

# Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben – Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V.

Volker Weissinger

## Einleitung

Im folgenden Beitrag werden die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und substanzbezogenen Problemen beleuchtet. Beschrieben werden zudem entsprechende Ansatzpunkte, welche zur Verbesserung der Gesamtsituation arbeitsloser suchtkranker Menschen beitragen können. Dies geschieht vor dem Hintergrund, dass auch der Drogen- und Suchtrat der Bundesregierung eine entsprechende Stellungnahme zur „Berufliche Integration Suchtkranker“ zustimmend zur Kenntnis genommen hat, die unter Koordination des Fachverbandes sucht e.V. entwickelt wurde (s. auch diese Ausgabe SuchtAktuell). Dieser Beitrag liefert Hintergrundinformationen zu zentralen Inhalten, welche sich auch in dieser Stellungnahme niederschlagen haben.

Folgende Punkte werden im Weiteren behandelt:

1. Problemhintergrund und Relevanz des Themas
2. Fachkonzept Fallmanagement und personelle Ausstattung der Grundsicherungsstellen
3. Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatungsstellen
4. Qualifizierung der Agenturen für Arbeit/Jobcenter im Umgang mit substanzbezogenen Störungen
5. Förderung der Teilhabe im Bereich der medizinischen Rehabilitation: Entwicklungspotenziale
6. Berufliche (Re-)Integration benötigt passgenaue Arbeitsmarktinstrumente

## 1. Problemhintergrund und Relevanz des Themas

Der wechselseitige Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit wird in der Abbildung 1, welche von der Bundesagentur für Arbeit stammt, verdeutlicht. 35 % der SGB II-Bezieher haben – so die Bundesagentur für Arbeit – gesundheitliche Einschränkungen, zudem ist das Sterblichkeitsrisiko bei einer Dauer von mehr als 2 Jahren Arbeitslosigkeit um das 3,4-fache erhöht.

Es existiert eine Vielzahl von Untersuchungen und Veröffentlichungen, welche den engen Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit (vgl. Grobe, G. Th.,

Schwartz, F.W, 2003, Weber, A., Hörmann, G., Heipertz, W., 2007) wie auch von Arbeitslosigkeit und Suchtproblemen (vgl. Henkel, D., Zemlin, U., 2008) belegen.

Belegt ist, dass

- a) länger anhaltende Arbeitslosigkeit ein Risikofaktor ist, der die Entwicklung und Chronifizierung gesundheitlicher Einschränkungen und einer Abhängigkeits-erkrankung begünstigt
- b) die Erwerbsarbeit für die Überwindung einer Suchtproblematik im Sinne der nachhaltigen Sicherung der Abstinenz und Lebenszufriedenheit, beispielsweise nach einer erfolgten Suchtbehandlung, von zentraler Bedeutung ist.

### 1.1 Arbeitslosigkeit ist ein herausragendes Problem in der Praxis der Suchthilfe und -behandlung

Betrachten wir zunächst den Anteil arbeitsloser Menschen in der Suchtbehandlung. Hierzu belegen die entsprechenden Daten

der Basisdokumentation 2009 des Fachverbandes Sucht e.V., dass unter den Patienten ein erheblicher Anteil arbeitslos ist. Im ambulanten Bereich ist die Anzahl mit 22,7 % vergleichsweise gering, bei Drogenabhängigen mit 61,8 % am höchsten. Bei den Fachkliniken für alkohol-, medikamentenabhängigen Menschen liegt er bei 44,9 %, etwas geringer ist er bei ganztägig ambulanten Patienten (41,5 %). Über alle Bereiche hinweg ist der jeweilige Anteil der ALG II-Bezieher deutlich erhöht gegenüber den ALG I-Beziehern (s. Abb. 2).

Ferner können wir feststellen, dass die katalanistische Erfolgsquote bezogen auf das Therapieziel „Abstinenz“ in Fachkliniken für Alkohol/Medikamente bei Erwerbslosigkeit der Patienten deutlich unter dem von erwerbstätigen Patienten liegt. Der Unterschied ist signifikant und liegt im Vergleich von durchgängig Erwerbslosen mit durchgängig Erwerbstätigen ein Jahr nach Behandlungsende bei 22,1 % (s. Abb. 3, Entlassjahrgang 2008)).

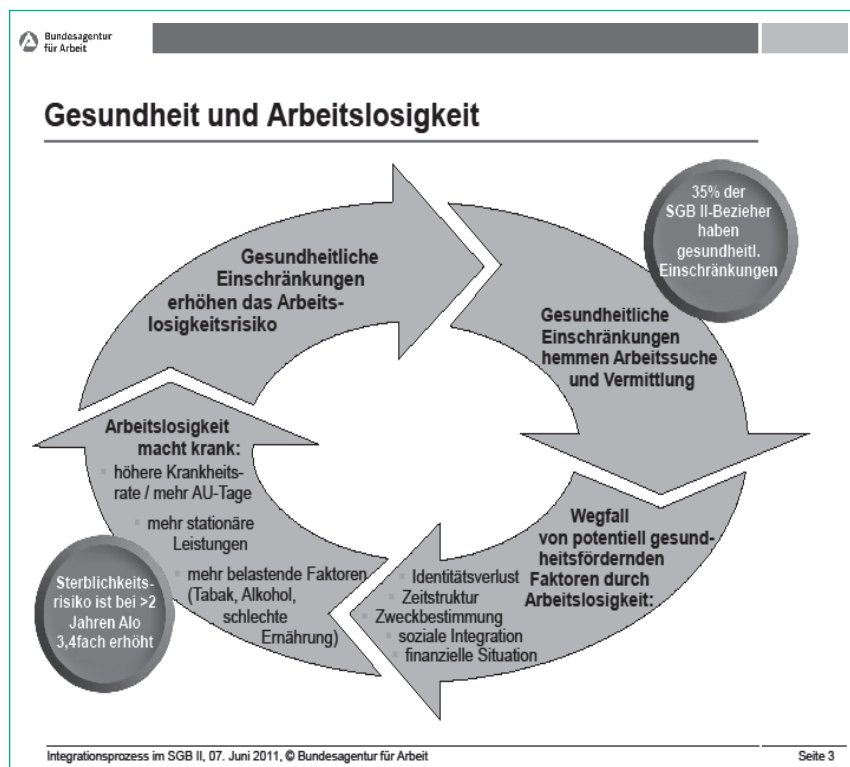


Abb. 1: Gesundheit und Arbeitslosigkeit (Bösinger-Schmidt, M., Folienvortrag 7. Juni 2011)

### 1.3 Sucht ist ein gehäuft auftretendes Problem unter Arbeitslosen

Eine Übersicht über Studien, welche erhöhte Prävalenzraten bezogen auf substanzbezogene Störungen unter Arbeitslosen ergaben, ist der Abb. 4 zu entnehmen (Henkel, D., 2010).

Demnach liegt der Anteil der alkoholabhängigen Männer mit Arbeitslosigkeit bei ca. 8,9 %, der Anteil der Frauen bei 1,8 %. Deutlich höher sind die jeweiligen Prävalenzraten für riskanten Alkoholkonsum. Die Abbildung zeigt, dass auch problematischer Drogen- und Medikamentenkonsum weit verbreitet sind und der Anteil der täglichen Raucher bei den ALG II-Bezieher mit 57,0 % deutlich gegenüber den ALG I-Bezieher (46,7 %) erhöht ist. Es ist davon auszugehen, dass die jeweiligen Prozentanteile je nach Agentur für Arbeit bzw. Jobcenter und deren regionalem Einzugsgebiet erheblich variieren können.

### 1.4 Die beruflich-soziale Integration ist eine gemeinsame Aufgabenstellung der Grundsicherungsstellen und der Suchthilfe/-behandlung

Festzustellen ist, dass die Ziele der Jobcenter und Agenturen für Arbeit und der Suchthilfe- / -behandlung in die gleiche Richtung weisen, denn die Förderung der beruflich-sozialen Integration ist eine wichtige gemeinsame Aufgabenstellung.

Suchtkranke arbeitslose Menschen benötigen aufgrund ihrer Vermittlungshemmnisse häufig eine intensiviertere und nachhaltige, d.h. längerfristig angelegte und verlässliche Unterstützung beider Bereiche.

## 2. Grundlagen: Fachkonzept Fallmanagement und personelle Ausstattung der Grundsicherungsstellen

### 2.1 Fachkonzept Fallmanagement der Bundesagentur für Arbeit (BA)

Gefordert ist bei Dienstleistungen im Gesundheits- und Sozialbereich, dass diese qualitätsgesichert sind und auf Basis eines anerkannten Konzeptes erfolgen. Deshalb wurde bereits im Jahr 2004 von der BA ein Konzept zum Fallmanagement erstellt, in dem die Ausgangslage, Zielsetzungen, Zugangssteuerung, Prozessschritte, individuellen Anforderungen an den Fallmanager sowie die institutionellen Rahmenbedingungen und Kooperationspartner beschrieben wurden. Dieses Konzept wurde später ergänzt um das 4-Phasen-Grundmodell zur arbeitnehmerorientierten Integration. Die 4 Phasen sind mit den entsprechend zugeordneten Themenbereichen in der Abbildung 5 aufgeführt.

