte den Kontakt zur Suchtberatung unmittelbar her, und auch gemeinsame Fallgespräche kommen regelmäßig vor.

Das **Jobcenter im Landkreis Mayen-Koblenz** legt großen Wert auf Netzwerkarbeit und die Arbeit mit besonderen Zielgruppen. Die Fachkräfte in einem eigenen Bereich „Projekte" erarbeiten Konzepte, akquirieren Drittmittel und führen – AZAV zertifiziert – innovative (Zielgruppen-)Angebote selbst durch. Aus dem „Arbeitskreis Sucht" heraus entstand ein gemeinsames Projekt mit der Rhein-Mosel-Fachklinik: Unter dem Titel „*Erster Schritt – letzter Schluck*" bietet die Klinik in allen fünf Dienststellen des Jobcenters einmal pro Woche eine Beratung mit dem Ziel an, Leistungsberechtigte zu einer Entgiftung bzw. einer längerfristigen Entwöhnungsbehandlung zu motivieren.

Das **Konzept „Su+Ber**" (Sucht und Beruf) wird in Kooperation von Jobcentern, Suchthilfe- und Beschäftigungsträgern an sechs Standorten in Baden-Württemberg erprobt. Voraussetzungen für die Teilnahme sind ein mindestens 12-monatiger Alg-II-Leistungsbezug und eine positive Arbeitsmarktprognose. Eine Phase A (zwei Monate) dient dem Grobclearing, in Phase B wird die Beschäftigung in unterschiedlichen Arbeitsfeldern mit externen Praktika und ambulanter Reha verknüpft (sechs bis acht Monate), und in Phase C sollen Teilnehmende beim Übergang in Arbeit durch eine assistierte Beschäftigung dabei unterstützt werden, den Arbeitsplatz zu halten.

3 Was Jobcenter und Reha-Kliniken tun könnten

3.1 Kooperationsvereinbarung und Erarbeitung eines Fachkonzepts

Es wird den Jobcentern empfohlen, die Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe durch Vereinbarungen zu regeln und für die Verfahren ein Fachkonzept zum Umgang mit dem Thema Sucht zu erarbeiten, in dem Zielsetzungen, Verfahrensweisen, Prozessschritte, Qualitätsstandards u.v.a.m. festgehalten und Schnittstellen zum Suchthilfesystem beschrieben und geregelt sind.

3.2 Wechselseitige Hospitationen und periodische Treffen

Den Jobcentern wird geraten, sich aktiv in die lokalen Vernetzungsstrukturen – Arbeitskreise „Sucht“ oder gemeindepsychiatrische Verbünde – einzubringen. Sind solche Strukturen vor Ort nicht vorhanden, sollte das Jobcenter sie initiieren. Um die Arbeitsweisen von Jobcentern und den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gegenseitig bekannt zu machen, sollte ein periodischer Informations- und Erfahrungsaustausch etabliert werden, zu dem gegenseitige Treffen und Hospitationen gehören.

3.3 Datenschutz ernst nehmen

Die Jobcenter und ihre Kooperationspartner/-innen sind an die gesetzlichen Normen zum Datenschutz gebunden. Der einfachste Weg, die Zustimmung von Betroffenen zum Austausch von Informationen im Einzelfall sicherzustellen, besteht darin, sie an Abstimmungen oder Absprachen zu beteiligen. In diesen Fällen können auch sensible Themen in der von den Leistungsberechtigten gewünschten Offenheit angesprochen werden.

3.4 Gegenseitige Information in Bezug auf den Reha- und Vermittlungsprozess

Nahtlosigkeit in den Übergängen zwischen den Systemen setzt voraus, dass relevante Informationen im Reha- und Vermittlungsprozess geteilt werden. Es wird empfohlen, ein spezifisch auf die Bedarfe und Möglichkeiten der Jobcenter zugeschnittenes Instrument zu entwickeln, mit dem Reha-Einrichtungen z. B. ihre Einschätzungen zur Belastbarkeit der Leistungsberechtigten und Empfehlungen für die weitere berufliche Förderung abgeben können.

