

Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II: Abschlussbericht

Henke, Jutta; Henkel, Dieter; Nägele, Barbara; Pagels, Nils

Veröffentlichungsversion / Published Version

Abschlussbericht / final report

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Henke, J., Henkel, D., Nägele, . B., & Pagels, N. (2009). *Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II: Abschlussbericht*. Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-310857>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>



Prof. Dr. Dieter Henkel



Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.

**Erhebung von Ansätzen guter Praxis
zur Integration Suchtkranker
ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II**

Abschlussbericht

FIA Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt GmbH

Prof. Dr. Dieter Henkel

Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e. V.

August 2009

Herausgegeben von:

FIA Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt

Jägerstr. 56

10117 Berlin

Autor/inn/en:

Jutta Henke, Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.

Dieter Henkel, Institut für Suchtforschung, Fachhochschule Frankfurt a.M.

Barbara Nägele, Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.

Nils Pagels, Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.

Alexandra Wagner, FIA Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt

**Erhebung von Ansätzen guter Praxis
zur Integration Suchtkranker
ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II**

Abschlussbericht

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
1 Einleitung	3
2 Methodische Umsetzung des Untersuchungsauftrags	5
2.1 Ziele und Fragestellung der Untersuchung – Identifikation guter Praxis als Herausforderung	5
2.2 Methodischer Zugang und Durchführung der Befragung.....	7
2.2.1 Befragung der Grundsicherungsstellen	7
2.2.2 Hoher Rücklauf – intensive Bearbeitung.....	9
2.2.3 Befragung der Suchtberatungsstellen.....	10
2.3 Auswertungskonzept.....	11
2.3.1 Statistische Aufbereitung	11
2.3.2 Text- und Dokumentenanalyse	12
2.3.3 Interpretation.....	12
2.3.4 Expert/inn/enworkshop	13
3 Rahmenbedingungen für die Betreuung ALG II-Beziehender mit Suchtproblemen	14
3.1 Organisationelle Rahmenbedingungen bei den Grundsicherungsstellen	15
3.1.1 Organisation des Fallmanagements und Betreuungsrelation	15
3.1.2 Spezifische Zuständigkeiten für suchtkranke Leistungsbeziehende.....	16
3.1.3 Suchtbezogene Qualifizierung der Fachkräfte.....	18
3.1.4 Regelungen, Vorgaben und Arbeitshilfen für die Betreuung suchtkranker Hilfebedürftiger	23
3.1.5 Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung	27
3.1.6 Vernetzung und Kooperation mit dem System der Suchthilfe	31
3.1.6.1 Vernetzung mit dem örtlichen Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe.....	31
3.1.6.2 Kooperation mit der Suchthilfe	34
3.1.6.3 Information und Schweigepflicht	38
3.2 Angaben zu den befragten Suchtberatungsstellen	39
3.2.1 Angebotspalette der Suchtberatungsstellen	39
3.2.2 Finanzierung der Suchtberatung.....	41

3.3	Zur Diskussion der empirischen Ergebnisse.....	42
3.3.1	Organisation des Fallmanagements und Betreuungsrelation	42
3.3.2	Spezifische Zuständigkeiten für Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen.....	44
3.3.3	Suchtbezogene Qualifizierung der Fachkräfte in den Grundsicherungsstellen	45
3.3.4	Regelungen, Vorgaben und Arbeitshilfen	47
3.3.5	Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung	48
3.3.6	Vernetzung der Grundsicherungsstellen mit dem System der Suchthilfe	49
3.3.7	Information und Schweigepflicht	51
4	Suchtkranke Menschen im SGB II: Fallzahlen und Problemlagen	54
4.1	Suchterkrankung als Gegenstand der Fallbearbeitung.....	54
4.2	Quantitative Angaben zur Vermittlung Suchtkranker in die Suchtberatung	54
4.2.1	Aus Sicht der Grundsicherungsstellen.....	54
4.2.2	Aus Sicht der Suchtberatungsstellen	57
4.3	Problemlagen suchtkranker Kund/inn/en der Grundsicherungsstellen	59
4.4	SGB II-Kund/inn/en aus Sicht der Suchtberatungsstellen	61
4.5	Diskussion der empirischen Ergebnisse	62
4.5.1	Fallzahlen bei den Grundsicherungsstellen und den Suchtberatungsstellen	62
4.5.2	Problemlagen und Besonderheiten suchtkranker Menschen im SGB II	64
5	Fallbearbeitung bei erwerbsfähigen Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen	66
5.1	Ergebnisse der Befragung der Grundsicherungsstellen	66
5.1.1	Profiling und Erkennen von Suchtproblemen.....	66
5.1.2	Indikationen für eine Suchtberatung nach § 16a SGB II	68
5.1.3	Prüfung der Erwerbsfähigkeit.....	70
5.1.4	Sucht als Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung.....	73
5.1.5	Umgang mit Sanktionen.....	78
5.1.6	Umgang mit Verschuldung und unwirtschaftlichem Verhalten.....	82
5.2	Diskussion der empirischen Ergebnisse	83
5.2.1	Erkennen von Suchtproblemen.....	83
5.2.2	Indikationen für eine Suchtberatung nach § 16a SGB II.....	85

5.2.3	Prüfung der Erwerbsfähigkeit.....	87
5.2.4	Sucht als Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung.....	88
5.2.5	Umgang mit Sanktionen.....	90
5.2.6	Umgang mit Verschuldung, unwirtschaftlichem Verhalten.....	92
6	Die Schnittstelle zur Suchtberatung nach § 16a SGB II	93
6.1	Übergang in Suchtberatung	93
6.2	Informationsfluss zwischen Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen.....	95
6.2.1	Befragung der Grundsicherungsstellen	95
6.2.2	Befragung der Suchtberatungsstellen.....	96
6.3	Fallbearbeitung, Fallsteuerung	99
6.3.1	Befragung der Grundsicherungsstellen	99
6.3.2	Befragung der Suchtberatungsstellen.....	100
6.4	Diskussion der empirischen Ergebnisse	101
6.4.1	Übergang in Suchtberatung	101
6.4.2	Informationsfluss.....	102
6.4.3	Fallbearbeitung – Fallsteuerung	105
7	Das SGB II und die Suchtrehabilitation	108
7.1	Informationsaustausch zwischen SGB II-Stelle und Einrichtungen der Suchtrehabilitation	108
7.2	Umgang mit § 7 (4) SGB II.....	111
7.3	Diskussion der empirischen Ergebnisse	113
7.3.1	Informationsaustausch zwischen SGB II-Stelle und Einrichtungen der Suchtrehabilitation	114
7.3.2	Umgang mit § 7 (4) SGB II.....	115
8	Integration in Arbeit und Förderung durch arbeitsmarktpolitische Maßnahmen	116
8.1	Vermittlung in reguläre Beschäftigung	117
8.2	Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen	118
8.2.1	Maßnahmen in Kooperation mit anderen Sozialleistungsträgern	122
8.3	Nachbetreuung im Fall des Eintritts in Beschäftigung oder in Maßnahmen	123
8.4	Diskussion der empirischen Ergebnisse	124
8.4.1	Vermittlung in reguläre Beschäftigung.....	125
8.4.2	Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen	127

8.4.3	Nachbetreuung im Fall des Eintritts in Beschäftigung oder in Maßnahmen	129
9	Gute Praxis aus Sicht der Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen: Erfolgskriterien und Qualitätsstandards	131
9.1	Die Sicht der Grundsicherungsstellen.....	131
9.1.1	Stärken und Defizite in der Arbeit mit Suchtkranken	131
9.1.2	Erfolgsfaktoren und Erfolgskriterien	138
9.2	Die Sicht der Suchtberatungsstellen	141
9.2.1	Bedingungen gelingender Suchtberatung im Kontext des SGB II	141
9.2.2	Kooperation zur Grundsicherungsstelle aus Sicht der Suchtberatungsstelle	144
9.2.3	Die Praxis der Grundsicherungsstellen aus Sicht der Suchtberatung	147
10	Fazit.....	151
10.1	Kriterien guter Praxis: Erfolgskriterien und Erfolgsfaktoren	152
10.1.1	Konsensfähige Kriterien guter Praxis in der Fachdiskussion	152
10.1.2	Erfolgsfaktoren und -kriterien bei der Betreuung Hilfebeziehender mit Suchtproblemen aus Sicht der Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen	153
10.2	Die Befunde der Befragungen: Wie gut ist die aktuelle Praxis?	154
10.2.1	Ungünstige Rahmenbedingungen durch hohe Betreuungsrelation	154
10.2.2	Überwiegend ausreichende Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung – Lücken bei ortsnahen und spezifischen Angeboten	154
10.2.3	Fachkräfte noch ungenügend suchtspezifisch geschult	155
10.2.4	Entwicklung von Konzepten und Arbeitshilfen – tendenziell noch nicht verbreitet	155
10.2.5	Suchtspezifische Zuständigkeiten – bislang nur in der Hälfte der Grundsicherungsstellen	156
10.2.6	Vielfältige Formen der Vernetzung mit dem System der Suchthilfe – überwiegend ohne vertragliche Fixierung	156
10.2.7	Erkennen von Suchtproblemen noch defizitär	156
10.2.8	Einschaltung der Suchtberatung – unterschiedliche Indikationen	157
10.2.9	Motivierende Beratung und (Sanktions-)Druck – sehr unterschiedliches Vorgehen	157
10.2.10	Informationsaustausch zwischen Grundsicherungs- und Suchtberatungsstelle; Umgang mit Datenübermittlung und Schweigepflichtsentbindung – nicht immer rechtskonform	158

10.2.11 Kooperation zwischen SGB II und Suchtberatung bei der Fallbearbeitung nur bei einer Minderheit der Grundsicherungsstellen gegeben	158
10.2.12 Schnittstellengestaltung zur medizinischen Rehabilitation noch defizitär	159
10.2.13 Arbeitsmarktintegration bislang unbefriedigend, Fördermöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft	159
10.3 Ausblick und weitere Forschungsfragen	160
10.3.1 Qualitative Untersuchungen zur Beschreibung konkreter Praxis	160
10.3.2 Wirkungen analysieren	161
10.3.3 Die Perspektive von Betroffenen einbeziehen	161
10.3.4 Offene Fragen für die weitere Diskussion	161
10.3.4.1 Erwerbsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit.....	161
10.3.4.2 Suchtkrankheit als Vermittlungshemmnis	161
10.3.4.3 Suchtberatung für unterschiedliche Kund/inn/en-Gruppen	162
10.3.4.4 Bedarfserhebung und suchtspezifische Statistiken.....	162
10.3.4.5 Tagesstruktur, Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsmarktintegration	162
11 Literatur	164
Anhang	169
Tabellen	169
Fragebogen Grundsicherungsstellen	180
Fragebogen Suchtberatungsstellen	211
Unterstützungsschreiben.....	223
Wortlaut § 16 SGB II Leistungen zur Eingliederung (bis 31.12.2008).....	227

Abkürzungsverzeichnis

AagAw	Arbeitsagentur bei getrennter Aufgabenwahrnehmung
AGH	Arbeitsgelegenheit nach § 16d SGB II
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BtMVV	Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung
EHb	erwerbsfähige Hilfebedürftige
EinV	Eingliederungsvereinbarung
ESF	Europäischer Sozialfonds
FM	Fallmanagement / Fallmanager/innen
GAw	getrennte Aufgabenwahrnehmung
GSS	Grundsicherungsstelle bzw. SGB II-Stelle
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
PAp	persönliche Ansprechpartner/innen
SB-Stelle	Suchtberatungsstelle
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch
WHO	World Health Organisation
ZkT	zugelassener kommunaler Träger

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Organisationsformen der Grundsicherungsstellen gesamt und in der Stichprobe	9
Tabelle 2:	Betreuungsrelation im Bereich der Beratung, Vermittlung und Betreuung.....	15
Tabelle 3:	Zuweisung von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen zum Fallmanagement.....	16
Tabelle 4:	Verantwortlichkeiten für suchtbezogene Fragen	17
Tabelle 5:	Einschätzung des Schulungs- bzw. Qualifizierungsbedarf bei Fachkräften, die Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen betreuen	18
Tabelle 6:	Themen, die in den suchtspezifischen Schulungen behandelt wurden.....	20
Tabelle 7:	Einschätzung, ob bisherige suchtspezifische Schulungen ausreichend waren	21
Tabelle 8:	Angebot von Supervision oder kollegialer Beratung für Fachkräfte, die suchtkranke Kund/inn/en betreuen.....	21
Tabelle 9:	Bedarf an Supervision in Grundsicherungsstellen, die dies bislang nicht praktizieren	22
Tabelle 10:	Anteil der suchtkranke Kund/inn/en betreuenden Fachkräfte, die mindestens einmal Supervision bzw. kollegiale Beratung erhielten.....	22
Tabelle 11:	Grundsicherungsstellen mit verbindlichen Vorgaben und Regelungen oder Arbeitshilfen bzw. Empfehlungen für den Umgang mit Kund/inn/en mit Suchtproblemen	23
Tabelle 12:	Inhalt der Vorgaben oder Empfehlungen	24
Tabelle 13:	Herkunft der Vorgaben, Regelungen, Arbeitshilfen oder Empfehlungen für den Umgang mit Kund/inn/en mit Suchtproblemen	25
Tabelle 14:	Durchführung einer Bedarfsschätzung an Suchtberatung nach § 16a SGB II seitens der Grundsicherungsstelle	27
Tabelle 15:	Einschätzung der Verfügbarkeit ausreichender Suchtberatungsangebote vor Ort	28
Tabelle 16:	Vorhandensein ausreichender Suchtberatungsangebote vor Ort differenziert nach SGB II-Typ	30
Tabelle 17:	Von Grundsicherungsstellen genutzte Gremien und Arbeitskreise für die Verständigung mit dem örtlichen Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe.....	32

Tabelle 18:	Sonstige Gremien und Arbeitskreise für die Verständigung mit dem örtlichen Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe	33
Tabelle 19:	Weitere Kooperationsprojekte zwischen Grundsicherungsstellen und Trägern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe – realisierte und geplante Vorhaben	34
Tabelle 20:	Form, in der die Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Einrichtungen der Suchthilfe geregelt ist.....	35
Tabelle 21:	Sonstige Kooperationen mit der Suchthilfe	35
Tabelle 22:	Inhalte des von der Grundsicherungsstelle erhaltenen Auftrags.....	39
Tabelle 23:	Verpflichtung zur Weitergabe von Informationen	40
Tabelle 24:	Vertragliche Pflichten der Suchtberatungsstellen bzgl. der Weitergabe von Informationen über den Beratungsverlauf.....	41
Tabelle 25:	Regelung der Finanzierung von Suchtberatung durch Kommune	41
Tabelle 26:	Zustimmung zur Aussage, dass sich finanzielle Ausstattung der SB-Stellen durch Zuweisung von Klient/inn/en nach § 16a SGB II verbessert hat.....	42
Tabelle 27:	Anzahl der Grundsicherungsstellen, die Angaben zur Anzahl der zugewiesenen Kund/inn/en gemacht haben	55
Tabelle 28:	Angaben zur Anzahl von Kund/inn/en, die an Suchtberatungsstellen verwiesen wurden	56
Tabelle 29:	Anteil der von der Grundsicherungsstelle an die Suchtberatungsstelle verwiesenen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen an allen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Prozent.....	56
Tabelle 30:	Anzahl der von Grundsicherungsstellen an Suchtberatungsstellen vermittelten Klient/inn/en – genaue und geschätzte Werte (gruppiert)	57
Tabelle 31:	Anteile der zugewiesenen Klient/inn/en an allen Klient/inn/en der Suchtberatungsstellen und an den Klient/inn/en mit SGB II-Bezug in Prozent, statistische Kennzahlen	58
Tabelle 32:	Verteilung der Zustimmungen zu der Aussage „Durch die Zuweisung seitens der SGB II-Stelle sind Klient/inn/en in unsere Einrichtung gekommen, die den Kontakt zu uns sonst nicht gefunden hätten“	59
Tabelle 33:	Zunahme der Fallzahlen von Klient/inn/en mit ALG II-Bezug infolge von Zuweisungen durch die Grundsicherungsstellen.....	59
Tabelle 34:	Weitere Probleme, die die Integration suchtkranker Leistungsbeziehender in Erwerbsarbeit erschweren.....	60
Tabelle 35:	Unterschiede zwischen von der Grundsicherungsstelle zugewiesenen arbeitslosen Klient/inn/en und anderen arbeitslosen Klient/inn/en.....	61

Tabelle 36:	Übliche Zeitpunkte bzw. Anlässe für Nachfragen der Fachkräfte nach dem Vorliegen einer Suchtproblematik bei arbeitslosen Hilfebedürftigen	66
Tabelle 37:	Genutzte Möglichkeiten für die Feststellung des Vorliegens eines Suchtproblems bei arbeitslosen Hilfebeziehenden	68
Tabelle 38:	Schwer erkennbare Suchtprobleme	68
Tabelle 39:	Indikationen für eine Suchtberatung nach § 16a SGB II	69
Tabelle 40:	Vorgehensweise bei Jugendlichen (U25) mit Elternteil oder Eltern, deren Suchtprobleme die berufliche (Re-)Integration der jungen Erwachsenen erschweren	70
Tabelle 41:	Beteiligung anderer Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bei der Erarbeitung der Hilfeplanung für Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen	70
Tabelle 42:	Überprüfung der Erwerbsfähigkeit bei suchtkranken Kund/inn/en	71
Tabelle 43:	Anlässe für die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit.....	72
Tabelle 44:	Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen: Einbeziehung der Expertise Dritter	72
Tabelle 45:	Einbezogene Expertise bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen	73
Tabelle 46:	Festhalten von Ergebnissen der individuellen Beratung zum Thema „Sucht“ in der Eingliederungsvereinbarung (EinV)	74
Tabelle 47:	Festhalten von bestimmten Ergebnissen der individuellen Beratung zum Thema „Sucht“ in der Eingliederungsvereinbarung	75
Tabelle 48:	Nicht-Festhalten von Vereinbarungen mit Suchtkranken in der Eingliederungsvereinbarung (EinV), um diese nicht sanktionsrelevant werden zu lassen	75
Tabelle 49:	Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme/Expertise von Mitarbeiter/inne/n der Suchthilfe oder anderen Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung von suchtkranken Kund/inn/en	76
Tabelle 50:	Form der Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme/Expertise von Mitarbeiter/inne/n der Suchthilfe bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung (EinV) von suchtkranken Kund/inn/en	76
Tabelle 51:	Geregelte Kooperation und Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme/Expertise der Suchthilfe oder anderer Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung von suchtkranken Kundinnen und Kunden	77

Tabelle 52:	Geregelte Kooperation und Form der Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme/Expertise der Suchthilfe bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung (EinV) von suchtkranken Kundinnen und Kunden	78
Tabelle 53:	Bewertung der Suchterkrankung als „wichtiger Grund“ bei Nichteinhaltung von Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung.....	79
Tabelle 54:	Verhängung von Sanktionen, wenn suchtkranke Menschen die Suchtberatungsstelle nicht aufgesucht haben.....	79
Tabelle 55:	Geregelte Kooperation und Verhängung von Sanktionen, wenn suchtkranke Menschen die Suchtberatungsstelle nicht aufgesucht haben	80
Tabelle 56:	Art der Maßnahmen seitens der Grundsicherungsstellen bei unplanmäßiger oder vorzeitiger Beendigung der Suchtberatung durch die Kundinnen und Kunden	81
Tabelle 57:	Häufigkeit von spezifischen Maßnahmen bei Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen	82
Tabelle 58:	Übliche Vorgehensweise bei Festlegung von Suchtberatung als flankierende Leistung in der Eingliederungsvereinbarung	94
Tabelle 59:	Wartezeiten zwischen Zuweisung und Beginn der Suchtberatung	95
Tabelle 60:	Gegenstand der Informationspflicht	96
Tabelle 61:	Umgang der Suchtberatungsstellen mit der Sanktionsbewehrtheit der Zuweisung in Suchtberatung.....	97
Tabelle 62:	Übliches weiteres Verfahren nach Verweisung an Suchtberatungsstelle.....	99
Tabelle 63:	Durchführung gemeinsamer Fallgespräche mit der Suchtberatungsstelle.....	100
Tabelle 64:	Häufigkeit von Rücksprachen der Grundsicherungsstellen mit Suchtberatungsstellen vor Verhängung von Sanktionen	101
Tabelle 65:	Weitergabe von Informationen der Fallbearbeitung (z. B. des Profiling) seitens der Fachkräfte der Grundsicherungsstellen an die Einrichtungen der Suchthilfe/-krankenhilfe.....	109
Tabelle 66:	Weitergabe von Informationen an die Grundsicherungsstellen seitens der Suchtbehandlungseinrichtungen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen	109
Tabelle 67:	Qualität der Informationen für die Fachkräfte der Grundsicherungsstelle für die Planung bzw. Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt	110

Tabelle 68:	Zeitlich nahtloses Anschließen der durch die Grundsicherungsstellen eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen an die Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation)	111
Tabelle 69:	Umgang mit dem Leistungsausschluss nach § 7 (4) SGB II bei der Maßnahmeplanung mit Kund/inn/en	112
Tabelle 70:	Weiteres Verfahren nach Abschluss der Therapie, wenn vorher eine Maßnahme abgebrochen werden musste	113
Tabelle 71:	Bedingungen für ein Gelingen der Erwerbsintegration suchtkranker Kund/inn/en	117
Tabelle 72:	Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Personen mit Suchtproblemen	119
Tabelle 73:	Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Personen mit Suchtproblemen – allgemeine und spezielle Maßnahmen	119
Tabelle 74:	Maßnahmen für besondere suchtspezifische Zielgruppen	120
Tabelle 75:	Nutzung arbeitsmarktpolitischer Instrumente bei der Durchführung von Beschäftigungs-/Qualifizierungsmaßnahmen für Suchtkranke	122
Tabelle 76:	Nachsorgende Betreuung nach Eintritt in Beschäftigung oder Maßnahmen	124
Tabelle 77:	Beurteilung von Tätigkeiten der Grundsicherungsstelle	132
Tabelle 78:	Stärken der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Qualifikation/Kompetenzen der Fachkräfte, Auswertung von Freitextantworten	133
Tabelle 79:	Defizite der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Qualifikation der Fachkräfte, Auswertung von Freitextantworten	133
Tabelle 80:	Besondere Schwierigkeiten in der Arbeit mit suchtkranken Kund/inn/en, Auswertung von Freitextantworten	134
Tabelle 81:	Stärken der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Organisation der Fallbearbeitung, Auswertung von Freitextantworten	135
Tabelle 82:	Defizite der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Strukturelle Probleme, gesetzlicher Auftrag und Zuständigkeiten, Auswertung von Freitextantworten	136
Tabelle 83:	Stärken der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Kooperationen mit Dritten und Angebote für Suchtkranke, Auswertung von Freitextantworten	137

Tabelle 84:	Defizite der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Kooperationen mit Dritten und Angebote für Suchtkranke, Auswertung von Freitextantworten.....	137
Tabelle 85:	Defizite der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Weitere Nennungen, Auswertung von Freitextantworten.....	138
Tabelle 86:	Wichtigste Erfolgsfaktoren bei der Betreuung von Kund/inn/en mit Suchtproblemen	139
Tabelle 87:	Wichtigste Erfolgskriterien bei der Betreuung/Integration von Kund/inn/en mit Suchtproblemen	140
Tabelle 88:	Grundsätzliche Voraussetzungen für eine gelungene Suchtberatung	142
Tabelle 89:	Erfüllte Voraussetzungen für eine gelungene Suchtberatung	142
Tabelle 90:	Zustimmung zu Aussagen über Erfolgskriterien für die Zuweisung in die Suchtberatung nach § 16a SGB II.....	143
Tabelle 91:	Bisherige Erfahrungen in der Kooperation mit der Grundsicherungsstelle aus Sicht der Suchtberatung	145
Tabelle 92:	Häufigkeit von Problemen in der Kooperation mit der Grundsicherungsstelle aus Sicht der Suchtberatung	146
Tabelle 93:	Beurteilung der Kooperation mit der Grundsicherungsstelle aus Sicht der Suchtberatungsstellen.....	147
Tabelle 94:	Hilfreiche Maßnahmen der Grundsicherungsstellen für die Förderung der Erwerbsintegration und Beschäftigungsfähigkeit Suchtkranker aus Sicht der Suchtberatungsstellen.....	148
Tabelle 95:	Gute Praxis im Hinblick auf die Erwerbsintegration Suchtkranker aus Sicht der Suchtberatungsstellen, Auswertung von Freitextantworten	149
Tabelle 96:	Schlechte Praxis im Hinblick auf die Erwerbsintegration Suchtkranker aus Sicht der Suchtberatungsstellen, Auswertung von Freitextantworten.....	149
Tabelle 97:	Beurteilung der Leistung der Grundsicherungsstelle im Hinblick auf die Erwerbsintegration Suchtkranker aus Sicht der Suchtberatung	150
Tabelle 98:	Anzahl der an der Beantwortung des Fragebogens beteiligten Personen	169
Tabelle 99:	Funktion der an der Beantwortung des Fragebogens beteiligten Personen	169
Tabelle 100:	Funktion der an der Beantwortung des Fragebogens beteiligten Personen – Rubrik Sonstiges.....	170
Tabelle 101:	Verteilung der Grundsicherungsstellen auf die Bundesländer gesamt und in der Stichprobe	170

Tabelle 102:	Verteilung der Grundsicherungsstellen nach SGB-II-Typen Gesamt und in der Stichprobe	171
Tabelle 103:	Suchtspezifische Schulungen – Durchführung durch wen?	171
Tabelle 104:	Gegenstand der Leistungskataloge in den Leistungsvereinbarungen zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatungsstellen, Auswertung von Freitextantworten.....	172
Tabelle 105:	Ergebnisse aus repräsentativen epidemiologischen Studien zur Prävalenz substanzbezogener Probleme bei Arbeitslosen	172
Tabelle 106:	In Kooperationsvereinbarungen festgelegte Inhalte.....	173
Tabelle 107:	Verteilung von Wartezeiten	173
Tabelle 108:	Maßnahmen bei unplanmäßiger oder vorzeitiger Beendigung der Suchtberatung, Auswertung von Freitextantworten	174
Tabelle 109:	Grundsicherungsstellen mit/ohne geregelter Kooperationsbeziehung, die Angaben zu an Suchtberatungsstellen verwiesene Kund/inn/en machen können	175
Tabelle 110:	Anteil Kund/inn/en, bei denen Suchtprobleme Gegenstand der Fallbearbeitung waren.....	175
Tabelle 111:	Verfügbarkeit von Informationen zu der Anzahl von durch die Grundsicherungsstelle vermittelte Klient/inn/en	175
Tabelle 112:	Anzahl der von Grundsicherungsstellen an Suchtberatungsstellen vermittelten Klient/inn/en – genaue und geschätzte Werte, statistische Kennzahlen.....	176
Tabelle 113:	Frauenanteile an allen durch die Grundsicherungsstelle vermittelten Klient/inn/en und an Klient/inn/en mit SGB II-Bezug ohne Vermittlung durch Grundsicherungsstellen	176
Tabelle 114:	Verfügbarkeit von Daten über Anteile von durch die SGB II-Stelle zugewiesenen Klientinnen und Klienten an allen Klient/inn/en mit SGB II-Bezug	176
Tabelle 115:	Verfügbarkeit von Daten über Anteile von durch die Grundsicherungsstelle zugewiesenen Klientinnen und Klienten an allen Klient/inn/en der Suchtberatungsstelle	177
Tabelle 116:	Zunahme der Zahl der Klient/inn/en infolge von Zuweisungen	177
Tabelle 117:	Geregelte Kooperation und Weitergabe von Informationen der Fallbearbeitung (z.B. des Profilings) seitens der Fachkräfte der Grundsicherungsstellen an die Einrichtungen der Suchthilfe/-krankenhilfe	177
Tabelle 118:	Geregelte Kooperation und Weitergabe von Informationen an die Grundsicherungsstellen seitens der Suchtbehandlungseinrichtungen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen	178

Tabelle 119:	Geregelte Kooperation und Qualität der Informationen für die Fachkräfte der Grundsicherungsstellen für die Planung bzw. Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt	178
Tabelle 120:	Geregelte Kooperation und zeitlich nahtloses Anschließen der durch die Grundsicherungsstellen eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen an die Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation)	179
Tabelle 121:	Kooperationspartner bei der Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsangeboten für Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen	179

Danksagung

Das Projektteam möchte sich beim Bundesministerium für Gesundheit – vor allem bei Herrn Albert Kern – für die fachliche Beratung und die unterstützende Begleitung des Projekts bedanken.

Ebenfalls bedanken möchten wir uns

- beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales, beim Deutschen Städtetag, beim Deutschen Städte- und Gemeindebund für die Unterstützung des Vorhabens,
- beim Deutschen Landkreistag und persönlich bei Herrn Markus Keller für die konstruktiv-kritischen Hinweise und für die Förderung der Teilnahmebereitschaft der zugelassenen kommunalen Träger,
- bei der Bundesagentur für Arbeit – insbesondere bei Frau Dr. Sonja Baron und Herrn Ronald de Jonge – für die Förderung der Teilnahmebereitschaft der ARGE n und AA-gAw sowie für die fachliche Unterstützung,
- bei den 323 Grundsicherungsstellen und 80 Suchtberatungsstellen, die sich nicht nur viel Zeit für die Bearbeitung der Fragebögen nahmen, sondern auch detaillierte Zusatzinformationen aus ihrer Praxis übersandten,
- bei mainis IT Service GmbH und persönlich bei Herrn Gerrit Wiegand für die technische Unterstützung bei der Durchführung der Online-Befragungen,
- bei denjenigen Personen, die durch ihre Anmerkungen im Rahmen des Pretests halfen, die Befragungsinstrumente plausibel und verständlich zu gestalten,
- bei den Expert/inn/en, die im Rahmen eines Workshops wichtige Hinweise zur Interpretation der Befragungsergebnisse und zu fachlichen Kriterien guter Praxis bei der Betreuung Suchtkranker im SGB II gaben:
 - Angela Böttger, Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen, Hannover
 - Régine Bozon, ARGE MainArbeit GmbH, Offenbach
 - Stefan Bürkle, Caritas Suchthilfe e. V., Freiburg
 - Regina Butenschön, Arbeitplus in Bielefeld GmbH
 - Prof. Dr. Robert Frietsch, IWS, Fachhochschule Koblenz
 - Ute Hötzer, Q-PRINTS&SERVICE gGmbH, Pforzheim
 - Christine Leicht, Salus Ambulanz, Werder
 - Hiltrud Meiwes-Klee, ARGE Paderborn
 - Dr. Uwe Zemlin, AHG Klinik Wilhelmsheim, Oppenweiler

1 Einleitung

Der vorliegende Bericht geht zurück auf einen Beschluss des Drogen- und Suchtrats vom 5. November 2007. Darin werden die Bundesagentur für Arbeit, die Länder und die kommunalen Spitzenverbände gebeten, im Rahmen ihrer Möglichkeiten die berufliche Eingliederung von suchtgefährdeten und suchtkranken Arbeitslosen zu fördern sowie die Bemühungen um die Zusammenarbeit vor Ort zu unterstützen. Außerdem wird die Drogenbeauftragte der Bundesregierung gebeten, Ansätze guter Praxis bei der Betreuung und Eingliederung suchtgefährdeter und abhängigkeitskranker Personen im Rahmen der Grundsicherung für Arbeitssuchende (Sozialgesetzbuch Zweites Buch – SGB II) zu ermitteln und bundesweit verfügbar zu machen.