Die Phasen bestehen aus:

- einem umfassenden Profiling,
- der Festlegung von konkreten Zielen,

Abb. 2: Arbeitslosigkeit in der Entwöhnungsbehandlung in % (Basisdokumentation, FVS 2009)

	Gesamt	SGB II (ALG II)	SGB III (ALG I)
FK A/M Ø Alter 45,0 Jahre	44,9	32,7	12,2
Ambulanz Ø Alter 47,0 Jahre	22,7	15,9	6,8
Teilstationär (ganztätig ambulant) Ø Alter 45,9 Jahre	41,5	26,0	15,5
FK D Ø Alter 28,8 Jahre	61,8	46,3	15,5

Abb. 3: Therapieerfolg gemäß DGSS3 (alle Antworter) und Veränderungen zwischen dem Aufnahmezeitpunkt in der Behandlung und dem Katamnesezeitpunkt (Katamnese FVS, Fachkliniken Alkohol/Medikamente, Entlassjahrgang 2008, Misset et al. 2011)

Erwerbssituation bei Aufnahme	Erwerbssituation zum Katamnesezeitpunkt	Therapieerfolgsquote in % (DGSS 3)
erwerbslos (N = 1.718)	erwerbstätig	79,0
	erwerbslos	58,6
erwerbstätig (N = 2.560)	erwerbstätig	80,7
	erwerbslos	62,7

Abb. 4: Sucht ist ein häufiges Problem unter Arbeitslosen. Wie groß ist der Bedarf an Suchtberatung/Suchtbehandlung unter Arbeitslosen? (Henkel, D., 2010) Prävalenzraten aus repräsentativen deutschen Studien

Studie	Studieninhalt	Prävalenzrate
Rose, Jacobi 2004	Alkoholabhängigkeit DSM IV (12-M-Präv.) Männer	8,9*
Rose, Jacobi 2004	Alkoholabhängigkeit DSM IV (12-M-Präv.) Frauen	1,8
Pockrandt et al. 2007	Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT) ALG I	25,6*
Pockrandt et al. 2007	Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT) ALG II	26,1*
Pockrandt et al. 2007	Drogenkonsum >5-mal letzte 12 Monate ALG I	3,5*
Pockrandt et al. 2007	Drogenkonsum >5-mal letzte 12 Monate ALG II	6,8*
Henkel 2000	Konsum psych. Medikamente >2-mal/Woche Männer	10,9*
Henkel 2000	Konsum psych. Medikamente >2-mal/Woche Frauen	15,4*
Pockrandt et al. 2007	Rauchen täglich ALG I	46,7*
Pockrandt et al. 2007	Rauchen täglich ALG II	57,0*

\* in Relation zu Erwerbstätigen signifikant/deutlich erhöht

Abb. 5: Arbeitnehmerorientiertes Integrationskonzept: Das „4-Phasen-Modell“ der BA (Bundesagentur für Arbeit, 2011)

Phasen	Themen
1	<b>Profiling durchführen / Standortbestimmung</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persönliches Profil: Qualifikation, Leistungsfähigkeit, Motivation</li> <li>• Umfeld-Profil: Rahmenbedingungen, Arbeits-/Ausbildungsmarktbedingungen</li> </ul>
2	<b>Ziele festlegen – Zielkategorien z.B.:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufnahme Beschäftigung 1. Arbeitsmarkt</li> <li>• Tätigkeit jenseits 1. Arbeitsmarkt</li> <li>• Stabilisierung bestehender Beschäftigung/Selbstständigkeit</li> </ul>
3	<b>Strategie bzw. Strategiebündel auswählen</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorisierung der Handlungsbedarfe</li> <li>• Bereiche z.B. Qualifikation, Leistungsfähigkeit, Motivation, Rahmenbedingungen</li> </ul>
4	<b>Umsetzung der Handlungsstrategie und Nachhalten (Controlling)</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eingliederungsvereinbarung (öffentlich rechtlicher Vertrag)</li> <li>• Zeitraum: Ü25-Kunden: i.d.R. 6 Monate, U25-Kunden: i.d.R. 3 Monate</li> <li>• Folgegespräche/Controlling</li> </ul>

Abb. 6: Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen (Fachkonzept Fallmanagement der BA, nach Bohrke-Petrovic, 2004, ergänzt)

- Geringe oder veraltete, berufliche Kenntnisse
  - Abnehmende individuelle Arbeitsorientierung
  - Kaum in der Lage, Selbstverantwortung zu übernehmen
  - Geringe Laufbahnselbstkompetenz
  - Geringe Mobilitätsbereitschaft
  - Im Regelfall wenig familiäre Ressourcen
  - Entmutigte Menschen
- 
- Menschen mit substanzbezogenen Störungen (schädlicher Konsum, Abhängigkeit)

- der Auswahl von Leistungen im Rahmen einer Strategie,
- der Umsetzung der Handlungsstrategie und der weiteren Begleitung – auch im Sinne eines Controlling. Hierbei spielt der Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung eine zentrale Rolle.

Wer sind nun die Kunden, die ein spezifisches Fallmanagement bekommen sollen? Dies sind insbesondere Personen mit mehreren Vermittlungshemmnissen.

In Abb. 6 sind entsprechende Merkmale dieses Personenkreises aufgeführt. Die Auflistung wurde vom Autor ergänzt um Menschen mit substanzbezogenen Störungen, denn diese sind nicht gesondert im ursprünglichen Fachkonzept der BA benannt worden. Unbestritten ist aus fachlicher Sicht, dass die Berücksichtigung der genannten Problemlagen bei einer beruflichen Beratung und entsprechenden Vermittlungsbemühungen grundsätzlich notwendig ist. Bezogen auf suchtkranke Leistungsbezieher erbrachte die Studie von Wagner et al. (2009), dass gerade bei dieser Klientel aus Sicht der Grundsicherungsstellen eine Vielzahl unterschiedlicher Vermittlungshemmnisse vorliegt (s. Abb. 7):

Denn neben den qualifikationsbezogenen Problemen sind aus Sicht der Vermittler z.B. auch Verschuldung, Brüche in den Lebens- und Erwerbsbiografien, instabile soziale Beziehungen und insgesamt eine Kumulation von personen- oder marktbedingten Vermittlungshemmnissen zu finden. Deshalb ist die passgenaue Auswahl der jeweils erforderlichen Arbeitsmarktinstrumente von zentraler Bedeutung. Hier zeigt sich auch der zentrale Unterschied zur Beratung und Vermittlung sogenannter „marktfähiger“ Kunden, bei denen es durchaus möglich ist, sich hinsichtlich der Vermittlungstätigkeit auf den Aspekt der berufsbezogenen Qualifikation zu beschränken und das soziale Umfeld des Kunden weitgehend unberücksichtigt zu lassen.

Im Prozess des Fallmanagements ist die Aushandlung einer Eingliederungsverein-

Abb. 7: Multiple Vermittlungshemmnisse: Probleme, die die Integration suchtkranker Leistungsbezieher in Erwerbsarbeit erschweren: „Oft“ vorkommend (Wagner, A. et al., 2009)

Probleme im Bereich Bildung/Qualifikation/Brüche in der Erwerbsbiografie (N=318)	88,7
Ver-/Überschuldung (N=322)	74,2
Unwirtschaftliches Verhalten (N=320)	67,8
Probleme im Bereich sozialer Beziehungen (N=321)	64,8
Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen (N=321)	63,9
Andere gesundheitliche Beeinträchtigungen (N=309)	58,9
Psychische Belastungen (z.B. Angstzustände) (N=321)	47,7
Schwierigkeiten beim Umgang mit Behörden (N=321)	42,1
Wohnprobleme (N=319)	35,4
Strafrechtliche Probleme (z.B. Probleme mit Bewährungsaufgaben) (N=320)	26,3
Häusliche Gewalt (N=320)	10,0
Weitere Probleme (N=51)	78,4

Abb. 8: Eingliederungsvereinbarung in der Praxis: Verbesserungspotenziale (Schütz, H. et al., IAB-Kurzbericht 18/2011, Zusammenhang der Ergebnisse durch den Autor)

- Stärkere Einbindung des Kunden in den Prozess der Zielfindung und -festlegung
- Eingliederungsvereinbarung sollte nicht zwingend beim Erstkontakt abgeschlossen werden (z.B. PC-Eingabe unterbricht den Gesprächsfluss)
- Vereinbarung nur mit denen abschließen, für welche diese einen Aktivierungsimpuls darstellt (Vorschlag JAB)
- Oft sind nur übergreifende Ziele benannt (Überwindung oder Beendigung der Hilfebedürftigkeit) anstatt erreichbare „Etappenziele“
- Klare Bezüge zu den Profilingergebnissen lassen sich nicht herstellen (individuelle Aspekte der Kunden finden wenig Eingang)
- Tendenziell asymmetrische Strukturen der Kommunikation und Interaktion (Betonung der Kundenpflichten und Rechtsfolgen für ihn)

barung von zentraler Bedeutung, zumal diese die vertragliche Grundlage zwischen der Behörde und dem Kunden darstellt. Darin sollen die konkreten beidseitigen Ziele und Verpflichtungen niedergelegt werden. Das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der BA hat jüngst die Ergebnisse von Studien zur Praxis der Eingliederungsvereinbarung publiziert (IAB, 2011). Dabei zeigte sich ein deutliches Verbesserungspotenzial. Die entscheidenden Vorschläge hierzu sind in der Abbildung 8 zusammengestellt.