3.5 Schnittstelle zwischen Reha-System und Jobcenter im Entlassmanagement

Suchtkliniken und Adaptionseinrichtungen sollten die Angebote und Möglichkeiten der Jobcenter kennen, um mit ihren Rehabilitanden eine realitätsnahe Planung zu erarbeiten. Fachkräfte der Jobcenter sollten daran schon während der Suchtbehandlung in der Klinik beteiligt sein. Gute Praxis besteht auch darin, schon während der stationären Reha die Voraussetzungen für einen anschließenden Leistungsbezug zu schaffen. Angebote der Beschäftigungsförderung sollten ab der Entlassung verfügbar sein.

3.6 Ressourcen für die Netzwerkarbeit einplanen

Netzwerkarbeit ist sinnvoll und in vielen Fällen eine entscheidende Erfolgsbedingung. Sie ist aber auch zeit- und ressourcenaufwändig und steht deshalb oft als erstes zur Disposition, wenn die Belastungen steigen. Zur nachhaltigen Sicherung der Netzwerkarbeit wird empfohlen, dafür die nötigen zeitlichen und personellen Ressourcen einzuplanen und für diese Aufgabe zu binden. Bewährt hat sich die Einrichtung eines professionellen Netzwerkmanagements.

Kontakt:

Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt GmbH
Telefon: 030 20647726 | Email: wagner@fia-institut.de

Prof. Dr. Dieter Henkel
Email: prof.dieter.henkel@t-online.de

Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V.
Telefon: 0421 3347080 | E-Mail: jh@giss-ev.de

Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. - Zoom
Telefon: 0551 50845-0 | Email: b.naegele@prospektive-entwicklungen.de

Prof. Dr.
Dieter Henkel

Vertiefte Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Aktivierung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II - Eine Workshop-Reihe im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums

Jobcenter und Suchtberatungsstellen - Arbeitsteilung und Kooperation bei der Betreuung suchtkranker Leistungsberechtigter im SGB II

1 Zielstellung

Das Ziel der beiden Workshops zu diesem Vertiefungsthema bestand darin, mit Hilfe von Expertinnen und Experten aus Jobcentern und Suchtberatungsstellen herauszufinden, welche Probleme bei der Zusammenarbeit der Jobcenter mit der Suchtberatung zur Integration suchtkranker Leistungsberechtigter im Rahmen des SGB II bestehen, und ob bzw. wie sie verringert bzw. gelöst werden können.

2 Interessante Beispiele aus den Workshops

Im **Jobcenter Dortmund** ist ein „Team Soziale Arbeit“ für die Leistungen nach § 16 a SGB II zuständig, das Leistungsberechtigte im Hinblick auf die Inanspruchnahme kommunaler Eingliederungsleistungen berät und die Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen koordiniert. Leistungsberechtigte können zur Betreuung in das Team Soziale Arbeit übergeben werden. Die Unterstützung dort ist freiwillig und auf zwei Jahre begrenzt. In begründeten Ausnahmefällen können die Betroffenen auch länger beim Team Soziale Arbeit verbleiben. Grundsätzlich ist es möglich, gleichzeitig durch das Fallmanagement und das Team Soziale Arbeit betreut zu werden.

Das **Jobcenter Hamburg Wilhelmsburg** arbeitet eng mit der KODROBS zusammen. Jede Fachkraft des Jobcenters war schon in der Suchtberatungsstelle. Neu eingestellte Mitarbeitende werden durch die jährlichen Treffen in die Kooperation eingeführt. Aufgrund des persönlichen Kontakts der Beteiligten ist die Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Suchtberatung unkompliziert und flexibel. Die Suchtberatung hat auf jeder ihrer Teamsitzungen einen Tagesordnungspunkt zum Jobcenter, zu dem der für die Kooperation zuständige Suchtberater berichtet. *„Das hat schon einen Stellenwert und ist relativ klar.“*

Das **Jobcenter Mansfeld-Südharz** hat eine Kooperationsvereinbarung mit dem Landkreis, welche die Zusammenarbeit mit dem Sozialamt, dem Sozialpsychiatrischen Dienst beim Gesundheitsamt, dem Allgemeinen Sozialdienst beim Jugendamt und mit der Schuldnerberatungsstelle regelt. Alle zwei bis drei Monate finden Netzwerktreffen an allen Jobcenter-Standorten statt. Man tauscht sich über (anonymisierte) Fälle aus und eruiert Unterstützungsmöglichkeiten durch die verschiedenen Träger. Für diese Art der Zusammenarbeit zwischen Suchtberatung und Jobcenter gibt es zwar keine gesonderte Kooperationsvereinbarung, doch sind die Zusammenarbeit mit der Suchtberatung und entsprechende Verfahrensabläufe in einer Art „Protokoll“ verankert.