Das Bundesministerium für Gesundheit schrieb daraufhin im Juni 2008 einen Forschungsauftrag zur möglichst vollständigen Erhebung aller Maßnahmen von Grundsicherungsträgern nach dem SGB II hinsichtlich der Beratung und Vermittlung von Menschen mit Suchtgefährdung oder Suchterkrankung öffentlich aus. Im Ergebnis des wettbewerblichen Verfahrens wurden das Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt (FIA), Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e. V. und Prof. Dr. Dieter Henkel vom Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt a.M. mit der Studie „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II – eine bundesweite Befragung der SGB II-Träger“ beauftragt.

Das Projektteam führte in Umsetzung des Auftrags zwei Online-Befragungen durch: In einer bundesweiten Befragung von Grundsicherungsstellen wurde die Praxis bei der Betreuung suchtkranker Bezieher/innen von Arbeitslosengeld II umfassend erhoben. Neben praktizierten Vorgehensweisen wurden auch Einschätzungen zu Kriterien guter Praxis bei der Betreuung von Menschen mit Suchtgefährdung oder Suchterkrankung erfragt. Zum anderen wurde eine Befragung derjenigen Suchtberatungsstellen durchgeführt, die von den Grundsicherungsstellen als Partner auf der Grundlage geregelter Kooperationsbeziehungen benannt worden waren. Auf diesem Wege sollten komplementäre Perspektiven, die Akzeptanz der Praxis bei den Grundsicherungsstellen und Kenntnisse über lokale Netze an der Schnittstelle von Arbeitsmarktpolitik und Suchthilfe gewonnen werden. Aufgrund der erheblichen Bedeutung des Themas erfuhr die Befragung eine breite Unterstützung, insbesondere auch von Seiten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales sowie der kommunalen Spitzenverbände, wodurch eine hohe Beteiligung der Grundsicherungsstellen erreicht werden konnte. Die Ergebnisse beider Befragungen wurden mit Expert/inn/en aus Arbeitsmarktpolitik und Suchthilfe diskutiert, bevor sie im hier vorliegenden Bericht zusammengefasst wurden.

Der Bericht ist nach dieser Einleitung (Kapitel 1) folgendermaßen gegliedert:

- In Kapitel 2 werden das Untersuchungskonzept und das methodische Vorgehen bei beiden Befragungen der Untersuchung beschrieben.
- Kapitel 3 fasst die organisatorischen Rahmenbedingungen für die Betreuung von Leistungsbeziehenden mit Suchtproblemen zusammen.
- In Kapitel 4 sind die aus der Befragung stammenden Daten zu SGB II-Kund/inn/en mit Suchtproblemen zusammenfassend dargestellt.

- In Kapitel 5 wird die allgemeine Fallbearbeitung in der Grundsicherungsstelle beschrieben: vom Vorgehen beim Erkennen einer Suchtkrankheit über die Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung bis zum ggf. erforderlichen Verweis an Einrichtungen der Suchthilfe.
- Kapitel 6 umfasst die Praxis der Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatung bei der Betreuung von Leistungsbeziehenden mit Suchtproblemen aus Sicht der Grundsicherungsstellen und der mit ihnen kooperierenden Suchtberatungsstellen.
- Kapitel 7 ist der Schnittstellengestaltung zwischen Grundsicherungssystem und dem System der Suchtkrankenhilfe gewidmet.
- In Kapitel 8 geht es um die Praxis bei der Integration suchtkranker Arbeitslosengeld II-Beziehender in Erwerbstätigkeit und ggf. vorzuschaltende arbeitsmarktpolitische Maßnahmen.
- In Kapitel 9 werden Erfolgsfaktoren und Kriterien guter Praxis aus Sicht der Grundsicherungsstellen und der Suchtberatungsstellen dargestellt.
- Kapitel 10 bildet das Fazit des Berichts, in dem die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und weitere Forschungsfragen formuliert sind.

2 Methodische Umsetzung des Untersuchungsauftrags

Die Leistungsbeschreibung des BMG sah für das Forschungsprojekt eine bundesweite Erhebung bei allen SGB II-Stellen vor: Möglichst vollständig sollten die Maßnahmen erhoben werden, welche die Grundsicherungsstellen „im Rahmen des SGB II hinsichtlich der Beratung und Vermittlung von Menschen mit Suchtgefährdung oder Suchterkrankung“ treffen bzw. getroffen haben. Ein weiteres Ziel der Studie war es, „Ansätze guter Praxis in der Integration suchtabhängiger und abhängigkeitskranker Arbeitssuchender ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II zu sammeln, auszuwerten und sie für die weitere Verwendung aufzuarbeiten“.

Im vorliegenden Kapitel wird erläutert, welchen methodischen Zugang das Projektteam zur Bearbeitung dieses Auftrags und der vorgegebenen Fragestellungen gewählt hat, und welche Konsequenzen dies für die Durchführung der Untersuchung und die Analyse des erhobenen Materials hatte.

2.1 Ziele und Fragestellung der Untersuchung – Identifikation guter Praxis als Herausforderung

Die Identifizierung guter Praxis setzt voraus, dass dafür entsprechende Kriterien existieren. Faktisch gibt es jedoch bislang keinen allgemein akzeptierten fachlichen Konsens zu entsprechenden Bewertungskriterien. Vielmehr zeigte eine vom Projektteam angestellte Analyse einschlägiger Positions- und Diskussionspapiere (u. a. Bürkle u. a. 2008, Fachverband Drogen und Rauschmittel/Paritätischer Gesamtverband 2004, LAG Freie Wohlfahrtspflege in Bayern/Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe 2006, Deutscher Landkreistag 2008a, Fachverband Sucht 2006, Drogen und Suchtrat 2007, Fachverband Sucht 2006, Kern, o. J.) zum Thema guter Praxis bei der Betreuung suchtkranker Personen, dass es zu vielen Fragen bislang keine formulierten Qualitätsstandards oder fachlichen Empfehlungen gibt¹, während zu anderen unterschiedliche und teilweise sogar gegensätzliche Positionen bestehen.² Außerdem sind die konkreten Bedingungen vor Ort sehr unterschiedlich, so dass „gute Praxis“ nicht überall gleich aussieht bzw. aussehen kann.

Bei der Erhebung der Praxis durch eine bundesweite Befragung musste berücksichtigt werden, dass die Vorgehensweise der Grundsicherungsstellen sehr unterschiedlich sein können. Dazu musste die Befragung zum einen jeweils eine breite Palette von (standardisierten) Antwortmöglichkeiten bieten und zum anderen entsprechend offen gestaltet werden (Freitextfelder). Durch eine standardisierte Vollerhebung bei den Grundsicherungsstellen kann dennoch nur begrenztes Verständnis der Praxis vor Ort herbeigeführt werden, da dafür letztlich ausführliche Informationen erforderlich wären, so z. B. darüber, welche Überlegungen

¹ Dies betrifft z. B. die für das SGB II zentrale Frage, ob und unter welchen Bedingungen eine Suchterkrankung ein Vermittlungshemmnis darstellt.

² Dies betrifft z. B. auch so grundlegende Fragen, wie die nach der Zweckmäßigkeit von Sanktionierungen suchtkranker Personen und nach der proaktiven oder reaktiven Vorgehensweise bei der Identifizierung einer Suchterkrankung.

hinter bestimmten Vorgehensweisen stehen und wie diese im Detail umgesetzt werden, welche Prägungskraft eine ggf. vereinbarte „Verfahrensnorm“ hat und wie im Einzelfall davon abgewichen wird, wenn es erforderlich scheint. Wollte man zu zuverlässigen Aussagen über die Praxis der pAps, der Fallmanager und Vermittlerinnen kommen, über ihr Alltagsgeschäft – zu dem ja immer auch Umgehungs- und Vermeidungsstrategien, Auslegungen, Interpretationen und höchst heterogene eigene Schwerpunktsetzungen bei der Umsetzung der Vorgaben gehören – müsste eine Erhebung auch auf dieser Ebene ansetzen. Dies war im Rahmen des vorgegebenen Untersuchungsdesigns jedoch nicht möglich.

Das Forschungsteam entwickelte auf der Grundlage der in der Leistungsbeschreibung genannten Fragestellungen die folgenden untersuchungsleitenden Fragen:

- Welche extern und intern gesetzten strukturellen Rahmenbedingungen prägen den Umgang der Grundsicherungsstellen mit Kund/inn/en mit Suchtproblemen?
 - Wie sind die Grundsicherungsstellen verfasst, wie organisieren sie die Betreuung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen und ihren Bedarfsgemeinschaften?
 - Über welche suchtspezifischen Spezialisierungen und Zuständigkeiten verfügen die Grundsicherungsstellen?
 - Welche Vorgaben und Handlungsanweisungen strukturieren die Arbeit der Grundsicherungsstellen?
 - Welche Informations- und Kooperationsbeziehungen gibt es zwischen den Grundsicherungsstellen, Suchtberatungsstellen und Institutionen der Suchtrehabilitation? Welchen Formalisierungsgrad haben sie und welche Inhalte werden geregelt?
- Inwieweit haben die Grundsicherungsstellen einen zielgruppenspezifischen Umgang mit Kund/inn/en mit Suchtproblemen entwickelt? Wie sieht die Praxis konkret aus? Orientiert an einem „typischen“ Fallverlauf interessieren insbesondere folgende Verfahrensschritte und Aufgaben:
 - Profiling/Erkennen von Suchtproblemen
 - Überprüfung der Erwerbsfähigkeit
 - Sucht als Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung
 - Zuweisung in Suchtberatung nach § 16a SGB II, Verfahrensweise und Indikationsspektrum
 - Umgang mit Sanktionen
 - Zugang zu arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und Einsatz von anderen Maßnahmen
 - Erwerbsintegration von Kund/inn/en mit Suchtproblemen
- Wie werden die Schnittstellen zur (medizinischen) Suchtrehabilitation gestaltet?

- Wie bewerten die Grundsicherungsstellen und die kooperierenden Suchtberatungsstellen ihre Kooperationsverfahren und -gegenstände, und wie schätzen die Suchtberatungsstellen die Praxis der Grundsicherungsstellen ein? Welche Erfolgskriterien und -faktoren machen Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen aus, welche hemmenden Faktoren erschweren ihre Kooperation, und welche Verbesserungsvorschläge formulieren sie? Was ist aus ihrer Sicht gute Praxis?
- Welche Daten lassen sich über die Anzahl von Kund/inn/en mit Suchtproblemen bei Grundsicherungsstellen und bei den Suchtberatungsstellen erheben? Wie genau lassen sich Maßnahmen für Kund/inn/en mit Suchtproblemen und ihre Erfolge aktuell überhaupt dokumentieren?

2.2 Methodischer Zugang und Durchführung der Befragung

2.2.1 Befragung der Grundsicherungsstellen

Im Zentrum der Studie stand eine standardisierte schriftliche Befragung aller Grundsicherungsstellen. Sie verfolgte im Interesse einer umfassenden und an der konkreten Praxis orientierten Erhebung das Ziel, nicht nur geschäftspolitische Vorgaben, institutionelle Rahmenbedingungen und institutionalisierte Kooperationsbeziehungen zu erheben, sondern so weit wie möglich auch Erkenntnisse über das praktische Handeln der mit der Betreuung und Vermittlung von suchtkranken Kund/inn/en befassten Fachkräfte zu gewinnen. Angesichts der Priorität der flächendeckenden Erhebung und der zentralen Bedeutung der fachlichen und organisatorischen Maßnahmen der Träger der Grundsicherungsstellen entschied sich das Forschungsteam dafür, die schriftliche Befragung an die Geschäftsführungsebene zu richten, wobei diese gebeten wurde, kompetente Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Praxis bei der Beantwortung einzubeziehen.

Um die Teilnahmebereitschaft der Grundsicherungsstellen zu erhöhen, baten die Drogenbeauftragte des Bundes, das BMG, das BMAS sowie der Deutsche Landkreistag, der Deutsche Städtetag und der Deutsche Städte- und Gemeindebund diese mit einem gemeinsamen Schreiben, sich an der Erhebung zu beteiligen. Im Laufe der Befragung schloss sich die Bundesagentur für Arbeit mit einem weiteren Schreiben an, in dem eine Beteiligung der ARGE n an der Befragung befürwortet wurde (beide Schreiben s. Anhang).

Das Fragenprogramm wurde auf der Grundlage der in der Leistungsbeschreibung benannten und im Angebot präzisierten untersuchungsleitenden Fragen sowie anknüpfend an die aktuelle Fachdiskussion entwickelt, die sich vor allem in Arbeitspapieren der Suchthilfe- und Wohlfahrtsverbände zur Umsetzung des SGB II nachzeichnen lässt (vgl. oben). Darüber hinaus wurden eigene Forschungsarbeiten sowie einschlägige Veröffentlichungen der Arbeitsmarktforschung berücksichtigt.

Anfang Januar 2009 unterzogen acht Expertinnen und Experten – Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ARGE n und zkTn, des thematisch einschlägigen Modellprojekts FAIRE an der FH Koblenz, der gemeinnützigen Beschäftigungsgesellschaft Q-Prints & Service gGmbH in

Pforzheim, des BMG und des Deutschen Landkreistages – den Fragebogen einem ersten Praxistest.

Die Vollerhebung wurde als Online-Befragung durchgeführt. Sie war vom 2. Februar 2009 bis zum 8. März 2009 online geschaltet.³ Nach einer aufwändigen Adressrecherche erhielten die Geschäftsführungen von insgesamt 439 Grundsicherungsstellen dazu eine persönliche Email mit dem individuellen Zugangscode ihrer Grundsicherungsstelle sowie dem Link zur Homepage der Befragung. Da sich im Pretest erwiesen hatte, dass Spamfilter und Firewall-systeme von öffentlichen Einrichtungen das vorgesehene Anschreiben mit mehreren Anhängen und einem Internet-Link in vielen Fällen nicht passieren ließen, wurden die Adressat/inn/en im Anschreiben gebeten, sich sofort nach dessen Erhalt kurz auf der Homepage der Befragung einzuloggen. Den Grundsicherungsstellen, die dies nicht innerhalb von 48 Stunden machten und denen, für die beim Versand Fehlermeldungen erzeugt wurden, wurden postalische Anschreiben gleichen Inhalts zugesandt.

Mittels des individualisierten Zugangscode konnte das Ausfüllen des Fragebogens unterbrochen und später fortgesetzt werden. Dies ermöglichte das Ausfüllen in mehreren Schritten und durch mehrere Personen. Ein Fortschrittsbalken und eine Übersicht über die Struktur des Fragebogens vereinfachten das Navigieren im Instrument. Zum Abschluss des Fragebogens wurden die Befragten an die zuzusendenden Dokumente erinnert, und viele Grundsicherungsstellen nutzten die dabei angebotene Möglichkeit, den ausgefüllten Fragebogen vor dem „Abschicken“ auszudrucken und zu den Akten nehmen zu können.

Der den Grundsicherungsstellen schließlich vorgelegte Fragenkatalog enthielt 58 Fragen mit zahlreichen Unterfragen zu 12 Themenkomplexen:

- (A) Allgemeine Angaben zur Grundsicherungsstelle (3 Fragen)
- (B) Allgemeine Angaben zur Integration von Menschen mit Suchtproblemen in Ihrer Grundsicherungsstelle (3 Fragen)
- (C) Profiling: Erkennen von Suchtproblemen (3 Fragen)
- (D) Prüfung der Erwerbsfähigkeit (2 Fragen)
- (E) Sucht als Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung (3 Fragen)
- (F) Allgemeine Fallbearbeitung (6 Fragen)
- (G) Suchtberatung nach §16a SGB II (11 Fragen)
- (H) Weitere Maßnahmen für Suchtkranke: Beschäftigung und medizinische und berufliche Rehabilitation (7 Fragen)
- (I) Kooperation und Schnittstellen (5 Fragen)
- (J) Erfolge, Erfolgsfaktoren, Qualitätsstandards (11 Fragen)

³ Die Firma mainis IT Service GmbH war für die technische Umsetzung und Betreuung der Befragung zuständig.

(K) Vorgaben und Regelungen (1 Frage)

(L) Sonstiges (3 Fragen)

Um die Praxis der Grundsicherungsstellen möglichst präzise zu erfassen, wurde außerdem mit Freitextfeldern gearbeitet. An 79 Stellen im Dokument bestand die Möglichkeit, die standardisierten Antworten zu ergänzen, Details und konkrete Vorgehensweisen zu beschreiben oder weitere Erläuterungen abzugeben. Darüber hinaus wurden die Grundsicherungsstellen gebeten, dem Projektteam zusätzlich vorhandene Dokumente (Konzepte, Statistiken u. ä.) zuzuschicken. Auf diese Weise wurde die Informationsbasis deutlich erweitert, und die Befragungsergebnisse konnten besser verstanden und interpretiert werden.

2.2.2 Hoher Rücklauf – intensive Bearbeitung

Von den 439 Grundsicherungsstellen (in den Tabellen kurz GSS), an die ein Anschreiben verschickt wurde, beteiligten sich 360 an der Befragung. 323 füllten den Fragebogen vollständig oder weitgehend vollständig aus: Die Studie kann sich damit auf die Angaben von 74 % aller deutschen Grundsicherungsstellen stützen.

Im Hinblick auf die Verteilung nach Formen der Aufgabenwahrnehmung (Tabelle 1), nach Bundesländern und SGB II-Typen (Tabelle 101 und Tabelle 102 im Anhang) gibt es keine systematischen Unterschiede zwischen den antwortenden Grundsicherungsstellen und der Grundgesamtheit.

Tabelle 1: Organisationsformen der Grundsicherungsstellen gesamt und in der Stichprobe

	Häufigkeit Gesamt	In Prozent	Häufigkeit beteiligte GSS	In Prozent der beteiligten GSS
Zugelassener kommunaler Träger	69	15,7	52	16,1
ARGE	348	79,3	260	80,5
Arbeitsagentur bei getrennter Aufgabenwahrnehmung	22	5,0	11	3,4
Gesamt	439	100	323	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage A 1.

Beim Ausfüllen des Fragebogens wurde in aller Regel auf die Expertise mehrerer Personen aus unterschiedlichen Hierarchieebenen zurückgegriffen. Insgesamt waren mindestens 859 Personen an der Beantwortung der Fragen beteiligt, im Einzelfall bis zu 13 Personen, im Durchschnitt 2,9 (Tabelle 98 im Anhang).

An der Befragung beteiligten sich jeweils zu etwa 50 % Vertreterinnen oder Vertreter der Geschäftsführung und der Teamleitungen/des Fallmanagements. Weiter wurden häufig die Controlling/Statistik-Abteilung sowie Bereichsleitungen einbezogen (Tabelle 99 und Tabelle 100 im Anhang). Insgesamt wurden damit in hohem Maße auch die Personen in die Befra-

gung eingebunden, die in der alltäglichen Arbeit mit der Integration von Kund/inn/en mit Suchtproblemen zu tun haben.

Nach Angaben der Grundsicherungsstellen dauerte die Bearbeitung des Fragebogens ca. zwei Stunden, in Einzelfällen nahm sie bis zu fünf Stunden in Anspruch. Insgesamt erforderte die Befragung eine intensive technische und organisatorische Begleitung.

44 Grundsicherungsstellen füllten nicht nur den Fragebogen aus, sondern übersandten zu einzelnen Punkten bis zu zehn Anlagen. Das älteste der insgesamt 137 Dokumente stammt aus dem Jahr 2001, das aktuellste Dokument aus Februar 2009. 80 Schriftstücke beziehen sich auf die Durchführung der Suchtberatung nach § 16a SGB II, 29 auf Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II. In acht Dokumenten geht es um die Kooperation zwischen den SGB II-Trägern und der Suchthilfe. Hinzu kommen Schulungsunterlagen, und eine Grundsicherungsstelle schickte die Konzeption ihres spezifischen Fallmanagement für Suchtkranke zu.

2.2.3 Befragung der Suchtberatungsstellen

Die Befragung der Grundsicherungsstellen wurde um eine Befragung ihrer Kooperationspartner im Bereich der Suchtberatung ergänzt. Ziel dieses Teils der Untersuchung war die Erhebung komplementärer Perspektiven und der Akzeptanz der Praxis der SGB II-Trägereinheiten.

Die Grundsicherungsstellen waren gebeten worden, Angaben zu ihrer Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe zu machen. 129 der etwa 55 % Grundsicherungsstellen (172), die hier über geregelte Kooperationsbeziehungen (d. h. in Form einer Kooperationsvereinbarung, eines Vertrags nach § 17 SGB II oder in anderer Form, vgl. Abschnitt 3.1.6.2) berichteten, benannten 230 kooperierende Einrichtungen, von denen 150 eindeutig als Träger von Suchtberatungsstellen identifiziert werden konnten. In 46 Fällen wurden nur die Namen der Trägerorganisationen – zumeist Wohlfahrtsverbände – angegeben. In nur 10 Fällen waren benannte Kooperationspartner Einrichtungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation und 24-mal benannten die Grundsicherungsstellen kommunale Ämter und Institutionen. Das Projektteam beschloss, sich bei der Befragung auf die kooperierenden Suchtberatungsstellen zu konzentrieren, von denen die konkretesten Auskünfte zu einem der zentralen Instrumente des SGB II zu erwarten waren.

Der Fragebogen für die Suchtberatungsstellen, der sich ebenfalls an die Leitungsebene richtete, war inhaltlich analog zur Befragung der Grundsicherungsstellen aufgebaut (s. Anhang). Er enthielt insgesamt 39 Fragen zur Einrichtung/Institution (Teil A), zu Leistungen im Rahmen der Kooperation mit der SGB II-Grundsicherungsstelle und zur Finanzierung dieser Leistungen (Teil B), zu den bisherigen Erfahrungen in der Kooperation mit der SGB II-Stelle (Teil C) sowie zu den Klientinnen und Klienten der Suchtberatungsstellen (Teil D). Auch dieser Fragebogen wurde Ende April 2009 durch Mitarbeiter/innen von zwei Suchtberatungsstellen getestet.

Von 132 der 150 Einrichtungen konnten Adressen und Email-Adressen recherchiert werden. Die Einrichtungen erhielten ein postalisches Anschreiben mit allen relevanten Informationen über die Befragung (einschließlich Unterstützungsschreiben) sowie den Zugangsdaten für die Online-Befragung. Bei dieser Befragung wurden aufgrund begrenzter Ressourcen keine individualisierten Zugangscodes vergeben, sondern ein für alle Beratungsstellen gleich lautender Sammelcode, nach dessen Eingabe jeweils automatisch ein individueller Zugangscodes generiert wurde. Auch dieser ermöglichte den befragten Suchtberatungen die Bearbeitung in mehreren Schritten und durch mehrere Personen.⁴

Die Befragung der Suchtberatungsstellen war vom 4. Mai 2009 bis zum 5. Juni 2009 online geschaltet. Die Akzeptanz des Fragebogens war sehr hoch, Probleme in der Handhabung wurden von den Befragten kaum berichtet.

Insgesamt beteiligten sich 95 der angeschriebenen Einrichtungen an der Online-Befragung, wobei 13 den Fragebögen nur rudimentär ausfüllten und zwei Einrichtungen nach eigenen Angaben keine Suchtberatung anboten. Die Bögen dieser Einrichtungen wurden nicht in die Auswertung einbezogen. Im Sample belassen wurden zwei Suchtberatungsstellen, die von keiner Grundsicherungsstelle als kooperierende Partner benannt worden waren und die Information über die Befragung offensichtlich nicht vom Forschungsteam, sondern aus anderer Quelle erhalten hatten. Damit wurden 80 Fragebögen in die Auswertung einbezogen, dies entspricht einer Rücklaufquote von 59 %. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist also zu beachten, dass es sich nur um eine Auswahl von Suchtberatungsstellen handelt, die mit Grundsicherungsstellen kooperieren und zugleich von diesen in der Grundsicherungsstellen-Befragung als Kooperationspartner benannt wurden.

2.3 Auswertungskonzept

2.3.1 Statistische Aufbereitung

Die Daten aus den beiden Online-Befragungen wurden in einer Datenbank erfasst, zur Auswertung exportiert und als zwei SPSS-Datensätze aufbereitet.

Von den ursprünglich 360 Grundsicherungsstellen, welche die Beantwortung des Fragebogens begonnen hatten, wurden 37 nicht in die Auswertung einbezogen (s. o.). Im Anschluss wurde der Datensatz bereinigt, d. h., dass die Daten primär auf Konsistenz geprüft wurden. Offensichtlich fehlerhafte Eingaben wurden nicht mit in die Auswertung einbezogen.

Alle Variablen wurden nach Häufigkeiten ausgewertet, Zahlenangaben nach Mittelwerten, Maxima und Minima und dort wo angeraten nach Medianen. Ergänzend zu den Angaben aus dem Fragebogen wurden die antwortenden Grundsicherungsstellen Bundesländern und den jeweiligen SGB II-Typen zugeordnet. Bei den Bundesländern geschah die Zuordnung auf der Basis der Adressdatei. Aufgrund der individualisierten Zugangscodes für die jeweiligen Grundsicherungsstellen war eine Zuordnung zu den jeweiligen Städten und Landkreisen und

⁴ Diese Online-Befragung wurde ebenfalls von der Firma mainis IT Service GmbH umgesetzt.

damit zu den Bundesländern möglich. Für die Zuordnung zu SGB II-Typen wurde auf die Veröffentlichung der jeweiligen Typen durch das IAB (2008) zurück gegriffen und der jeweilige Typ den antwortenden Grundsicherungsstelle in einer neuen Variable zugewiesen. Als weitere neue Variablen wurden gruppierte Werte bei Zahlenangaben der Grundsicherungsstellen, für die Betreuungsrelationen und zur dichotomen Darstellung der Frage erzeugt, ob Kooperationsbeziehungen mit Einrichtungen der Suchthilfe geregelt sind oder nicht.

Korrelationsberechnungen zur Frage, welche Faktoren die Praxis der Grundsicherungsstellen beeinflussen, wurden nicht durchgeführt, weil dies aufgrund des insbesondere bei den Fragen der Prozessgestaltung nicht metrischen Messniveaus der einzelnen Variablen nicht zulässig war. Zur tieferen Analyse der Daten wurde deshalb auf Kreuzabfragen verschiedener Variablen zurückgegriffen.

Die Daten der Suchtberatungsstellenbefragung wurden analog behandelt. Auch hier wurden zu Analyse Zwecken neue Variablen erzeugt (Gruppierungen von Zahlenangaben), die Variablen nach Häufigkeit ausgewertet, bei metrischen Bewertungsskalen Maxima, Minima, Mittelwerte und Standardabweichungen errechnet und Kreuzabfragen zur vergleichenden Analyse ausgeführt.

2.3.2 Text- und Dokumentenanalyse

Ein zweiter Analyseschritt betraf die Sichtung und Auswertung des umfangreichen Dokumentenmaterials. Dabei wurden je nach Dokumentenart unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt: Die 50 Unterlagen zu Verfahrensabläufen in der Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatungsstellen interessierten im Hinblick auf den Grad der Standardisierung dieser Abläufe und ließen Einschätzungen zu, wie detailliert und mit welchen Verfahren die übersendenden Grundsicherungsstellen Schnittstellenprobleme geregelt haben. Die vorliegenden Maßnahmekonzeptionen wurden dagegen hinsichtlich ihrer Rechtsgrundlagen, der jeweiligen Zielgruppe, der Trägerschaft und der Finanzierung unterschieden. Von besonderem Interesse waren hier trägerübergreifende Kooperationslösungen oder die Frage, mit welchen konzeptionellen Lösungen auf die spezifischen Probleme suchterkrankter Menschen reagiert wird. In ähnlicher Weise wurde eine EDV-gestützte textanalytische Aufbereitung, Systematisierung und Kategorisierung der über 3000 Freitextantworten unternommen.

2.3.3 Interpretation

Zur Analyse von Ansätzen guter Praxis wurden diese Ergebnisse der Bestandsaufnahme vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion über gute Praxis interpretiert (Bürkle u. a. 2008, Fachverband Drogen und Rauschmittel/Paritätischer Gesamtverband 2004, LAG Freie Wohlfahrtspflege in Bayern/Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe 2006, Deutscher Landkreistag 2008a, Fachverband Sucht 2006, Drogen und Suchtrat 2007, Fachverband Sucht 2006, Kern o.J.).

Als weitgehend unstrittiges Kriterium guter Praxis erwies sich eine geregelte Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchthilfe (GSS-Befragung Frage I 5). Dieses Merk-

mal wurde im Rahmen der Auswertung teilweise als analytisches Unterscheidungsmerkmal genutzt, um Unterschiede zwischen der Praxis der Grundsicherungsstellen in Abhängigkeit davon zu analysieren, ob es eine entsprechende Kooperation gibt oder nicht.

2.3.4 Expert/inn/enworkshop

Für die Interpretation der Befunde wurde am 2. Juli 2009 in Göttingen ein Expert/inn/enworkshop mit neun Fachleuten aus der Praxis der Grundsicherung und der Suchthilfe durchgeführt. Ein Diskussionspapier enthielt ausgewählte Ergebnisse der beiden Befragungen und formulierte erste Thesen, Interpretationsvorschläge und Fragen des Forschungsteams. Die Diskussion folgte drei Themenschwerpunkten:

- Die Grundsicherungsstellen: Fallbearbeitung der SGB II-Grundsicherungsstellen im Hinblick auf Sucht und Schnittstellengestaltung
- Die Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen, Suchthilfe und Suchtrehabilitation: Mindestanforderungen für gute Praxis
- Maßnahmeangebote zur Stabilisierung und zur Förderung der Erwerbsintegration von Suchtkranken im SGB II: Wie spezifisch müssen Angebote für Suchtkranke sein?

Diese Themen wurden zum einen im Hinblick auf mögliche Interpretationen der Ergebnisse diskutiert. Zum anderen wurde eine Klärung der Frage versucht, zu welchen Kriterien guter Praxis es einen breiten Konsens gibt, und welche unterschiedlichen Grundpositionen zu einem Dissens in fachlicher Hinsicht führen.

Der Expert/inn/enworkshop wurde auf Tonträger aufgenommen, die Ergebnisse protokollarisch zusammengefasst, und die relevanten Aspekte flossen in die jeweiligen Diskussionskapitel dieses Berichts ein.

