

Fachverband Sucht e.V.:

Vorschläge zur Umsetzung des SGB II im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe, -behandlung

1. Zuständigkeit von Jobcentern/ARGEN

Es ist zu regeln, welches Jobcenter bzw. welche ARGE zuständig ist (Herkunfts- bzw. tatsächlicher Aufenthaltsort). Es ist eine Vorleistungspflicht einzuführen.

2. Zuständigkeit SGB II oder SGB XII

Es ist eine Änderung der Regelung des § 7 Abs. 4 SGB II anzustreben. Dieser besagt, dass

- bei einem Aufenthalt über 6 Monate in einer stationären Einrichtung das Sozialamt (SGB XII, Bezug Sozialhilfe) zuständig ist
- bei einem Aufenthalt von unter 6 Monaten die Zuständigkeit beim Jobcenter (SGB II, Bezug von ALG II) liegt.

Vorausgegangene Haft- und Aufenthaltsdauer in einer Entwöhnungsklinik sollten ebenso wenig zusammengerechnet werden wie Entwöhnung und Adaptionphase. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnung, Adaption) sind zeitlich begrenzt und haben gerade die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zur Zielsetzung. Mit einem Trägerwechsel verbunden ist, dass es zu erheblichen finanziellen Einbußen für die betroffenen Menschen kommt (von ALG II zu Taschengeld). Folge davon ist, dass beispielsweise eine erforderliche Adaptionleistung in geringerem Maße in Anspruch genommen wird.

3. Leistungen zur Erstausrüstung § 23,3 SGB II

Erforderlich ist, dass für den entsprechenden Personenkreis Pauschalbeträge und Sachleistungen im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme für die Erstausrüstung in entsprechender Höhe erbracht werden, und dadurch eine angemessene Ausstattung der Wohnung ermöglicht wird. Hier sind beispielsweise auch entsprechende Renovierungskosten zu berücksichtigen, da der betroffene Personenkreis häufig nach langer Suchtkarriere über keinerlei finanzielle und sonstige Ressourcen verfügt.

4. Leistungen zur Eingliederung nach § 16,2 SGB II

Vorschlag zur Änderung „Über die in Absatz 1 genannten Leistungen hinaus werden weitere Leistungen erbracht, die für die Eingliederung des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in das Erwerbsleben erforderlich sind.“ Hierzu gehören u. a. die Betreuung minderjähriger Kinder, Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung, Suchtberatung, Einstiegsgeld.

Eine verbindliche Zusammenarbeit der Jobcenter und der Agenturen für Arbeit mit vorhandenen ambulanten und stationären Beratungs- und Behandlungsstellen vor Ort sollte zielgruppenspezifisch erfolgen. Wichtig ist, dass in den Agenturen für Arbeit und den Jobcentern Fallmanager mit spezifischen Kompetenzen und Aufgaben vorhanden sind, um auf die besonderen Belange von spezifischen Zielgruppen einzugehen. Bei Menschen mit suchtspezifischen Vermittlungshemmnissen bietet sich auch das Modell an, bei entsprechenden Betreuungskunden das Fallmanagement auszulagern und eine Finanzierung dieser Leistung aus dem Eingliederungsbudget sicherzustellen. Der externe Fallmanager übernimmt Aufgaben der Diagnose sowie der Entwicklung von Förder- und Integrationsmaßnahmen. Die Gesamt(Letzt-)verantwortung liegt beim Jobcenter bzw. der Agentur für Arbeit. Auch sollte je nach Schwierigkeit des Klientels die Möglichkeit bestehen, höhere oder niedrigere Betreuungsschlüssel als die vorgegeben (1:75 bei Personen unter 25 Jahre, 1:140 bei Personen über 25 Jahre) zu realisieren.

Zieldimensionen des Fallmanagements können beispielsweise sein:

- die erfolgreiche Integration in Arbeit oder in eine tragfähige Selbständigkeit, Controlling über Integrationsquote;
- die Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit (Annäherung an die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes), Controlling über Aktivierungsquote (A) analog SGB III;
- die Aktivierung zur Wiedererlangung potentieller Beschäftigungsfähigkeit insbesondere durch sozialintegrative Maßnahmen (Entschuldung, psychosoziale Stabilisierung, Suchtbewältigung), Controlling über Stabilisierungsquote (S).

Der Fallmanager sollte in Kooperation mit Dritten (in diesem Falle Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe und -behandlung) idealtypische Angebotsketten entwickeln, die Grundlage für die Erstellung eines Förder-Hilfepfandes sind. Auf dieser Grundlage werden Eingliederungsvereinbarungen vom Jobcenter mit den entsprechenden Kunden geschlossen und Rückmeldesysteme entwickelt.

5. § 16,3 SGB II – Schaffung von Arbeitsgelegenheiten

Wichtig ist es, zielgruppenspezifische Arbeitsgelegenheiten zu konzipieren. Die Maßnahmedauer sollte – entsprechend am Bedarf des jeweiligen Klientels ausgerichtet sein – und in der Regel 12 Monate nicht unterschreiten. Dies gilt auch für gemeinnützige Arbeitsgelegenheiten, die derzeit auf 6 bis 9 Monate (à 25 bis 30 Stunden mit Mehraufwandsentschädigung von 1 € bis 1,50 €) angelegt sind. Auch sollten ABM-Stellen nicht durch gemeinnützige Arbeitsgelegenheiten verdrängt werden.