Für das **Jobcenter Lüneburg** ist die **DroBS** des Diakonieverbands seit langem Kooperationspartner für die Leistungen nach § 16a SGB II. Im Dreierverbund zwischen Jobcenter, Suchtberatung und einem großen psychiatrischen Klinikum wird seit vielen Jahren eine gute und enge Zusammenarbeit praktiziert. Zum Netzwerk gehört auch eine Substitutionsärztin, die als Ansprechpartner für das Fallmanagement sehr wichtig ist. Die leistungsberechtigten Klient/-innen pendeln häufig zwischen Suchtberatung und stationärer Entgiftung, das Jobcenter ist *„im Hintergrund die ganze Zeit dabei.“* Zwischen allen Partnern gibt es einen engen Austausch. Die Suchtberatung hält einmal pro Woche eine Sprechstunde in der Psychiatrischen Klinik ab. Zusammen mit dem (früher am Ort tätigen) Substitutionsmediziner haben die Fallmanager/-innen einen Fragebogen konzipiert, der bei der Einschätzung des Falls hilft.

3 Was Jobcenter und Suchtberatung tun könnten

3.1 Information über Hilfsangebote und Schulungen

Um Leistungsberechtigte zu motivieren, ihre Suchtprobleme anzusprechen, sollten die Jobcenter in vielfältiger Weise darüber informieren, welche Unterstützungsangebote sie für Personen mit Suchtproblemen vorhalten. Zuständige Ansprechpersonen sollten benannt werden. Mehrsprachige Informationsmaterialien sind empfehlenswert.

3.2 Suchtbezogene Schulungen im Jobcenter

Um den Umgang mit Suchtkranken zu professionalisieren, sollten Integrationsfachkräfte regelmäßig geschult werden, am besten von den kooperierenden Institutionen der Suchtkrankenhilfe – Fachärzten und -ärztinnen, Suchtberatungsstellen, (Tages-) Kliniken oder Adaptionseinrichtungen. Auf diese Weise werden nicht nur fachliche Kenntnisse vermittelt, sondern gleichzeitig das persönliche Kennenlernen und die gegenseitige Vertrauensbildung gefördert.

3.3 Thema Sucht in der Eingliederungsvereinbarung

Es wird empfohlen, mit der Überwindung der Suchtkrankheit in Zusammenhang stehende Absprachen nicht in der Eingliederungsvereinbarung festzuschreiben, sondern Vereinbarungen zwischen Leistungsberechtigten und Fachkraft ggf. in einem gesonderten Vermerk festzuhalten. Die Suchterkrankung sollte zudem im Fall von fehlender Mitwirkung stets als wichtiger Grund anerkannt werden, der eine Sanktionierung verbietet.

3.4 Zugänge und Verfahren möglichst einfach gestalten

Die Praxis zeigt, dass der Weg vom Jobcenter zur Suchtberatung eine wichtige und sensible Schnittstelle ist. Darum ist es wichtig, diesen Weg für alle Beteiligten so einfach wie möglich zu gestalten. Im Bedarfsfall sollten Leistungsberechtigte – ihr Einverständnis vorausgesetzt – bei der Kontaktaufnahme zur Suchtberatungsstelle unterstützt und gegebenenfalls persönlich begleitet werden. Ein Beispiel, dies zu realisieren, sind regelmäßige Sprechstunden der Suchtberatungsstellen in den Jobcentern, die in Frequenz und Dauer dem tatsächlichen Bedarf angepasst werden können.