3 Rahmenbedingungen für die Betreuung ALG II- Beziehender mit Suchtproblemen

Mit Einführung des SGB II wurde die „Aktivierung“ der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen durch „Fördern und Fordern“ zur zentralen Aufgabe bei der Betreuung der Leistungsbeziehenden. Nach § 1 SGB II ist das Ziel der Grundsicherung für Arbeitslose die möglichst schnelle Überwindung der Hilfebedürftigkeit durch eine Erwerbstätigkeit bzw. die Reduzierung des Zahlbetrags der Grundsicherungsleistung durch eigenes Erwerbseinkommen. Die Leistungsbeziehenden sind verpflichtet, dieses Ziel durch eigenverantwortliches Handeln zu verfolgen. Die Grundsicherungsstellen sollen die Leistungsbeziehenden durch individuelle Betreuung und ein ganzheitliches Dienstleistungsangebot dabei unterstützen. Neben arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen gehören dazu auch die kommunalen sozialintegrativen Hilfen wie Schuldner- und Suchtberatung, psychosoziale Betreuung und Kinderbetreuungsmöglichkeiten nach § 16a SGB II. Bei der Betreuung von Kund/inn/en mit multiplen Problemlagen spielt das beschäftigungsorientierte Fallmanagement eine zentrale Rolle. (vgl. Bundesagentur für Arbeit 2009). Mit dem § 16a im SGB II wurde ein Instrument eingeführt, welches auf Seiten der Grundsicherungsstellen Handlungsspielräume zur Bearbeitung einer möglichen Suchtproblematik eröffnete, die im alten Sozialhilferecht so nicht gegeben waren. Das bereits existierende System der Suchtberatung bekam damit für einen Teilaspekt, nämlich die Unterstützung der Erwerbsintegration von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, eine neue gesetzliche Grundlage. Demgegenüber erfolgt die Bereitstellung von Suchtberatungsangeboten durch die Kommunen allgemein weiterhin als freiwillige Leistung im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Daseinsvorsorge für Bürgerinnen und Bürger. Die Kooperation im Rahmen des § 16a setzt auf ein bereits bestehendes ausdifferenziertes und qualifiziertes System der Kooperation und Vernetzung der Suchthilfe mit den sonstigen Versorgungsstrukturen auf und schafft neue Möglichkeiten.

Damit stehen die Grundsicherungsstellen vor komplexen Herausforderungen, deren Umsetzung bestimmter Voraussetzungen bedarf – sowohl in institutioneller als auch in personeller Hinsicht. In diesem Kapitel geht es um die Frage, wie die Rahmenbedingungen für die Betreuung der SGB II-Leistungsbeziehenden mit Suchtproblemen vor Ort gestaltet sind. Schon darin widerspiegeln sich grundsätzliche Herangehensweisen der Grundsicherungsstellen, denn mit der Gestaltung der Rahmenbedingungen werden wichtige Weichen gestellt, die einen erheblichen Einfluss auf die Art und Qualität der Betreuung von suchtkranken Kund/inn/en haben. Dies betrifft die z. B. die Qualifizierung des Personals, aber auch die Schaffung entsprechender Zuständigkeiten oder die Gestaltung der Kooperation mit der Suchtberatungsstelle.

3.1 Organisationelle Rahmenbedingungen bei den Grundsicherungsstellen

3.1.1 Organisation des Fallmanagements und Betreuungsrelation

Die an der Befragung beteiligten Grundsicherungsstellen praktizierten zu knapp 30 % einen generalisierten Fallmanagementansatz und zu ca. 70 % einen spezialisierten Fallmanagementansatz⁵. Im ersten Fall wird das Fallmanagement für alle zu Betreuenden angeboten, im zweiten Fall nur für bestimmte Leistungsbeziehende. Die Betreuungsrelation (Tabelle 2) im Bereich der Beratung, Vermittlung und Betreuung der Hilfebedürftigen ist sehr unterschiedlich: Sie ist bei den jüngeren ALG II-Beziehenden (bis 25 Jahre) tendenziell niedriger als bei den ab 25-Jährigen und bei den Arbeitslosen niedriger als bei den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen insgesamt, differiert aber stark zwischen den einzelnen Einheiten. Bei ca. der Hälfte der Grundsicherungsstellen liegt der Betreuungsschlüssel⁶ bei den über 25-jährigen Hilfebedürftigen bei über 1:225, bei insgesamt 90 % über 1:150.

Tabelle 2: Betreuungsrelation im Bereich der Beratung, Vermittlung und Betreuung

	Erwerbsfähige Hilfebedürftige U25		Erwerbsfähige Hilfebedürftige Ü25		Arbeitslose U25		Arbeitslose Ü25	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Kleiner Betreuungsschlüssel (bis zu 1:75)	22	7,6	5	1,7	179	66,1	30	11,0
Mittlerer Betreuungsschlüssel (1:76 bis 1:150)	124	42,9	28	9,7	78	28,8	197	72,2
Hoher Betreuungsschlüssel (1:151 bis 1:225)	112	38,8	114	39,4	11	4,1	40	14,7
Sehr hoher Betreuungsschlüssel (über 1: 225)	31	9,6	142	49,1	3	1,1	6	2,2
Gesamt antwortende GSS	289	100	284	100	271	100	273	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage A 3.

⁵ Dies entspricht in etwa den im Untersuchungsfeld 1 der Evaluation der Experimentierklausel (Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung/Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung 2008) für Ende 2007 ermittelten Werte. Ein etwas höherer Anteil des generalisierten Fallmanagements in der hier dargestellten Befragung kann entweder durch Veränderungen der Praxis zwischen 2007 und 2009 oder durch eine leicht höhere Antwortbereitschaft bei Grundsicherungsstellen mit dieser Art der Organisation erklärt werden.

⁶ Die Betreuungsschlüssel sind auf Basis der Antworten auf Frage Nr. 3 der Befragung der Grundsicherungsstellen errechnet worden.

In Bezug auf arbeitslose Leistungsbeziehende liegt die Betreuungsrelation bei den unter 25-Jährigen in zwei Dritteln der Fälle bei unter 1:75 und entspricht damit der ursprünglich angestrebten Dimension (Deutscher Bundestag 2003: 43). Für die über 25-jährigen Arbeitslosen liegt die Betreuungsrelation in knapp drei Vierteln der Fälle (73 %) unter 1:150.

3.1.2 Spezifische Zuständigkeiten für suchtkranke Leistungsbeziehende

Bei der Betreuung von Arbeitslosengeld II-Beziehenden mit Suchtproblemen können die Grundsicherungsstellen, die über ein spezialisiertes Fallmanagement verfügen⁷, unterschiedlich vorgehen: Sie können diese Personen entweder in der allgemeinen Betreuung belassen oder dem Fallmanagement zuweisen, in dem in der Regel spezialisiertes Personal tätig ist und eine günstigere Betreuungsrelation existiert. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass in nur 15 % dieser Grundsicherungsstellen suchtkranke Personen grundsätzlich – d. h. allein aufgrund der Suchtproblematik – dem Fallmanagement zugewiesen werden (Tabelle 3). Der überwiegende Teil der Grundsicherungsstellen geht folglich nicht davon aus, dass allein das Bestehen einer Suchtproblematik die Zuweisung ins spezialisierte Fallmanagement rechtfertigt. Allerdings haben 40 % der Grundsicherungsstellen angegeben, dass die Zuweisung in besonderen Fällen erfolgt.

Tabelle 3: Zuweisung von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen zum Fallmanagement

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Grundsätzliche Zuweisung ins Fallmanagement	34	15,3
Keine grundsätzliche Zuweisung ins Fallmanagement	100	45,0
Zuweisung ins Fallmanagement nur in besonderen Fällen	88	39,6
Gesamt	222	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage B 1; N=222 (Grundsicherungsstellen, die über ein spezialisiertes Fallmanagement verfügen).

Besondere Fälle, die eine Zuweisung von Personen mit Suchtproblemen ins Fallmanagement nach sich ziehen, sind nach Angaben der 88 Grundsicherungsstellen, die eine solche Praxis angegeben haben, vor allem folgende:

- Die Suchtkrankheit ist eines von mehreren Vermittlungshemmnissen (N=58).
- Die Suchtkrankheit stellt ein Vermittlungshemmnis dar (N=9).

Dieses Verfahren orientiert sich erkennbar an den Empfehlungen der Bundesagentur zur Betreuung von Kund/inn/en im Fallmanagement (Autorengemeinschaft 2004: 11f., vgl. Kapitel 3.3.2.). Außerdem wurden zwei weitere Fallkonstellationen genannt:

⁷ Für Grundsicherungsstellen mit generalisiertem Fallmanagement erübrigt sich diese Frage.

- Die Krankheit ist sehr schwer, bzw. es besteht ein besonders dringender Unterstützungsbedarf (N=16).
- Die suchtkranke Person ist ausreichend motiviert, so dass Integrationsaussichten gesehen werden. (N=8).

Hier scheint es einerseits die Praxis zu geben, eher arbeitsmarktferne Menschen mit einer besonders schweren Suchterkrankung im Fallmanagement zu betreuen; andere Träger schalten das Fallmanagement bei suchtkranken Menschen dagegen vor allem dann ein, wenn sie trotz der Hemmnisse individuell noch Integrationschancen sehen. Im ersten Fall dominiert eher die sozialintegrative Zielsetzung des SGB II die Fallbearbeitung, im zweiten Fall lenkt der Aktivierungsanspruch des SGB II und das Primat der Erwerbsintegration die Entscheidung. Auf die letztere Strategie deutet auch ein Satz zum Fallmanagement wie der folgende, der aus einer Kooperationsvereinbarung zwischen einer Grundsicherungsstelle und den Suchtberatungsstellen der Region stammt:

„In Anbetracht begrenzter personeller und zeitlicher Ressourcen werden vor allem Personen betreut, bei denen die Beseitigung von Vermittlungshemmnissen eine hinreichende Aussicht auf Erfolg hat und bei denen noch von einer ausreichend langen Erwerbszeit auszugehen ist.“

Weitere Gründe für die Zuweisung ins Fallmanagement können auch Mehrfachsanktionierungen, Empfehlungen der Suchtberatung oder die Absicht sein, nach Abschluss einer Therapie die Weiterbetreuung zu sichern.

In 97 % der Grundsicherungsstellen werden suchtkranke ALG II-Beziehende durch Fachkräfte betreut, die nicht ausschließlich für diesen Personenkreis zuständig sind. Nur neun Grundsicherungsstellen (3 %) gaben an, dass Kund/inn/en mit Suchtproblemen durch Fachkräfte betreut werden, die ausschließlich für diese Personengruppe zuständig sind.

Tabelle 4: Verantwortlichkeiten für suchtbezogene Fragen

Mehrfachantworten Es gibt spezifische Zuständigkeiten ...	N	In Prozent der antwortenden GSS
für fachliche, einzelfallübergreifende Fragen	80	25,2
für die Planung besonderer Integrations-/ Maßnahmeangebote für Kund/inn/en mit Suchtproblemen	93	29,2
für die Begleitung von Integrations-/ Maßnahmeangeboten für Kund/inn/en mit Suchtproblemen	73	23,0
für Sonstiges	32	10,1
Es gibt keine spezifischen Zuständigkeiten	160	50,3

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage B 3; N=318.

Unabhängig davon gibt es in ca. der Hälfte der Grundsicherungsstellen weitergehende spezifische Zuständigkeiten zum Thema Sucht (Tabelle 4): In jeweils ca. einem Viertel der

SGB II-Stellen gibt es spezifische Verantwortlichkeiten für einzelfallübergreifende fachliche Fragen bzw. für die Planung und für die Begleitung von Integrations- und Maßnahmeangeboten für Kund/inn/en mit Suchtproblemen.

Darüber hinaus geben 32 Grundsicherungsstellen (10 %) spezifische Zuständigkeiten für sonstige Fragen an. Darunter wurden u. a. genannt:

- Koordination der Kooperation mit der Suchtberatung (N=10),
- Schnittstellenpartner/innen (intern), z. B. zur Reha-Abteilung der Arbeitsagentur (N=9),
- für besonderes (z. B. ausgelagertes) Fallmanagement (N=4).

3.1.3 Suchtbezogene Qualifizierung der Fachkräfte

Die Beratung und Vermittlung von Leistungsbeziehenden mit Suchtproblemen erfordert eine entsprechende Qualifikation der Fachkräfte.

Tabelle 5: Einschätzung des Schulungs- bzw. Qualifizierungsbedarf bei Fachkräften, die Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen betreuen

	Alle GSS		Mit geregelter Kooperation mit Suchtberatung		Ohne geregelte Kooperation mit Suchtberatung	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Im Großen und Ganzen sind Fachkräfte auch ohne suchtspezifische Schulung qualifiziert genug, um Kund/inn/en mit Suchtproblemen angemessen beraten und vermitteln zu können.	33	10,4	15	8,8	18	12,9
Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten noch nicht geschult, allerdings sehen wir diesbezüglich Schulungsbedarf.	93	29,4	35	20,5	57	40,7
Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten bereits geschult, es besteht aber noch weiterer Schulungsbedarf.	173	54,7	109	63,7	60	42,9
Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten bereits ausreichend geschult.	17	5,4	12	7,0	5	3,6
Gesamt	316	100	171	100	140	100
Keine Angabe	7		1		0	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 10; (Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen. Fehlende Werte in Spalten mit/ohne geregelte Kooperation beziehen sich auf die Anzahl der Grundsicherungsstellen, die Angaben zur Kooperation gemacht haben; N=312).

Dies ist zumindest die überwiegende Meinung unter den befragten SGB II-Stellen. 10 % der Grundsicherungsstellen (Tabelle 5) gehen allerdings davon aus, dass eine suchtbezogene Schulung nicht erforderlich ist.

Nur wenige Grundsicherungsstellen (5 %) sind der Auffassung, ihre Fachkräfte seien in Bezug auf die Betreuung von suchtkranken ALG II-Beziehenden bereits ausreichend geschult. Demgegenüber sieht mit 84 % die überwiegende Mehrheit der Grundsicherungsstellen (weiteren) Schulungsbedarf. In 60 % der Grundsicherungsstellen haben entsprechende Schulungen bereits stattgefunden, die aber überwiegend (55 %) noch nicht als ausreichend angesehen werden. In knapp 30 % der Grundsicherungsstellen wurden trotz bestehenden Bedarfs noch keine suchtspezifischen Schulungen durchgeführt.

Vergleicht man die Gruppe der Grundsicherungsstellen, die mit der örtlichen Suchthilfe eine geregelte Kooperation vereinbart haben, mit denen, die über entsprechende Vereinbarungen nicht verfügen, zeigen sich deutliche Unterschiede: SGB II-Stellen mit geregelter Kooperation zur Suchthilfe haben zu mehr als 70 % bereits suchtbezogene Schulungen durchgeführt, während dies mit 46 % bei weniger als der Hälfte der Grundsicherungsstellen ohne Kooperation der Fall war (Tabelle 5).

Dort, wo Schulungen bereits durchgeführt worden sind, hatten diese einen Umfang von durchschnittlich 8,5 Stunden. Überwiegend – in etwa zwei Dritteln der Fälle – dauerten die Schulungen zwischen einer und zehn Stunden (GSS-Befragung Frage J 10a).

Gegenstand der Schulungen waren unterschiedliche Themen (Tabelle 6). Nahezu bei allen ging es um die Frage, wie man Suchtprobleme bei Kund/inn/en erkennt, und wie man diese in geeigneter Weise ansprechen sollte (82 bis 96 %). Dies ist insofern naheliegend, als es sich hier um eine Schlüsselfrage handelt, die Grundlage jeder weiteren suchtbezogenen Betreuung ist. Ein zweiter Themenkomplex umfasst die Vermittlung von Kenntnissen über Suchtmittel und Suchterkrankungen und deren Behandlung (76 bis 40 %). Des Weiteren spielten Fragen der Betreuung von suchtkranken SGB II-Leistungsbeziehenden und dabei nutzbare institutionelle Netzwerke eine Rolle (42 bis 17 %). Sonstige Themen waren u. a.: Co-Abhängigkeit, Verfahren bei der Kooperation und der gemeinsamen Hilfeplanung und -durchführung, Zusammenarbeit mit den Trägern der ambulanten Eingliederungshilfe, einer Fachstelle für Wohnungserhalt und den Frauenhäusern.

Die Schulungen wurden überwiegend – in ca. 80 % der Fälle - durch eine mit der Grundsicherungsstelle kooperierende Suchtberatungsstelle durchgeführt (Tabelle 103 im Anhang), teilweise auch durch externe Expert/inn/en (40 %), den Ärztlichen oder Psychologischen Dienst der Arbeitsagentur (28 %) oder bereits geschulte Fachkräfte der eigenen Grundsicherungsstelle (11 %). Vereinzelt wurden auch andere Mitarbeiter/innen der Agentur für Arbeit, Bildungsträger, Fachärzte, Kommunikationstrainer/innen sowie Arbeitspsycholog/inn/en genannt. Unterscheidet man nach dem Vorhandensein geregelter Kooperationsbeziehungen zur Suchtberatungsstelle, zeigt sich eine ähnliche Palette an Durchführenden mit geringen Unterschieden: Die Suchtberatungsstelle führt im Fall geregelter Kooperation erwartungsgemäß häufiger die suchtspezifischen Schulungen durch als bei Grundsicherungsstellen ohne solche Vereinbarungen.

Tabelle 6: Themen, die in den suchtspezifischen Schulungen behandelt wurden

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Erkennen von Suchtproblemen in der praktischen Arbeit mit Kund/inn/en	181	95,8
Ansprechen von Kunden/Kundinnen auf ihre Suchtproblematik	156	82,5
Diagnostische Kennzeichen der Sucht	155	82,0
Überblick über legale und illegale Drogen: Wirkweise und Risiken	144	76,2
Ziele und Methoden der Suchtberatung	135	71,4
Bedeutung der Sucht für Arbeitsfähigkeit und Arbeitsleistungsvermögen	118	62,4
Bedeutung der sozialen Netzwerke für die Überwindung von Suchtproblemen	103	54,5
Rückfallrisiken für Arbeitslose nach der Suchtbehandlung	95	50,3
Häufigkeit von Suchtproblemen bei Arbeitslosen, differenziert nach Geschlecht und Suchtdiagnosen (Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente, Spielsucht usw.)	84	44,4
Ziele und Methoden der Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung)	80	42,3
Kundenvermittlung in und Kooperation mit einer Suchtberatungsstelle	79	41,8
Methode der „motivierenden Gesprächsführung“	78	41,3
Überblick über spezifische Behandlungsangebote für suchtkranke Arbeitslose	77	40,7
Deeskalationsstrategien im Beratungsprozess	76	40,2
Ziele und Methoden der Entzugsbehandlung	68	36,0
Suchtspezifisches Fallmanagement	49	25,9
Ziele und Methoden der Substitutionsbehandlung	45	23,8
Möglichkeiten und Grenzen von Arbeitsmarktintegrationsmaßnahmen für erwerbslose Suchtkranke	37	19,6
Ziele und Methoden der Adaptionsbehandlung	32	16,9
Wiederaufnahme der Kundenbetreuung während bzw. unmittelbar nach einer Suchtrehabilitationsmaßnahme	32	16,9
Suchtdiagnostische Tests	15	7,9
Sonstiges	5	2,6

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 10d; N=190 (Grundsicherungsstellen, die bereits suchtspezifische Schulungen durchgeführt hatten).

Demgegenüber werden in letztgenannten SGB II-Stellen (ohne geregelte Kooperation) Schulungen häufiger durch den Ärztlichen und Psychologischen Dienst durchgeführt (vgl. Tabelle 103 im Anhang). Gleichwohl sehen die Grundsicherungsstellen weiteren Schulungsbedarf, wie aus Tabelle 7 ersichtlich ist.

Tabelle 7: Einschätzung, ob bisherige suchtspezifische Schulungen ausreichend waren

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Völlig ausreichend	8	4,2
Eher ausreichend	43	22,6
Teils/teils	75	39,5
Eher nicht ausreichend	37	19,5
Nicht ausreichend	27	14,2
Gesamt	190	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 10e; N=190 (Grundsicherungsstellen, die bereits suchtspezifische Schulungen durchgeführt hatten).

Eine Professionalisierung bei der Betreuung suchtkranker Hilfebedürftiger kann auch durch Supervision oder kollegiale Beratung erreicht werden. Diese Praxis ist derzeit noch nicht sehr verbreitet. Weniger als die Hälfte der Grundsicherungsstellen bieten den Fachkräften, die Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen betreuen, diese Unterstützung an (Tabelle 8).

Tabelle 8: Angebot von Supervision oder kollegialer Beratung für Fachkräfte, die suchtkranke Kund/inn/en betreuen

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Nein	168	53,3
Ja	147	46,7
Gesamt	315	100
Keine Angabe	8	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 11.

Der Bedarf an Supervision ist anscheinend deutlich höher. SGB II-Stellen, die bislang weder Supervision noch kollegiale Betreuung praktizieren, geben zu ca. zwei Dritteln an, dass sie für ihre Fachkräfte einen entsprechenden Bedarf sehen (Tabelle 9).

Tabelle 9: Bedarf an Supervision in Grundsicherungsstellen, die dies bislang nicht praktizieren

		Sehen Sie für die in Ihrer Grundsicherungsstelle für Kund/inn/en mit Suchtproblemen zuständigen Fachkräfte einen Bedarf an Supervision?			
		Ja		Nein	
		N	In Prozent	N	In Prozent
Erhalten die in Ihrer Grundsicherungsstelle für Kund/inn/en mit Suchtproblemen zuständigen Fachkräfte entweder ständig oder nach Bedarf Supervision bzw. kollegiale Beratung?	Nein	106	64,2	59	35,8

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 11b N=165 (von 168 Grundsicherungsstellen, die keine Supervision oder kollegiale Beratung anbieten).

Sofern Supervision oder kollegiale Beratung für die Fachkräfte, die Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen betreuen, bereits praktiziert wird, wurde jedoch überwiegend nur ein Teil der Fachkräfte erreicht. Nur in 18 % der Grundsicherungsstellen mit Supervision und in 32 % der Grundsicherungsstellen mit kollegialer Beratung erhielten nahezu alle Fachkräfte diese Unterstützung. Im Durchschnitt konnten in diesen Grundsicherungsstellen 44 % der Fachkräfte Supervision und 63 % kollegiale Beratung nutzen, um ihr Fachwissen zu stärken und ihre Kompetenzen zu erweitern (Tabelle 10).

Tabelle 10: Anteil der suchtkranke Kund/inn/en betreuenden Fachkräfte, die mindestens einmal Supervision bzw. kollegiale Beratung erhielten

Anteil der Fachkräfte	Supervision		Kollegiale Beratung	
	N	In Prozent der antwortenden GSS	N	In Prozent der antwortenden GSS
1 – 20	47	47	22	20,6
21 – 40	7	7	13	12,1
41 – 60	24	24	13	15,9
61 – 80	13	13	15	14,0
81 – 100	23	23	38	35,5
Gesamt	100	100	107	100
Mittelwert	43,8		62,6	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 11a; N= 100 bzw. 107 (von 147 Grundsicherungsstellen, die Supervision bzw. kollegiale Beratung anbieten).

3.1.4 Regelungen, Vorgaben und Arbeitshilfen für die Betreuung suchtkranker Hilfebedürftiger

Die Arbeit der Fachkräfte kann erleichtert werden, wenn es für die Betreuung suchtkranker Kund/inn/en ein Fachkonzept, verbindliche Regelungen oder zumindest Arbeitshilfen oder Empfehlungen gibt. Gleichzeitig können auf diese Weise die Qualität der Arbeit erhöht und Verfahrensweisen vereinheitlicht werden. Zum Zeitpunkt der Befragung gab es solche Regelungen jedoch nur in einer Minderheit der Grundsicherungsstellen (Tabelle 11), während 80 % der Grundsicherungsstellen nicht über Vorgaben, Regelungen oder Arbeitshilfen für die Betreuung der suchtkranken Kund/inn/en verfügten. Sofern es geregelte Kooperationsbeziehungen zur Suchthilfe gibt, ist die Wahrscheinlichkeit, dass es entsprechende unterstützende Materialien für die Fachkräfte gibt, deutlich höher: 30 % der Grundsicherungsstellen mit geregelter Kooperation gegenüber nur 7 % der Grundsicherungsstellen ohne geregelte Kooperation verfügen über Regelungen oder Arbeitshilfen für den Umgang mit suchtkranken Hilfebeziehenden.

Tabelle 11: Grundsicherungsstellen mit verbindlichen Vorgaben und Regelungen oder Arbeitshilfen bzw. Empfehlungen für den Umgang mit Kund/inn/en mit Suchtproblemen

	Alle GSS		Mit geregelter Kooperation mit Suchtberatung		Ohne geregelte Kooperation mit Suchtberatung	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Ja	64	20,1	52	30,4	10	7,1
Nein	254	79,9	119	69,6	130	92,9
Gesamt	318	100	171	100	140	100
Keine Angaben	5		1		0	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage K 1; (Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen. Fehlende Werte in Spalten mit/ohne geregelte Kooperation beziehen sich auf die Anzahl der Grundsicherungsstellen, die Angaben zur Kooperation gemacht haben; N=312).

Ca. 70 % der verbindlichen Vorgaben und Regelungen bzw. der Arbeitshilfen und Empfehlungen liegen in schriftlicher Form vor. Die restlichen 30 % gehen auf verbindliche mündliche Absprachen und Vereinbarungen zurück.

Vorgaben und Empfehlungen (Tabelle 12) beziehen sich überwiegend auf die Kooperation mit den Einrichtungen der Suchthilfe (92 %) und den suchtspezifischen Beratungsverlauf (47 %) sowie die ärztliche Begutachtung (42 %). Darüber hinaus sind darin wichtige Einzelfragen geregelt, wie z. B. die Definition eines Suchtproblems (37 %), die Feststellung der Erwerbsfähigkeit (32 %), die Zuweisung zu einem bestimmten Geschäftsbereich oder Team (26 %), der Umgang mit Sanktionen bei Personen mit Suchtproblemen (26 %), das suchtspezifische Profiling (16 %), der Umgang mit Fördermaßnahmen (14 %). Unter „Sonstiges“

wurden u. a.: die Nutzung des Magdeburger Wegs⁸, motivierende Gesprächsführung (Kurzintervention)⁹ und Verfahrensweisen bei fehlender Einsicht und Bereitschaft benannt.

Tabelle 12: Inhalt der Vorgaben oder Empfehlungen

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe	57	91,9
Suchtspezifischer Beratungsverlauf	29	46,8
Die ärztliche Begutachtung	26	41,9
Definition, was unter Suchtproblemen verstanden wird	23	37,1
Die (Feststellung) der Erwerbsfähigkeit	20	32,3
Zuweisung von Kund/inn/en zu einem bestimmten Geschäftsbereich oder Team	16	25,8
Umgang mit Sanktionen	16	25,8
Suchtspezifisches Profiling	10	16,1
Umgang mit Fördermaßnahmen	9	14,5
Kundengruppendifferenzierung	5	8,1
Sonstiges	8	12,9

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage K 1c, N= 62 (von 64 Grundsicherungsstellen mit entsprechenden Vorgaben, Regelungen, Empfehlungen oder Arbeitshilfen).

Sofern es in den Grundsicherungsstellen Vorgaben, Regelungen oder Empfehlungen und Arbeitshilfen zur Betreuung von Leistungsbeziehenden mit Suchtproblemen gibt, überwiegen mit 57 % solche, die von den Grundsicherungsstellen selbst erarbeitet worden sind (Tabelle 13). Vorgaben und Empfehlungen der Kommune und der Bundesagentur für Arbeit wurden mit 16 % bzw. 8 % deutlich seltener genannt. Mehr als ein Drittel nannte darüber hinaus sonstige Empfehlungen.

Als Empfehlungen der Bundesagentur werden die Arbeitshilfe zu § 16 SGB II, zu Sonstigen Weiteren Leistungen (Bundesagentur für Arbeit 2008) sowie Hinweise zum beschäftigungsorientierten Fallmanagement (Autorengemeinschaft 2004) genannt. In einzelnen örtlichen Agenturen existieren – wie bei den kommunalen Trägern auch – allein oder mit Kooperationspartnern erarbeitete „Handbücher“, „Leitlinien“ oder Schulungsunterlagen zum Thema Sucht.

⁸ Danach erfolgt die Vermittlung in die Suchtrehabilitation ohne die Einschaltung einer Suchtberatungsstelle (Retzlaff/Hildebrandt 2009).

⁹ „Motivierende Gesprächsführung“ ist ein Fachbegriff und entspricht der US-amerikanischen Methode des „motivational interviewing“ von Miller/Rollnick (2005). Ziel ist es, Suchtkranke zu motivieren, sich mit der Sucht auseinanderzusetzen und ggf. in Behandlung zu gehen.

Tabelle 13: Herkunft der Vorgaben, Regelungen, Arbeitshilfen oder Empfehlungen für den Umgang mit Kund/inn/en mit Suchtproblemen

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Vorgaben bzw. Empfehlungen der Bundesagentur für Arbeit	5	8,1
Vorgaben bzw. Empfehlungen der Kommune	10	16,1
Vorgaben bzw. Empfehlungen der Grundsicherungsstelle	35	56,5
Sonstige Vorgaben bzw. Empfehlungen	22	35,5

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage K 1a, N=64 (diejenigen Grundsicherungsstellen, die über entsprechende Vorgaben, Empfehlungen und Arbeitshilfen verfügen).

Unter kommunalen Empfehlungen wurden Handlungsleitlinien, Verfahrensregeln, Informationsblätter sowie Kooperationsvereinbarungen aufgeführt. Als sonstige Vorgaben, Regelungen und Empfehlungen wurden u. a. folgende genannt: Absprachen und Verfahrensregelungen mit externen spezialisierten Einrichtungen inklusive Stellen der Suchthilfe, Arbeitshilfen für den ärztlichen Dienst zum Thema Sucht, gemeinsam mit anderen Einrichtungen erarbeitete Arbeitshilfen, Erstellung einer Datenbank zum Thema Sucht als Informationsinstrument.

In den Fällen, in denen die Grundsicherungsstelle selbst Vorgaben oder Empfehlungen erarbeitet hat, handelt es sich vor allem um Dokumente folgender Art:

- Verfahrenshinweise oder Arbeitshilfen für den Umgang mit Suchterkrankten und für die Zusammenarbeit mit den örtlichen Suchtberatungsstellen (N=19),
- Fachkonzept zum Fallmanagement und Betreuung von Leistungsbeziehenden mit multiplen Vermittlungshemmnissen (N=3).