Ergänzend sei erwähnt, dass zu den kleinen Schritten, welche im Rahmen einer Eingliederungsvereinbarung zu berücksichtigen sind, auch die frühzeitige Einschaltung weiterer externer Fachdienste zählt. Denn aufgrund der individuell sehr heterogenen Problemlagen der Kunden, sollte der Fallmanager auf das Spezialwissen anderer Dienste wie etwa der Schulden- oder Suchtberatung zurückgreifen. Vom Grundsatz her sollten gerade Menschen mit substanzbezogenen Störungen Zugang zum Fallmanagement haben. Dies erfordert eine entsprechende hohe Sensibilität und eine differenzierte Wahrnehmung auch bei den Stellen in der Agentur oder im Jobcenter, welche den Zugang zum Fallmanager steuern.

Die Beschreibung des Fallmanagements zeigt, dass es sich um eine sehr anspruchsvolle

Aufgabe handelt, die viel Fingerspitzengefühl und eine hohe Kompetenz im Umgang mit den betroffenen Menschen erfordert.

Politisch ist zu fordern, dass grundsätzlich integrierter Bestandteil des Fachkonzeptes eines jeden Jobcenters bzw. einer jeden Agentur für Arbeit auch das Thema „Umgang mit Suchterkrankungen“ sein sollte. In einem Fachkonzept „Sucht“ sind verbindliche Regelungen sowie konkrete Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, inklusive zu treffende Kooperationen mit externen Stellen darzulegen.

Im Unterschied zu dieser Anforderung erbrachte die Untersuchung von Wagner/Henkel et al. (2009), dass ca. die Hälfte der Grundsicherungsstellen über ein entsprechendes Fachkonzept Sucht im Jahr 2009 verfügten. Hier ist also noch von einem erheblichen Entwicklungspotenzial auszugehen.

## 2.2 Personelle Ausstattung der Grundsicherungsstellen

Die Entwicklung realistischer Zielsetzungen und deren Umsetzung im Alltag ist gerade bezogen auf Menschen mit multiplen Vermittlungshemmnissen eine aufwendige und schwierige Arbeit. Prozesse verlaufen häufig nicht geradlinig und natürlich hängt

die Umsetzung auch davon ab, dass der Berater oder Fallmanager auch entsprechende Angebote unterbreiten kann, die genau zu den Ausgangsbedingungen des Betroffenen passen und von ihm als wichtig für seinen Integrationsprozess wahrgenommen werden.

Insgesamt stellt die Einführung des Fallmanagements zur speziellen Betreuung von Kunden mit Vermittlungsproblemen in den Grundsicherungsstellen eine deutliche Verbesserung hin zu einer stärkeren individuellen Ausrichtung der Beratungstätigkeit dar.

Entscheidend für die Frage der Umsetzung ist, ob aber auch die personellen Ressourcen vorhanden sind, um das anspruchsvolle Konzept umzusetzen zu können. Im Rahmen dieses neuen Ansatzes wurden entsprechende Betreuungsrelationen festgelegt, die ein qualifiziertes Fallmanagement ermöglichen sollen. Aus fachlicher Sicht ist zu fordern, dass diese Vorgaben im Bereich Betreuung/Vermittlung von 1:75 für die unter 25-jährigen und von 1:150 für die über 25-jährigen in den Grundsicherungsstellen keinesfalls überschritten werden sollten. Natürlich ist zudem auch die personelle Kontinuität der Fallmanager gerade für die Personengruppe mit multiplen Vermittlungshemmnissen eine wichtige Anforderung.

Wie sieht nun die Praxis aus? (s. Abb. 9)

Abb. 9: Umsetzung der Betreuungsrelation in Grundsicherungsstellen in % (Wagner/Henkel et al. 2009)

Betreuungsrelation im Bereich Betreuung/Vermittlung in %	
Zielrelation 1:75 für U25 erreicht	8
Zielrelation 1:150 für Ü25 erreicht	11

Nur 8 % bzw. 11 % der 323 befragten SGB II-Stellen (74 % aller Grundsicherungsstellen in Deutschland) erreichten in der bereits zitierten Studie von Wagner et al. die entsprechende Quote für die unter bzw. über 25-jährigen in der Betreuung.

Fragt man Mitarbeiter der Grundsicherungsstellen selbst, so bestätigt sich auch aus Sicht der Praktiker die Bedeutung der personellen Ausstattung für eine angemessene Betreuung von Kunden mit Suchtproblemen (s. Abb. 10):

So halten weit über 90 % es für wichtig bzw. sehr wichtig, dass eine Betreuungsrelation besteht, die genügend Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken belässt. Auch die Einrichtung spezialisierter Teams wird begrüßt.

Berücksichtigt werden sollte, dass die Personalschlüssel, die für eine entsprechend intensive Betreuung erforderlich sind, sicherlich noch deutlich unter den offiziell vorgegebenen Betreuungsrelationen liegen müssten.

Abb. 10: Wichtigste Erfolgsfaktoren bei der Betreuung von Kunden/innen mit Suchtproblemen (Wagner/Henkel et al. 2009)

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Prozentangaben in Bezug auf antwortenden Grundsicherungsstellen.  
(FIA/Zoom/Prof. D. Henkel: Abschlussbericht Sucht und SGB II, Juli 2009)

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Gar nicht wichtig
Eine Betreuungsrelation, die genug Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken sichert (N=313)	47,1	49,7	3,2	0,0
Die Einrichtung von spezialisierten Teams zur Betreuung der suchtkranken Hilfebedürftigen (N=312)	64,9	32,2	2,9	0,0

Grundsätzlich erfordert der Prozess der Fallsteuerung erhebliche personelle Ressourcen des Fallmanagers. Fallmanagement ist deshalb eine verhältnismäßig teure Investition für die Agenturen für Arbeit und Jobcenter.

Je aufwendiger das Fallmanagement ist, desto mehr wird – im Zeitalter des Controlling und der Effektivitäts- und Effizienzprüfung – die Frage im Raum stehen, ob sich der Ressourceneinsatz an dieser Stelle auch lohnt. Die Beantwortung dieser Frage und entsprechende Bewertungen hängen natürlich auch eng mit den jeweils dominierenden gesellschaftspolitischen Zielen und Grundhaltungen zusammen.

Besondere Probleme hinsichtlich der personellen Ausstattung liegen aktuell darin, dass bereits im Jahr 2011 deutlich weniger Mittel im Rahmen der Grundsicherung für Personal wie auch für Eingliederungsleistungen zur Verfügung standen als im Vorjahr. Dieser Trend wird sich in den Folgejahren noch deutlich verschärfen.

### 3. Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatungsstellen

#### 3.1 Bedeutende Faktoren für eine gelungene Kooperation

Die enge Zusammenarbeit zwischen den Grundsicherungsstellen und der Suchthilfe ist ein entscheidender Schlüssel für eine qualifizierte Betreuung und für gezielte und aufeinander abgestimmte Integrationsbemühungen für Menschen mit Suchtproblemen. Dies wird auch von den Praktikern beider Institutionsbereiche betont. Die

wichtigsten Erfolgsfaktoren sind laut der Erhebung von Wagner/Henkel et al. (2009) aus Sicht der Grundsicherungsstellen für die Betreuung und Integration von Kunden mit Suchtproblemen:

- eine enge Zusammenarbeit mit der Suchthilfe und
- ein breites und kurzfristig verfügbares Angebot sozial flankierender Dienste.

Betrachtet man die Einschätzung der Suchtkrankenhilfe, so ergibt sich ein ähnliches Bild (s. Abb. 11).

Aus Sicht der Suchtberatungsstellen waren unter den neun bedeutendsten Faktoren für eine gelungene Praxis in der Studie von Wagner/Henkel et al. (2009) immerhin drei, welche die gute Kooperation betonen. Hierzu gehören

- Klare Abstimmung zwischen den Stellen (1. Stelle)
- Schriftliche und detaillierte Regelung der Kooperation (4. Stelle)
- Persönliche Kenntnis des Kooperationspartners (6. Stelle).

Betrachtet man die Kooperations- und Vernetzungsformen zwischen den Grundsicherungsstellen und der Suchtberatung, so zeigen sich allerdings deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Kooperationsformen (s. Abb. 12).