3.5 Aufsuchende Arbeit nutzen

Die aufsuchende Ansprache ermöglicht Personen, die auf Leistungen verzichten, nicht mitwirken oder daran scheitern, Ansprüche zu realisieren, einen Zugang zum Grundsicherungssystem und seinen Unterstützungsmöglichkeiten. Erfahrungen aus den vorgestellten Projekten zeigen das Potenzial dieser Handlungsform. Aufsuchende Arbeit muss nicht gleichbedeutend mit Hausbesuchen sein, die viele Leistungsberechtigte nicht wünschen. Empfohlen wird aber der Ansatz, Beratung in Institutionen anzubieten, welche die Zielgruppe von sich aus aufsucht.

3.6 Kooperationsvereinbarung und Erarbeitung eines Fachkonzepts

Es wird den Jobcentern empfohlen, die Kooperation mit der Suchtkrankenhilfe durch Vereinbarungen zu regeln und für die Verfahren ein Fachkonzept zum Umgang mit dem Thema Sucht zu erarbeiten, in dem Zielsetzungen, Verfahrensweisen, Prozessschritte, Qualitätsstandards u.v.a.m. festgehalten und Schnittstellen zum Suchthilfesystem beschrieben und geregelt sind.

3.7 Wechselseitige Hospitationen und periodische Treffen

Den Jobcentern wird geraten, sich aktiv in die lokalen Vernetzungsstrukturen – Arbeitskreise „Sucht“ oder gemeindepsychiatrische Verbünde – einzubringen. Sind solche Strukturen vor Ort nicht vorhanden, sollte das Jobcenter sie initiieren. Um die Arbeitsweisen von Jobcentern und den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gegenseitig bekannt zu machen, sollte ein periodischer Informations- und Erfahrungsaustausch etabliert werden, zu dem gegenseitige Treffen und Hospitationen gehören.

3.8 Datenschutz ernst nehmen

Die Jobcenter und ihre Kooperationspartner/-innen sind an die gesetzlichen Normen zum Datenschutz gebunden. Der einfachste Weg, die Zustimmung von Betroffenen zum Austausch von Informationen im Einzelfall sicherzustellen, besteht darin, sie an Abstimmungen oder Absprachen zu beteiligen. In diesen Fällen können auch sensible Themen in der von den Leistungsberechtigten gewünschten Offenheit angesprochen werden.

3.9 Gegenseitige Information in Bezug auf den Reha- und Vermittlungsprozess

Nahtlosigkeit in den Übergängen zwischen den Systemen setzt voraus, dass relevante Informationen im Reha- und Vermittlungsprozess geteilt werden. Es wird empfohlen, ein spezifisch auf die Bedarfe und Möglichkeiten der Jobcenter zugeschnittenes Instrument zu entwickeln, mit dem Reha-Einrichtungen z. B. ihre Einschätzungen zur Belastbarkeit der Leistungsberechtigten und Empfehlungen für die weitere berufliche Förderung abgeben können.

3.10 Ressourcen für die Netzwerkarbeit einplanen

Netzwerkarbeit ist sinnvoll und in vielen Fällen eine entscheidende Erfolgsbedingung. Sie ist aber auch zeit- und ressourcenaufwändig. Zur nachhaltigen Sicherung der Netzwerkarbeit wird empfohlen, dafür die nötigen zeitlichen und personellen Ressourcen einzuplanen und für diese Aufgabe zu binden. Bewährt hat sich die Einrichtung eines professionellen Netzwerkmanagements.

3.11 Nachbetreuung nach Integration in Arbeit

Auch nach erfolgreicher Vermittlung in Arbeit können suchtbezogene Probleme auftreten. Im Sinne eines Übergangsmanagements sollte die Suchtberatung für die Nachbetreuung der Klienten und Klientinnen aus dem SGB II zur Verfügung stehen, wenn diese eine Erwerbstätigkeit aufgenommen haben. Leistungen nach § 16a SGB II können über § 16g Absatz 2 noch bis zu sechs Monate nach Wegfall der Hilfebedürftigkeit weiter gefördert werden.