Viele der Grundsicherungsstellen, die über verschriftlichte Verfahrenshinweise oder Leitlinien verfügen, haben diese Dokumente zugeschickt. Oft handelt es sich um Formularvordrucke, die – mit sehr ähnlichen Funktionen, zum Teil aber erheblichen inhaltlichen Unterschieden – im Zuweisungs- und Rückmeldeverfahren zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatung zum Einsatz kommen (33 Dokumente). Zu den verwendeten Formularen gehören:

- Zuweisungen zur Suchtberatung (auch „Beratungsschein“, „Berechtigungsschein“, „Überweisung“ oder „Beauftragung der Suchtberatung“ genannt): Sie richten sich entweder direkt an die Suchtberatungsstellen und kündigen an, dass jemand zur Beratung erscheinen wird; in der Regel werden sie aber den Leistungsbeziehenden ausgehändigt, die sich damit entweder an eine bereits bezeichnete Suchtberatungsstelle wenden sollen oder aus einer Liste von Beratungsstellen auswählen, bei welcher Institution sie Beratung in Anspruch nehmen wollen.
- Rückmeldebögen der Suchtberatungsstellen: Sehr unterschiedlich konkret sind die Vordrucke, mit denen Suchtberatungsstellen eine Rückmeldung an die Grundsicherungsstellen geben: Oft wird nur bescheinigt, dass jemand einen Erstberatungstermin wahrgenommen hat, in anderen Grundsicherungsstellen wird jeder einzelne Kontakt

von der Suchtberatungsstelle in einer Liste „abgezeichnet“ und bestätigt. Wieder andere Grundsicherungsstellen verwenden detaillierte Formulare, in denen anzukreuzen ist, an welchen Angeboten der Beratungsstelle jemand teilnimmt und welche Behandlungs-/Reha-Maßnahmen im Einzelfall geplant sind.

- Neben diesen sehr gängigen Vordrucken gibt es eine Reihe zusätzlicher Formulare: z. B. Prognosebögen zur Einschätzung der Erwerbsfähigkeit oder Textbausteine zur Formulierung von Eingliederungsvereinbarungen, die eine Suchtberatung festlegen.
- Einwilligung zu Datenübermittlung/Schweigepflichtsentbindung: Damit all diese Informationen weitergegeben werden dürfen, sind Einwilligungen der Kund/inn/en und Klient/inn/en erforderlich. Da es sich bei der Frage von Verschwiegenheit und Vertraulichkeit um ein Thema handelt, das sowohl Grundsicherungs- wie Suchtberatungsstellen im Rahmen der Befragung immer wieder angesprochen haben, wurden diese Dokumente gesondert ausgewertet. (vgl. Kapitel 3.1.6.3)

Elf weitere Dokumente beschreiben ausschließlich, meist in aller Kürze, den vorgesehenen Ablauf des Zuweisungsverfahrens zur Suchtberatung. Acht Dokumente haben dagegen eher den Charakter von Arbeitshilfen: Sie rekapitulieren nicht nur das Verwaltungsverfahren, sondern beschreiben Fallbearbeitung und Hilfeprozess auch unter fachlichen Gesichtspunkten. Vier dieser Arbeitshilfen beschreiben wiederum Standards rund um die Überweisung in die Suchtberatung, vier jedoch handeln das Thema „Sucht“ umfassender ab: von der Krankheitserkennung über die Motivation bis hin zu Therapie und Nachsorge. Eine Handreichung enthält neben einer ausführlichen Adressliste auch eine Übersicht über die gebräuchlichsten Suchtstoffe und ihre Wirkung. Diese acht Handreichungen zeichnen sich durch einige Gemeinsamkeiten aus:

Sie nehmen überwiegend (N=6) Bezug auf anerkannte Definitionen von Sucht und Suchterkrankungen (z. B. WHO ICD-10, Fachlexikon der Sozialen Arbeit) und betonen jeweils ausdrücklich, dass Sucht eine Krankheit sei. Sie enthalten z.T. ausführliche Kataloge (N=7) möglicher Hinweise auf Suchterkrankungen (als deren Quelle z.B. eine Broschüre der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. genannt wird) und bewerten, in welchen Fällen eine Suchtberatung angezeigt ist. Sie betonen (N=6) die hohe Bedeutung des vertrauensvollen Gesprächs zwischen dem Fallmanager oder der Vermittlerin und dem Kunden bzw. der Kundin; und eine Handreichung referiert hierzu ausführlich die Methode der motivierenden Gesprächsführung nach Miller/Rollnick (2005) („motivational interviewing“), die dazu dienen soll, bereits in der Beratung bei der Grundsicherungsstelle und vor Zuweisung in die Suchtberatung „Veränderungsbereitschaft“ herzustellen. Überwiegend (N=5) vertreten die Papiere die Auffassung, eine Behandlung der Suchterkrankung oder die Inanspruchnahme einer Suchtberatung sei nur auf freiwilliger Basis sinnvoll. Zwei Grundsicherungsstellen wiesen aber einschränkend darauf hin, dass vor allem die Suchtberatungsstellen Wert auf eine verpflichtende Eingliederungsvereinbarung legten, „um eine Beratung zu initiieren (...den Schritt über die Schwelle wagen...).“

3.1.5 Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung

Für eine gute Betreuung von suchtkranken ALG II-Beziehenden ist eine bedarfsgerechte Ressourcenausstattung mit Angeboten der Suchtberatung erforderlich. Um diese zu gewährleisten, ist eine entsprechende Planung auf der Grundlage des bestehenden Bedarfs sinnvoll. Eine Bedarfsermittlung haben bislang jedoch nur 8 % der Grundsicherungsstellen vorgenommen (Tabelle 14), bei einem Fünftel war eine Bedarfsermittlung zum Zeitpunkt der Befragung in Planung. Immerhin 72 % der SGB II-Stellen hatten jedoch weder bereits eine Bedarfserhebung vorgenommen noch eine solche geplant.

Tabelle 14: Durchführung einer Bedarfsschätzung an Suchtberatung nach § 16a SGB II seitens der Grundsicherungsstelle

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Nein, wurde bisher nicht durchgeführt	225	71,9
Bisher noch nicht, dies ist aber in Planung	64	20,4
Ja, wurde durchgeführt	24	7,7
Gesamt	313	100
Keine Angaben	10	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 10.

Die Grundsicherungsstellen haben zu dieser Frage teilweise nähere Angaben gemacht bzw. Kommentare übermittelt. Daraus ist ersichtlich, dass die Bedarfsermittlung häufig nicht in der Verantwortung der Grundsicherungsstellen liegt bzw. nicht dort gesehen wird. Einige Grundsicherungsstellen verweisen darauf, dass die Bedarfsabschätzung für die Suchtberatung nicht spezifisch für SGB II-Kund/inn/en erfolgt, sondern vielmehr der gesamte Bedarf vor Ort erhoben wird. Dafür sei das Gesundheitsamt zuständig, da ihm die Fachaufsicht über die Suchtberatung obliege. Häufig wird auf die Verantwortung des kommunalen Trägers verwiesen – auch im Fall von ARGE n, da keineswegs immer die sozial flankierenden Leistungen auf die ARGE übertragen worden sind. Vor dem Hintergrund dieser Erläuterungen erschließt sich die relativ niedrige Zahl der Grundsicherungsstellen, die selbst eine Bedarfsabschätzung vorgenommen haben. Dort, wo dies geschah, wurden als ein wichtiger Indikator für die Bedarfsabschätzungen die Wartezeiten genutzt, teilweise informieren auch die jeweiligen Suchtberatungsstellen darüber, wie groß der Bedarf ist. Nur vier Grundsicherungsstellen (ein Prozent) führen nach der Art des Suchtproblems aufgeschlüsselte Statistiken (vgl. Kapitel 4.1).

Ein ausreichendes Angebot an Suchtberatung vor Ort ist nach Angaben von ca. 70 % der Grundsicherungsstellen gewährleistet (Tabelle 15). 14 % der Grundsicherungsstellen schätzen hingegen ein, dass das lokale Angebot von Suchtberatung nicht ausreicht. Weitere 16 % können dies nicht einschätzen – vermutlich deshalb, weil auch der Bedarf nicht bekannt ist.

Sofern eine geregelte Kooperation zur Suchtberatungsstelle besteht, wird das Angebot tendenziell etwas besser eingeschätzt; für fast drei Viertel dieser Grundsicherungsstellen ist das Angebot an Suchtberatung vollkommen oder doch weitgehend ausreichend. Demgegenüber kann mit 21 % ein relativ größerer Teil der SGB II-Stellen ohne geregelte Kooperation zur Suchtberatung nicht einschätzen, ob die Angebote ausreichend sind.

Tabelle 15: Einschätzung der Verfügbarkeit ausreichender Suchtberatungsangebote vor Ort

	Alle GSS		Mit geregelter Kooperation mit Suchtberatung		Ohne geregelte Kooperation mit Suchtberatung	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Das kann ich nicht beurteilen	51	16,1	21	12,3	30	21,4
Angebote sind vollkommen oder doch weitgehend ausreichend	220	69,6	125	73,1	90	64,3
Angebote sind nicht ausreichend	45	14,2	25	14,6	20	14,3
Gesamt	316	100	171	100	140	100
Fehlend	7		1		0	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 11 (Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen. Fehlende Werte in Spalten mit/ohne geregelte Kooperation beziehen sich auf die Anzahl der Grundsicherungsstellen, die Angaben zur Kooperation gemacht haben; N=312).

Sofern die Angebote als nicht ausreichend eingeschätzt werden, wurden dafür in den entsprechenden Freitextfeldern unterschiedliche Gründe angeführt:

- Die personelle Ausstattung der Suchtberatungsstellen sei nicht ausreichend, deshalb komme es zu langen Wartezeiten (N=14)¹⁰.
- Es fehlten aufsuchende bzw. mobile Angebote, Ortsnähe sei nicht immer gegeben (N=12)¹¹.
- Es fehle an spezifischer Beratung für besondere Suchtprobleme (Spielsucht, Medikamentensucht, harte Drogen, multiple Suchterkrankung, Betreuung von Substituierten) (N=8).
- Es fehle an flankierenden Hilfen, z. B. Tagestreffs für Suchtkranke, Gruppengespräche, ambulant betreutes Wohnen (N=3).
- Die Klient/inn/en des SGB II würden nachrangig behandelt (N=2).

¹⁰ Vgl. dazu auch die Angaben zu den Wartezeiten in Kap. 6.1.1 und Tabelle 15).

¹¹ Dies wird überdurchschnittlich häufig in Flächenlandkreisen angegeben.

- Aufgrund der Fallzahlen könne zunächst nur eine „Pflichtberatung“ gewährt werden, danach Beratung nur noch für motivierte Personen (N=2).
- Es werden nur die akuten Fälle aufgegriffen und zu wenig für die Prävention getan (N=2).
- Aufgrund unzureichender Finanzierung würden Beratungsstellen geschlossen, insbesondere im ländlichen Bereich (N=2).
- Es fehle an mehrsprachigen Beratungsangeboten (N=2).

Das Angebot an Suchtberatung werden in den verschiedenen Regionen¹² sehr unterschiedlich eingeschätzt (Tabelle 16). Es zeigt sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle. In den Städten wird die Angebotssituation durchgängig überdurchschnittlich günstig bewertet. In den ländlichen Gebieten zeigt sich hingegen eine große Heterogenität.

¹² Die hier verwendete Typisierung wurde vom IAB (Rüb/Werner 2007) entwickelt.

Tabelle 16: Vorhandensein ausreichender Suchtberatungsangebote vor Ort differenziert nach SGB II-Typ

SGB II-Typ	Nicht zu beurteilen	Angebote vollkommen oder doch weitgehend ausreichend	Angebote nicht ausreichend	Gesamt
Städte West durchschnittliche Arbeitsmarktlage	0	9	0	9
In Prozent des SGB II-Typs	0	100	0	100
Städte West überdurchschnittliche Arbeitsmarktlage	2	15	1	18
In Prozent des SGB II-Typs	11,1	83,3	5,6	100
Städte West unterdurchschnittliche Arbeitsmarktlage	4	18	1	23
In Prozent des SGB II-Typs	17,4	78,3	4,3	100
Städte Ost schlechte Arbeitsmarktlage	1	14	1	16
In Prozent des SGB II-Typs	6,3	87,5	6,3	100
Vorwiegende städtische Gebiete West durchschnittliche Arbeitsmarktlage	4	16	7	27
In Prozent des SGB II-Typs	14,8	59,3	25,9	100
Ländliche Gebiete West durchschnittliche Arbeitsmarktlage	9	23	8	40
In Prozent des SGB II-Typs	22,5	57,5	20,0	100
Vorwiegend ländliche Gebiete West/Ost unterdurchschnittliche Arbeitsmarktlage	3	13	8	24
In Prozent des SGB II-Typs	12,5	54,2	33,3	100
Ländliche Gebiete West gute Arbeitsmarktlage	7	24	4	35
In Prozent des SGB II-Typs	20,0	68,6	11,4	100
Ländliche Gebiete West sehr gute Arbeitsmarktlage, saisonale Dynamik	4	28	3	35
In Prozent des SGB II-Typs	11,4	80,0	8,6	100
Ländliche Gebiete West sehr gute Arbeitsmarktlage	6	26	3	35
In Prozent des SGB II-Typs	17,1	74,3	8,6	100
Ländliche Gebiete Ost schlechte Arbeitsmarktlage	4	27	6	37
In Prozent des SGB II-Typs	10,8	73,0	16,2	100
Vorwiegend ländliche Gebiete Ost sehr schlechte Arbeitsmarktlage	7	7	3	17
In Prozent des SGB II-Typs	41,2	41,2	17,6	100
Gesamt	51	220	45	316
In Prozent	16,1	69,6	14,2	100
Keine Angabe				7

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 11; IAB 2008.

3.1.6 Vernetzung und Kooperation mit dem System der Suchthilfe

Das SGB II verpflichtet die Träger der Grundsicherung zur engen Zusammenarbeit mit anderen örtlichen Arbeitsmarktakteuren. Auf Grundlage des § 18 SGB II haben deshalb etwa zwei Drittel aller ARGEN und mehr als die Hälfte der zKT sogenannte Beiräte installiert (Fachhochschule Frankfurt am Main/Institut für angewandte Sozialwissenschaft/ Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung 2008: 72f.). Wie alle Sozialleistungsträger sollen die SGB II-Träger überdies darauf hinwirken, dass „die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderlichen sozialen Dienste und Einrichtungen rechtzeitig und ausreichend zur Verfügung stehen“ (§ 17 (1) Satz 2 SGB I), sie sollen diese aber nicht selbst schaffen, „soweit geeignete Einrichtungen und Dienste Dritter vorhanden sind, ausgebaut oder in Kürze geschaffen werden können.“ (§ 17 (2) SGB II). Vor allem die Planung und Bereitstellung abgestimmter und ausreichender Angebote erfordert strukturelle Kooperationen über die Ebene des Einzelfalls hinaus, damit die vielen einzelnen Beratungs- und Unterstützungsangebote zu einem aufeinander abgestimmten Vorgehen gebündelt werden können.

3.1.6.1 Vernetzung mit dem örtlichen Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe

Die Grundsicherungsstellen nutzen eine breite Vielfalt an Gremien und Arbeitskreisen für die Verständigung mit dem örtlichen Hilfesystem der Suchthilfe (Tabelle 17), wobei eine Reihe dieser Gremien (wie die in den meisten PsychKGs¹³ vorgesehenen Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften, die für fast 45 % der Grundsicherungsstellen Kooperation und den regelmäßigen Austausch sicherstellen) bei Inkrafttreten des SGB II bereits bestanden haben dürften. Deutlich weniger Grundsicherungsstellen (nur 18 %) nutzen dagegen den eigenen Beirat für eine Verständigung mit der Suchthilfe. Eine geringere Rolle spielen auch die örtlichen Gesundheitskonferenzen oder Gemeindepsychiatrische Verbände, die es allerdings auch längst nicht überall gibt.

Darüber hinaus zeigte sich, dass die Grundsicherungsstellen zum Austausch mit der Suchthilfe regional sehr viele unterschiedliche Arbeitskreise nutzen, die hier unter „Sonstiges“ (mit 61 % deutlich mehr als die Hälfte der Antworten) zusammengefasst sind. Mehr als ein Viertel der Nennungen belegt, dass die Grundsicherungsstellen in örtliche Strukturen der Suchthilfe eingebunden sind: Sie nehmen entweder an vielfach bestehenden Arbeitskreisen Sucht teil (N=26) oder sind an so genannten „Suchtnetzwerken“ (N=21) beteiligt. Außerdem legen sie Wert auf einen mehr oder weniger regelmäßigen und direkten Austausch mit den Suchtberatungsstellen (N=38).

¹³ (Landes-)Gesetze für Menschen mit Psychischen Krankheiten

Tabelle 17: Von Grundsicherungsstellen genutzte Gremien und Arbeitskreise für die Verständigung mit dem örtlichen Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe

Mehrfachantworten	Welche Gremien und Arbeitskreise nutzt Ihre Grundsicherungsstelle nach dem SGB II für die Verständigung mit dem örtlichen Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe?		An welchen der genannten Gremien und Arbeitskreise nimmt ein Vertreter bzw. eine Vertreterin Ihrer Grundsicherungsstelle regelmäßig teil?	
	N	In Prozent der antwortenden GSS	N	In Prozent der antwortenden GSS
Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft	122	44,5	118	50,9
SGB II-Beirat	48	17,5	-	-
Örtliche Gesundheitskonferenz	23	8,4	19	8,2
Gemeindepsychiatrischer Verbund GVP	21	7,7	20	8,6
Sonstige	167	60,9	125	53,9
Gesamt	274	100	232	100
Keine Angabe	49		91	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage 1 und 2.

Institutionalisierte Formen der Kooperation wurden dabei etwas seltener als eher informelle Kooperationsgespräche genannt, die sowohl auf Mitarbeiter- als auch auf Trägerebene stattfinden. Ein Überblick über die dazu in den Freitextfeldern genannten Gremien und Arbeitskreise gibt Tabelle 18.

Zu einem der genannten „Netzwerke“ liegt die entsprechende schriftliche Kooperationsvereinbarung vor. Neben der Grundsicherungsstelle sind in diesem „Kommunalen Suchthilfenetzwerk“, das auf eine Landesempfehlung zurückgeht (Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2005), 13 weitere Akteure zusammengeschlossen: Neben dem kommunalen Träger beteiligen sich auch die Agentur für Arbeit, Träger der Wohlfahrtspflege, die Polizei, Kliniken, die örtliche Ärzteschaft und Vertreter/inn/en der Kranken- und der Rentenversicherungsträger sowie ein/e Vertreter/in einer Selbsthilfegruppe mit dem Ziel, „für die von Suchtproblemen betroffenen Menschen (...) ein dem Schweregrad und der Verlaufsgestalt ihrer jeweils individuellen Problematik und Lebenssituation angemessenes, bedarfsgerechtes und zielgruppenspezifisches Beratungs- und Behandlungsangebot anzubieten.“

Tabelle 18: Sonstige Gremien und Arbeitskreise für die Verständigung mit dem örtlichen Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
(Un)regelmäßiger Erfahrungsaustausch nur mit (Trägern der) Suchtberatung	38	22,8
Örtlicher Arbeitskreis Sucht	26	15,6
(Un)regelmäßige Abstimmung mit mehreren örtlichen Akteuren	23	13,7
Ausdrücklich so genannte „Netzwerke“ Sucht	21	12,6
Keine Gremien	19	11,4
Kommunale Gesundheitsbehörde	16	9,6
Weitere kommunale Stellen	12	7,2
Arbeitskreise/Gremien anderer angrenzender Hilfesysteme (Hilfen für Migrant/inn/en, Wohnungslosen-/Straffälligenhilfe etc.)	10	6,0
Hilfeplanung(skonferenzen) nach § 53 SGB XII	9	5,4
(Liga der) Wohlfahrtsverbände	9	5,4
Unterarbeitskreise PSAG/andere Arbeitskreise Sozialpsychiatrie	7	4,2
Kinder- und Jugendhilfe	6	3,6
Überregionaler Arbeitskreis Sucht	4	2,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage I 1 (N=167. Grundsicherungsstellen, die sonstige Gremien und Arbeitskreise nutzen).

110 Grundsicherungsstellen (34 %) gaben an, dass darüber hinaus weitere Kooperationsprojekte zwischen Trägern und Einrichtungen der Suchthilfe und den Grundsicherungsstellen bestehen (Tabelle 19). Genannt wird überwiegend die Fortbildung zu suchtspezifischen Themen (89 %). Wenige Grundsicherungsstellen halten einen suchtbezogenen Konsiliardienst vor oder lagern das Fallmanagement an die Suchtkrankenhilfe aus.

In 75 Grundsicherungsstellen (23 %) sind weitere Kooperationsprojekte zwischen Trägern und Einrichtungen der Suchtberatung/Suchtkrankenhilfe und den Grundsicherungsstellen geplant. Auch dabei geht es wieder überwiegend um Fortbildungen zu suchtspezifischen Themen (Tabelle 19).

Tabelle 19: Weitere Kooperationsprojekte zwischen Grundsicherungsstellen und Trägern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe – realisierte und geplante Vorhaben

Mehrfachantworten	Bereits realisiert		Geplant	
	N	In Prozent der antwortenden GSS	N	In Prozent der antwortenden GSS
Fortbildungen zu suchtspezifischen Themen	98	89,1	56	74,7
Vorhalten eines suchtbezogenen Konsiliardienstes	8	7,3	3	4,0
Auslagerung des Fallmanagements bei Suchtkranken an die Suchtkrankenhilfe	4	3,6	-	-
Übernahme von Aufgaben im Rahmen der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit durch Träger der Suchtberatung/Suchtkrankenhilfe	2	1,8	3	4,0
Sonstiges	14	13,3	18	24,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage I 3 und I 4; N=110 (Grundsicherungsstellen, in denen es weitere Kooperationsprojekte zwischen Trägern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gibt) bzw. N=75 (Grundsicherungsstellen, bei denen entsprechende Kooperationsprojekte in Planung sind).

Unter „Sonstiges“ (24 %) wurden darüber hinaus der Aufbau von Netzwerken, gemeinsame Fallbesprechungen, eine gemeinsame Fallsteuerung von Drogenhilfe, Sozialhilfe und SGB II-Stelle, das Coaching von Mitarbeiter/inn/en oder die gemeinsame Konzipierung von Aktivierungsmaßnahmen genannt.

3.1.6.2 Kooperation mit der Suchthilfe

Eine Zusammenarbeit der Grundsicherungsstellen mit Diensten und Einrichtungen der Suchthilfe bildet eine wichtige Rahmenbedingung für die Betreuung der Kund/inn/en mit Suchtproblemen. Zum Zeitpunkt der Befragung hatte mit 55 % nur ein Teil der SGB II-Stellen die Kooperation mit der örtlichen Suchthilfe in irgendeiner Form geregelt (Tabelle 20). Dabei hatten zugelassene kommunale Träger mit 76 % häufiger als ARGEn (52 %) eine Regelung der Zusammenarbeit vorgenommen. Ein Fünftel der Grundsicherungsstellen verfügte über eine Kooperationsvereinbarung, nur vier Prozent über einen Vertrag nach § 17 SGB II¹⁴. Fast ein Drittel der SGB II-Stellen hatte die Kooperation mit der Suchthilfe in anderer Form geregelt.

¹⁴ Nach § 17 Abs. 2 SGB II sind die Grundsicherungsstellen im Fall von Leistung, die von einem Dritten erbracht werden, zur Vergütung für diese Leistung nur verpflichtet, wenn mit dem Dritten oder seinem Verband eine Vereinbarung insbesondere über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen, die Vergütung der Leistungen und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen besteht.

Tabelle 20: Form, in der die Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Einrichtungen der Suchthilfe geregelt ist

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Die Kooperation ist nicht geregelt	140	44,9
In Form einer Kooperationsvereinbarung	65	20,8
In Form eines Vertrags nach § 17 SGB II	13	4,2
In anderer Form	98	31,4
Gesamt	312	100
Keine Angabe	11	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage I 5; N=312 (einige Doppeltantworten bei Kooperation ist nicht geregelt und in anderer Form).

Welche Regelungen in anderer Form getroffen wurden, konnte in entsprechenden Freitextfeldern erläutert werden. Am häufigsten wurden dabei mündliche Absprachen auf der Arbeitsebene (Tabelle 21) genannt. Gegenstand der Regelungen sind u. a. die Bereitstellung der Suchtberatung durch den kommunalen Träger, die Abläufe bei Zuweisung zur Suchtberatung und die Finanzierung dieser Dienstleistung.

Tabelle 21: Sonstige Kooperationen mit der Suchthilfe

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Mündliche Absprachen/Austausch	43	43,9
Vorhaltung SB durch kommunalen Träger	31	31,6
davon: Richtlinien/Leitfaden komm. Träger	6	6,1
Festgelegtes Ablaufverfahren	14	14,3
Finanzierung der Suchtberatung (Zuwendung, Leistungsvereinbarung)	12	12,2
Im ARGE-Vertrag geregelt	2	2,0
Vereinbarung ist in Vorbereitung	8	8,2

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage I 5, N=98 (Grundsicherungsstellen, die ihre Kooperation mit der SB „in anderer Form“ geregelt haben).

Von den 129 Grundsicherungsstellen, die ergänzend zu diesen Fragen konkrete Kooperationspartner/inn/en aufführten,¹⁵ nannten 66 nur eine, 27 zwei und 36 drei kooperierende Institutionen. 50 der 179 Grundsicherungsstellen mit in irgendeiner Form geregelter Koopera-

¹⁵ Darunter waren auch acht Grundsicherungsstellen, die angegeben hatten, die Kooperation nicht geregelt zu haben.

tion machten keine Angaben dazu. Bei knapp drei Vierteln der Grundsicherungsstellen (N=94), die nähere Auskunft gaben, beschränkt sich die Kooperation mit der örtlichen Suchthilfe ausschließlich auf die Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen. Lediglich zehn Grundsicherungsstellen nennen Einrichtungen der medizinischen oder beruflichen Rehabilitation als Kooperationspartner/innen.

Unabhängig von den hier erfragten Kooperationsstrukturen gaben 81 Grundsicherungsstellen (25 %) an, mit den Suchtberatungsstellen in ihrer Region eine Leistungsvereinbarung mit Leistungskatalog vereinbart zu haben. Dies geschah in elf Fällen im Rahmen eines Vertrags nach § 17 SGB II, in 37 Fällen in Form einer Kooperationsvereinbarung. Zehn der Grundsicherungsstellen mit Leistungsvereinbarung gaben an, über keine geregelte Kooperation zur Suchtberatungsstelle zu verfügen.¹⁶ Anhand der Auswertung von Freitextantworten zur Frage nach den Inhalten der Leistungsvereinbarungen, die Grundsicherungsstellen mit Suchtberatungsstellen abgeschlossen haben, wird deutlich, dass diese oft das gesamte Leistungsspektrum der Suchtberatungsstellen umfassen. Zu den am häufigsten genannten Inhalten solcher Leistungskataloge gehören Beratung, Prävention, Vermittlung in stationäre Therapie, Vermittlung in oder Durchführung einer ambulanten Therapie, Nachsorge, psychosoziale Begleitung Substituierter und Förderung von Selbsthilfe. Nur selten werden Angebote für spezifische Zielgruppen wie junge Erwachsene oder Migrant/inn/en genannt und nur wenige (fünf) Grundsicherungsstellen nennen arbeits- oder beschäftigungsbezogene Vereinbarungen wie „psychosoziale Begleitung bei der Wiedereingliederung in Arbeit oder „Betreuung von Beschäftigungsmaßnahmen“. (Tabelle 104 im Anhang).

Einige Grundsicherungsstellen haben einen modularen Leistungskatalog mit der Suchtberatung vereinbart, der überwiegend auf einem motivierenden Erstberatungsangebot aufbaut. Im Folgenden findet sich ein Beispiel für ein sehr ausdifferenziertes vertraglich vereinbartes modulares Leistungsangebot:

- „ - Clearing
- individuelle Beratung
- Vermittlung in und Begleitung während einer Entwöhnungsbehandlung
- psychosoziale Begleitung bei Wiedereingliederung in Arbeit, Sicherung der Abstinenz- und Arbeitsfähigkeit
- Punktabstinenz / Drink-Less-Programme
- psychosoziale Begleitung bei Substitutionstherapie nach § 13 BTMG“

Zu den beschriebenen Modulen gehören auch Kurse zur Wiedererlangung des Führerscheins und Anti-Stress-Kurse. Erwähnenswert ist, dass eine Suchtberatungsstelle eine integrierte Schuldnerberatung und drei weitere die Suchtberatung in den Räumlichkeiten der Grundsicherungsstelle vorhalten.

¹⁶ Die Diskrepanz in diesen Fällen kann möglicherweise dadurch erklärt werden, dass zwar die Erbringung und Vergütung der Suchtberatung (mit dem kommunalen Träger und u. U. noch auf der Grundlage des SGB XII) fest vereinbart ist, darüber hinaus jedoch keine weiteren Verfahrensabsprachen bestehen.

Neun schriftlich abgeschlossene Kooperationsvereinbarungen lagen vollständig vor, darunter waren einmal drei und einmal zwei gleich lautende Verträge. Außerdem hatten drei Grundsicherungsstellen ihre Leistungsvereinbarungen nach § 17 SGB II für die Untersuchung zur Verfügung gestellt.

Wenn fachliche Aspekte in diesen Dokumenten auch eine Rolle spielen – so wird z. B. erneut vielfach auf die Suchtdefinition der Weltgesundheitsorganisation Bezug genommen (N=6) –, so geht es doch vor allem darum, die miteinander vereinbarten Leistungen möglichst genau zu beschreiben. Dazu gehören in den Leistungsvereinbarungen nach § 17 SGB II Verabredungen zur Laufzeit des Vertrages. Auch zwei Kooperationsvereinbarungen sind befristet, der größere Teil wird jedoch auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

Alle Dokumente enthalten einen Passus, mit dem die Ziele der Suchtberatung in eher allgemeiner Form beschrieben werden. Neun Dokumente beschreiben die fallbezogenen Leistungen genauer, wobei zwischen zwei und acht Leistungsmodule angeboten werden. Zu den weiter vereinbarten Leistungen zählen nicht nur die einzelfallbezogenen Rückmeldungen an die Grundsicherungsstellen, sondern z. T. auch die Erhebung bestimmter statistischer Daten für die Grundsicherungsstellen (Alter, Geschlecht, Nationalität der Klient/inn/en, Familienstand und Kinderzahl in einem Fall, Fallzahlen, Dauer und Intensität des Beratungsprozesses, Wartezeiten in einem anderen). Darüber hinaus finden sich Absprachen zu einer regelmäßigen, in der Regel jährlichen Berichtspflicht (N=7), zum gegenseitigen Austausch (N=7) und zur Verpflichtung der Suchtberatungsstellen, Schulungen für die Fachkräfte der Grundsicherungsstellen durchzuführen (N=3).

Sechs Grundsicherungsstellen verpflichten die Suchtberatung zu „sehr kurzen Wartezeiten“ – konkret werden Fristen zwischen einer und zwei Wochen bis zum Beginn einer Beratung vereinbart.

Einige der Dokumente enthalten konkrete Regelungen zur Finanzierung, wobei drei Finanzierungsmodelle auftreten:

- Eine institutionelle Pauschalfinanzierung (N=1),
- Finanzierung über Fallpauschalen (N=2),
- Finanzierung über Fachleistungsstunden, die mit 32 € bis 53 € vergütet werden (N=5).