Tatsache ist, dass viele Jobcenter und Suchtberatungsstellen noch viel enger zusammenarbeiten könnten (vgl. Frietsch 2011). Denn nur ca. die Hälfte der Grundsicherungsstellen verfügt über schriftliche Kooperationsvereinbarungen oder bezieht die Suchtberatung regelmäßig in die Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung ein. Dies entspricht in etwa auch der Bewertung der Suchtberatungsstellen,

Abb. 11: Gute Praxis aus Sicht der SB-Stellen - Unter welchen Bedingungen ist die Zuweisung in Suchtberatung nach § 16a SGB II ein erfolgreiches Instrument? (Wagner/Henkel et al. 2009)

Notenmittelwerte, Skala 1-5

1.	Wenn im Fallmanagement zwischen GSS und SB-Stelle eine klare Abstimmung erfolgt	1.6
4.	Wenn die Kooperation mit der GSS schriftlich und detailliert geregelt ist	1.9
6.	Wenn man die GSS-Kooperationspartner persönlich gut kennt	2.2



Abb. 12: Kooperations-/Vernetzungsform GSS und Suchthilfe – aus Sicht der GSS (Wagner/Henkel et al. 2009)

Präsenz der Suchthilfe in GSS (engste Form)	7 %
Kooperation <ul style="list-style-type: none"> <li>• geregelt in Form einer Vereinbarung eines Vertrages (o.ä.)</li> <li>• unregelmäßige Kooperation</li> </ul>	51 % 49 %
Einschalten der Suchthilfe zur Klärung ob Suchtproblem vorliegt	65 %
Einbeziehung der Suchtberatung bei Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung – (in Regel ja)	53 %
Durchführung gemeinsamer Fallgespräche <ul style="list-style-type: none"> <li>• regelmäßig</li> <li>• in bestimmten Fällen</li> </ul>	15 % 41 %
Gemeinsame Beschäftigungsprojekte für Suchtkranke	21 %

welche zu 47,5 % nach der Untersuchung von Wagner/Henkel et al. (2009) die Kooperation mit der Grundsicherungsstelle als gut bzw. sehr gut einstufen. Schaut man zudem die offizielle Statistik der BA zur Inanspruchnahme kommunaler Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II

an (s. Abb. 13), so bestätigen sich auch hier die deutlichen Unterschiede der kommunalen Praxis vor Ort. Natürlich ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Datenqualität aufgrund unterschiedlicher Erhebungspraktiken in den Jobcentern deutlich voneinander abweichen kann.

Abb. 13: Inanspruchnahme von kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II (BA Statistik), Jahressumme 2010 (Zugang), ausgewählte Beispiele (JC=Jobcenter)

	Gesamt	davon: Schuldnerberatung	Psychosoziale Betreuung	Suchtberatung
JC Chemnitz	1.339	1.122	128	85
JC Dresden	243	133	–	110
JC Hamburg	578	219	–	4
JC Region Hannover	5.342	2.694	2.265	238
JC Oldenburg	–	–	–	–
JC Bochum	–	–	–	–
JC Duisburg	2.345	873	1.219	253
JC Hagen	–	–	–	–
JC Köln	2.179	1.204	1.390	264
JC Heilbronn	1.228	1.108	–	120
JC Rems-Murr-Kreis	133	64	20	49
JC Bamberg	–	–	–	–
JC München	–	–	–	–
<b>Gesamt</b>	<b>81.929</b>	<b>38.777</b>	<b>18.612</b>	<b>10.346</b>

Abb. 14: Kooperationsvereinbarung – mögliche Inhalte (überarbeitete Version, Weissinger 2012) (Integrationsprozess im SGB II, 2011, © Böisinger-Schmidt, Bundesagentur für Arbeit 2011)

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gegenstand und Zuständigkeiten der GSS und der Suchtberatung</li> <li>2. Definition Sucht</li> <li>3. Gemeinsame Ziele der Sucht- und Drogenhilfe und der GSS</li> <li>4. Inhalte und Angebote der Sucht-/Drogenhilfe, z.B. mit wählbaren Leistungsmodulen (z.B. „Drink-Less-Programm“, „Vermittlung in medizinische Rehabilitation“, „Psychosoziale Begleitung bzw. Wiedereingliederung in Arbeit“, „Suchtspezifisches Eingliederungsmanagement“, „Sicherung der Abstinenz durch aufsuchende Hilfen“)</li> <li>5. Festlegung zur Zusammenarbeit, z.B. Regelung von                 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zur Beratungsstelle</li> <li>• Clearing des Hilfebedarfs</li> <li>• Beratungsbedarf und -umfang für ALG II-Bezieher (incl. Finanzierung der Leistungen)</li> <li>• Ziel und Charakter der Beratung</li> <li>• Kommunikation Beratungsstelle – Jobcenter (incl. Datenschutz)</li> <li>• Evaluierung und Dokumentation</li> </ul> </li> </ol>
---

In der Abbildung 13 sind exemplarisch die Angaben verschiedener Städte aufgeführt. Auf Basis der von der Bundesagentur für Arbeit publizierten Zahlen würde in verschiedenen Städten keine Kooperation nach § 16a SGB II zwischen Jobcentern und externen Beratungsstellen existieren. Zudem können die Unterschiede der exemplarisch aufgeführten Fallzahlen nicht nur auf die unterschiedliche Größe der jeweiligen Städte zurückgeführt werden, sondern hätten – sofern sie valide erhoben sein sollten – auch mit den regionalen Strukturen und Kooperationsformen zu tun.

Übrigens ergab eine Befragung der Diakonie im Jahr 2010, dass weniger als 1/3 der befragten Suchtberatungsstellen ihre Beratungstätigkeit für die Jobcenter-Kunden auch entsprechend finanziert bekommen. Dies ist sicherlich ein wichtiger Grund dafür, dass der integrative Ansatz gemäß § 16 SGB II noch deutlich optimiert werden könnte.

### 3.2 Empfehlungen zur Verbesserung der Kooperation zwischen Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen vor Ort

Politisch ist zu fordern, dass das Instrument der Suchtberatung gemäß § 16 a SGB II als flankierende Leistung zielgerichtet und flächendeckend genutzt wird.

Eine enge und vor allem fallbezogene örtliche Kooperation zwischen den Dienststellen der Leistungsträger gemäß SGB II und SGB III und den Suchtberatungsstellen sollte dabei am besten vertraglich über eine Kooperationsvereinbarung geregelt werden. Was sind mögliche Inhalte einer solchen Kooperationsvorbereitung? Die nächste Abb. 14 gibt hierzu einen Überblick.

Wichtig ist, die jeweiligen Ziele und Aufgaben, Verfahrensabläufe, den Umfang der Leistungen, die Zuständigkeiten, Dokumentationsanforderungen und das Rückmeldeverfahren unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu klären.

Ferner ist eine frühzeitige Einbeziehung der Suchtberatung nach § 16 a SGB II bereits bei der inhaltlichen Gestaltung der jeweiligen Eingliederungsvereinbarung bei suchtkranken und -gefährdeten Klientinnen und Klienten zu empfehlen.

Selbstverständlich sind – sofern erforderlich – im Einzelfall auch weitere relevante soziale Dienste (z.B. Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung) hinzuzuziehen.

### 4. Qualifizierung der Agenturen für Arbeit/Jobcenter im Umgang mit substanzbezogenen Störungen

Aus Sicht der Praktiker der Grundsicherungsstellen stellt es sich ferner als notwendig dar, dass sie eine suchtspezifische Qua-

lizifizierung erhalten. Hier ist in der Vergangenheit auch schon Einiges getan worden.

Die Studie von Wagner/Henkel et al. 2009 erbrachte allerdings, dass hierzu auch weiterhin ein erheblicher Qualifizierungsbedarf besteht. Das Erkennen, die Motivierung der Betroffenen und das richtige Ansprechen der Suchtproblematik sind Aspekte zu denen besonderer Schulungsbedarf besteht (s. Abb. 15):

Politisch ist zu fordern, dass eine suchtspezifische Qualifizierung der mit suchtkranken Menschen befassten Fachkräfte in den Agenturen für Arbeit/Jobcentern durch Schulungen vor Ort auch sichergestellt ist. Zielsetzung ist, dass suchtkranke und suchtgefährdete Klientinnen und Klienten verlässlich erkannt, entsprechend angesprochen und nach Möglichkeit in eine Suchtberatung bzw. Entwöhnungsbehandlung vermittelt werden. Die in der Vermittlung und Beratung tätigen Fachkräfte der Agenturen für Arbeit und Jobcenter könnten hierbei auch im Rahmen von Supervision bzw. kollegialer Beratung durch Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und –behandlung unterstützt werden.

Entsprechende Qualifizierungsangebote der Suchteinrichtungen müssten natürlich auch entsprechend finanziert werden.