Kontakt:

Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt GmbH
Telefon: 030 20647726 | Email: wagner@fia-institut.de

Prof. Dr. Dieter Henkel
Email: prof.dieter.henkel@t-online.de

Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V.
Telefon: 0421 3347080 | E-Mail: jh@giss-ev.de

Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. - Zoom
Telefon: 0551 50845-0 | Email: b.naegele@prospektive-entwicklungen.de

Prof. Dr.
Dieter Henkel

Vertiefte Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Aktivierung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II – Eine Workshop-Reihe im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums

Wenn Sucht nur eines der Probleme ist – Unterstützungsansätze für besondere Zielgruppen der Jobcenter

1 Zielstellung

In den Workshops wurden Praxisprobleme und Lösungsansätze bezogen auf die Zielgruppen der jungen Erwachsenen, der Wohnungslosen und der Haftentlassenen diskutiert. Die Workshops griffen innovative Zielgruppenansätze der Jobcenter auf. Diskutiert wurden mögliche Synergien und Kooperationsmöglichkeiten mit den Systemen der Jugendhilfe, der Straffälligen- und Wohnungslosehilfe – z. B. bei der Ansprache und Beratung, im Übergangsmanagement, bei Beschäftigung und Tagesstruktur.

2 Interessante Beispiele aus den Workshops

Das **Jobcenter Frankfurt am Main** unterhält eine eigene Anlaufstelle für Wohnungslose, in der 2.500 Leistungsberechtigte betreut werden, die auf der Straße leben oder vorübergehend untergebracht sind. In Kooperation mit dem Sozialamt vermittelt das Jobcenter unter anderem Notschlafplätze. Um bei schwer chronisch Suchtkranken die Erwerbsfähigkeit zu überprüfen, übernahm ein spezialisierter Träger die medizinische Begutachtung, das Jobcenter organisiert einen Fahrdienst für die betroffenen wohnungslosen Menschen. Das Gutachten des Trägers wird vom Sozialamt anerkannt, das bereits ab dem Zeitpunkt der Begutachtung die Leistungen übernimmt, bis der Rentenversicherungsträger den Fall letztgültig geprüft hat.

Über den „Arbeitskreis „Sucht“ in Federführung des Jobcenters und einen kooperierenden Arzt, der eine eigene Substitutionspraxis im Landkreis Mayen-Koblenz eröffnete, gelang es dem **Jobcenter Mayen-Koblenz**, eine wohnortnahe Behandlung junger Drogenkonsument/-innen zu erreichen. Um die Inanspruchnahme sicherzustellen, erstattet das Jobcenter den jungen Erwachsenen die Fahrtkosten. Gute Erfahrungen wurden mit einer individuellen aufsuchenden Hilfe für (junge) Substituierte gemacht. Fachkräfte, die über die Landeszentrale für Gesundheitsförderung (LZG) zu „MOVE“-Trainer/-innen ausgebildet wurden, schulen Kolleginnen und Kollegen und sensibilisieren auch Fachkräfte ohne pädagogische Ausbildung für den Umgang mit suchterkrankten Menschen.

Das Jobcenter Dortmund hält ein eigenes Team „ofW“ (ohne festen Wohnsitz) für wohnungslose Menschen vor, das mit einer **„Mobilen Wohnungslosenberatung**“ aufsuchend Beratung in drei Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und der regionalen Justizvollzugsanstalt anbietet. Das Team konnte die Inanspruchnahme von Leistungen erhöhen und verzeichnet sehr gute Erfolge bei der beruflichen Förderung der Wohnungslosen, für die eine AGH-Maßnahme für Suchtkranke installiert werden soll. Dass Fallmanagement und Leistungsbereich ihre Aktivitäten in jedem Fall koordinieren, sei einer der großen Vorzüge des Beratungsansatzes.

Für Jugendliche und junge Erwachsene unter 25 Jahren erprobt der Verein **Manege e. V. aus Berlin** als Teil des Bundesmodellprogramms **„RESPEKT“** ein niedrigschwelliges aufsuchendes Beratungs- und Unterstützungsangebot. Junge Menschen werden u.a. vom Jobcenter an das Projekt vermittelt. Das Projekt arbeitet aufsuchend, es verfügt über einen Beratungsbus, der Sprechstunden an jugendtypischen Plätzen anbietet. Kontakt wird vor allem über soziale Medien gehalten: Facebook, Instagram und WhatsApp erwiesen sich als „zunehmend gewinnbringend“, um die jungen Menschen zu erreichen. Ziel der rechtskreisübergreifenden Arbeit ist es, die jungen Erwachsenen (wieder) an professionelle Hilfesysteme anzubinden, die sie oft vehement ablehnen.