Eine Kooperationsvereinbarung sagt eine Vergütung ausdrücklich auch für den Fall zu, dass ein/e Klient/in die Suchtberatung ohne vorherige Zuweisung durch die Grundsicherungsstelle aufsucht: Eine andere schließt dagegen eine Vergütung in Fällen aus, in denen jemand die Suchtberatung zwar aufsucht, aber „aus Sicht des PAp kein weiterer konkreter Handlungsbedarf besteht“. Keine besondere Vergütung solle es außerdem geben, wenn jemand „auf Hinweis des PAp im Rahmen der allgemeinen Beratung das Angebot der Suchtberatung freiwillig annimmt.“ Dies entspreche „dem bisherigen Regellangebot der Beratungsstelle.“

3.1.6.3 Information und Schweigepflicht

Zehn Grundsicherungsstellen übersandten Muster von Formularen, die verwendet werden, um die Einwilligung von Kund/inn/en zur gegenseitigen Information zwischen Grundsicherungsstelle und Suchtberatungsstelle einzuholen (vgl. Kapitel 3.1.4). Wegen der hohen Bedeutung, die sowohl Grundsicherungsstellen wie Suchtberatungsstellen dem Thema Schweigepflicht beimessen, wurden diese Unterlagen besonders gründlich betrachtet.

Vier Grundsicherungsstellen nennen als Rechtsgrundlage für die überwiegend „Schweigepflichtsentbindung“ genannte Erklärung § 67 b (1) und (2) SGB X, zwei § 203 (1), Nr. 4 StGB. Drei Grundsicherungsstellen verzichten ganz auf die Nennung einer bestimmten gesetzlichen Norm, sondern beziehen sich lediglich auf die („ärztliche oder nichtärztliche“) „Schweigepflicht“. Ein einziges Dokument nennt als Rechtsgrundlage für zwei gesonderte Zustimmungen nicht nur § 67 b (1) und (2) SGB X sowie § 203 (1), Nr. 4 StGB in Verbindung mit § 76 (1) SGB X, sondern fügt den Gesetzestext im Wortlaut auch als Anlage bei. Als Rechtsgrundlagen für eine „Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht“ werden in zwei Dokumenten außerdem § 61 SGB II sowie § 53 (3b) StPO genannt.

Je nach beteiligter Grundsicherungsstelle stimmen betroffene Kund/inn/en der Datenweitergabe in unterschiedlichem Umfang und in unterschiedlicher Reichweite zu. Eine Grundsicherungsstelle unterlässt jede Festlegung zu den Inhalten, eine zweite bleibt allgemein („alle Informationen, die für eine zielgerichtete Hilfe erforderliche sind“), alle anderen Grundsicherungsstellen bemühen sich jedoch um eine möglichst genaue Beschreibung der Datenweitergabe. Mehrfach werden „Informationen über meine Mitwirkung am Beratungsprozess“ genannt, „Informationen über den Verlauf der Beratung“ oder „Angaben über strukturellen (nicht inhaltlichen) Verlauf des Beratungsprozesses“. Außerdem sollen Informationen über „die geplanten und absolvierten Maßnahmen“, „Vermittlungshemmnisse“, „Hemmende Erfahrungen im Erwerbsbereich“, „vermittlungsfördernde Faktoren“, Beratungsziele und Hilfeplan, den „Stand der Zielerreichung“ und das Beratungsergebnis übermittelt werden.

Drei der zehn Musterformulare enthalten einen Hinweis auf ein jederzeitiges Widerrufsrecht.

Zwei Formulare enthalten zudem einen Passus, der auf mögliche Sanktionen nach § 31 SGB II hinweist. Im ersten Fall sollen sie eintreten, wenn die Zustimmung zur Schweigepflichtsentbindung bzw. zur Datenübermittlung verweigert wird, im anderen, wenn Beratungstermine bei der Suchtberatungsstelle nicht eingehalten werden. Da jedoch die Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 67 (b) SGB X freiwillig erteilt werden muss, kann die Grundsicherungsstelle nicht sanktionsbewehrt dazu verpflichten – schon gar nicht außerhalb einer Eingliederungsvereinbarung (vgl. auch Kapitel 5.2.5). Und auch im zweiten Fall „gehört“ der entsprechende Passus zur Mitarbeit an der Beratung in die EinV und kann nicht mit einer Schweigepflichtsentbindung kombiniert werden.

An einem kritischen Punkt, der von vielen Grundsicherungsstellen zudem als besonders wichtig herausgestellt wird, weisen somit einige Verfahren offensichtlich formale Mängel auf, die zunächst behoben werden müssten, damit von guter Praxis gesprochen werden kann.

3.2 Angaben zu den befragten Suchtberatungsstellen

Die Suchtberatung soll gemäß § 16a SGB II i.V. mit § 17 SGB II von Einrichtungen erbracht werden, die von den Kommunalverwaltungen mit den von ihnen beauftragten Dritten geplant, gesteuert und finanziert werden. In diesem Abschnitt werden die von den Grundsicherungsstellen als Kooperationspartner benannten Suchtberatungsstellen in ihren Grundstrukturen dargestellt.

3.2.1 Angebotspalette der Suchtberatungsstellen

Die 80 befragten Suchtberatungsstellen waren zu einem knappen Viertel (24 %) Einrichtungen, die ausschließlich Suchtberatung anbieten. Die anderen 76 % bieten neben der Suchtberatung weitere Leistungen an, darunter am häufigsten ambulante Sucht-Rehabilitation (N=20) und betreutes Wohnen (N=27). Im Bereich der Suchtarbeit führten die Beratungsstellen auch präventive Hilfen, niedrigschwellige Kontaktangebote und Nachsorge, Schulungen, die psychosoziale Begleitung Substituierter¹⁷ sowie Beschäftigungsangebote (N=9) an.

Tabelle 22: Inhalte des von der Grundsicherungsstelle erhaltenen Auftrags

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Leistungen der Suchtberatung (einschl. ggf. Vermittlung in Entzug, Sucht-Reha usw.)	78	97,5
Suchtspezifische Diagnostik	52	65,0
Leistungen der Nachsorge/Rückfallprävention nach Beendigung der Sucht-Rehabilitation	50	62,5
Mitwirkung bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit der Klientin/des Klienten	27	33,8
Weitergehende Leistungen zur Förderung der beruflichen Eingliederung	21	26,3
Sonstiges	7	8,8

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage B 1, N=80.

Auf die Frage: „Welche Leistungen umfasst in der Regel der Auftrag, den Ihre Einrichtung durch die zuweisende SGB II-Grundsicherungsstelle erhält?“ liegt erwartungsgemäß die Suchtberatung mit 97,5 % an der Spitze. Darüber hinaus geben je knapp zwei Drittel der Beratungsstellen an, dass sie mit der suchtspezifischen Diagnostik und mit Leistungen der Nachsorge nach Beendigung der Suchtrehabilitation beauftragt sind. Demgegenüber gibt nur

¹⁷ Diese ist nach § 5 BtMVV (Verordnung über das Verschreiben, die Abgabe und den Nachweis des Verbleibs von Betäubungsmitteln) substituitionsbegleitend vorgeschrieben und wird derzeit in der Regel von den Ländern finanziert.

ein Drittel an, bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit herangezogen zu werden, und ca. ein Viertel erbringt Leistungen zur Förderung der beruflichen Eingliederung (Tabelle 22).

Als weitergehende Leistungen zur Förderung der beruflichen Eingliederung wurden häufig (N=9) Beschäftigungsmaßnahmen – dabei vor allem Arbeitsgelegenheiten - genannt. Darüber hinaus wurden Suchtberatungsstellen mit der Beratung bei Bewerbungen oder zur Qualifizierung, mit der Durchführung ambulanter Rehabilitation, mit Motivationstraining, mit der Betreuung zur Sicherung der Abstinenz, mit Seminaren zum Umgang mit Alkohol im Berufsleben sowie der Vermittlung in andere Beratungseinrichtungen und in Rehabilitation beauftragt. Sonstige Leistungen sind u. a. betreutes Wohnen, psychosoziale Beratung, Vermittlung in Selbsthilfegruppen.

Zwei Drittel der Suchtberatungsstellen haben sich zur Weitergabe von personenbezogenen Informationen zu ihren Klient/inn/en und dem individuellen Beratungsverlauf verpflichtet, ein Drittel nicht (Tabelle 23).

Tabelle 23: Verpflichtung zur Weitergabe von Informationen

	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Nein	23	30,3
Ja	53	69,7
Gesamt	76	100
Keine Angaben	4	

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 6.

Am häufigsten geben die Suchtberatungsstellen an, Rückmeldungen über die Einhaltung der Termine geben zu müssen (Tabelle 24); in etwa zwei Dritteln der Leistungsvereinbarungen ist auch die Information über den Abschluss und Ergebnisse der Beratung verpflichtend. Weitere Informationspflichten gelten für geplante Hilfemaßnahmen, Ziele des Beratungsprozesses, Dauer der Beratung und Suchtdiagnose – letztere allerdings nur für ein Viertel der Fälle.

Allgemein sind in über 50 % der Kooperationsvereinbarungen (88 von 158) Regelungen zum Austausch von Informationen zur Fallsteuerung zwischen der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle, in 44 % Dokumentationspflichten festgelegt (Tabelle 106 im Anhang).

Tabelle 24: Vertragliche Pflichten der Suchtberatungsstellen bzgl. der Weitergabe von Informationen über den Beratungsverlauf

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Einhaltung Termine	63	79,7
Abschluss der Beratung	52	65,8
Ergebnis der Beratung	52	65,8
Geplante Hilfemaßnahmen	45	57,0
Ziele Beratungsprozess	34	43,0
Dauer der Beratung	29	36,7
Suchtdiagnose	19	24,1
Sonstiges	16	20,3

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 8b; N=79 (von 81 Grundsicherungsstellen, die Leistungsvereinbarungen mit Grundsicherungsstellen abgeschlossen haben).

3.2.2 Finanzierung der Suchtberatung

Die Finanzierung der Suchtberatung erfolgt überwiegend pauschal. Nur in 28 % der Fälle werden Leistungen für SGB II-Kund/inn/en gesondert abgerechnet (Tabelle 25). Rund ein Zehntel der Suchtberatungsstellen finanziert sich (auch) auf andere Art, so z. B. aus kirchlichen Eigenmitteln, Einzelvergütungen für Gutachten, dem Europäischen Sozialfonds bzw. aus Regiekosten für Beschäftigungsprojekte. Aus den Anmerkungen der Befragten zu dieser Frage wird deutlich, dass es sich in vielen Fällen um eine Mischfinanzierung handelt und die Pauschalfinanzierung durch die Kommune nur einen Teil der tatsächlichen Kosten abdeckt. Berichtet wird auch, dass mit Einführung des SGB II partiell Probleme entstanden seien, da für die Beratung der zusätzlichen Klient/inn/en keine zusätzliche Finanzierung für Personal gewährt wurde.

Tabelle 25: Regelung der Finanzierung von Suchtberatung durch Kommune

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Pauschale Finanzierung für die Suchtberatung aller Bürgerinnen und Bürger	68	86,1
Spezifische Finanzierung für durch die SGB II-Stelle zugewiesene Klientinnen und Klienten	22	27,8
Sonstiges	9	11,4

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage B 2; N=79.

Finanzielle Probleme resultierten u.a. auch daraus, dass es teilweise keine langfristigen Finanzierungsversprechen gebe, was eine Planung erschwere.

Die Mehrheit der Suchtberatungsstellen (74 %) gibt an, dass sich die finanzielle Ausstattung der Suchtberatungsstelle durch die Einführung des SGB II nicht verbessert habe (Tabelle 26). Gleichzeitig geben mehr als 70 % an, dass durch die Einführung des SGB II Klient/inn/en in die Suchtberatungsstelle gekommen sind, die den Kontakt zur Suchtberatung sonst nicht gefunden hätten (vgl. 9.2.2, Tabelle 91).

Tabelle 26: Zustimmung zur Aussage, dass sich finanzielle Ausstattung der SB-Stellen durch Zuweisung von Klient/inn/en nach § 16a SGB II verbessert hat

	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Stimme vollständig zu	7	8,9
Stimme eher zu	6	7,6
Teils/teils	8	10,1
Stimme eher nicht zu	8	10,1
Stimme gar nicht zu	50	63,3

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 1.7; N=79.

3.3 Zur Diskussion der empirischen Ergebnisse

Es gibt für die oben beschriebenen Rahmenbedingungen der Grundsicherungsstellen für die Betreuung suchtkranker Hilfebeziehender keine allgemein gültigen Qualitätsstandards oder Bewertungskriterien. Die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen sind eng verbunden damit, was die Akteure – die Grundsicherungsstellen und die Einrichtungen der Suchthilfe – für Auffassungen über eine gute Praxis bei der Betreuung ihrer Kund/inn/en haben. Es gibt in der Fachdiskussion dazu eine Reihe kontroverser Diskussionen. Daraus wird u. a. ersichtlich, dass gute Praxis in ihrer Ausformung durchaus unterschiedlich sein kann. Insofern kann allein auf Grundlage der Befragungsergebnisse keine Bewertung vorgenommen werden. Gleichwohl sollen im Folgenden unter Heranziehung wissenschaftlicher Beiträge aus der Arbeitsmarkt- und Suchtforschung die vorliegenden Befunde kommentiert werden.

3.3.1 Organisation des Fallmanagements und Betreuungsrelation

Sowohl organisatorische Entscheidungen zur Arbeitsteilung zwischen Vermittlung und Fallmanagement wie auch die Betreuungsrelation können die Betreuung der suchtkranken Leistungsbeziehenden insofern beeinflussen, als dafür je nach Situation unterschiedliche zeitliche Ressourcen bereitstehen. Während im Fall der Organisation des Fallmanagements grundsätzlich auf beiden Wegen – dem generalisierten und dem spezialisierten – eine den

suchtspezifischen Anforderungen entsprechende Betreuung möglich ist¹⁸, dürfte es in Bezug auf die Betreuungsrelation einfacher sein, eindeutige Qualitätsstandards zu formulieren: Je weniger Personen eine Fachkraft zu betreuen hat, desto stärker kann sie sich um die individuellen Bedarfe kümmern und passgenaue Hilfen entwickeln. Im Gesetzentwurf zum Vierten Gesetz für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt wurde ein Betreuungsschlüssel von Fallmanager/inn/en zu Arbeitslosen im Verhältnis von 1:75 vorgesehen. Diese Zahl ging auf Ergebnisse der Modellprojekte MoZArT¹⁹ und FAIR²⁰ zurück, die zeigten, „dass durch den verstärkten Personaleinsatz und individuelle Eingliederungskonzepte [...] Langzeitarbeitslosigkeit trotz genereller negativer Entwicklungen am Arbeitsmarkt abgebaut werden kann.“ (Deutscher Bundestag 2003: 43). Die Bundesagentur für Arbeit hat für ihren Bereich (ARGE n und gAw) in der Personalsollkonzeption für das Jahr 2005 in Abstimmung mit dem damaligen Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit Orientierungsgrößen definiert. Als politische Referenzwerte wurden in dieser Personalsollkonzeption Betreuungsschlüssel von 1:75 für die Vermittlung der unter 25-Jährigen und 1:150 für die Vermittlung der über 25-Jährigen festgelegt (Bundesregierung 2006: 3). Für das Jahr 2008 lag der durchschnittliche Betreuungsschlüssel im Bereich der unter 25-Jährigen bei 1:92 und im Bereich der über 25-Jährigen bei 1:165 (Bundesregierung 2008: 2).

Die in der Befragung ermittelten Betreuungsschlüssel variieren erheblich und erreichen in Bezug auf die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen nicht die von der Bundesregierung ausgewiesenen günstigen Werte; vielmehr werden diese nur bei den arbeitslosen Leistungsbeziehenden annähernd erreicht²¹. Auch wenn man annehmen kann, dass arbeitslose Leistungsbeziehende durch die Grundsicherungsstellen intensiver betreut werden als nicht arbeitslose, ändert die vergleichsweise günstigere Betreuungsrelation bei Arbeitslosen nichts an dem grundsätzlichen Mangel an zeitlichen Ressourcen im Betreuungsprozess. Auch stellt sich die Frage, ob und wie intensiv eine nicht arbeitslose hilfebedürftige Person mit Suchtproblemen im Rahmen des SGB II eine Unterstützung erhält, dies insbesondere deshalb, weil erstens ein Teil dieser (nicht arbeitslosen) Hilfebedürftigen dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen muss, mithin eine Suchtkrankheit kaum als (zu bearbeitendes) Vermittlungshemmnis identifiziert werden dürfte, und zweitens die Zielvereinbarungen stark auf die Integration in

¹⁸ Dies dürfte entscheidend davon abhängen, ob und in welchem Ausmaß bei einem generalisierten Fallmanagement eine entsprechend notwendige umfassende Schulung der Fachkräfte und ggf. interne Spezialisierungen auf besondere Kundenbedarfe erfolgen.

¹⁹ Bundesmodellprojekt (2001 bis 2003) „Modellvorhaben zur Verbesserung der Zusammenarbeit von Arbeitsämtern und Trägern der Sozialhilfe“. Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.) 2004: MoZArT – Neue Strukturen für Jobs. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. BMWA Dokumentation Nr. 541, Berlin.

²⁰ Modellprojekt der Bundesagentur für Arbeit (2002 bis 2005): „Förderung der Arbeitsaufnahme – integriert und regulär“. Vgl. Thomas Kruppe (Hrsg.) 2008: Mehr Vermittlungen durch mehr Vermittler? Ergebnisse des Modellversuchs „Förderung der Arbeitsaufnahme“ (FAIR). IAB-Bibliothek 312. Nürnberg.

²¹ Dies kann an jedoch an Messfehlern liegen. Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass die einzelnen Grundsicherungsstellen bei der Ermittlung der Betreuungsrelation unterschiedlich vorgegangen sind.

Erwerbsarbeit als Erfolgskriterium orientieren. Diese Frage ist auch in der Fachdiskussion derzeit unterbelichtet.²²

Die große Varianz bei der Betreuungsrelation verweist auf das Problem regional sehr unterschiedlicher Bedingungen. Die teilweise extrem hohe zeitliche Belastung der Fachkräfte – z. B. bei den 49 % der Grundsicherungsstellen mit einem Betreuungsschlüssel von über 1:225 bei den über 25-jährigen Hilfebedürftigen – dürfte sich insbesondere zu Lasten solcher Personengruppen auswirken, die einen besonderen Betreuungsbedarf haben, wie u. a. Personen mit Suchtkrankheiten und -problemen. Dies kann jedoch verhindert werden, wenn für diese Personengruppe besondere Betreuungsstrukturen geschaffen werden, die sich von der allgemeinen Betreuung u. a. dadurch unterscheiden, dass den Fachkräften mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen.

3.3.2 Spezifische Zuständigkeiten für Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen

Auf die Frage, ob eine hilfebedürftige Person mit Suchtproblemen generell dem (spezialisierten) Fallmanagement zugewiesen oder durch spezifisch dafür zuständiges Personal betreut werden soll, gibt es in der Fachdiskussion keine eindeutige Antwort. Das Fachkonzept „Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im SGB II“ empfiehlt eine Übernahme in das beschäftigungsorientierte Fallmanagement dann, „wenn ein erwerbsfähiger Hilfebedürftiger drei abgrenzbare schwerwiegende Vermittlungshemmnisse aufweist, die in seiner Person und/oder Bedarfsgemeinschaft begründet sind und eine Beschäftigungsintegration ohne Prozessunterstützung durch ein Fallmanagement nicht erreicht oder erheblich verzögert würde.“ (Autorengemeinschaft 2004: 11f.). Abweichungen von dieser Zugangsdefinition seien angezeigt, wenn bei Neuzugängen auf der Basis eines abgesicherten Profiling das Risiko der Langzeitarbeitslosigkeit erkennbar und durch Prozessunterstützung des Fallmanagements die Wahrscheinlichkeit des Eintritts minimiert werden kann (ebda: 12).

Die überwiegende Praxis der Grundsicherungsstellen, Hilfebedürftige nicht allein aufgrund eines einzigen Merkmals – der Suchtkrankheit – dem Fallmanagement zuzuweisen, ist somit durch die Fachdiskussion gedeckt. Gleiches trifft auf die verbreitete Praxis zu, eine Zuweisung ins Fallmanagement dann vorzunehmen, wenn ein besonders dringender Unterstützungsbedarf besteht. Eine Suchtkrankheit stellt für sich genommen keineswegs immer ein Vermittlungshemmnis dar, das eine zusätzliche vermittlungsbezogene Betreuung rechtfertigt oder erforderlich macht. Allerdings gehen Suchtprobleme häufig mit weiteren Problemen einher, wie z. B. Schulden oder psychischen Probleme (vgl. Kapitel 4.3). Eine offene Frage ist, wie die konkrete Praxis in den 34 Grundsicherungsstellen aussieht, die angeben, Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen grundsätzlich dem Fallmanagement zuzuweisen. Hier wäre interessant, welche spezifische Betreuung diese Personen dort erfahren. Ebenso interessant wäre eine Untersuchung der Praxis in den neun Grundsicherungsstellen, die Hilfe-

²² Auch stellt sich die Frage danach, ob und in welchem Umfang die Kommunen Suchtberatungsstellen nutzen, um suchtmittelkonsumierende, nichterwerbsfähige Sozialhilfeempfänger/innen (wieder) so weit arbeitsfähig zu machen, dass sie (wieder) zu Beziehern von ALG II werden (Kern o.J.: 2).

bedürftige mit Suchtproblemen durch solche Fachkräfte betreuen lassen, die ausschließlich für diese Personengruppe zuständig, also auf das Suchtproblem spezialisiert sind.²³

Eine weitere Frage ist die, ob es in den Grundsicherungsstellen Verantwortlichkeiten für das Thema Sucht gibt - z. B. eine verantwortliche Person, die als Koordinator/in zur Organisation der verschiedenen Prozessschritte (Profiling und Erkennen der Sucht, Zuweisung zur Suchtberatung, Konzipierung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen usw.) fungiert. Hier gilt es aus Sicht der Suchthilfe und der Suchtrehabilitation als gute Praxis, wenn in den SGB II-Stellen klare Zuständigkeiten für die Förderung und Beratung von Menschen mit Suchtproblemen bestehen (Fachverband Sucht 2006: 1, Deutscher Landkreistag 2008²⁴). Vor diesem Hintergrund scheint es problematisch, dass in der Hälfte der Grundsicherungsstellen bislang solche Zuständigkeiten gar nicht bestehen. Dort, wo entsprechende Zuständigkeiten existieren, betreffen sie häufig nur besondere Aspekte der Betreuung, d. h. eine ganzheitliche Konzipierung des Umgangs mit Suchtkranken ist in den meisten SGB II-Stellen (noch) nicht gegeben.

Unter den Grundsicherungsstellen mit spezifischen Verantwortlichkeiten für „Sonstiges“ sind vier, die ein besonderes Fallmanagement für suchtkranke Kund/inn/en vorsehen und dies zum Teil an die Suchtberatungsstelle auslagern, zwei haben eigene Fachstellen bzw. die Suchtberatung „im Haus“. Dies sind unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Umsetzung desselben Ziels, wodurch deutlich wird, dass in Abhängigkeit von der jeweiligen örtlichen Situation sehr unterschiedliche Lösungen gefunden werden können.

3.3.3 Suchtbezogene Qualifizierung der Fachkräfte in den Grundsicherungsstellen

In Bezug auf die suchtspezifischen Qualifikationen dürften die Ausgangsbedingungen vor Ort sehr unterschiedlich gewesen sein. Einflussfaktoren dafür sind z. B. die Tradition der Zusammenarbeit zwischen dem vorher zuständigen Sozialhilfeträger und der Suchtberatung oder die Einstellungspraxis bei den Grundsicherungsstellen²⁵. Die suchtspezifische Qualifikation der Fachkräfte kann durch die gezielte Schulung und Qualifizierung des in den Grundsicherungsstellen beschäftigten Personals entwickelt und im Zeitverlauf weiter verbessert werden.

Es ist unstrittig, dass suchtspezifische Kenntnisse der Fachkräfte eine wichtige Voraussetzung für eine qualitativ gute Betreuung der Hilfebedürftigen darstellen. So formulierte der Deutsche Landkreistag in seinen Leitlinien zur Umsetzung der sozialen Leistungen nach SGB II:

„Für die zielgerichtete Erbringung von sozialen Leistungen im Einzelfall sind besondere Kenntnisse und eine besondere Kompetenz des Fallmanagements erforderlich. [...] Die Eingliederung

²³ Die Schnittmenge liegt bei sechs Grundsicherungsstellen, die beides praktizieren.

²⁴ Dies war auch die einhellige Meinung auf dem Expert/inn/enworkshop.

²⁵ So können bei der Auswahl des Personals mit Blick auf die besondere Betreuung von Zielgruppen eher Sozialarbeiter/innen oder Diplom-Pädagog/inn/en oder aber eher Verwaltungsfachleute u. ä. Berufsgruppen berücksichtigt worden sein.

beispielsweise von Suchtmittelabhängigen ist ohne spezielle Fachkenntnisse nicht möglich. Schon die Feststellung, welche Sucht zu welchen Vermittlungshindernissen führt, bedarf differenzierter Fachkenntnis.“ (Deutscher Landkreistag 2008: 14).

Schulungen sollten nach Auffassung des Deutschen Landkreistags folgende Mindestinhalte umfassen:

- Anamnese/Erkennen von Suchterkrankungen,
- Kenntnis über fachspezifische Inhalte, Krankheitsbilder und -folgen,
- Behandlungs- und Lösungsmöglichkeiten,
- Kenntnisse in Gesprächsführungstechniken,
- Erfolgsaussichten in der Beratung/Behandlung Suchtkrankter (ebda: 14).

Diese Position stellt in der Fachdiskussion tendenziell einen Konsens dar. Der Fachverband Drogen und Rauschmittel/Paritätischer Gesamtverband betont insbesondere die Notwendigkeit, Fähigkeiten zur „motivierenden Gesprächsführung“ herauszubilden, was vor allem bei der Betreuung der unter 25-jährigen Kund/inn/en sehr wichtig sei (Fachverband Drogen und Rauschmittel/Paritätischer Gesamtverband 2004: 6). Ein Papier der Caritas geht von einem Mindestumfang der suchtbetragenen Schulungen für SGB II-Fachkräfte von eineinhalb Tagen aus (Bürkle u.a. 2008: 381). Schulungsangebote liegen in Form von Rahmenkonzepten vor (u. a. Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. 2005). Die Bundesagentur für Arbeit sieht in der Mitarbeiter/innenqualifizierung – darunter in Form der Vermittlung suchtspezifischen Wissens und Techniken der Gesprächsführung, in Form von Supervision und Praxisberatung – ein wichtiges Kriterium guter Praxis (de Jonge 2009).

Gemessen an diesen Kriterien zeigen die Befragungsergebnisse einen erheblichen Nachholbedarf. Zum einen erscheint problematisch, dass immerhin ein Zehntel der Grundsicherungsstellen die Auffassung vertritt, dass eine suchtbetragene Qualifizierung der Fachkräfte nicht erforderlich und diese vielmehr auch ohne entsprechende Schulungen qualifiziert genug seien, um Hilfebedürftige mit Suchtproblemen angemessen beraten und vermitteln zu können. Zum anderen belegen die Befragungsergebnisse einen erheblichen (weiteren) Schulungsbedarf, der zwar häufig erkannt wurde, aber keineswegs immer auch zu praktischen Konsequenzen führte. Wenn in einem knappen Drittel der Grundsicherungsstellen trotz erkannten Bedarfs noch keine Schulungen stattgefunden haben, stellt sich die Frage nach den Gründen dafür. Eine Teilantwort mag darin liegen, dass Grundsicherungsstellen mit geregelter Kooperation mit der zuständigen Suchtberatungsstelle in Bezug auf die Schulung und Qualifizierung ihrer Fachkräfte deutlich besser sind, aber bislang solche Kooperationsbeziehungen längst nicht überall existieren. Suchtberatungsstellen sind überdurchschnittlich häufig diejenigen, die die Schulungen in den Grundsicherungsstellen durchführen. Inhalt und Umfang der durchgeführten Schulungen entsprechen tendenziell dem, was in der Fachdiskussion empfohlen wird.

Eine Professionalisierung und Kompetenzerweiterung kann auch erreicht werden, wenn solche Instrumente wie Supervision oder kollegiale Beratung eingesetzt werden. Neben einer

psychischen Entlastung strebt Supervision die Erhöhung der Professionalität der Beteiligten und eine Verbesserung von institutionellen Rahmenbedingungen an, vermittelt neue Handlungsperspektiven in schwierigen Situationen und hilft, Einsicht zu gewinnen in Mechanismen, Handlungszusammenhänge sowie Interpretations- und Bewertungsmuster (Schlee/Mutzeck 1996: 12ff.). Kollegiale Beratung ist ein kostengünstiges Verfahren, die Zusammenarbeit und den inhaltlichen Austausch von Fachkräften zu fördern. Auch in Bezug auf diese Formen ist die Praxis in den Grundsicherungsstellen noch nicht weit fortgeschritten, sie werden bisher in weniger als der Hälfte der SGB II-Stellen genutzt, obwohl der Bedarf dafür sehr wohl gesehen wird. Auch hier stellt sich die Frage nach den Gründen dafür, zumal es sich bei der kollegialen Beratung um ein Instrument handelt, das kaum zusätzliche Ressourcen erfordert.

3.3.4 Regelungen, Vorgaben und Arbeitshilfen

Zu guter Praxis bei der Gewährung sozialer Dienstleistungen gehören klare Verfahrensregeln, Transparenz und definierte Qualitäts- oder Mindeststandards. Für die Fachkräfte in den Grundsicherungsstellen können Fachkonzepte bzw. Empfehlungen oder Arbeitshilfen sehr hilfreich sein und ihnen Sicherheit bei ihren Entscheidungen vermitteln. Der Deutsche Landkreistag empfiehlt explizit die Erarbeitung eines Fachkonzepts gemeinsam mit den Beratungs- und Anlaufstellen vor Ort (Deutscher Landkreistag 2008: 13). Bei der Erarbeitung entsprechender Empfehlungen geht es auch darum, gemeinsam Ideen zu entwickeln, wie man eine gute Betreuung organisieren kann. Es geht nicht primär um Vorgaben im Sinne von Anweisungen, sondern um die Erarbeitung und Festschreibung gemeinsam erarbeiteter Positionen.

Ein solches Vorhaben benötigt Zeit. In einer der vorliegenden Arbeitshilfen wird das Zustandekommen der Handreichung beschrieben: Die Vereinbarung einer Kooperation zwischen Grundsicherungsstelle und Suchtberatungsstellen im Jahr 2004 habe zu regelmäßigen Gesprächen geführt, die zeigten, dass die Nutzung und Inanspruchnahme der Suchtberatung durch die Grundsicherungsstelle gemessen an Schätzungen über die Zahl suchtkranker ALG II-Beziehender zu gering sein musste. Ein Arbeitskreis Sucht wurde gegründet, er befasste sich mit der Bedarfsermittlung und befragte ausführlich alle Fachkräfte der Grundsicherungsstelle. Aber erst 2009 war die besprochene Arbeitshilfe fertiggestellt.