## 5. Förderung der Teilhabe im Bereich der medizinischen Rehabilitation: Entwicklungspotenziale

### 5.1 Leitungen für arbeitslose Patienten in der stationären Entwöhnungsbehandlung

Im Bereich der stationären Entwöhnungsbehandlung haben wir aufgrund der hohen Arbeitslosenquote der Patienten ein breit gefächertes Leistungsangebot, das sich z.B. in den Konzepten der Einrichtungen oder auch in den Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“ der Deutschen Rentenversicherung wiederfindet.

Wichtig ist aus Sicht des Fachverband Sucht e.V., dass nicht alle Patienten ein pauschales Standardprogramm „Arbeits-therapie“ absolvieren –wenngleich die Arbeitstherapie sicherlich ein wesentlicher Baustein der berufsbezogenen Leistungen ist. Aber es sollten darüber hinaus – unter Einsatz spezifischer Assessmentverfahren und diagnostischer Erhebungen und entsprechend den festgestellten individuellen Voraussetzungen – spezifische berufsbezogene Ziele und Maßnahmen mit dem Patienten vereinbart werden. Diese fließen in einen individuellen Teilhabe- bzw. Integrationsplan ein. Aufgabe des internen Casemanagements in der Rehabilitationseinrichtung ist es, unter Berücksichtigung der personellen Voraussetzungen die Er-

Abb. 15: Suchtspezifischer Schulungsbedarf aus Sicht der GSS (Wagner/Henkel et al. 2009)

<b>Stand der Schulungen</b>	
• GSS-Fachkräfte sind auch ohne suchtspezifische Schulung ausreichend geschult	10 %
• GSS-Fachkräfte wurden bereits ausreichend geschult	5 %
• GSS-Fachkräfte wurden bereits geschult, aber es besteht weiterer Schulungsbedarf	54 %
<b>Bereiche mit Schulungsbedarf</b>	
• Erkennen von Suchtproblemen ist besonders schwierig	91 %
• Motivierung des Kunden zur Kontaktaufnahme ist sehr wichtig	82,3 %
• Richtiges Ansprechen der Suchtproblematik ist sehr wichtig	79,4 %

Abb. 16: Berufsbezogene Leistungen in der Entwöhnungsbehandlung (Beispiele)

• Arbeitstherapie (in verschiedenen Tätigkeitsfeldern) inkl. Training von Basics (Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, etc.)
• Berufsbiografische Potenzialanalyse (Analyse berufsbezogener Kompetenzen und Problemen, arbeitsbezogene Diagnostik, berufsbezogenes Assessment)
• Bewerbungs-Coaching (Bewerbungstraining, Unterstützung im gesamten Bewerbungsprozess)
• EDV-Schulung (incl. Stellensuche per Internet)
• Externe Belastungserprobung in Betrieben (Erprobung arbeitsbezogener Fähigkeiten in Betrieben parallel zur Rehabilitation)
• Berufsbezogene Sozialbetreuung für Erwerbstätige und Arbeitslose (innerbetriebliche Umsetzung, stufenweise Wiedereingliederung, Praktikums-, Arbeitsplatzbesuch)
• Vermittlung in Adaption
• Kontakt zum RehaFallberater der DRV und zur Agentur für Arbeit/Jobcenter während der medizinischen Rehabilitation (Beratung bzw. Einleitung von weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben über spezifische berufliche Integrationsmaßnahmen etc.)

reichung der jeweiligen Zielsetzungen im Rehabilitationsprozess zu überprüfen und den Teilhabeplan entsprechend fortzuschreiben. Entsprechend den sozialen Ausgangsbedingungen (z.B. Dauer der Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit), den persönlichen Faktoren (z.B. Lebensalter, Qualifikation, komorbide Störungen) und den Kontextfaktoren (z.B. vorhandene Arbeitsplatzangebote, Arbeitslosenquote) verfügen Patienten über ein jeweils unterschiedliches Integrationspotential. Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung ist es – bei Vorhandensein entsprechender Ressourcen – eine wichtige übergeordnete Zielsetzung, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und das Integrationspotential von arbeitslosen Patienten so zu steigern, dass perspektivisch eine Integration in den Arbeitsmarkt im Anschluss an die Rehabilitationsleistung wieder möglich erscheint.

Lassen die personenbezogenen Vermittlungshemmnisse eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt als völlig unrealistisch erscheinen, ist vordringlich über Perspektiven der geförderten Beschäftigung oder gar eines sinnerfüllten Lebens jenseits der Erwerbsarbeit mit dem Patienten zu sprechen. Denn es macht keinen Sinn übergeordnete Ziele zu vereinbaren, an denen man persönlich aufgrund der persönlichen Voraussetzungen oder den Gegebenheiten der Arbeitswelt nur scheitern kann.

Nachfolgend sind wesentliche berufsbezogene Leistungen der Entwöhnungsbehandlung aufgeführt (s. Abb. 16).

Diese reichen vom Erlernen von allgemeinen Grundfertigkeiten für das Arbeitsleben wie Pünktlichkeit, Ausdauer, Zuverlässigkeit über das Training der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit bis hin zur Belastungserprobung unter tätigkeitsspezifischen Realbedingungen im Betrieb. Hierbei sei auch auf die besondere Rolle der Adaptionsbehandlung als Phase II der Entwöhnungsbehandlung – gerade bezogen auf suchtkranke Klientel mit Vermittlungshemmnissen – verwiesen.

Wichtig ist, dass bereits während der Entwöhnungsbehandlung nicht nur Kontakt zum RehaFallberater der Rentenversicherung – was in der Regel der Fall ist –, sondern auch zu den Jobcentern und Agenturen für Arbeit hergestellt wird.

### 5.2 Vernetzung mit den Agenturen für Arbeit/Jobcentern während der Rehabilitation

Aus den Katamnesen des Fachverbandes Sucht e.V. ist bekannt, dass gerade nach der stationären Entwöhnungsbehandlung eine sensible Phase liegt, in der auch gehäuft Rückfälle auftreten (s. Abb. 17).

Drei Monate nach Behandlungsende hatten sich 58,5 % der Rückfälle, 6 Monate

nach Behandlungsende 83,4 % aller Rückfälle ereignet. Von daher ist der nahtlose Anschluss entsprechender Brücken zur Förderung der beruflichen, sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe im direkten Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung von besonderer Bedeutung.

Deshalb sollten arbeitslose Suchtkranke bereits während einer medizinischen Rehabilitationsleistung im Hinblick auf ihre (Wieder)Eingliederung ins Erwerbsleben entsprechend beraten und unterstützt werden und zwar hinsichtlich

- der Aufnahme einer Beschäftigung
- der nahtlosen Einleitung von erforderlichen Qualifizierungsmaßnahmen und
- der Anwendung weiterer arbeitsmarktpolitischer Instrumente im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung.

Um die Nahtlosigkeit der Übergänge zwischen den Beratungs- und Vermittlungsangeboten der Agenturen für Arbeit, Jobcenter und den Einrichtungen der Suchtrehabilitation zu sichern, ist eine verlässliche Kooperation und Kommunikation zwischen den Beteiligten eine zentrale Voraussetzung. Eine gute Erreichbarkeit, insbesondere durch die Benennung persönlicher Ansprechpartner in den Agenturen für Arbeit und Jobcentern sowie in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ist deshalb erforder-

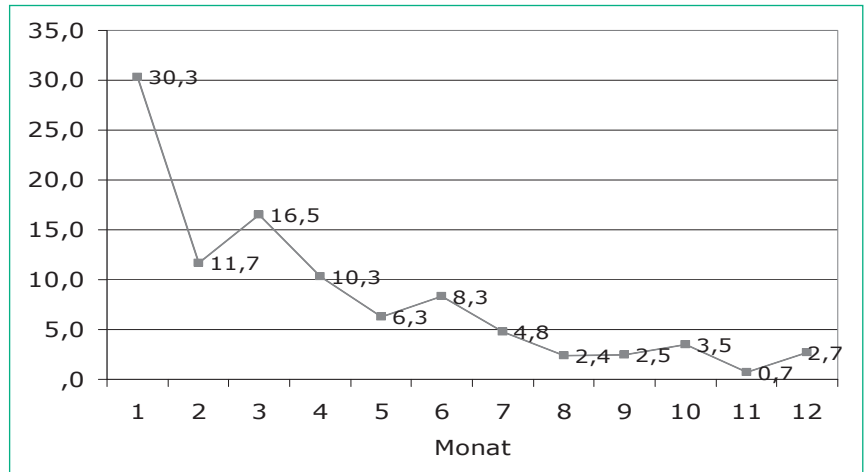


Abb. 17: Rückfälle nach stationärer Entwöhnung (Fachkliniken Alkohol/Medikamente, EJ 208, Missel et al. 2011)

lich. Wichtig ist, dass im Interesse der betroffenen Menschen die Schnittstellenarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen und Hilfesystemen optimiert wird und nicht auf die Zuständigkeit erst nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung verwiesen wird. Dies erfordert einen entsprechenden Ressourceneinsatz der zuständigen Träger, die Bedeutung der Nachhaltigkeit der Suchtbehandlung würde dadurch gestärkt werden.