3 Was Jobcenter und angrenzende Hilfesysteme tun könnten

Mehr Aufmerksamkeit und präventive Angebote für suchtgefährdete und konsumierende junge Menschen

Die Verantwortung für die Realisierung von Angeboten für Heranwachsende liegt vor allem bei der Kinder- und Jugendhilfe, die dabei mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und den Jobcentern kooperieren muss. In ihrer Verantwortung für die ganze Bedarfsgemeinschaft sind auch die Jobcenter gefordert, Beiträge zu den beschriebenen Präventionsstrategien zu leisten. Präventionsangebote sollten schon Kinder und Jugendliche erreichen – z. B. über Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen. Suchthilfestrukturen sollten flächendeckend – auch im ländlichen Raum – ausgebaut werden und vor allem für junge Suchterkrankte und Suchtgefährdete zielgruppenspezifische Angebote beinhalten.

Methoden aufsuchender Arbeit nutzen

Mit Formen der aufsuchenden Arbeit werden auch suchtkranke junge Erwachsene oder auf der Straße lebende suchtkranke Wohnungslose erreicht. Aufsuchende Ansprache ermöglicht Personen, die auf Leistungen verzichten, nicht mitwirken oder daran scheitern, Ansprüche zu realisieren, einen Zugang zum Grundsicherungssystem und seinen Unterstützungsmöglichkeiten. Empfohlen wird der Ansatz, Beratung in Institutionen anzubieten, welche die Zielgruppe von sich aus aufsucht. Zur aufsuchenden Arbeit gehören auch Formen der Begleitung. Die Integrationsfachkräfte selbst oder von ihnen beauftragte Träger sollten die Übergänge an Schnittstellen praktisch stützen und – falls erforderlich – den Erstkontakt bei der Suchtberatung, den Gang zum substituierenden Arzt oder in die Institutsambulanz begleiten.

Kooperation im Rahmen des Übergangsmanagements aus Haft

Auch wenn die gesetzlichen Regelungen bislang reibungslose und fachlich zufriedenstellende Übergänge zwischen den Systemen der Justiz, der Grundsicherung, der Rehabilitation und der Resozialisierung‘ erschweren, sollten die Jobcenter sich systematisch in das suchtbezogene Übergangsmanagement der Justizvollzugsanstalten einbringen. Verfahrenslösungen, die eine Antragstellung aus der Haft heraus ermöglichen und Krankenversicherungsschutz gewährleisten, sind erforderlich. Zum Übergangsmanagement gehört auch, berufliche Weichen wenn möglich bereits vor der Haftentlassung zu stellen.

Schnelle Entscheidungen zur Wohnungsanmietung

Zur Vermeidung von Wohnungslosigkeit, z. B. im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation, sollte in den Jobcentern verbindlich geregelt werden, dass die Prüfung, ob verfügbarer Wohnraum angemessen ist, mit hoher Priorität vorgenommen wird. Leistungsentscheidungen sollten innerhalb von ein bis zwei Tagen fallen.

Kontakt:

Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt GmbH
Telefon: 030 20647726 | Email: wagner@fia-institut.de

Prof. Dr. Dieter Henkel
Email: prof.dieter.henkel@t-online.de

Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V.
Telefon: 0421 3347080 | E-Mail: jh@giss-ev.de

Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. - Zoom
Telefon: 0551 50845-0 | Email: b.naegele@prospektive-entwicklungen.de

Prof. Dr.
Dieter Henkel

Vertiefte Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Aktivierung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II - Eine Workshop-Reihe im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums

Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen – Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten

1 Zielstellung

Das Ziel der beiden Workshops zu diesem Vertiefungsthema bestand darin, mit Hilfe von Expertinnen und Experten aus Jobcentern und von Maßnahmeträgern herauszufinden, welche arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen die Integration suchtkranker Leistungsberechtigter im Rahmen des SGB II fördern, wie diese Maßnahmen konzipiert und durchgeführt werden, welche Effekte damit erzielt werden (können) und welche Probleme dabei gelöst werden müssen.