Bislang verfügt nur eine Minderheit der Grundsicherungsstellen über entsprechende Konzepte oder Arbeitshilfen für die Betreuung suchtkranker Kund/inn/en. Dies sind überwiegend solche SGB II-Stellen, bei denen eine geregelte Kooperation mit der Suchtberatungsstelle besteht. Dies ist kein Zufall, da sich ein großer Teil der Regelungen und Empfehlungen auf die Zusammenarbeit mit den Suchtexpert/inn/en in den Beratungsstellen bezieht. Sofern man eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema organisiert, braucht man die Kooperation und umgekehrt.

Die von einigen Grundsicherungsstellen genannten Vorgaben bzw. Empfehlungen der Bundesagentur können – ebenso wie die Leitlinien des Deutschen Landkreistages, die Handreichung des Paritätischen Gesamtverbands u. ä. – den Ausgangspunkt für die Diskussion der Vorgehensweisen vor Ort bilden, die Erarbeitung eines eigenen Fachkonzepts jedoch kaum

ersetzen. Vielmehr erscheint es notwendig, die allgemeinen Prinzipien guter Praxis bei der Betreuung Suchtkranker unter den vor Ort gegebenen konkreten Bedingungen umzusetzen und dabei unter Einbezug aller mitwirkenden Akteure praktische Verfahrensregeln zu entwickeln und festzuschreiben. Es ist nicht gesagt, dass die Grundsicherungsstellen dabei federführend sein müssen. Vielmehr zeigt das oben beschriebene Beispiel eines Suchthilfenetzwerkes in kommunaler Regie dass es für die Grundsicherungsstellen auch lohnen kann, sich in die bestehenden örtlichen Strukturen einzubringen, und Standards, auf die sich lokale Akteure bereits verständigt haben, als Vorgaben für die eigene Arbeit zu nutzen.

3.3.5 Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung

Eine bedarfsgerechte Ressourcenausstattung ist für eine gute Betreuung von suchtkranken Hilfebedürftigen unverzichtbar. Doch der sozialrechtlich anerkannte Bedarf ist keineswegs eine feste Größe, die objektiv ermittelt werden könnte. Welche Ressourcen im Bereich des SGB II für eine aus Sicht der Akteure bedarfsdeckende Betreuung suchtkranker Menschen zur Verfügung stehen müssen, hängt vielmehr davon ab, wie sie verschiedene Fragen beantworten: Sollen ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stehen, um allen suchtkranken Empfänger/innen von Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II ein Beratungsangebot machen zu können? Oder wird angenommen, dass nur ein Teil der ALG II beziehenden suchtkranken Menschen ein solches Angebot sinnvoll nutzen kann? Wird Suchtberatung unter sozialintegrativen Gesichtspunkten als Stabilisierungsangebot auch in Fällen eingesetzt, wo eine Erwerbsintegration zurzeit nicht in Rede steht, oder wird sie selektiv vor allem eingeschaltet, wo Arbeit in Aussicht ist? Wird eine kostendeckende Refinanzierung des Angebots für die Träger der Suchtberatung angestrebt oder wird der Einsatz von Eigenmitteln erwartet? Soll in Prävention investiert werden oder in die Bearbeitung des Problems? Was lassen die kommunalen Finanzen zu?

Die Bundesagentur für Arbeit (2009a) beschreibt das Vorliegen von Regelungen, die bedarfsbezogene Planungen ermöglichen, als ein Kriterium guter Praxis. Wenn bislang nur 8 % der SGB II-Stellen eine Bedarfserhebung bzw. zumindest eine Bedarfsschätzung durchgeführt haben und in fast drei Viertel der Fälle eine Bedarfserhebung noch nicht einmal geplant ist, erscheint dies auf den ersten Blick als problematisch. Die Antworten der Grundsicherungsstellen zeigen jedoch einerseits, dass sich eine Bedarfsplanung nicht auf die SGB II-Klientel beschränken darf und (deshalb) nicht primär in der Verantwortung der Grundsicherungsstellen liegen kann. Sofern die Verantwortung der Grundsicherungsstellen gesehen wird, weisen die Antworten darauf hin, dass eine Bedarfsermittlung in der Verantwortung des kommunalen Trägers – also im Fall der ARGE n bei nur einem der ARGE-Partner – liegt. Insofern kann die tatsächliche Situation besser sein, als es die Befragungsdaten ausdrücken. Der Deutsche Landkreistag (2008a: 7) sieht die Verantwortung für den Planungsprozess bei der Kommune, die die regionalen Akteure, darunter die SGB II-Stellen, darin einbeziehen sollte.

Andererseits weisen Grundsicherungsstellen darauf hin, dass es sich bei der Suchtberatung um ein etabliertes Arbeitsfeld handele, in dem verlässliche Schätzungen zum Ausmaß des Problems bereits seit einiger Zeit existieren. In Wirklichkeit ist es wohl so, dass auch die hier

vorliegenden suchtbezogenen Bedarfsschätzungen noch recht lückenhaft sind (vgl. Tabelle 14) Gegebenenfalls notwendige Anpassungen der Beratungskapazität können also kaum systematisch erfolgen.

Interessant wäre es herauszufinden, wie die 24 Grundsicherungsstellen, die eine Bedarfserhebung durchgeführt haben, dies gemacht haben. Die schriftlichen Rückmeldungen lassen erkennen, dass es Bedarf an der Vermittlung eines entsprechenden Know-hows gibt. So formulieren zwei SGB II-Stellen explizit die Frage, wie eine Bedarfsplanung umgesetzt werden könne, und äußern Interesse an einem entsprechenden Erfahrungsaustausch.

Die Einschätzung der Grundsicherungsstellen in Bezug auf die Ressourcenausstattung mit Suchtberatung zeigt ein tendenziell günstiges Bild. Gleichwohl wird auch deutlich, dass das Angebot teilweise nicht ausreicht (14 %). Insbesondere fehlt es partiell an ortsnahen oder mobilen Angeboten, was offenkundig auf ein Problem im ländlichen Raum hinweist. Bei einem Drittel der Grundsicherungsstellen bestehen Wartezeiten bis zum Beginn der Beratung. Darüber hinaus zeigen die in den Freitextfeldern vorgenommenen schriftlichen Rückmeldungen der Grundsicherungsstellen weitere Defizite im Hinblick auf Ressourcen für bestimmte Suchterkrankungen (Spielsucht, Medikamentensucht), für Migrant/inn/en und in Bezug auf die Intensität der Betreuung. Deutlich wird zudem, dass die Suchtberatungsstellen vorhandene Defizite in der Ressourcenausstattung auf Finanzierungsengpässe zurückführen: knapp die Hälfte schildert, häufig oder manchmal Probleme mit der Finanzierung der von der Grundsicherungsstelle geforderten Leistungen zu haben (vgl. Kapitel 9).

Eine offene Frage ist, ob und in welcher Weise zwischen der Bereitstellung von Suchtberatungsangeboten für SGB II-Beziehende und für sonstige Klient/inn/en unterschieden werden sollte. Aktuell werden ALG II-Beziehende – je nach Regelungen vor Ort – vorrangig, gleich oder sogar nachrangig behandelt (vgl. Kapitel 6.1). Im Fall nicht ausreichender Kapazitäten dürfte eine vorrangige Behandlung bestimmter Kund/inn/engruppen mit erheblichen Nachteilen für die anderen Personen, die diese Dienstleistung benötigen, verbunden sein. Grundsätzlich kann es nur darum gehen, die vor Ort verfügbaren Kapazitäten am vorhandenen Bedarf auszurichten, d. h. gegebenenfalls auszuweiten.

3.3.6 Vernetzung der Grundsicherungsstellen mit dem System der Suchthilfe

Der Netzwerkgedanke steht für ganzheitliche Unterstützungsangebote, eine Bündelung der Kompetenzen und ein verzahntes Vorgehen bei effizientem Ressourceneinsatz. Zur guten Praxis gehört deshalb eine wie auch immer geartete Zusammenarbeit mit dem örtlichen System der Suchthilfe. Hier zeigen die Befragungsdaten eine breite Vielfalt von Formen der Kooperation in unterschiedlichsten Gremien und Arbeitskreisen, die durch eine Reihe informeller Formen wie Erfahrungsaustausche und mündliche Absprachen ergänzt werden. Häufig konnte dabei offensichtlich auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen werden. Nicht zufällig spielen Fragen der suchtbezogenen Qualifizierung eine wichtige Rolle im Kontext der Zusammenarbeit mit dem örtlichen Suchthilfesystem, denn hier liegen erhebliche Ressourcen, auf die zudem aufgrund des gemeinsamen Interesses an einer abgestimmten

Vorgehensweise bei der Betreuung suchtkranker Leistungsbeziehender relativ leicht zugegriffen werden kann.

Wenngleich eine enge Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und dem System der Suchthilfe eine unabdingbare Voraussetzung (und gleichzeitig ein Indikator) für gute Praxis ist, sind entsprechende Vereinbarungen bislang nur von etwas mehr als der Hälfte der Grundsicherungsstellen geschlossen worden. Dass dies bei den zugelassenen kommunalen Trägern häufiger der Fall ist als bei den ARGEn, lässt sich durch die kommunale Zuständigkeit für beide Bereiche erklären.

Die Formen der Regelung der Kooperation sind überwiegend weicher Natur und umfassen Absprachen, Verfahrensregelungen u. ä. Nur ein kleinerer Teil hat schriftliche Kooperationsvereinbarungen oder gar einen Vertrag nach § 17 SGB II geschlossen. In der Fachdiskussion wird hingegen eher für eine schriftliche Vereinbarungen und tendenziell für einen Vertrag nach § 17 SGB II plädiert: „Für die zielgerichtete Erbringung von sozialen Leistungen ist es erforderlich, die Zusammenarbeit zwischen den Kommunen, den SGB II-Einrichtungen und den gegebenenfalls beteiligten externen Leistungserbringern klar und verbindlich zu Regeln und schriftlich zu fixieren.“ (Deutscher Landkreistag 2008: 9). „Die schriftliche Definition der Inhalte der Leistungsprozesse ist fachlich geboten und im Rahmen einer Zuwendungs- und Abrechnungsvereinbarung unumgänglich.“ (ebda: 12). Auch der Fachverband Drogen und Rauschmittel/Paritätischer Gesamtverband hebt als (dringende) Empfehlung für gute Praxis hervor, dass eine Leistungsvereinbarung mit der Suchthilfe vertraglich abzuschließen ist, die mindestens a) Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen, b) die Vergütung/Finanzierung und c) Effizienz- und Qualitätsprüfung regelt (Fachverband Drogen und Rauschmittel/Paritätischer Gesamtverband 2004). Die Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker (FAIRE) am IWS der Fachhochschule Koblenz hat einen Mustervertrag zur Leistungsvereinbarung gemäß § 17 Abs. 2 SGB II entwickelt (Fachstelle FAIRE Fachhochschule Koblenz 2009). Gleichwohl kann ein Vertrag nur die Grundlage einer Zusammenarbeit bilden. Viel hängt letztlich davon ab, wie die Umsetzung der vertraglichen Regelungen erfolgt. So war die einhellige Meinung auf dem Expert/inn/enworkshop: Entscheidend sei, dass die Kooperation auch gelebt werde.

Von einer echten Vernetzung der Grundsicherungsstellen mit dem System der Suchthilfe kann trotz einer Fülle bereits bestehender Regelungen derzeit vor allem deshalb nicht gesprochen werden, weil sich die geregelten Kooperationen fast ausschließlich auf bilaterale Absprachen mit Suchtberatungsstellen beschränken, deren Einbeziehung gesetzlich vorgeschrieben ist. Eine darüber hinausgehende Beteiligung z.B. an kommunalen Netzwerken ist den Befragungsergebnissen zufolge offensichtlich ebenso selten wie geregelte Kooperationen mit Einrichtungen der medizinischen oder der beruflichen Rehabilitation, die jedoch im Hinblick auf die berufliche Integration von großer Bedeutung sein können (vgl. Kapitel 7 und 8).

Vergleichsweise selten sind auch spezifische Formen der Kooperation wie das Vorhalten eines suchtbefugten Konsiliardienstes in der Grundsicherungsstelle oder das Auslagern des Fallmanagements bei suchtkranken Hilfebedürftigen in die Suchtberatungsstelle. Diese For-

men stellen eine enge Verzahnung von Vermittlungs- und Suchtberatungsleistungen dar. Sie können unter gegebenen Bedingungen mit erheblichen Synergieeffekten verbunden sein (vgl. Zemlin/Gnam 2008). Gleichwohl gibt es funktionale Äquivalente, die nicht weniger effektiv und effizient sein müssen, wie z. B. gemeinsame Fallbesprechungen von SGB II- und Suchtberatungsstelle. Im Expert/inn/enworkshop wurde deshalb darauf verwiesen, dass eine Bewertung der vereinbarten Leistungen im Hinblick auf gute Praxis kaum möglich sei. Entscheidend sei, inwiefern die Grundsicherungsstellen selbst über entsprechende Kompetenzen verfügen, und welches Leistungsspektrum die Suchtberatungsstelle abdeckt.

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass viele Grundsicherungsstellen auf den Abschluss einer Leistungsvereinbarung verzichtet haben. Dadurch bleibt die bisherige Art der Finanzierung der Suchtberatung bestehen – auch für über das SGB II zugewiesene Klient/inn/en. Andererseits böte eine vertragliche Regelung die Chance, dass Grundsicherungsstellen Art und Umfang der Leistungen der Suchtberatung, die sie zu übernehmen und zu finanzieren bereit sind, klarer definieren können. Dies wird derzeit anscheinend eher über schriftliche oder mündliche Kooperationsvereinbarungen sichergestellt.

Von den befragten Suchtberatungsstellen, die ja aufgrund der geregelten Kooperation mit den Grundsicherungsstellen ins Sample aufgenommen wurden, rechnet nur ein Viertel die Leistungen für SGB II-Klient/inn/en gesondert ab. Die schriftlichen Rückmeldungen zeigen zum einen, dass mit der Einführung des SGB II die Nachfrage nach Suchtberatung gestiegen ist, die finanziellen Bedingungen sich jedoch häufig nicht in gleichem Maß verbessert haben. Dies könnte für eine Leistungsvereinbarung mit der Grundsicherungsstelle sprechen²⁶. Zum anderen werden auch Risiken deutlich, z. B. das Fehlen langfristiger Finanzierungszusagen. Ungeklärt ist zudem, wie SGB II-Leistungsbeziehende, die ohne Zuweisung durch die Grundsicherungsstelle die Suchtberatung aufsuchen, zu behandeln und abzurechnen sind. Sollten aufgrund der Finanzierungsvereinbarungen – und in der betriebswirtschaftlichen Logik der Maximierung der Einnahmen - Möglichkeiten beschnitten werden, dass sich SGB II-Leistungsbeziehende auch ohne Wissen der Grundsicherungsstellen durch die Suchtberatungsstellen betreuen lassen, wäre dies kontraproduktiv.

Ein empirischer Vergleich im Hinblick auf das Funktionieren und ggfs. vorhandene nicht intendierte Wirkungen beider Vorgehensweisen – des Vertrags nach § 17 SGB II mit Leistungsvereinbarung und der Kooperationsvereinbarung ohne gesonderte Leistungsabrechnung - wäre eine sinnvolle Aufgabe für künftige wissenschaftliche Vorhaben.

3.3.7 Information und Schweigepflicht

Der Spielraum, in dem sich Fachkräfte der Grundsicherungsstellen und Suchtberater/innen bei ihrer gegenseitigen Information bewegen, ist durch die gesetzlichen Normen zur Schweigepflicht und zum Sozialgeheimnis beschränkt. Das Thema Schweigepflicht wird in allen vorliegenden Verfahrensanweisungen zur Kooperation, in allen Verträgen und Arbeitshilfen auf-

²⁶ Allerdings nur dann, wenn dadurch die insgesamt zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel tatsächlich höher sind, und nicht nur eine Umwidmung erfolgt.

gegriffen und spielt auch in der Befragung der Grundsicherungsstellen und ihrer Kooperationspartner eine wiederkehrende wichtige Rolle:

- Sozialdaten sind durch § 35 SGB I („Sozialgeheimnis“) geschützt. Dieser sozialrechtliche Grundsatz wird im SGB X durch Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten (Erhebung, Verarbeitung, Speicherung, Übermittlung) konkretisiert (§ 67 ff.). Sozialleistungsträger dürfen Sozialdaten nur erheben, wenn sie diese zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags benötigen (§ 67a SGB X).
- Ist die Erbringung einer Sozialleistung vom Vorliegen bestimmter Daten abhängig, so besteht nach § 60 SGB I eine Mitwirkungsverpflichtung des Empfängers oder der Antragstellerin darin, die hierfür erforderlichen „Tatsachen anzugeben“. Eine Entbindung von der Schweigepflicht zu erteilen, gehört dagegen nicht zu den Mitwirkungsobliegenheiten nach § 60 SGB I.
- § 67b (1) und (2) SGB X regelt die Details der „Zulässigkeit von Datenverarbeitung und -nutzung“: Die Nutzung und Verarbeitung von Sozialdaten setzt die Einwilligung des Betroffenen voraus, der über den Zweck der Nutzung informiert sein muss. Diese Einwilligung ist nur wirksam, „wenn sie auf dessen freier Entscheidung beruht“, und sie muss schriftlich vorliegen.
- § 203 Strafgesetzbuch (StGB) stellt die unbefugte „Verletzung von Privatgeheimnissen“ unter Strafe. Absatz 1, Nr. 4, nennt als Berufsgruppe, die an die gesetzlich vorgeschriebene Schweigepflicht gebunden ist, ausdrücklich „Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle“.
- In § 76 SGB X ist zur Weitergabe besonders schutzwürdiger, anvertrauter Sozialdaten geregelt, dass „von der verantwortlichen Stelle zu Beginn des Verfahrens in allgemeiner Form schriftlich auf das Widerspruchsrecht hinzuweisen“ ist.

Ein Datenaustausch ist demnach möglich, so lange es sich etwa darum handelt, der Suchtberatungsstelle anzukündigen, dass eine bestimmte Person Beratung in Anspruch nehmen soll; umgekehrt kann die Suchtberatungsstelle der Grundsicherungsstelle rückmelden, ob die Beratung durchgeführt wird oder dass die Beratung abgebrochen wurde – in beiden Fällen kann die Sozialleistung ohne diese wesentliche Information nicht erbracht werden. Um jedoch die Voraussetzungen für einen darüber hinausgehenden, umfassenden Informationsaustausch zwischen Grundsicherungs- und Suchtberatungsstelle im Falle einer suchtkranken Person zu schaffen, muss diese zum einen freiwillig und schriftlich in die Nutzung und Verarbeitung ihrer Sozialdaten nach § 67 b SGB X eingewilligt haben, und sie muss zum anderen der Suchtberatungsstelle die Zustimmung zur „Offenbarung“ privater Geheimnisse erteilt haben, sie also von der Schweigepflicht entbunden haben.

Die vorliegenden Formulare können nur einen kleinen Teil der Praxis abbilden, dennoch lässt sich vermuten, dass bei der Wahrung des Datenschutzes und der Ausgestaltung transparenter, einfacher, formal richtiger und zugleich rechtskonformer Verfahren der gegenseitigen Information eine Reihe von Problemen auftreten.

Die „doppelte“ Einwilligung nach § 67 b SGB X und § 203 StGB lässt sich nur eine Grundsicherungsstelle erteilen. In allen anderen Fällen ist die Rechtsgrundlage unvollständig, unklar oder falsch. So stützt z.B. eine Grundsicherungsstelle die Einwilligung auf § 61 SGB II: Dieser Paragraph regelt allerdings einen Sachverhalt, für den keine Schweigepflichtsentbindung erteilt werden muss bzw. kann. Nach § 61 (1) SGB II haben Träger von Leistungen zur Eingliederung in Arbeit der Agentur für Arbeit unverzüglich Auskünfte über „Tatsachen zu erteilen, die Aufschluss darüber geben, ob und inwieweit Leistungen zu Recht erbracht worden sind oder werden“, und nach § 61 (2) Satz 1 Nr. 2 SGB II sind Teilnehmer an Maßnahmen zur Eingliederung verpflichtet, eine Beurteilung ihrer Leistung und ihres Verhaltens durch den Maßnahmeträger zuzulassen. Inzwischen dürfte als geklärt gelten, dass diese Vorschrift auf Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II allein schon deshalb kaum anzuwenden sein kann, weil sich bei Leistungen, deren Bereitstellung ausschließlich in kommunaler Zuständigkeit liegt, keine Auskunftspflicht gegenüber der Bundesagentur begründen lässt (z. B. Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion NRW/Ministerium für Arbeit Gesundheit und Soziales des Land NRW/LDI, Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit: 2005). Eine zweite der genannten Grundlagen (§ 53 (3b) StPO) regelt das sog. Zeugnisverweigerungsrecht aus beruflichen Gründen im Strafprozess – der Verweis auf diese Rechtsgrundlage enthält zwar eine Information, die für Konsument/inn/en illegaler Drogen ggf. wichtig sein kann, hat aber mit der Schweigepflichtsentbindung selbst nicht zu tun.

Nur drei Grundsicherungsstellen weisen auf das Recht hin, die erteilte Zustimmung jederzeit widerrufen zu können, obwohl dieser Hinweis vorgeschrieben ist und in jedem Fall schriftlich fixiert werden sollte. Da die Zustimmung zur Datenübermittlung nach § 67 (b) SGB X freiwillig erteilt werden muss, kann die Grundsicherungsstelle zudem weder innerhalb, und erst Recht nicht außerhalb einer Eingliederungsvereinbarung sanktionsbewehrt dazu verpflichten –, zwei von zehn Grundsicherungsstellen tun es dennoch.

An einem kritischen Punkt, der von vielen Grundsicherungsstellen als besonders wichtig herausgestellt wird, weisen somit einige Verfahren offensichtlich formale Mängel auf, die zunächst behoben werden müssten, damit von guter Praxis gesprochen werden kann.

4 Suchtkranke Menschen im SGB II: Fallzahlen und Problemlagen

Die erhobenen Daten aus der Befragung der Grundsicherungsstellen erlauben keine verlässlichen Rückschlüsse auf die Zahl suchtkranker Menschen, die aktuell Leistungen nach dem SGB II erhalten, oder die Zahl derjenigen Leistungsbezieher/inn/en, bei denen ein Suchtproblem oder eine Suchtkrankung im Fallverlauf zum Gegenstand der Beratung wurde bzw. regelmäßig wird. Was an Ergebnissen zu dieser Frage vorliegt, ist im folgenden Kapitel zusammengefasst, das darüber hinaus auch die verfügbaren Zahlen zu den an Suchtberatungsstellen vermittelten Personen enthält.

Die Fragen, welche Problemlagen aus Sicht der Grundsicherungsstellen bei suchtkranken ALG II-Beziehenden am häufigsten auftreten, und inwiefern sich arbeitslose Empfänger/inn/en von Grundsicherungsleistungen von anderen Klient/inn/en der Suchtberatungsstellen unterscheiden, bilden den zweiten Schwerpunkt dieses Kapitels.

4.1 Suchterkrankung als Gegenstand der Fallbearbeitung

Wie hoch der Anteil der von den Fachkräften der Grundsicherungsstellen als suchtkrank erkannten Personen war, lässt sich nicht zuverlässig beantworten, da 121 der befragten Grundsicherungsstellen dazu keine Angaben gemacht haben. Nur 17 verfügen über eine entsprechende suchtspezifische Statistik. In den Freitextantworten problematisieren sie z. B. die hohe Dunkelziffer (N=8) als einen der Gründe, die zu einer schlechten Datenqualität führen. 104 Grundsicherungsstellen schätzten den Anteil der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, bei denen ein Suchtproblem Gegenstand der Fallbearbeitung war, im Mittel auf 16 %.

Eine Statistik, die zwischen den verschiedenen Suchtformen (Alkohol, illegale Drogen, Spielsucht usw.) differenziert, führten lediglich vier der befragten Grundsicherungsstellen.

4.2 Quantitative Angaben zur Vermittlung Suchtkranker in die Suchtberatung

4.2.1 Aus Sicht der Grundsicherungsstellen

Auch zur Zahl der von den Grundsicherungsstellen an die Suchtberatungsstellen vermittelten Kund/inn/en liegen aus der Befragung der Grundsicherungsstellen nur wenige Daten vor. Geschlechtsbezogene Daten wurden im Fragebogen erhoben, werden aber aufgrund der geringen Fallzahlen nicht dargestellt.

Die Frage, ob die Grundsicherungsstellen über Daten bzgl. der zugewiesenen Kund/inn/en verfügen, bejaht jeweils nur ein kleiner Teil der befragten SGB II-Stellen (Tabelle 27). Viele der Grundsicherungsstellen, die hier keine Angaben machen, geben an, dass ihnen keine

oder nicht verwertbare Daten²⁷ vorliegen bzw. dass die Erfassung der Daten aktuell in Vorbereitung ist.

Tabelle 27: Anzahl der Grundsicherungsstellen, die Angaben zur Anzahl der zugewiesenen Kund/inn/en gemacht haben

	N
Angaben zur Anzahl der Kundinnen und Kunden gesamt, die an eine Suchtberatungsstelle verwiesen wurden	76
Angaben zur Anzahl der arbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die an eine Suchtberatungsstelle verwiesen wurden	56
Angaben zum Anteil der Kundinnen und Kunden, die an Suchtberatungsstellen verwiesen wurden und nachweislich Kontakt zur Beratungsstelle aufgenommen haben in %	45
Angaben zum Anteil der Kundinnen und Kunden, die an Suchtberatungsstellen verwiesen wurden und Suchtberatung unplanmäßig/vorzeitig abgebrochen haben in %	21

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 6.

Wie zu erwarten, stehen eine geregelte Kooperationsbeziehung zwischen Grundsicherungsstelle und Suchthilfe und die Verfügbarkeit von Daten bei den Grundsicherungsstellen in einem engen Zusammenhang. 77 % derer, die Angaben zu der Anzahl der an eine Suchtberatungsstelle verwiesenen Kund/inn/en machen können, stehen in geregelten Kooperationsbeziehungen mit der Suchthilfe (Tabelle 109 im Anhang).

In der folgenden Tabelle 28 sind die statistischen Kennzahlen zu den Angaben der Grundsicherungsstellen aufgeführt. Demnach überwiesen 50 % der Grundsicherungsstellen, die dazu Angaben machten, weniger als 80 Kund/inn/en im jeweiligen Bezugsjahr (zumeist 2008) an eine Suchtberatungsstelle. Die Zahl der arbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die verwiesen wurden, ist niedriger; allerdings stellen sie immerhin durchschnittlich 89 % der zugewiesenen Kund/inn/en. Beide Werte streuen stark. Von allen zugewiesenen Kund/inn/en nahmen etwa 80 % auch nachweislich Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle auf und etwa 30 % der zugewiesenen Kund/inn/en brachen die Suchtberatung vorzeitig ab.

²⁷

Dies liegt entweder daran, dass nicht lückenlos dokumentiert wird, oder dass nur in Eingliederungsvereinbarungen festgehaltene Zuweisungen erfasst werden, aber eine bestimmte Anzahl von Kund/inn/en auch auf Empfehlung der Grundsicherungsstelle zur Suchtberatung gelangen, ohne dass dies in der Eingliederungsvereinbarung festgehalten wird.

Tabelle 28: Angaben zur Anzahl von Kund/inn/en, die an Suchtberatungsstellen verwiesen wurden

	N	Min.	Max.	Median	Mittelwert	Standard- abweichung
Anzahl der Kund/inn/en gesamt, die an eine Suchtberatungsstelle verwiesen wurden	76	12	395	80	107,1	84,9
Anzahl der arbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die an eine Suchtberatungsstelle verwiesen wurden	56	12	395	67,5	96,3	89,5
Anteil der Kund/inn/en, die an Suchtberatungsstellen verwiesen wurden und nachweislich Kontakt zur Beratungsstelle aufgenommen haben an allen zugewiesenen Kund/inn/en in %	45	30 %	100 %	85 %	81,5 %	15,6
Anteil der Kund/inn/en, die an Suchtberatungsstellen verwiesen wurden und Suchtberatung unplanmäßig/vorzeitig abgebrochen haben in %	21	0 %	60 %	34 %	27,9 %	15,8

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 6 und 6a.

Um einen Eindruck davon zu bekommen, wie groß der Anteil der zugewiesenen Kund/inn/en an allen Kund/inn/en der Grundsicherungsstellen ist, wurde für 68 SGB II-Stellen, für die dies möglich war, die Zahl der an die Suchtberatungsstellen verwiesenen Kund/inn/en zur Gesamtzahl der betreuten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen ins Verhältnis gesetzt. Bei den weit aus meisten dieser Grundsicherungsstellen beträgt danach der Anteil der an die Suchtberatung verwiesenen Kund/inn/en unter 2% (Tabelle 29).

Tabelle 29: Anteil der von der Grundsicherungsstelle an die Suchtberatungsstelle verwiesenen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen an allen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Prozent

	N	In Prozent der antwortenden GSS
< 1	36	52,9
1bis < 2	21	30,9
2 bis < 5	9	13,3
5 bis < 10	2	2,9
Gesamt	68	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 6 und A 3; N=68 (Anzahl der Grundsicherungsstellen, für die sowohl Zahlen über an die Suchtberatungsstellen zugewiesene Kund/inn/en insgesamt und von in der Grundsicherungsstelle betreuten erwerbsfähigen Hilfebedürftigen insgesamt vorlagen).

4.2.2 Aus Sicht der Suchtberatungsstellen

Auch die Suchtberatungsstellen wurden danach gefragt, wie viele Klient/inn/en ihnen von den Grundsicherungsstellen zugewiesen wurden. Zudem war Gegenstand der Befragung, wie hoch der Anteil dieser zugewiesenen Klient/inn/en an allen Klient/inn/en sowie an allen Klient/inn/en im Arbeitslosengeld II-Bezug ist.

Nur von etwa einem Drittel der Suchtberatungsstellen liegen verlässliche Angaben zur Zahl der zugewiesenen Klient/inn/en vor; etwa die Hälfte konnte diesbezügliche Werte nur schätzen. (Tabelle 111 im Anhang). Weitere 39 Beratungsstellen konnten dazu keine Angaben machen.