### 5.3 Beispiele zur Optimierung der Schnittstellenarbeit

Für die Weiterentwicklung des Suchthilfesystems und der -behandlung ist eine Optimierung der Schnittstellenarbeit sicherlich eine der zentralen Herausforderungen.

Hierzu werden im Weiteren drei Beispiele erläutert:

#### Beispiel 1:

#### Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) war daran beteiligt, ein Modellprojekt der DRV Bund zu entwickeln (s. Kramer 2010), welches es ermöglicht, dass bereits während der stationären Entwöhnung ein umfangreiches integriertes berufliches Assessment – welches die Möglichkeiten einer Fachklinik übersteigt – in einem Berufsförderungswerk durchgeführt wird (s. Abb. 18)

Die Kosten gehen dabei zu Lasten der Rentenversicherung, das Assessment kann mittlerweile auf bis zu 12 Tage ausgedehnt werden. Dieses Beispiel steht für eine sinnvolle systemübergreifende Zusammenarbeit von beruflichen und medizinischen Rehabilitationsleistungen.

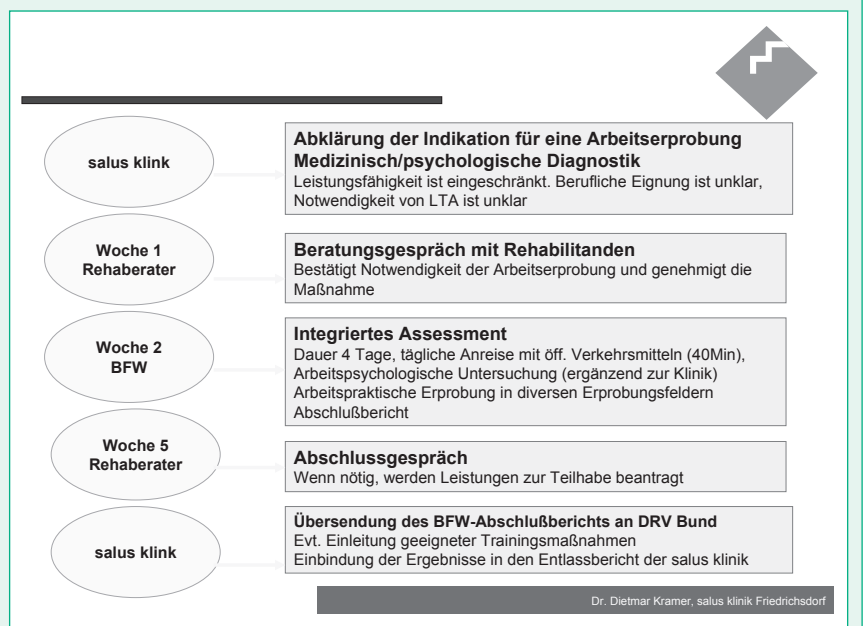


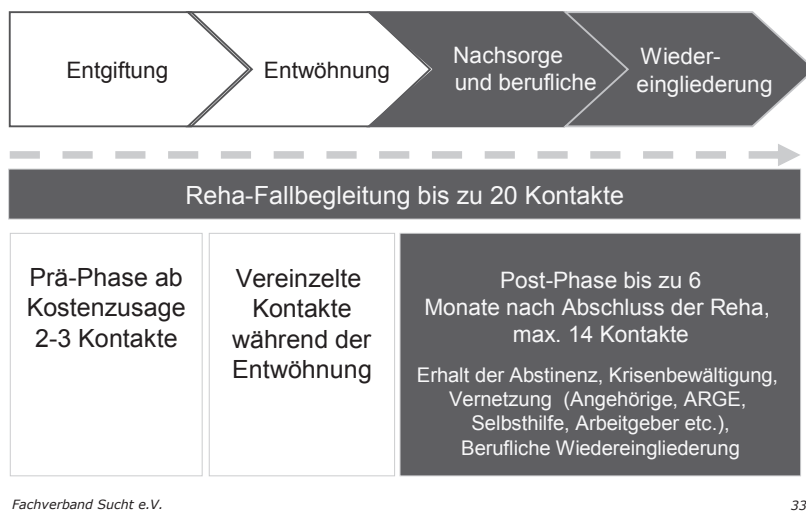
Abb. 18: Integriertes Assessment im BFW Ffm

**Beispiel 2:  
Reha-Fallmanagement zur Überwindung von Schnittstellen  
(Projekt der DRV Rheinland-Pfalz)**

Die DRV Rheinland-Pfalz hat ein Modellprojekt zur Reha-Fallbegleitung für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige mit arbeitsplatzbezogenen Problemen bzw. Arbeitslosigkeit durchgeführt, welche in der Vergangenheit bereits eine Entwöhnungsbehandlung absolviert oder nicht angetreten hatten und im Umkreis von 100 km der vorgesehenen Entwöhnungsklinik wohnten. Die Reha-Fallbegleiter waren in diesem Projekt an den 15 beteiligten Fachkliniken angesiedelt, vorgesehen waren bis zu 20 Kontakte, insbesondere in der Prä- und Postphase der Entwöhnungsbehandlung (s. Abb. 19, Kainz, B. et al., Folienvortrag 15.06.2011).

Hierzu einige Zwischenergebnisse:

- 2/3 der Zielgruppe entschied sich für die Teilnahme an der Fallbegleitung.
- Die Antrittsquote der Entwöhnungsbehandlung ist bei den Teilnehmern im Vergleich zu Nichtteilnehmern deutlich höher (90 % zu 59 %).
- Der reguläre Abschluss der Entwöhnungsbehandlung ist insbesondere im Drogenbereich deutlich erhöht.
- Im Vergleich zu den Nichtteilnehmerinnen zeigen sich positive Auswirkungen



Fachverband Sucht e.V.

33

Abb. 19: Modell Reha-Fallbegleitung (Projektdesign)

hinsichtlich des selbstständigen Wohnens im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung sowie hinsichtlich der (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben. Waren von den beteiligten 187 Patienten zu Rehabeginn lediglich 10,6 % erwerbstätig, so stieg dieser Anteil zum Ende der Reha-Fallbegleitung – also 6 Monate nach der stationären

Entwöhnung – auf 27,0 % an. Insbesondere ist dies auf einen Zuwachs von insgesamt 31 Personen zurückzuführen, die zu Beginn nicht erwerbstätig waren. Weitere 5 Personen hatten übrigens zusätzlich einen 1-Euro-Job am Ende der Reha-Fallbegleitung inne. Abzuwarten bleiben die Ergebnisse des Abschlussberichtes.

**Beispiel 3:  
Forschungsprojekt zur schnittstellenübergreifenden arbeitsbezogenen Fallbegleitung (DRV Mitteldeutschland, Bundesagentur für Arbeit)**

Ein weiteres Forschungsprojekt zur schnittstellenübergreifenden, arbeitsbezogenen Fallbegleitung der DRV Mitteldeutschland und der Bundesagentur für Arbeit mit vier Suchtkliniken ist unter wissenschaftlicher Begleitung der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg jüngst angelaufen.

Zielsetzungen des Projektes sind:

- Steigerung der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung durch Verbesserung der Erwerbsintegration und dauerhafter Abstinenzraten
- Berufsbezogene, individuelle, systematische, schnittstellenübergreifende und bereits in Reha beginnende Begleitung der Suchtrehabilitanden in der Nachsorgephase
- Beratende Begleitung der Betroffenen in einen „abstinenten Alltag“ und strukturierte Unterstützung bei der beruflichen Reintegration (in Kooperation der zuständigen Arbeitsverwaltung)
- Primäre Forschungsfrage: Inwieweit kann durch die Fallbegleitung die Wiedereingliederung in Arbeit signifikant verbessert werden?

Das Projekt basiert auf einem Vorläuferprojekt des Diakonie-Krankenhauses Harz. Die

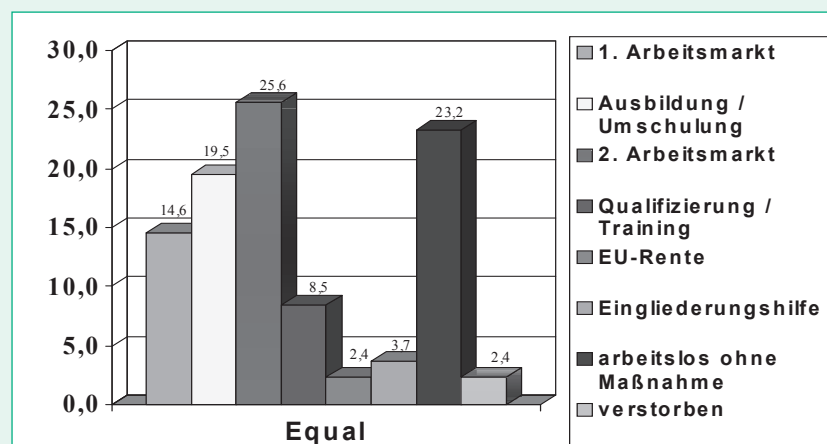


Abb. 20: Erwerbssituation der EQUAL-Teilnehmer Entlassjahrgang 2006 (Katamnese) (Stopp 2009) (4)

Ergebnisse des damaligen EQUAL-Projekts, welches von dieser Einrichtung durchgeführt wurde, sind ermutigend (s. Abb. 20):

Im „Vorläuferprojekt“ (Stopp 2009) wurde eine gesonderte Personalstelle eingerichtet, deren Aufgabe in der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben durch den Aufbau eines Netzwerkes (z.B. zur Arbeitsverwaltung und zu Betrieben), wie auch in der Weiterberatung der ehemaligen Patienten und Arbeitgeber bestand.