2 Beispiele aus den Workshops

Das Projekt **Muestli**, das drei Träger in Kooperation mit dem **Jobcenter Nürnberg** durchführen, verbindet Beschäftigung für Menschen mit Suchtproblemen mit langfristiger professioneller Begleitung. Es zeichnet sich durch Vielfalt und Flexibilität aus und ist damit eine Art *„Breitbandantibiotikum“* für eine Zielgruppe, die nicht in das Regelportfolio zu passen scheint. Die Zusammenarbeit mit anderen Stellen (Bewährungshilfe, Betreuer/-innen, Substitutionsambulanzen) ist wichtiger Projektbestandteil. Modellhaft wird die Maßnahme flankiert durch AVGS-Coachings im Vorfeld der Teilnahme.

Die **Laufer Mühle** bietet sowohl Beschäftigung am sogenannten ersten Arbeitsmarkt (soziale Betriebe) als auch Beschäftigungsmaßnahmen auf dem sogenannten zweiten Arbeitsmarkt (Maßnahmen). Voraussetzung für die Teilnahme an einer geförderten Beschäftigung ist die Selbstverpflichtung, morgens nüchtern zur Arbeit zu erscheinen und während der Arbeitszeit keine Suchtstoffe zu konsumieren. Die Maßnahmeteilnehmer/-innen haben beim Träger selbst eine Beschäftigungsperspektive. 70 Prozent der ca. 100 Festangestellten gehörten ehemals selbst zur heute betreuten Zielgruppe.

Das Projekt ‚Step by Step‘ beim Maßnahmeträger **Fischer-Haus e. V.** ist ein ESF-gefördertes Kooperationsprojekt des Fischer-Haus e. V. mit der Suchtberatungsstelle des Baden-Württembergischen Landesverbands für Prävention und Rehabilitation (bwlv) und den **Jobcentern Landkreis Rastatt und Baden-Baden**. Eine Werkstatt für berufliche Integration für Menschen mit Wiedereingliederungshemmnissen und die Arbeitsplatzvermittlungsinitiative „Starthilfe“ (Förderverein zur Wiedereingliederung Suchtkranker e. V.) gehören zum Netzwerk.

Das **Sozialtherapeutische Zentrum Halle** kooperiert eng mit dem **Jobcenter Halle** bei der Betreuung von Menschen mit Suchtproblemen. Ziel der Maßnahmen ist es, Vermittlungs- und Beschäftigungshemmnisse zu überwinden, Suchtkranke in ihrem Alltagsleben zu stabilisieren und Abstinenz zu fördern. Dazu werden zum einen Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II durchgeführt und zum anderen eine Tagesstätte für erwerbsfähige Menschen mit suchtbedingten Beschäftigungs- und Vermittlungshemmnissen nach § 16a SGB II in Verbindung mit § 67 SGB XII betrieben. Bei der Zuweisung und im Verlauf der Maßnahme findet eine enge Abstimmung zwischen Jobcenter, Sozialamt und Träger statt.

Das Projekt „Starthilfe 2.0“ der **Jugendwerkstatt Hindenburg** arbeitet mit jungen Suchtkranken auf der Grundlage von § 16 f SGB II (freie Förderung). Indem die jungen Menschen dabei unterstützt werden, ihre eigene Leistungsfähigkeit zu entdecken und zu entwickeln, soll bei den Jugendlichen Veränderungsbereitschaft geweckt werden. Das Projekt versucht, ein Helfernetzwerk aus Mediziner/-innen, Beratungsstellen, Ämtern und privaten Unterstützer/-innen aufzubauen.

3 Was Jobcenter und ihre Kooperationspartner tun könnten

3.1 Spezifische Angebote für Menschen mit besonderen Unterstützungsbedarfen entwickeln

Die Gestaltung von Maßnahmen für Suchtkranke muss sinnhafte Beschäftigung mit komplexen persönlichen Hilfen und Unterstützung bei der Tagesstrukturierung verbinden, individuelle Voraussetzungen flexibel berücksichtigen und klare und transparente Abläufe installieren, die möglichst analog zu normalen Beschäftigungsverhältnissen sind. Zugleich sind suchtbezogene Expertise auf Seiten der pädagogischen Fachkräfte und der Arbeitsanleiter/-innen erforderlich.