Die Auswertung dieser Daten zeigt, dass die absoluten Fallzahlen der innerhalb von sechs Monaten vor der Online-Befragung an die Suchtberatungsstelle zugewiesenen Klient/inn/en insgesamt wie auch der zugewiesenen Frauen gering sind. Nur einige wenige Suchtberatungsstellen berichten von mehr als 100 Zuweisungen im halben Jahr vor der Befragung. Die Hälfte derer, die hier Schätzwerte angeben, berichtet von weniger als 20 zugewiesenen Klient/inn/en und von weniger als vier zugewiesenen Frauen. Bei den Suchtberatungsstellen, die hier genaue Angaben machen können, sind die Werte noch geringer:

Tabelle 30: Anzahl der von Grundsicherungsstellen an Suchtberatungsstellen vermittelten Klient/inn/en – genaue und geschätzte Werte (gruppiert)

Klient/inn/en	Genaue Werte				Geschätzte Werte			
	Gesamt (N=24)		Frauen (N=23)		Gesamt (N=37)		Frauen (N=34)	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
0-10	12	50,0	18	78,3	11	29,7	27	79,4
11-20	5	20,8	4	17,4	10	27,0	5	14,7
21-30	1	4,2	0	0	5	13,5	2	5,9
31-40	0	0	1	4,3	2	5,4	0	0
41-50	1	4,2	0	0	2	5,4	0	0
51-60	3	12,5	0	0	4	10,9	0	0
61-70	0	0	0	0	1	2,7	0	0
71-80	0	0	0	0	1	2,7	0	0
81-90	0	0	0	0	0	0	0	0
91-100	1	4,2	0	0	1	2,7	0	0
101 und mehr	1	4,2	0	0	0	0	0	0
Gesamt	24	100	23	100	37	100	34	100

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage D 1.

Die Hälfte berichtet von weniger als 11 zugewiesenen Klient/inn/en und weniger als zwei zugewiesenen Frauen im besagten letzten Halbjahr. Die genaue Verteilung zeigt Tabelle 30, die statistischen Kennzahlen finden sich in Tabelle 112 im Anhang.

Die genauen und geschätzten Anteile der Frauen an den Klient/inn/en mit SGB II-Bezug, die ohne Zuweisung in Suchtberatung kamen, sind durchschnittlich 18 % bzw. 29 %, die genauen und geschätzten Anteile der Frauen an den von Grundsicherungsstellen vermittelten Klient/inn/en liegen bei durchschnittlich 21 % bzw. 23 % (Tabelle 113 im Anhang).

Zur Frage, wie hoch der Anteil der durch die Grundsicherungsstellen vermittelten Klient/inn/en an allen Klient/inn/en der Suchtberatungsstellen bzw. an allen Klient/inn/en mit SGB II-Bezug ist, können 15 bzw. 18 Suchtberatungsstellen genaue Angaben machen und 44 bzw. 40 Schätzungen abgeben (Tabelle 114 und Tabelle 115 im Anhang).

Es zeigt sich, dass nur bei einigen wenigen Suchtberatungsstellen die Anteile der zugewiesenen Klient/inn/en an allen Klient/inn/en und an denen im SGB II-Bezug hoch sind, bei den meisten jedoch relativ niedrig.²⁸ Von denen, die genaue Angaben machen können, geben die Hälfte Anteile bis zu 9 % an, bei den geschätzten Werten liegt dieser Wert bei 8 %. Im Hinblick auf die Anteile der zugewiesenen Klient/inn/en an allen Klient/inn/en mit SGB II-Bezug liegt der Median bei den genauen Werten bei 19 %, bei den geschätzten Werten bei 25 % (Tabelle 31).

Tabelle 31: Anteile der zugewiesenen Klient/inn/en an allen Klient/inn/en der Suchtberatungsstellen und an den Klient/inn/en mit SGB II-Bezug in Prozent, statistische Kennzahlen

	N	Min.	Max.	Median	Mittelwert	Standardabweichung
Anteil der zugewiesenen Klient/inn/en an allen Klient/innen – genaue Angaben	18	0	62	9	16,8	17,1
Anteil der zugewiesenen Klient/inn/en an allen Klient/innen – geschätzte Werte	39	0	75	8	14,6	18,5
Anteil der zugewiesenen Klient/inn/en an den Klient/innen mit SGB II-Bezug – genaue Angaben	15	0	100	19	35,1	37,1
Anteil der zugewiesenen Klient/inn/en an den Klient/innen mit SGB II-Bezug – geschätzte Werte	43	0	75	25	28,2	20,5

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage D 2.

Wie schon in Kapitel 3 kurz angesprochen, stimmen etwa zwei Drittel der antwortenden Beratungsstellen der Aussage zu, dass durch die Zuweisungen der SGB II-Stelle Klient/inn/en

²⁸ Die Werte streuen sehr weit, daher ist der Median aussagekräftiger als der Mittelwert.

zu ihnen gekommen sind, die anderenfalls nicht den Kontakt zur Suchtberatungsstelle gefunden hätten

Tabelle 32: Verteilung der Zustimmungen zu der Aussage „Durch die Zuweisung seitens der SGB II-Stelle sind Klient/inn/en in unsere Einrichtung gekommen, die den Kontakt zu uns sonst nicht gefunden hätten“

1 = stimme vollständig zu, 5 = stimme gar nicht zu	1	%	2	%	3	%	4	%	5	%	MW
	28	35,0	30	37,5	19	23,8	1	1,3	2	2,5	1,99

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 1.2, N=80.

Dennoch geben nur 33 Suchtberatungsstellen – das sind weniger als Hälfte – an, dass die Zahl der Klient/inn/en mit ALG II-Bezug infolge der Zuweisungen durch die Grundsicherungsstellen zugenommen habe (Tabelle 116 im Anhang). 31 von diesen Beratungsstellen machen auch Angaben über die Höhe des Zuwachses. Wie Tabelle 33 ausweist, liegt er bei durchschnittlich 11 %, der Median liegt hier bei 8 %.

Tabelle 33: Zunahme der Fallzahlen von Klient/inn/en mit ALG II-Bezug infolge von Zuweisungen durch die Grundsicherungsstellen

	N	Minimum	Maximum	Median	Mittelwert	Standard- abweichung
Zunahme um x Fälle	31	2	50	8	11,3	10,1

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage D 3a, N=31 (von 33 SB-Stellen, die angeben, dass die Fallzahlen angestiegen sind).

4.3 Problemlagen suchtkranker Kund/inn/en der Grundsicherungsstellen

Viele Grundsicherungsstellen sorgen für eine Betreuung suchtkranker Menschen im Fallmanagement, wenn die Erkrankung eines von mehreren Vermittlungshemmnissen darstellt (vgl. 3.1). Diese Fallkonstellation ist aus Sicht der Grundsicherungsstellen der Regelfall: Es sind vor allem ungenügende schulisch-berufliche Qualifikation und Brüche in der Erwerbsbiografie, die von 89 % der Grundsicherungsstellen als weitere Probleme benannt werden, die häufig auftreten. An zweiter Stelle stehen Schulden (von 74 % als „oft“ auftretend benannt), die unter Umständen eine negative Wirkung auf die Erwerbsmotivation und die Integrationschancen haben können, gefolgt vom Problem des „unwirtschaftlichen Verhaltens“, das bei Suchtkranken wohl immer im Zusammenhang mit den „Kosten“ des Suchtmittelkonsums

bzw. der Art ihrer Erkrankung steht.²⁹ Etwas weniger häufig, aber immerhin von ca. zwei Drittel der Grundsicherungsstellen benannt sind Probleme im Bereich sozialer Beziehungen und das Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen. 59 % der Grundsicherungsstellen benennen als oft auftretendes Problem, dass zur Suchtkrankheit weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen, so auch psychische Belastungen wie Angstzustände³⁰ (möglicherweise als Folge der Suchterkrankung) hinzukommen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass bei suchtkranken SGB II-Leistungsbeziehenden häufig eine multiple Problemlage vorliegt.

Die in den Freitextfeldern benannten „weiteren Probleme“ sind teilweise Spezifikationen der in der Tabelle 34 benannten Antworten (familiäre Probleme, Folgeerkrankungen etc.).

Tabelle 34: Weitere Probleme, die die Integration suchtkranker Leistungsbeziehender in Erwerbsarbeit erschweren

	Oft		Manchmal		Nie	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Probleme im Bereich Bildung/Qualifikation/Brüche in der Erwerbsbiografie (N=318)	282	88,7	35	11,0	1	0,3
Ver-/Überschuldung (N=322)	239	74,2	83	25,8	0	0,0
Unwirtschaftliches Verhalten (N=320)	217	67,8	103	32,2	0	0,0
Probleme im Bereich sozialer Beziehungen (N=321)	208	64,8	113	35,2	0	0,0
Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen (N=321)	205	63,9	115	35,8	1	0,3
Andere gesundheitliche Beeinträchtigungen (N=309)	182	58,9	127	41,1	0	0,0
Psychische Belastungen (z. B. Angstzustände) (N=321)	153	47,7	167	52,0	1	0,3
Schwierigkeiten beim Umgang mit Behörden (N=321)	135	42,1	185	57,6	1	0,3
Wohnprobleme (N=319)	113	35,4	204	63,9	2	0,6
Strafrechtliche Probleme (z. B. Probleme mit Bewährungsaufgaben) (N=320)	84	26,3	234	73,1	2	0,6
Häusliche Gewalt (N=320)	32	10,0	280	87,5	8	2,5
Weitere Probleme (N=51)	40	78,4	9	17,6	2	4,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage F 1 (Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen).

²⁹ Natürlich sind weder drogenabhängige noch spielsüchtige Menschen in der Lage, die Sucht allein aus der ihnen zur Verfügung stehenden Sozialleistung zu finanzieren.

³⁰ Das gleichzeitige und in der Fachliteratur als Komorbidität bezeichnete Auftreten von Sucht- und psychischen bzw. psychiatrischen Störungen (Angst, Depression, Psychose) ist unter Arbeitslosen signifikant stärker verbreitet als unter Erwerbstätigen (Henkel 2008).

Einige Antworten weisen darauf hin, dass die Suchterkrankung zu Problemen geführt habe, die eine Integration erschweren (z. B. Führerscheinentzug). Andere erwähnen Probleme, die sich aus der Organisation des Hilfesystems selbst ergeben (Wartezeiten auf die Therapie, Tagesstruktur aufgrund des Zeitpunkts der Methadonvergabe). Die häufigste zusätzliche Nennung betrifft Probleme der Motivation und der fehlenden Krankheitseinsicht (N=9). Genannt werden des Weiteren u. a. Unzuverlässigkeit, ein problematisches äußeres Erscheinungsbild oder Aggressivität.

4.4 SGB II-Kund/inn/en aus Sicht der Suchtberatungsstellen

Unterscheiden sich die Problemlagen, die Grundsicherungsstellen bei ihren Kund/inn/en sehen, von den Problemen, die suchtkranke Nicht-Leistungsbezieher/innen haben?

Tabelle 35: Unterschiede zwischen von der Grundsicherungsstelle zugewiesenen arbeitslosen Klient/inn/en und anderen arbeitslosen Klient/inn/en

	Trifft in hohem Maße zu	%	Trifft zu	%	Trifft in geringem Maße zu	%	Kein Unterschied feststellbar	%	Trifft in geringem Maße zu	%	Trifft zu	%	Trifft in hohem Maße zu	%	
sind jünger (N=72)	0	0	5	6,9	9	12,5	47	65,3	6	8,3	3	3,8	2	2,8	sind älter
sind häufiger männlich (N=74)	20	27,0	23	31,1	6	8,1	21	28,4	1	1,4	0	0	3	4,1	sind häufiger weiblich
leben seltener allein (N=73)	0	0	1	1,4	3	4,1	38	52,1	2	2,7	23	31,5	6	8,2	leben häufiger allein
haben seltener chronifizierte Suchtprobleme (N=74)	0	0	5	6,8	2	2,7	17	23,0	7	9,5	24	32,4	19	25,7	haben häufiger chronifizierte Suchtprobleme
haben seltener Komorbiditätsprobleme (N=74)	0	0	1	1,4	5	6,8	24	32,4	10	13,5	27	36,5	7	9,5	haben häufiger Komorbiditätsprobleme
brechen die Beratung seltener ab (N=74)	0	0	3	4,1	4	5,4	25	33,8	15	20,3	22	29,7	5	6,8	brechen die Beratung häufiger ab
werden in der Regel länger betreut (N=74)	3	4,1	6	8,1	6	8,1	27	36,5	13	17,6	16	21,6	3	4,1	werden in der Regel kürzer betreut

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage D 6.

Neben den Angaben zu Fallzahlen und den Anteilen der durch die Grundsicherungsstelle zugewiesenen Klient/inn/en haben die Suchtberatungsstellen Angaben zu verschiedenen Merkmalen von den durch die Grundsicherungsstellen zugewiesenen Klient/inn/en im Vergleich zu anderen arbeitslosen Klient/inn/en, die bei ihnen ohne SGB II-Zuweisung in Beratung sind, gemacht.

Wie Tabelle 35 entnommen werden kann, beschreiben die Mitarbeiter/innen der Suchtberatungsstellen deutliche Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Die Mehrzahl stimmt den Aussagen zu, dass die durch die SGB II-Stellen zugewiesenen arbeitslosen Klient/inn/en häufiger männlich sind, häufiger chronifizierte Sucht- und Komorbiditätsprobleme haben und die Beratung häufiger abbrechen. Keine bzw. keine eindeutigen Unterschiede ergeben sich hinsichtlich des Alters. Die Dauer der Betreuung wird unterschiedlich wahrgenommen. Während etwa 20 % sogar eine längere Betreuungsdauer bei zugewiesenen Klient/inn/en wahrnehmen, sehen knapp 40 % keinen Unterschied und weitere 40 % beschreiben für zugewiesene Klient/inn/en eine kürzere Betreuungsdauer.

Nach den Erläuterungen in Freitextfeldern sehen die Befragten weitere wesentliche Unterschiede darin, dass die zugewiesenen Klient/inn/en häufig schlechter motiviert seien und damit verbunden eine geringere Veränderungsbereitschaft aufwiesen. Aus einer Anmerkung geht hervor, dass eine geringe Motivation aufgrund beruflicher Perspektivlosigkeit der Klient/inn/en auch mit der Mobilität der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zusammenhängen kann:

„Wir bemerken bei den Klienten in den letzten Jahren zunehmend Resignation und Hoffnungslosigkeit. Durch den Alg II-Bezug müssen die Betroffenen in der Regel ihre Mobilität aufgeben, da die Kosten für die Finanzierung eines PKWs nicht mehr tragbar sind. Damit sinkt die Erwartung einer positiven Veränderung (eine Arbeit zu finden erfordert in unserem eher ländlichen Gebiet Mobilität). In den Jahren vor 2005 gab es häufiger die Chance, eine ABM oder andere Maßnahme für einen begrenzten Zeitraum zu erhalten. Das ermöglichte den Klienten immer mal wieder Zugang zu ihren Fähigkeiten und zu positiven sozialen Kontakten. Die Folgen chronischer Arbeitslosigkeit sind bekannt.“ (Anmerkung zu Frage D.6 Befragung der Suchtberatungsstellen).

4.5 Diskussion der empirischen Ergebnisse

4.5.1 Fallzahlen bei den Grundsicherungsstellen und den Suchtberatungsstellen

Inwieweit der von den 104 Grundsicherungsstellen geschätzte Anteil der Kund/inn/en mit Suchtproblemen der tatsächlichen Prävalenz der Suchtprobleme in der Gruppe der SGB II-Bezieher/innen entspricht, bleibt offen, da vergleichbare epidemiologische Prävalenzdaten weitgehend fehlen. In den vorliegenden epidemiologischen Studien fehlen vor allem Differenzierungen zwischen den Geschlechtern und Unterteilungen der Suchtproblematik nach Schweregrad, z.B. nach riskanten, schädlichen und abhängigen Formen (Tabelle 105).

Der errechnete Anteil von Kund/inn/en, die an Suchtberatungsstellen überwiesen werden, kann vor dem Hintergrund der eigenen Schätzungen der Grundsicherungsstellen als gering gelten. Sie hatten angegeben, dass Suchtprobleme bei durchschnittlich 16 % ihrer Kund/inn/en Gegenstand der Fallbearbeitung waren. Legt man die durch Datenerhebungen

gestützten Anteile zugrunde, so liegt der Anteil zwar mit durchschnittlich 5 % niedriger, aber immer noch erheblich höher als der durchschnittliche Anteil der einer Suchtberatung zugewiesenen Kund/inn/en.³¹ Bei aller Vorsicht, mit der diese Zahlen zu interpretieren sind, kann vermutet werden, dass der Anteil derjenigen Kund/inn/en, die von den Grundsicherungsstellen an Suchtberatungsstellen verwiesen werden, in der Regel ausgesprochen niedrig ist – niedriger als der Anteil derer, bei denen ein Suchtproblem in der Fallbearbeitung deutlich wird und vermutlich deutlich niedriger als der Anteil derer, bei denen ein Suchtproblem vorliegt.

Die Befunde zur Anzahl der an Suchtberatungsstellen zugewiesenen Klient/inn/en bleiben insgesamt unbefriedigend, da sowohl von Seiten der Grundsicherungs- als auch von Seiten der Suchtberatungsstellen wenig genaue Angaben diesbezüglich vorliegen.

Ein Schlüsselproblem ist hier, dass die personengebundene Erfassung des Merkmals „Sucht“ für die Grundsicherungsstellen rechtlich nicht unproblematisch ist. Eine Grundsicherungsstelle verweist diesbezüglich auf datenschutzrechtliche Einschränkungen. Beide Stellen – die Suchtberatungs- wie die Grundsicherungsstellen – verfügen dann häufiger über konkrete Angaben, wenn die Leistungen der Suchtberatungsstellen einzelfallbezogen abgerechnet werden. Dazu eine Grundsicherungsstelle:

„Suchtberatung wird pauschal von der Kommune finanziert, so dass eine genaue Aufstellung von SGB II Kunden nicht vorliegt.“

Die vielen Anmerkungen der Grundsicherungsstellen zur Frage nach der Zahl der zugewiesenen Kund/inn/en machen deutlich, dass

1. entweder keine Daten erhoben werden (u. a. weil die Datenerhebung als Sache der Kommunen gesehen wird oder weil eine vom Einzelfall unabhängige Führung der Statistik nötig wäre)
2. die vorliegenden Daten sehr disparat oder unvollständig sind, weil sie sich beispielsweise auf alle bei Suchtberatungsstellen betreuten Kund/inn/en beziehen – also nicht nur auf die zugewiesenen, weil die Grundsicherungsstellen selbst vermuten bzw. entschieden haben, dass nicht alle Zuweisungen per Beratungsschein erfolgen (müssen) und somit nicht vollständig nachvollziehbar sind
3. die Datenerfassung erst im laufenden oder im vergangenen Jahr begonnen wurde/werden soll.

Auch die Bundesagentur für Arbeit kommt in ihrem SGB II-Jahresbericht 2008 zu dem Ergebnis, dass die Daten bezüglich kommunaler Eingliederungsleistungen nach § 16 (2) SGB II und damit auch der Suchtberatung noch „deutlich“ untererfasst sind (Bundesagentur für Arbeit, 2009b: 38). Dem Bericht zufolge haben für 2008 (Datenstand September 2008) nur ca. 67 % der Träger Daten zum Einsatz der flankierenden Leistungen erfasst. Im Dro-

³¹ Diese Daten liegen für 17 Grundsicherungsstellen vor.

gen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung (2008: 110) ist erläutert, warum es keine zentrale Datenerhebung zu den vorliegenden Fragen gibt:

„Die Suchtberatung als Leistung nach dem SGB II liegt – wie auch die übrigen sozial-integrativen Eingliederungsleistungen – in der Trägerschaft und der Finanzverantwortung der Kommunen. Das Bundesministerium für Arbeit und soziale Sicherung (BMAS) hat aufsichtsrechtliche Befugnisse im SGB II nur, soweit die Bundesagentur für Arbeit Leistungsträger ist, nicht jedoch hinsichtlich der kommunalen Leistungen. Eine Aufsichtsbefugnis darüber haben die Länder. Aus diesem Grund liegen der Bundesregierung derzeit keine gebündelten Kenntnisse von gesonderten Maßnahmen und Aktivitäten mit einem Bezug zu Drogen und Sucht im Bereich der Grundsicherung für Arbeitsuchende vor.“

Hinsichtlich der Struktur der zugewiesenen Kund/inn/en mit Suchtproblemen zeigt sich, dass Arbeitslose überdurchschnittlich häufig an Suchtberatung verwiesen werden. Während bei den zugewiesenen Kund/inn/en mit Suchtproblemen der Anteil der arbeitslosen eHb an den eHb bei durchschnittlich 89 % liegt, liegt ihr Anteil an allen eHb bei 43 %. (Bundesagentur für Arbeit 2009b: 18). Dies ist ein Hinweis darauf, dass es nicht primär um die Überwindung der Suchtproblematik, sondern um die Überwindung der Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis geht.

Aus der Befragung der Suchtberatungsstellen lassen sich drei Trends erkennen:

- Die von den Grundsicherungsstellen zugewiesenen Klient/inn/en stellen – bis auf wenige Ausnahmen - nur den kleineren Teil der Klient/inn/en im SGB II-Leistungsbezug.
- Der Frauenanteil sowohl bei den durch die Grundsicherungsstellen zugewiesenen als auch bei den anderen Leistungsbeziehenden nach dem SGB II liegt bei 20 %-25 %.
- Durch die Zuweisungen der Grundsicherungsstellen sind mehr Klient/inn/en in die Suchtberatungsstellen gekommen, die Leistungen nach dem SGB II erhalten. Hierunter sind nach Einschätzung der Suchtberatungsstellen auch Personen, die ansonsten nicht in die Suchtberatungsstellen kommen würden.

Letzteres ist prinzipiell positiv zu werten.

4.5.2 Problemlagen und Besonderheiten suchtkranker Menschen im SGB II

Angesichts der von den Suchtberatungsstellen beschriebenen Unterschiede zwischen den zugewiesenen Kund/inn/en und arbeitslosen Klient/inn/en der Suchtberatung allgemein wird deutlich, dass das Beratungsangebot für eine breitere Gruppe von Personen, die zudem eher gravierende Suchtprobleme haben – durch das Instrument des § 16a SGB II geöffnet wird. Die Zahlen über die zugewiesenen Klient/inn/en machen allerdings deutlich, dass dies auf niedrigem Niveau geschieht, und dass die Zahl der zugewiesenen Kund/inn/en deutlich unter der Zahl der Kund/inn/en mit Suchtproblemen liegt. Allerdings gilt es zu berücksichtigen, dass ein größerer Teil der SGB II-Bezieher/innen mit Suchtproblemen auch ohne Zuweisung den Weg in Suchtberatung findet.

Was den Zahlen nicht zu entnehmen ist, ist die Akzeptanz des Beratungsprozesses durch die Adressat/inn/en. Höhere Abbruchquoten werden berichtet, aber ob diese mit dem Zuwei-

sungsprozess oder mit gravierenderen Ausgangsproblemen zusammenhängen, bleibt offen. Nur für wenige Grundsicherungsstellen lässt sich der weitere Verlauf nach Zuweisung anhand von Zahlen nachvollziehen: Von 100 zugewiesenen Kund/inn/en nehmen 80 die Suchtberatung (zunächst) in Anspruch, doch 30 von 100 zugewiesenen Klient/inn/en brechen sie später unplanmäßig wieder ab.

5 Fallbearbeitung bei erwerbsfähigen Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen

Hinsichtlich der Fallbearbeitung bei erwerbsfähigen Hilfebedürftigen interessierte vor allem: Wie und mit welchen Verfahrensweisen versuchen die Grundsicherungsstellen, Suchtprobleme bei ihren Kund/inn/en zu erkennen, welches Indikationsspektrum legen sie bei einer Zuweisung in eine Suchtberatung nach § 16a SGB II zugrunde? Wie verfahren sie bei einer Überprüfung der Erwerbsfähigkeit, welche Inhalte/Pflichten schreiben sie in der Eingliederungsvereinbarung mit suchtkranken Personen fest, wie gehen sie mit Sanktionen um und mit welchen Verfahrensweisen reagieren sie im Fall der Verschuldung von Kund/inn/en mit Suchtproblemen? Nachfolgend werden zunächst die Befragungsergebnisse dargestellt, deren Diskussion folgt am Ende dieses Kapitels.

5.1 Ergebnisse der Befragung der Grundsicherungsstellen

5.1.1 Profiling und Erkennen von Suchtproblemen

Für eine erfolgreiche Betreuung suchtkranker Personen im SGB II ist es entscheidend, dass die Suchtproblematik überhaupt erkannt wird, denn nur dann kann sie auch Gegenstand der Fallbearbeitung werden.

Tabelle 36: Übliche Zeitpunkte bzw. Anlässe für Nachfragen der Fachkräfte nach dem Vorliegen einer Suchtproblematik bei arbeitslosen Hilfebedürftigen

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Bereits bei der Antragsannahme soll routinemäßig nach einem möglichen Suchtproblem gefragt werden	20	6,3
In jedem Erstgespräch im Bereich Aktivierung/Integration soll nach einem möglichen Suchtproblem gefragt werden	55	17,2
Die Fachkräfte sollen nach einem Suchtproblem nur dann fragen, wenn es Auffälligkeiten bzw. Anhaltspunkte dafür gibt	221	69,1
Die Fachkräfte sollen nur dann ein Suchtproblem thematisieren, wenn der Kunde oder die Kundin es selbst anspricht	29	9,1
Die Fachkräfte entscheiden im Einzelfall, wann sie Suchtprobleme thematisieren	183	57,2
Sonstiges	11	3,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage C 1; N=320.

Der erste Prozessschritt in der Fallbearbeitung durch die SGB II-Stelle ist in aller Regel das Profiling, das u. a. zu klären hat, ob bei der hilfebedürftigen Person eine Suchtproblematik besteht, und ob und in welchem Maße sich diese für den Integrationsprozess als problema-

tisch erweisen könnte. In der Erhebung wurden zum einen die Zeitpunkte bzw. Anlässe untersucht, zu denen die Grundsicherungsstellen dem Vorliegen eines Suchtproblems üblicherweise nachgehen, und zum anderen die genutzten Möglichkeiten zur weiteren Abklärung bzw. Absicherung der suchtdiagnostischen Vermutung.

Tabelle 36 zeigt, dass in den meisten Fällen, nämlich bei fast 70 % der Grundsicherungsstellen, nach einer Suchtproblematik nur dann gefragt werden soll, wenn es Auffälligkeiten bzw. Anhaltspunkte dafür gibt. In rund 9 % der SGB II-Stellen sollen die Fachkräfte dies sogar nur dann tun, wenn der Kunde bzw. die Kundin ein Suchtproblem selbst anspricht. So genannte proaktive Vorgehensweisen sind relativ selten vorgesehen: das Ansprechen des Suchtproblems bereits bei Antragsstellung bzw. bei jedem Erstgespräch im Bereich Aktivierung/Integration. Etwa jede zweite Grundsicherungsstelle legt die Entscheidung, wann ein Suchtproblem angesprochen werden soll, ins Ermessen ihrer Fachkräfte.

Wenn Fachkräfte ein Suchtproblem vermuten, thematisieren sie es nicht nur in ihren Beratungsgesprächen, sondern schalten in einer großen Zahl der Fälle interne oder externe Dritte ein, um ihre erste Einschätzung oder die Selbstauskünfte der Kund/inn/en überprüfen zu lassen. Häufig wird eine Suchtberatungsstelle beauftragt, gefolgt vom Ärztlichen und dem Psychologischen Dienst der Bundesagentur. Sehr selten werden von den Fachkräften suchtdiagnostische Test bzw. Fragebögen eingesetzt (Tabelle 37).

Aus der Analyse der übermittelten Dokumente (den Arbeitshilfen oder mit Suchtberatungsstellen vereinbarten Leistungsmodulen) sowie den Erläuterungen zu dieser und zu anderen Fragen lässt sich nachvollziehen, von welchen Faktoren und Fallkonstellationen die Entscheidung abhängt, welcher Fachdienst eingeschaltet wird.

Den Ärztlichen Dienst der Arbeitagentur (benannt werden alternativ auch die sozialpsychiatrischen Dienste der kommunalen Träger) schalten danach viele Grundsicherungsstellen ein,

- wenn diagnostisch geklärt werden soll, ob überhaupt ein Suchtproblem besteht; dies betrifft z. B. Fälle, in denen die Problemeinschätzung zwischen Fachkraft und Kunde/in strittig ist, oder
- wenn eine so offenkundige Suchtproblematik vorliegt, dass eine gleichzeitige Überprüfung der Erwerbsfähigkeit angezeigt scheint.

Dagegen erwarten die Grundsicherungsstellen von Suchtberatungsstellen eher ein diagnostisches „Clearing“, das eine Einschätzung zur Veränderungsmotivation der betroffenen Person ebenso umfasst wie eine Erhebung des Hilfebedarfs sowie eine Einschätzung zu den im Einzelfall angebrachten bzw. Erfolg versprechenden Maßnahmen vor allem der medizinischen Rehabilitation.

Es gibt einzelne Hinweise darauf, dass einige Grundsicherungsstellen auch Beschäftigungsträger mit einem „Clearingauftrag“ einschalten. Dieser bezieht sich dann auf die Frage, inwieweit ein vermutetes Suchtproblem im (Arbeits-)Alltag zum Tragen kommt und die Vermittlungsaussichten einschränkt.

Tabelle 37: Genutzte Möglichkeiten für die Feststellung des Vorliegens eines Suchtproblems bei arbeitslosen Hilfebeziehenden

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Gibt es Hinweise, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird dies in der Beratung offensiv thematisiert und nachgefragt	286	89,7
Gibt es Hinweise, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, werden von den Fachkräften suchtdiagnostische Tests bzw. Fragebögen eingesetzt	9	2,8
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird grundsätzlich der ärztliche Dienst eingeschaltet	160	50,2
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird grundsätzlich der psychologische Dienst eingeschaltet	38	11,9
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird zur Klärung der Diagnose eine Suchtberatungsstelle eingeschaltet	206	64,6
Sonstiges	46	14,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage C 2; N=319.

Die Quote der erkannten Suchtprobleme variiert wahrscheinlich stark in Abhängigkeit von der Art des Problems. Als besonders schwer zu identifizieren sind für die Fachkräfte offensichtlich Probleme mit psychoaktiven Medikamenten, gefolgt von der Spielsucht, den suchtförmigen Essstörungen, den Drogen- und Alkoholproblemen (Tabelle 38).

Tabelle 38: Schwer erkennbare Suchtprobleme

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Alkoholprobleme	62	20,8
Drogenprobleme	165	55,4
Suchtförmige Essstörungen (z. B. Magersucht, Bulimie)	167	56,0
Spielsucht	267	89,6
Probleme mit psychoaktiven Medikamenten (z. B. Beruhigungs- oder Schlafmittel)	278	93,3

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 3; N=298.