Das Projekt erbrachte nicht nur deutlich höhere Abstinenzwerte 1 Jahr nach Entlassung aus

der Fachklinik, sondern auch eine deutliche Verbesserung der Erwerbssituation, hier am Beispiel des Entlassjahrgangs 2006 verdeutlicht.

So verfügten 14,6 % der Antworter über einen Arbeitsplatz auf dem 1. Arbeitsmarkt, 19,5 % befanden sich in Ausbildung/Umschulung, 25,6 % waren im 2. Arbeitsmarkt tätig, 23,2 % arbeitslos ohne Maßnahme. Diese Ergebnisse können sich – gerade auch vor dem Hintergrund der vergleichsweise hohen Arbeitslosenquote in der Region – sehen lassen.



Insgesamt kann man feststellen, dass im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung eine deutliche Verbesserung hinsichtlich der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit erzielt wird (s. Abb. 21).

So ergab die aktuelle klinikenübergreifende Basisdokumentation 2010 des FVS für Patienten in Fachkliniken für Alkohol/Medikamente, dass von 4.983 Patienten, die zu Behandlungsbeginn arbeitsunfähig waren, am Ende 72,6 % wieder arbeitsfähig sind. Dies ist sicherlich ein positives Ergebnis der Behandlung. Betrachtet man jedoch die Erwerbstätigkeit, so zeigt die Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 nur eine leichte Erhöhung der beruflichen Reintegrationsquote von Patienten, die zu Therapiebeginn erwerbslos waren (vgl. Missel et. al. 2011). Ein Jahr nach Behandlungsende verringerte sich die Anzahl der Erwerbslosen um 6,9 %.

Von daher können entsprechende Ansätze der Fallsteuerung mit dem Ziel der Optimierung der Vernetzung gerade von besonderer Bedeutung für den Bereich der Entwöhnungsbehandlung mit einem hohen Anteil arbeitsloser Menschen sein (s.o.). Wichtig ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Vernetzung nicht einfach als zusätzliche Aufgabe der Entwöhnungseinrichtungen angesehen werden kann. Hierfür ist ein erheblicher zeitlicher Aufwand und damit auch das Vorhandensein entsprechender personeller Ressourcen erforderlich, welche natürlich auch in den Stellenplänen zu berücksichtigen sind.

Eine mögliche Weiterentwicklung könnte auch darin bestehen, dass zielgerichtet im Rahmen entsprechend zu entwickelnder Leistungsmodule auf spezifische Vermittlungskompetenzen beruflicher Rehabilitationseinrichtungen (z.B. Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke) im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung zurückgegriffen wird, um die Chancen der Arbeitsmarktintegration der betroffenen Personen zu verbessern. Auch sollte das leistungsträger- und schnittstellenübergreifende Instrument der Integrationsfachdienste für den Personenkreis suchtkranker Menschen mit besonderem Vermittlungs- und Unterstützungsbedarf Anwendung finden.

### 6. Berufliche (Re-)Integration benötigt passgenaue Arbeitsmarktinstrumente

Abschließend soll auf ein aktuelles politisches Thema, die „Reform der Arbeitsmarktinstrumente“, welche noch im April 2012 in Kraft treten soll, eingegangen werden. Zwar kann man dem Ziel der Bundesregierung, möglichst alle Menschen – die dazu in der Lage sind – in reguläre Arbeit zu bringen, sicherlich nur zustimmen. Und natürlich zeigte die Arbeitsmarktentwicklung im Jahr 2011 positive Signale, auch wird die demographische Entwicklung die Integra-

Abb. 21: Basisdokumentation FVS 2010: Fachkliniken A/M (Bachmeier et al. 2011)

	N	%
<b>Arbeitsunfähig zu Beginn – Gesamt</b>	<b>4.983</b>	<b>100,0</b>
Arbeitsfähig zum Entlasszeitpunkt	3.619	72,6
Arbeitsunfähig zum Entlasszeitpunkt	1.364	27,4

tion von Menschen in den regulären Arbeitsmarkt mittel- bis langfristig unterstützen.

Gleichwohl wird es aber auch weiterhin Menschen mit Vermittlungshemmnissen geben, die bildlich gesprochen nicht einfach über eine Qualifikations- und Vermittlungsbrücke vom Ufer der Arbeitslosigkeit direkt in den 1. Arbeitsmarkt schreiten. Manche brauchen Zwischenstationen, mehrere Brücken oder sind längerfristig auf geförderte Beschäftigung angewiesen. Auch aus Sicht der Grundsicherungsstellen ist – so das Ergebnis der Studie von Wagner/Henkel et. al. (2009) – ein breites und kurzfristig verfügbares Angebot arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen von zentraler Bedeutung. Deren differenzierte Wirksamkeit wurde im Übrigen vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) – Forschungsinstitut der Bundesagentur für Arbeit – evaluiert (s. Abb. 22):

Als besonders wirksam für unterschiedliche Zielgruppen erwiesen sich betriebliche Trainingsmaßnahmen, Eingliederungszu-

schüsse und Gründungsförderung, Verbesserungen erbrachten aber auch Vermittlungsgutscheine und Arbeitsgelegenheiten. Untersucht wurde vom IAB auch, was die häufigsten vereinbarten Angebote bzw. Forderungen in den Eingliederungsvereinbarungen sind (IAB 18/2011). Hierzu gehören (s. Abb. 23) neben der Verpflichtung zu Bewerbungen und zur Teilnahme an Fördermaßnahmen auch Arbeitsgelegenheiten nach § 16 d SGB II.

Nun sollen, so sieht es das „Gesetz zur Leistungssteigerung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente“ vor, bis zum Jahr 2015 ca. 7,5 Mrd. € in der aktiven Arbeitsmarktpolitik eingespart werden. Ein Großteil der Einsparsumme soll hierbei durch Kürzungen beim Zuschuss für Existenzgründer zustande kommen. Wesentliche Kürzungen sind zudem bei weiteren Instrumenten zu erwarten, welche bislang dazu eingesetzt wurden, die Eingliederungschancen von Menschen mit Vermittlungshemmnissen am Arbeitsmarkt zu verbessern. Betroffen sind hiervon sowohl Leistungen der aktiven Arbeitsmarktförderung (SGB III) als auch Eingliederungsleistungen in der Grundsicherung für Arbeitssuchende

Abb. 22: Die Arbeitsmarktinstrumente und ihre Wirkung im Überblick

Instrument	Wirkung*	Nebenwirkung/ Einschränkung	Evaluiert im	
			SGB II	SGB III
<b>Maßnahmen zur Verbesserung der Eingliederungschancen</b>				
Vermittlung durch Dritte	0		✓	✓
Vermittlungsgutschein	+	Mitnahme		✓
Nicht-betriebliche Trainingsmaßnahmen	+		✓	✓
Betriebliche Trainingsmaßnahmen	++	Mitnahme	✓	✓
Berufliche Weiterbildung	+	zeitverzögerte Wirkung	✓	✓
<b>Maßnahmen zur Beschäftigungsförderung</b>				
Eingliederungszuschuss	++	Mitnahme/Substitution	✓	✓
Gründungsförderung	++	Mitnahme/Substitution	✓	✓
<b>Beschäftigung schaffende Maßnahmen</b>				
Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen	0	Substitution/Verdrängung	✓	✓
Arbeitsgelegenheiten	+	Substitution/Verdrängung	✓	
Beschäftigungszuschuss	-	Substitution/Verdrängung	✓	

\* Beschäftigungswirkung: keine (0), leicht (+), spürbar (++), negativ (-).  
Quelle: IAB-Kurzbericht 11/2011 © IAB

Abb. 23: Eingliederungsvereinbarung in der Praxis: Häufigste Angebote bzw. Forderungen im Bereich SGB II (IAB-Kurzbericht 18/2011)

<b>Eingliederungsvereinbarung in der Praxis: Häufigste Angebote bzw. Forderungen im Bereich SGB II (IAB-Kurzbericht 18/2011)</b>
• Verpflichtung zu Bewerbungen (ca. 75 %)
• Teilnahme an einer Fördermaßnahme (ca. 50 %)
• Arbeitsgelegenheit nach § 16 d SGB II (Ein-Euro-Job)

(SGB II). Zwar ist es politische Zielsetzung, dass die Arbeitsvermittler und Fallmanager vor Ort mehr Flexibilität und Entscheidungsspielräume für eine passgenaue Förderung erhalten, und Arbeitslose durch eine wirksame und zielgenaue Förderung schneller wieder in Beschäftigung kommen. Doch ist zu erwarten, dass es in der Realität aufgrund der erheblichen Budgetkürzungen und der daraus resultierenden Reduktion einzelner Leistungen zu einer deutlichen Verschärfung der Probleme insbesondere für die Gruppe von Personen mit multiplen Vermittlungshemmnissen kommen wird.