3.2 Gleichzeitigkeit von Beratung, Reha und Beschäftigungsmaßnahmen gewährleisten

Es wird eine Verschränkung von Suchtberatung, Sucht-Reha und Beschäftigungsmaßnahmen empfohlen, bei der die unterstützenden Akteure fallbezogen zusammenwirken. Beschäftigung stärkt die Abstinenzmotivation und Therapiebereitschaft und kann Therapieerfolge stabilisieren. Umgekehrt hilft Suchtberatung, Maßnahmeabbrüchen vorzubeugen. Sofern Hilfen befristet geleistet werden, ist für nahtlose Übergänge zwischen den Hilfesystemen zu sorgen.

3.3 Maßnahmen flexibel gestalten – Förderketten ermöglichen

Maßnahmen müssen flexibel gestaltbar sein, um auf die Bedarfe Suchtkranker eingehen und auf nicht vorhersehbare Entwicklungen reagieren zu können. Für die Durchführung suchtspezifischer Maßnahmen braucht man deutlich mehr Gestaltungsspielraum, als den Akteuren durch die derzeitigen Regelungen und Vorgaben zugestanden wird. Wünschenswert sind weniger rigide Vorgaben, einfachere und flexiblere Verfahren und Gestaltungsmöglichkeiten bei der Umsetzung von Maßnahmen. Es wird empfohlen, längere Förderdauern vorzusehen und im Bedarfsfall auch einen längeren Verbleib in der bisherigen Maßnahme oder den nahtlosen Eintritt in andere Maßnahmen oder Programme der Beschäftigungsförderung zu ermöglichen. Durch Förderketten ist wirksame Unterstützung möglich.

3.4 Wertschöpfende Beschäftigung organisieren

Die Tätigkeitsfelder in geförderter Beschäftigung müssen sowohl der Leistungsfähigkeit der Zielgruppe entsprechen als auch für die Teilnehmenden nachvollziehbar sinnstiftende, wertschöpfende und gesellschaftlich nützliche Arbeit ermöglichen. Eine Kooperation mit potentiellen Arbeitgebern ist nötig.

3.5 Kooperation zwischen Jobcentern und Maßnahmeträgern – Planungssicherheit schaffen

Die Erfahrungen zeigen, dass langjährige Vertrauensbeziehungen zwischen den Akteuren bei Jobcenter und Maßnahmeträgern oft der wichtigste Erklärungsfaktor für den Erfolg von Projekten und Maßnahmen sind. Jobcenter sollten professionelle und engagierte Träger und Akteure für die zielgruppenspezifische Arbeit mit suchtkranken Leistungsberechtigten in ihr lokales Netzwerk aufnehmen. Um die Etablierung und Aufrechterhaltung längerfristig erfolgreicher Maßnahmen zu sichern, wird Planungssicherheit benötigt. Jobcenter sollten für die Förderung suchtkranker Leistungsberechtigter und entsprechender Maßnahmen bzw. Projekte eine langfristige und verlässliche Finanzierungsbasis schaffen.

3.6 Begleitung auch nach Ende der Maßnahme und bei Arbeitsmarktintegration

Wo nahtlose Übergänge nicht gelingen, sollten Jobcenter und Suchtberatungsstelle maßnahmefreie Zeiten durch niedrigschwellige Formen sozialer Unterstützung und Einbindung überbrücken. Im Fall der Integration in Beschäftigung auf dem regulären Arbeitsmarkt sollte für eine gewisse (Übergangs-) Zeit ein jobbegleitendes Coaching angeboten werden, um Nachhaltigkeit zu fördern.

Kontakt:

Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt GmbH
Telefon: 030 20647726 | Email: wagner@fia-institut.de

Prof. Dr. Dieter Henkel
Email: prof.dieter.henkel@t-online.de

Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V.
Telefon: 0421 3347080 | E-Mail: jh@giss-ev.de

Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. - Zoom
Telefon: 0551 50845-0 Email: b.naegele@prospektive-entwicklungen.de