Leistungen zur Eingliederung nach § 16 SGB II können je nach dem vorhandenen zielgruppenspezifischen Bedarf somit von modularen Bausteinen (z.B. Schuldenberatung, Suchtberatung etc.) bis hin zu Komplexleistungen (Arbeitsgelegenheit mit betreutem Wohnen, inklusive psychosozialer Betreuung) reichen. Im Eingliederungsplan ist vom Fallverantwortlichen mit dem Kunden abzustimmen, welche Leistungen zur Eingliederung im Einzelfall erforderlich und zielführend sind.

6. Zusammenarbeit der Agenturen für Arbeit, ARGEN und Jobcenter mit Einrichtungen der Entwöhnungsbehandlung

In den Jobcentern, ARGEN und Agenturen für Arbeit müssen klare Zuständigkeiten für die Förderung und Beratung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bestehen.

Erforderlich ist ferner eine regelmäßige Präsenz der Arbeitsvermittler bzw. Rehabilitierer (Fallmanager) der Leistungsträger.

ger in den stationären Rehabilitations-einrichtungen bzw. eine qualifizierte Beratung durch die Agenturen für Arbeit, Arbeitsgemeinschaften und Jobcenter am Wohnort bereits während der Entwöhnungsbehandlung (siehe Handlungsempfehlung Geschäftsanweisung der BA vom 20.11.2004). Bereits während der medizinischen Rehabilitationsleistung sollten die beruflichen Reintegrationsmöglichkeiten sowie der Qualifizierungsbedarf und entsprechende -möglichkeiten beurteilt werden. Nahtlos an die Entwöhnungsbehandlung sollten sich Qualifizierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung anschließen, d.h. diese sollten bereits während der Entwöhnungsbehandlung bewilligt werden.

Bereits während der medizinischen Rehabilitationsleistung sollten auch für das Klientel Perspektiven entwickelt werden, bei dem eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben (erster Arbeitsmarkt) hochgradig gefährdet bzw. nicht möglich erscheint. Dies schließt die Schaffung von Arbeitsgelegenheiten, das Vorhalten von Arbeitsplätzen in Integrationsfirmen, Beschäftigungsinitiativen, geschützte Tätigkeiten oder das Heranführen an den zweiten Arbeitsmarkt ein.

7. Einsatz privater Arbeitsvermittler

Bereits während der stationären Entwöhnungsbehandlung sollte im Einzelfall der Einsatz privater Arbeitsvermittler ermöglicht werden.

Abschließende Bemerkungen:

Es darf nicht dazu kommen, dass entsprechende Fördermittel der Bundesagentur für Arbeit bzw. der Kommunen auf Marktkunden ohne Vermittlungshemmnis konzentriert werden. Vielmehr sind auch gezielte Strategien für die berufliche (Re-)Integration von Beratungs- und Betreuungskunden notwendig. Auch ist ein Einzelfall zu prüfen, ob aufgrund einer Abhängigkeitserkrankung (noch) ein reales Vermittlungshemmnis besteht. Auch unter abhängigkeitserkrankten Menschen gibt es unterschiedliche Zielgruppen, z. B. derzeitig Abhängige, in Substitution Befindliche, Abstinente nach erfolgreich abgeschlossener medizinischer Rehabilitation mit unterschiedlichen Vermittlungschancen.

Schnittstellen müssen überwunden und Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) mit

nachfolgenden Leistungen zur beruflichen (Re-)Integration nahtlos ineinander greifen. Hierzu ist es wichtig, dass in den Jobcentern und Agenturen für Arbeit Ansprechpartner vorhanden sind und zielgruppenspezifische Kenntnisse vorliegen.

Vom IAB wurde im Jahr 2004 (IAB Kurzbericht Nr. 11, 23.09.2004) geschätzt, dass das Aktivierungspotential in der Sozialhilfe 1,03 Mio und in der Arbeitslosenhilfe 2,4 Mio beträgt. Somit würde sich ein Aktivierungspotential von 3,44 Mio ergeben, das bei der Arbeitssuche und Arbeitsmarktintegration im Rahmen des SGB II zu unterstützen ist. Schätzungen gehen davon aus, dass circa 10% davon Suchtprobleme aufweisen.

Derzeit nimmt allerdings nur ein äußerst geringer Teil über Eingliederungsvereinbarungen entsprechende Leistungen der Suchtkrankenhilfe in Anspruch. So gibt beispielsweise die Hessische Landesstelle für Suchtfragen an, dass im ersten Halbjahr 2005 nur 10 Personen in diesem Bundesland Suchtberatungsstellen im Rahmen einer Eingliederungsvereinbarung mit den Jobcenter in Anspruch nahmen. Hier zeigt sich ein erheblicher Bedarf, um den Anspruch des „Förderns und Förderns“ für Menschen mit substanzbezogenen Problemen zu realisieren.