Um nur ein Beispiel zu nennen:

So sollen die bereits genannten „Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung“, die sog. Ein-Euro-Jobs, welche für die am Arbeitsmarkt benachteiligten Arbeitslosen – zu denen auch Menschen mit psychischen Problemen oder ehemals suchtkranke Menschen sowie substituierte Personen gehören – von besonderer Bedeutung sind, konsequent nachrangig ausgestellt werden. Im Jahr 2010 erhielten insgesamt 300.000 Hartz-IV-Empfänger entsprechende Leistungen, die Kosten lagen hierfür bei ca. 1 Mrd. €. Ziel dieses Instrumentes ist es, die Beschäftigungsfähigkeit zu erhöhen und Personen mit Vermittlungshemmnissen an den Arbeitsmarkt heranzuführen. Gerade für Menschen, die angesichts der Anforderungen des Arbeitsmarktes und ihres persönlichen Profils kaum Chancen auf dem regulären Arbeitsmarkt haben, ist dieses Instrument von besonderer Bedeutung.

Die unterschiedlichen Zielsetzungen von Arbeitsprojekten für Suchtkranke (Klemm-Vetterlein, 2011) sind:

- „Von der Straße holen“ – Anbindung
- „Tagesstruktur schaffen“ – Stabilisierung
- „Beschäftigung“ – Beschäftigung/Motivationsaufbau
- „Auf den Arbeitsmarkt vorbereiten“ – steigende Zeit-, Lern- und Arbeitsanforderungen
- „Bei Stabilisierung qualifizieren“ – Qualifikationsmodule mit Ziel Berufsabschluss

Impliziter Bestandteil entsprechender Maßnahmen ist es, dass eine zielgenaue und qualifizierte professionelle psychosoziale Unterstützung durch die jeweiligen Maßnahmeträger sichergestellt wird. Insbesondere für nachweislich betreuungsintensive Fälle ist eine qualifizierte sozialpädagogische bzw. psychosoziale Betreuung für diese Personen-gruppe dringend erforderlich.

Es ist nicht auszuschließen, dass viele Projekte zur Qualifizierung und Beschäftigung von Menschen mit Sucht- oder psychischen Problemen, sofern sie nicht über andere Geldquellen (z.B. Europäischer Sozialfonds) verfügen, zukünftig existentiell gefährdet sein werden. Gerade Personen mit mehreren Vermittlungshemmnissen – und hierzu gehören längerfristig arbeitslose Personen mit einer Suchtproblematik bzw. in Substi-

tution befindliche Personen – benötigen aber häufig eine nachhaltige Förderung der beruflichen Integration und eine längerfristige und verlässliche Unterstützung.

Zu begrüßen ist zwar, dass die sogenannten freien Eingliederungsleistungen weiterentwickelt werden sollen und die Jobcenter mehr Gestaltungsspielraum erhalten sollen, um eigene Förderinstrumente für die Eingliederung von Langzeitarbeitslosen zu entwickeln. Da es sich um Ermessensleistungen handelt, ist angesichts der deutlich reduzierten Budgets allerdings sicherlich nicht damit zu rechnen, dass es zu einer Zunahme entsprechender Leistungen kommen wird.

Angesichts der Budgetkürzungen ist zu fordern, dass ein angemessener Anteil des Eingliederungstitels der Jobcenter für den Personenkreis der Menschen mit multiplen Vermittlungshemmnissen reserviert bleibt. Vor dem skizzierten Hintergrund ist es umso wichtiger, dass die Politik dafür Sorge trägt, dass für diese Menschen auch weiterhin adäquate Arbeitsmarktinstrumente vorgehalten und finanziert werden.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt übrigens auch das IAB, die Forschungseinrichtung der Bundesagentur für Arbeit, welche abschließend zitiert wird. „Jede Streichung (ergänzt: eines Arbeitsmarkt-Instruments) sollte aber sorgfältig abgewogen werden: Die Wirkungsforschung im SGB II wie im SGB III zeigt, dass die meisten Instrumente wirksam sind – aber stets nur bezogen auf spezifische Förderbedarfe. Ein ideales Instrument für alle gibt es nicht.“ (IAB-Kurzbericht 11/2011, S. 8)

#### Literatur:

- Bachmeier, R., et al.: Teilband I Basisdokumentation 2010 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit im Fachverband Sucht e.V.: Basisdokumentation 2010 – Ausgewählte Daten zur Entwicklungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Bonn 2011, S. 5 – 22
- Bachmeier, R., et al.: Teilband I Basisdokumentation 2009 – Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit im Fachverband Sucht e.V.: Basisdokumentation 2009 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V., Bonn 2010, S. 5 – 19
- Bohrke-Petrovic, S.: Das „Fachkonzept-Fallmanagement“ der Bundesagentur für Arbeit, Folienvortrag Hannover am 02.12.2004
- Bösinger-Schmidt, M.: Integrationsprozesse im SGB II am Beispiel von Menschen mit Suchterkrankungen, Folienvortrag im Rahmen des 24. Heidelberger Kongresses des Fachverbandes Sucht e.V. am 7. Juni 2011, s. www.sucht.de – Veranstaltungen – Kongresse/Tagungen – 24. Kongress des FVS – Foren – Forum 6
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg): Fachkonzept „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im § SGB II, III Nürnberg 2004
- Bundesagentur für Arbeit: Das arbeitnehmerorientierte Integrationsmodell der Bundesagentur für Arbeit (§ SGB II und SGB III) – Leitkonzept Arbeitsvermittlung und Vermittlung

von schwerbehinderten Menschen (Nicht-Reha), Version 6.0

Frietsch, R. (2011): Schnittstellenmanagement zwischen Suchtkrankheit und Arbeitsmarktintegration, 12.10.2011, Wilhelmsheim

Grobe, G., Th., Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Robert-Koch-Institut (Hrsg.), Berlin 2003

Henkel, D., Zemlin, U. (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht – Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis, Frankfurt a.M., 2008

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB): IAB-Kurzbericht 11/2011, Kurz vor der Reform „Arbeitsmarktinstrumente auf dem Prüfstand“, Nürnberg 2011

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB): IAB-Kurzbericht 18/2011, Eingliederungsvereinbarung in der Praxis – Reformziele noch nicht erreicht, Nürnberg 2011

Kainz, B. et al.: Wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens „Reha-Fallbegleitung bei Alkohol- Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen“ im Rahmen des 23. Heidelberger Kongresses des Fachverbandes Sucht e.V. am 15. Juni 2010, s. www.sucht.de – Veranstaltungen – Kongresse/Tagungen – 23. Kongress des FVS – Foren – Forum 1

Klemm-Vetterlein, S. Folienvortrag „Arbeit statt Drogen – Projekte im Spannungsfeld der Gesetzgebung, wissenschaftlicher Anspruch und der Umsetzung vor Ort“ anlässlich des 24. Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. am 19.06.2011 (s. www.sucht.de – Veranstaltungen)

Kramer, D.: Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen – Ein Pilotprojekt. SuchtAktuell 2/2010, S. 34 – 37

Missel, P.; Schneider, B. et al.: Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS Katamnese des Entlassjahrgang 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, in SuchtAktuell 1/2011, S. 15 – 26

Schütz, H., Kupka, P., Koch, S., Kaltenborn, B.: Eingliederungsvereinbarungen in der Praxis, IAB – Kurzbericht, 18/2011, Nürnberg 2011

Stopp, J.: Spezifisches Therapie-Management zur beruflichen Integration Suchtkranker während und nach der medizinischen Rehabilitation – Evaluation eines Projektes des Diakoniekrankenhauses Harz in Elbingerode, SuchtAktuell 2/2009, S. 62 – 67

Wagner, A., Henke, J., Nägele, B., Pagels, N., Henkel, D.: Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker im Erwerbsleben im Rahmen des § SGB II – eine bundesweite Erhebung der § SGB II – Träger – Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2009

Weber, A., Hörmann, G., Heipertz, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 104, Heft 43, 26. Oktober 2007, A 2957 – 2962

#### Autor:

Dr. Volker Weissinger  
Geschäftsführer  
Fachverband Sucht e.V.  
Walramstraße 3, 53175 Bonn  
Tel. 02 28/26 15 55, sucht@sucht.de