5.1.2 Indikationen für eine Suchtberatung nach § 16a SGB II

Suchtprobleme unterscheiden sich z. B. nach Art, Schweregrad oder ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, so dass die Frage, wann eine Maßnahme der Suchtberatung angezeigt ist, in jedem Einzelfall individuell zu prüfen und zu entscheiden ist. Bei den Antworten auf die

Frage, in welchen Fällen aus Sicht der SGB II-Fachkräfte eine Suchtberatung nach § 16a SGB II indiziert ist, zeigt sich ein sehr heterogenes Bild (Tabelle 39). Die beiden am häufigsten genannten Indikationen sind erwartungsgemäß „bei Bedarfsanmeldung durch die Kund/inn/en“ und „bei Vorliegen einer Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis“. Gemessen an den Prozentsätzen folgen mit weitem Abstand „im Anschluss an eine Suchtbehandlung“ (Suchtrehabilitation), „bei Führerscheinentzug wg. Alkohol- oder Drogenkonsums“ und „bei einer Suchtgefährdung“, die, wie es im Wortlaut der Fragestellung hieß, noch keine Abhängigkeit bedeutet, aber ein Risiko impliziert, dass sich eine Suchterkrankung entwickelt. Die wenigsten Grundsicherungsstellen schalten eine Suchtberatung auch dann ein, wenn ein Vermittlungshemmnis infolge von Suchtproblemen Angehöriger besteht.

Tabelle 39: Indikationen für eine Suchtberatung nach § 16a SGB II

Mehrfachantworten	Immer/oft		Manchmal		Nie	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Bei Bedarfsanmeldung durch Kundinnen und Kunden (N=279)	261	93,5	16	5,7	2	0,7
Bei Vorliegen einer Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis (N=281)	248	88,3	33	11,7	0	0,0
Im Anschluss an ambulante oder stationäre Suchtbehandlung (N=264)	76	28,8	165	62,5	23	8,7
Bei Führerscheinentzug wegen Alkohol- oder Drogenkonsums (N=262)	50	19,1	190	72,5	22	8,4
Bei Vorliegen einer Suchtgefährdung (N=262)	39	14,9	166	63,4	57	21,8
Bei Vermittlungshemmnissen infolge von Suchtproblemen Angehöriger (N=261)	14	5,4	168	64,4	79	30,3
Nur bei Kundinnen und Kunden einer spezifischen Kundengruppe (N=11)	3	27,3	0	0,0	8	72,7
In sonstigen Fällen (N=8)	3	37,5	1	12,5	4	50,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 1 (Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen).

In dem speziellen Fall, dass jugendliche Kund/inn/en (U25) Eltern haben, deren Suchtprobleme die berufliche Integration der jungen Erwachsenen erschweren, berichteten mit 31 % fast ein Drittel der SGB II-Stellen, dass sie die Eltern mit dem Ziel zu einem Gespräch einladen, sie zur Kontaktaufnahme mit einer Suchtberatungsstelle zu motivieren (Tabelle 40). 38 % verweisen den Fall an das Jugendamt, 12 % an eine Suchtberatungsstelle.

Tabelle 40: Vorgehensweise bei Jugendlichen (U25) mit Elternteil oder Eltern, deren Suchtprobleme die berufliche (Re-)Integration der jungen Erwachsenen erschweren

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Informierung des Jugendamts mit Bitte, sich um den Fall zu kümmern	122	38,4
Einladung der Eltern zu einem Gespräch, Ziel: Motivation zur Kontaktaufnahme mit Suchtberatungsstelle herstellen	99	31,1
Informierung der Suchtberatungsstelle mit Bitte, sich um den Fall zu kümmern	39	12,3
Grundsicherungsstelle ist nicht zuständig	6	1,9
Weitere Maßnahmen	85	26,7
Keine Erkenntnisse	115	36,2

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage E 1; N=318.

Zur Frage der Einbeziehung von anderen Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft bei der Erarbeitung der Hilfeplanung für Hilfebedürftige mit Suchtproblemen, zeigt sich ebenfalls eine heterogene Praxis (Tabelle 41). Wenn Grundsicherungsstellen Angehörige der Bedarfsgemeinschaft „in bestimmten Fällen“ einbeziehen, versprechen sie sich davon anscheinend vor allem eine Unterstützung ihrer Integrationsbemühungen: Die „Einbeziehung von Angehörigen, wenn es sinnvoll, notwendig, Erfolg versprechend oder unterstützend ist“ (N=42) und „mit Zustimmung/auf Wunsch des Kunden bzw. der Kundin“ (N=28) sind die am häufigsten genannten Einträge.

Tabelle 41: Beteiligung anderer Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bei der Erarbeitung der Hilfeplanung für Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Nein	105	33,2
Ja, grundsätzlich	36	11,4
Ja, in bestimmten Fällen	175	55,4
Gesamt	316	100
Keine Angabe	7	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage E 5.

5.1.3 Prüfung der Erwerbsfähigkeit

Als erwerbsfähig im Sinne des SGB II gilt, wer „unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig“ sein kann (§ 8 (1) SGB II). Dieser sehr weite Erwerbsfähigkeitsbegriff führt dazu, dass eine Suchterkrankung

im Kontext des SGB II zwar als gravierendes Vermittlungshemmnis angesehen wird, die Erwerbsfähigkeit eines Menschen – und damit den Anspruch auf Grundsicherungsleistungen nach dem SGB II – aber nicht grundsätzlich in Frage stellt. Kommen die Fachkräfte der Grundsicherungsstellen zu einer anderen Einschätzung, etwa weil ein Kunde bzw. eine Kundin sehr beeinträchtigt wirkt oder weil suchtbedingte Einschränkungen sich im Laufe der Fallbearbeitung als gravierender erweisen als anfangs angenommen, so leiten sie eine Überprüfung der Erwerbsfähigkeit ein und bereiten damit gleichzeitig das Ende ihrer Zuständigkeit und einen Systemwechsel ins SGB XII vor.

Immerhin 30 Grundsicherungsstellen (10 %) gehen davon aus, dass bei suchtkranken Kund/inn/en Erwerbsunfähigkeit vermutet werden muss: Denn sie leiten in allen Fällen eine Überprüfung ein (Tabelle 42). Der überwiegende Teil der Grundsicherungsstellen entscheidet jedoch einzelfallbezogen bzw. überprüft die Erwerbsfähigkeit nur in bestimmten Fällen.

Tabelle 42: Überprüfung der Erwerbsfähigkeit bei suchtkranken Kund/inn/en

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Die Entscheidung wird nur im Einzelfall getroffen	91	29,1
In allen Fällen	30	9,6
Nur in bestimmten Fällen	192	61,3
Gesamt	313	100
Keine Angabe	10	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage D 1.

Diese Überprüfung geschieht bei den meisten Grundsicherungsstellen offensichtlich „aus gegebenem Anlass“, nämlich vor allem dann, wenn die Adressat/inn/en selbst Zweifel an ihrer Erwerbsfähigkeit äußern, und fast immer, wenn die Fachkräfte entsprechende Rückmeldungen von beteiligten Dritten – Ärzten, Suchtberatungsstellen oder Maßnahmeträgern – erhalten (Tabelle 43). Immerhin die Hälfte aller Grundsicherungsstellen nimmt krankheitsbedingte Fehlzeiten in Maßnahmen und ein knappes Drittel wiederholte Sanktionen zum Anlass, die Erwerbsfähigkeit zu überprüfen.

30 % bzw. 26 % der Grundsicherungsstellen überprüfen die Erwerbsfähigkeit (selbst) dann, wenn die Kund/inn/en substituiert werden oder eine Therapie gerade abgeschlossen haben. Im letzten Fall kann dies auch Folge eines vorangegangenen Leistungsausschlusses nach § 7 (4) SGB II sein, da nach einer mehr als sechs Monate dauernden Entwöhnungsbehandlung ein Neuantrag gestellt werden muss, und die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit vor der Leistungsbewilligung ohnehin vorgesehen ist. In 23 der 34 „weiteren Fälle“ (8 %) weisen Grundsicherungsstellen darauf hin, dass Fachkräfte natürlich auch aufgrund eigener Einschätzung die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit veranlassen.

Tabelle 43: Anlässe für die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Wenn Kund/inn/en selbst Zweifel daran äußern, erwerbstätig sein zu können	179	93,2
Wenn ein (fach-)ärztliches Gutachten die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit empfiehlt	178	92,7
Wenn ein Maßnahmeträger die Rückmeldung gibt, dass die Erwerbsfähigkeit in Frage steht	173	90,1
Wenn eine Suchtberatungsstelle die Rückmeldung gibt, dass die Erwerbsfähigkeit in Frage steht	168	87,5
Wenn es mehrfach zu krankheitsbedingten Fehlzeiten in einer Maßnahme gekommen ist	97	50,5
Wenn es zu wiederholten Sanktionen infolge von Verstößen gegen die Eingliederungsvereinbarung gekommen ist	61	31,8
Wenn ein Kunde bzw. eine Kundin an einer Substitutionsbehandlung teilnimmt	57	29,7
Wenn ein Kunde bzw. eine Kundin eine Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung) beendet hat	47	24,5
Weitere Fälle	34	17,7

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage D 1a; N=192 (Grundsicherungsstellen, welche die Erwerbsfähigkeit in bestimmten Fällen überprüfen).

Bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit verzichten nur 24 % der Grundsicherungsstellen darauf, externe Dritte bzw. deren Expertise in die Entscheidung einzubeziehen. Die große Mehrheit (76 %) schaltet dagegen zur Begutachtung weitere Expert/inn/en ein (Tabelle 44).

Tabelle 44: Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen: Einbeziehung der Expertise Dritter

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Nein	76	23,8
Ja	244	76,2
Gesamt	320	100
Keine Angabe	3	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage D 2.

Wie das breite Spektrum der benannten Kooperationspartner/innen zeigt, ist zwar der Ärztliche Dienst (als der für Begutachtungen zuständige Fachdienst der Agentur für Arbeit) mit großem Abstand die am häufigsten eingeschaltete Stelle (96 %), aber bei weitem nicht die einzige. Die Grundsicherungsstellen greifen außerdem auf die Expertise von Suchtbera-

tungsstellen (63 %), von Fachärzt/inn/en (61 %) und anderen Einrichtungen der Suchttherapie (60 %) zurück. Auch die Einschätzungen von rechtlichen Betreuer/inn/en (33 %) und Maßnahmeträgern (29 %) spielen für die Grundsicherungsstellen offenbar häufig eine Rolle (Tabelle 45).

Tabelle 45: Einbezogene Expertise bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Ärztlicher Dienst	235	96,3
Suchtberatungsstelle	153	62,7
Behandelnder Facharzt/Fachärztin	151	61,9
Einrichtungen der Suchttherapie	143	58,6
Rechtlicher Betreuer/Betreuerin	80	32,8
Maßnahmeträger	70	28,7
Sonstiges, darunter	36	14,8
Gesundheitsbehörden (Gesundheitsamt, sozialpsychiatrischer Dienst)	18	7,4
Psychologischer Dienst	8	3,4
Rentenversicherungsträger	5	2,1

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage D 2a; N=244 (Grundsicherungsstellen, die externe Expertise bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit einbeziehen).

59 % der Grundsicherungsstellen, welche die Expertise Dritter zur Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nutzen, verfügen über eine geregelte Kooperation mit der Suchthilfe. Das bedeutet allerdings keineswegs, dass sie vorrangig oder ausschließlich die Suchthilfe einschalten: Sie stellen z. B. auch 69 % der Grundsicherungsstellen, die rechtliche Betreuer/innen einbeziehen, und 61 % derjenigen, die auf die Expertise von Maßnahmeträgern bauen.

5.1.4 Sucht als Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung

Die folgenden Ausführungen beziehen sich darauf, wie die Grundsicherungsstellen mit dem Thema „Sucht“ bei der Formulierung von Eingliederungsvereinbarungen nach § 15 SGB II umgehen.

Tabelle 46 gibt Aufschluss darüber, ob Ergebnisse der individuellen Beratung zum Thema „Sucht“ in der Eingliederungsvereinbarung festgehalten werden. Erkennbar ist eine unterschiedliche Praxis. Bei einem guten Drittel der SGB II-Stellen besteht diesbezüglich kein einheitliches Vorgehen, d. h. die Entscheidung darüber liegt im Ermessen der persönlichen Ansprechpartner/innen oder Fallmanager/innen. 40 % halten die Ergebnisse grundsätzlich fest.

In 6 % der Grundsicherungsstellen werden sie grundsätzlich nicht festgeschrieben und in 16 % nur in bestimmten Fällen.

Tabelle 46: Festhalten von Ergebnissen der individuellen Beratung zum Thema „Sucht“ in der Eingliederungsvereinbarung (EinV)

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Kein einheitliches Vorgehen	121	37,5
Ergebnisse werden grundsätzlich in EinV festgehalten	130	40,2
Ergebnisse werden in EinV grundsätzlich nicht festgehalten	20	6,2
Ergebnisse werden in EinV nur in bestimmten Fällen festgehalten	52	16,1
Gesamt	323	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage E 1.

Nahezu alle Grundsicherungsstellen halten in der Eingliederungsvereinbarung die Zuweisung zu einer Suchtberatung nach § 16a SGB II und eine dementsprechende Verpflichtung zur Meldung bei einer Suchtberatungsstelle fest (Tabelle 47). Mit weitem Abstand folgt die Entbindung von Beratungsstellen und/oder Ärzten bzw. Ärztinnen von der Schweigepflicht (45 %), die Verpflichtung, sich mit der eigenen Suchtproblematik auseinander zu setzen (38 %), sich bei einem Facharzt bzw. einer Fachärztin vorzustellen (31 %) und eine Entgiftung oder eine Therapie zu beantragen (28 %). Vergleichsweise selten wird die Verpflichtung zur Abstinenz während einer Maßnahme festgehalten (8 %).

Dass die große Mehrzahl aller Grundsicherungsstellen eine Zuweisung zur Suchtberatung in der Eingliederungsvereinbarung dokumentiert, heißt weder, dass diese Zuweisungen „unfreiwillig“ zustande kommen, noch dass es nicht auch Vermittlungen in die Beratung geben kann, die ohne Eingliederungsvereinbarung zustande kommen. Vielmehr geben in den Freitextfeldern einige Grundsicherungsstellen an (N=16), zur Suchtberatung über die EinV nur dann zu verpflichten, wenn dies „auf Wunsch des Kunden“ geschehe, wenn dieser zugestimmt habe bzw. wenn in einem Hilfeplangespräch „gemeinsam Teilschritte zur Integration erarbeitet“ worden seien, mit anderen Worten, wenn die Grundsicherungsstellen relativ sicher von einem Einvernehmen ausgehen können.

Elf Grundsicherungsstellen gaben in Freitextfeldern an, die Verpflichtung zur Suchtberatung gewöhnlich nicht in die Eingliederungsvereinbarung aufzunehmen (Tabelle 48). Insgesamt hält ein Viertel der Grundsicherungsstellen üblicherweise bestimmte Vereinbarungen mit Suchtkranken in der Eingliederungsvereinbarung nicht fest, um Sanktionen von vornherein zu vermeiden.

Tabelle 47: Festhalten von bestimmten Ergebnissen der individuellen Beratung zum Thema „Sucht“ in der Eingliederungsvereinbarung

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Zuweisung zu einer Suchtberatung nach § 16a SGB II und eine dementsprechende Verpflichtung, sich bei einer Suchberatungsstelle zu melden	279	93,3
Entbindung von Beratungsstellen und/oder Ärzten bzw. Ärztinnen von der Schweigepflicht	134	44,8
Verpflichtung, sich mit dem Suchtproblem auseinander zu setzen	114	38,1
Verpflichtung, sich bei einem Facharzt/einer Fachärztin vorzustellen	94	31,4
Verpflichtung, eine Entgiftung oder Therapie zu beantragen	83	27,8
Verpflichtung zur Abstinenz während der Teilnahme an einer Maßnahme	25	8,4
Sonstiges	28	9,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage E 1a; N=299.

Die Auswertung der 77 Nennungen im Freitextfeld ergab, dass die Grundsicherungsstellen z. B. häufig bewusst vermeiden, Klient/inn/en zur Entgiftung bzw. Therapie (N=36) oder zur Abstinenz zu verpflichten (N=14). Dies sei nur „zielführend, wenn der Kunde es selbst möchte und hinter der Therapie steht!“, heißt es z. B. zur Erklärung in den Freitextanmerkungen. Weitere SGB II-Stellen verzichteten darauf, Vereinbarungen zur Arbeitsmarktintegration in die EinV mit Suchtkranken aufzunehmen (N=8).

Tabelle 48: Nicht-Festhalten von Vereinbarungen mit Suchtkranken in der Eingliederungsvereinbarung (EinV), um diese nicht sanktionsrelevant werden zu lassen

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Nein, es gibt keine spezifischen Vereinbarungen mit Suchtkranken, die nicht in der EinV festgeschrieben werden	237	74,5
Ja, bestimmte Vereinbarungen mit Suchtkranken werden üblicherweise nicht in der EinV festgeschrieben	81	25,5
Gesamt	318	100
Keine Angabe	5	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage E 2.

Etwas mehr als die Hälfte aller SGB II-Stellen beziehen in der Regel die fachliche Stellungnahme bzw. Expertise von Einrichtungen der Suchthilfe oder anderen Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung ein, 35 % in der Regel nicht und 12 % nur in bestimmten Fällen.

Tabelle 49: Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme/Expertise von Mitarbeiter/inne/n der Suchthilfe oder anderen Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung von suchtkranken Kund/inn/en

	N	In Prozent der antwortenden GSS
In der Regel nicht	110	34,6
In der Regel ja	169	53,1
In bestimmten Fällen	39	12,3
Gesamt	318	100
Keine Angabe	5	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage E 3.

Dabei fällt die Form der Einbindung in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung unterschiedlich aus (Tabelle 50). Am häufigsten wird die Suchthilfe um Rat gefragt.

Tabelle 50: Form der Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme/Expertise von Mitarbeiter/inne/n der Suchthilfe bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung (EinV) von suchtkranken Kund/inn/en

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Suchthilfe wird um Rat gefragt	137	65,9
Die in den EinV festgelegten Verpflichtungen werden gemeinsam formuliert	92	44,2
Suchthilfe macht einen Vorschlag für eine EinV	66	31,7
Suchthilfe übernimmt bestimmte Aufgaben, diese werden gemeinsam festgelegt	65	31,3
Fristen zur Einhaltung von Verpflichtungen werden von der Suchthilfe bestimmt	33	15,9
Sonstiges	24	11,5

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage E 3a; N=208 (Grundsicherungsstellen, welche die Suchthilfe oder andere Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung einbeziehen).

Relativ selten kommt es vor, dass die Suchthilfe Fristen zur Einhaltung von Verpflichtungen bestimmt. Die 24 Einträge zum Stichwort „Sonstiges“ enthalten weitere Erläuterungen: Die Grundsicherungsstellen ergänzen hier z.B. erneut, dass eine Einbindung der Suchtberatungsstelle die Zustimmung der Kund/inn/en voraussetzt, und mehrfach wird darauf hinge-

wiesen, dass Stellungnahmen der Suchtberatung berücksichtigt würden, sofern sie der Grundsicherungsstelle vorliegen (N=6).

Erwartungsgemäß beziehen jene Grundsicherungsstellen, deren Kooperation mit der Suchthilfe geregelt ist, die Suchthilfe oder andere Beratungseinrichtungen sowohl deutlich häufiger (Tabelle 51) als auch in vielfältigeren Formen ein.

Tabelle 51: Geregelte Kooperation und Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme/Expertise der Suchthilfe oder anderer Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung von suchtkranken Kundinnen und Kunden

		Geregelte Kooperation mit der Suchthilfe			
		Ja		Nein	
		N	In Prozent	N	In Prozent
Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme/Expertise der Suchthilfe oder anderer Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung von suchtkranken Kundinnen und Kunden	In der Regel nicht	47	27,3	59	42,8
	In der Regel ja	104	60,5	62	44,9
	In bestimmten Fällen	21	12,2	17	12,3
	Keine Angabe	0		2	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage E 3 und I 5; N=310 (von 312 Grundsicherungsstellen, die Angaben zur Kooperation mit SB-Stellen machen. Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen).

In einer der untersuchten Kooperationsvereinbarungen findet sich z. B. der folgende Passus, der zum Abschluss der Eingliederungsvereinbarung festlegt:

„Die Leistungsberechtigten werden immer an diesem Prozess beteiligt. Vor dem Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung findet in der Regel ein gemeinsames Gespräch statt, an dem die Fachvertreter des [Träger der Suchtberatung], die leistungsberechtigte Person und ein Vertreter der ARGE teilnehmen.“

Tabelle 52: Geregelte Kooperation und Form der Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme/Expertise der Suchthilfe bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung (EinV) von suchtkranken Kundinnen und Kunden

Mehrfachantworten		Geregelte Kooperation mit der Suchthilfe			
		Ja		Nein	
		N	In Prozent	N	In Prozent
Form der Einbeziehung der fachlichen Stellungnahme/ Expertise der Suchthilfe bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung (EinV) von suchtkranken Kundinnen und Kunden	Suchthilfe wird um Rat gefragt	53	42,4	37	46,8
	Die in der EinV festgelegten Verpflichtungen werden gemeinsam formuliert	41	32,8	21	26,6
	Suchthilfe macht einen Vorschlag für eine EinV	41	32,8	23	29,1
	Suchthilfe übernimmt bestimmte Aufgaben, diese werden gemeinsam festgelegt	19	15,2	13	16,5
	Fristen zur Einhaltung von Verpflichtungen werden von der Suchthilfe bestimmt	85	68,0	49	62,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage E 3a und I 5 N=125 für geregelte Kooperation und 79 für nicht geregelte Kooperation (die Grundsicherungsstellen, die die Expertise der Suchthilfe und anderer Beratungseinrichtungen bei der Gestaltung der EinV einbeziehen). Prozentangabe in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen.

5.1.5 Umgang mit Sanktionen

Im Sinne des Grundprinzips des SGB II „Fördern und Fordern“ können Sanktionen in Form von Leistungskürzungen verhängt werden, wenn die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung nicht erfüllen (§ 31 SGB II). Wie die Grundsicherungsstellen mit Sanktionen konkret umgehen, wird nachfolgend dargestellt.

Als erstes Ergebnis fällt auf, dass eine große Heterogenität hinsichtlich des praktischen Umgangs mit Sanktionen besteht. Sie spiegelt sich deutlich in Tabelle 53 wider: 28 % der Grundsicherungsstellen erkennen die Suchterkrankung als wichtigen Grund an, der es möglich macht, vom Verhängen einer Sanktion bei Nichteinhaltung von Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung abzusehen. 34 % tun dies nicht und weitere 37 % nur in bestimmten Fällen. Auch in den dazu gehörigen Freitextantworten zeigt sich keine einheitliche Praxis. Sanktionsentscheidungen sind nach Auffassung der Grundsicherungsstellen Einzelfallentscheidungen, in denen die Fachkräfte der Grundsicherungsstelle ihr Ermessen ausüben können und müssen. Relativ oft wird von Sanktionen abgesehen, wenn das Suchtproblem als Krankheit definiert ist bzw. wenn Fachgutachten (z. B. des Ärztlichen oder Psychologischen Dienstes) bestätigen, dass ein Kunde bzw. der Kundin krankheitsbedingt gegen eine Verpflichtung verstößt.

Tabelle 53: Bewertung der Suchterkrankung als „wichtiger Grund“ bei Nichteinhaltung von Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung

	N	In Prozent der antwortenden GSS
In der Regel nicht	108	34,4
In der Regel ja	89	28,3
In bestimmten Fällen	117	37,3
Gesamt	314	100
Keine Angabe	9	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage F 4.

Das Nicht-Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle wird von rund einem Drittel der SGB II-Grundsicherungsstellen in der Regel sanktioniert, von 36 % in der Regel nicht und von den restlichen 31 % nur in bestimmten Fällen (Tabelle 54).

Tabelle 54: Verhängung von Sanktionen, wenn suchtkranke Menschen die Suchtberatungsstelle nicht aufgesucht haben

	N	In Prozent der antwortenden GSS
In der Regel nicht	115	36,2
In der Regel ja	104	32,7
In bestimmten Fällen	99	31,1
Gesamt	318	100
Keine Angabe	5	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage F 3.

Von den 101 Nennungen im Freitextfeld zur Erläuterung der „bestimmten Fälle“ entfallen allerdings mit 54 mehr als die Hälfte auf „bei erster Verletzung der Verpflichtung aus der Eingliederungsvereinbarung“, so dass hier von einer regelhaften Sanktionierung ab der zweiten festgestellten Verletzung der in der Eingliederungsvereinbarung festgehaltenen Pflichten auszugehen ist.

In Tabelle 55 fällt auf, dass bei geregelter Kooperation deutlich mehr Grundsicherungsstellen bei der Verhängung von Sanktionen einzelfallorientiert vorgehen.

Tabelle 55: Geregelt Kooperation und Verhängung von Sanktionen, wenn suchtkranke Menschen die Suchtberatungsstelle nicht aufgesucht haben

		Geregelt Kooperation mit der Suchthilfe			
		Ja		Nein	
		N	In Prozent	N	In Prozent
Verhängung von Sanktionen, wenn suchtkranke Menschen die Suchtberatungsstelle nicht aufgesucht haben	In der Regel nicht	59	34,5	53	38,4
	In der Regel ja	46	26,9	56	40,6
	In bestimmten Fällen	66	38,6	29	21,0
	Keine Angabe	1		2	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage F 3 und I 5; N=312 (Grundsicherungsstellen, die Angaben geregelter/nicht geregelter Kooperation machen. Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen).

Eine der untersuchten Kooperationsvereinbarungen gibt den Fachkräften die Überprüfung mehrerer Sachverhalte auf, bevor es zu einer Sanktion kommen dürfe:

„Ob der Besuch der Sucht- und Drogenberatung oder Schuldnerberatung eine sanktionierbare Verpflichtung gemäß § 31 SGB II ist, muss mindestens von 4 Grundvoraussetzungen abhängig gemacht werden:

- Der Besuch muss in einer Eingliederungsvereinbarung schriftlich festgehalten werden.
- Die Weigerung müsste als subjektiv vorwerfbarer Tatbestand thematisiert werden können. Das heißt ein Alkoholabhängiger, der die Abhängigkeit – gerade auch wegen der Sucht – nicht anerkennt, erfüllt die subjektiven Tatbestandsvoraussetzungen nicht.
- Die Weigerung müsste wiederholt geschehen um als lokalisierbarer Tatbestand erkennbar zu sein.
- Der Hilfebedürftige muss über die möglichen Folgen seines Verhaltens belehrt worden sein.
- Die Nicht-Inanspruchnahme der Suchtberatung und/oder Schuldnerberatung hat der Gesetzgeber nicht als Tatbestandsvariante vorgesehen, sie könnte nur aus der in § 31 Abs.1 Pkt.1b abzuleitenden allgemeinen Verpflichtung zur Einhaltung der Eingliederungsvereinbarung angesehen werden. Was aber auch bedeutet, dass der Verweis auf das Beratungsangebot in einem direkten Zusammenhang mit der Integration in den Arbeitsmarkt stehen muss, damit es sanktioniert werden kann.“

Eine weitere Kooperationsvereinbarung enthält folgenden Hinweis zur Ermessenausübung:

„Beratung wird als unterstützende Leistung verstanden, deren Verweigerung oder Abbruch nach einem Rückfall oder in einer Krisensituation als Teil des Krankheitsbildes zu verstehen ist und nicht unmittelbar Sanktionen auslösen soll.“

Wie weit die fachlichen Positionen in der Frage der Sanktionen auseinander liegen, zeigt der Blick in eine dritte Kooperationsvereinbarung. Unter der Überschrift „Suchtberatung im Zwangskontext“ wird hier ausgeführt:

„Auf dem Hintergrund des Ausstiegs aus der Co-Abhängigkeit ist es wichtig, bei Nichteinhaltung der Vereinbarungen Konsequenzen in der aktiven und passiven Arbeitsförderung umzusetzen. Diese Konsequenzen können die Nicht-Gewährung einer [...] aktiven Arbeitsförderung (nachträglicher Erwerb eines Schulabschlusses, Weiterbildung, Förderung einer Arbeitsaufnahme etc.) sein oder auch Sanktionen wegen der Nicht-Erfüllung der in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Pflichten umfassen.“

Wird die Suchtberatung unplanmäßig oder vorzeitig abgebrochen, ergreifen 85 % der Grundsicherungsstellen Maßnahmen (Tabelle 56), wobei die dazugehörigen Freitexteintragen zeigen, dass 28 % der Grundsicherungsstellen, die das tun, (immer) Sanktionen verhängen (N=74). 53 SGB II-Stellen überprüfen ausdrücklich, ob ein Sanktionstatbestand vorliegt, 18 von ihnen geben an, dazu ein persönliches Gespräch im Sinne der gesetzlich vorgeschriebenen Anhörung zu führen. Klärende Gespräche mit Kund/inn/en bzw. der Suchtberatungsstelle haben für insgesamt 215 Grundsicherungsstellen daneben vor allem die Funktion, zur erneuten Inanspruchnahme der Suchtberatung zu motivieren und/oder andere Hilfeschnitte zu planen. 35 Grundsicherungsstellen vermitteln danach in eine Beschäftigungsmaßnahme, 28 geben an, erneut in die Suchtberatung zuzuweisen.

Tabelle 56: Art der Maßnahmen seitens der Grundsicherungsstellen bei unplanmäßiger oder vorzeitiger Beendigung der Suchtberatung durch die Kundinnen und Kunden

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Keine	46	14,8
Ja, bei Abbruch durch Kundin/Kunden werden in der Regel folgende Maßnahmen ergriffen	264	85,2
Gesamt	310	100
Keine Angabe	13	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 7.

24 Grundsicherungsstellen belassen die Kund/inn/en zunächst in der Beratung der Fachkräfte, um sie (später) erneut in eine Suchtberatung überweisen zu können. Insgesamt 34 überprüfen entweder die Erwerbsfähigkeit oder schalten zumindest den Ärztlichen oder Psychologischen Dienst bzw. die kommunalen Gesundheitsbehörden für eine weitere Abklärung ein.

Auf die Frage, ob die Grundsicherungsstellen die Sanktionierbarkeit von „Fehlverhalten“ für einen wichtigen Erfolgsfaktor bei der Betreuung und Integration von Personen mit Suchtproblemen im Rahmen des SGB II halten, entfielen mehr Nein- als Ja-Antworten (51 % zu 29 % bei 19 % unentschiedenen Antworten). In Relation zu neun weiteren erfragten Erfolgsfaktoren rangierte die Sanktionierbarkeit auf dem letzten Platz (vgl. Kapitel 9).

5.1.6 Umgang mit Verschuldung und unwirtschaftlichem Verhalten

Der vorliegende Abschnitt bezieht sich auf den Umgang der SGB II-Stellen mit dem Problem der Verschuldung bzw. dem sog. unwirtschaftlichen Verhalten von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen.

Arbeitslose sind häufig verschuldet (Deutscher Bundestag, 3.3.2005: 63ff.). Sind sie zusätzlich von einer Suchterkrankung betroffen, kann sich die Problematik deutlich verschärfen, besonders ausgeprägt im Fall der Abhängigkeit von illegalen Drogen und der Spielsucht. Etwa Dreiviertel der Grundsicherungsstellen sehen in der Verschuldung bzw. der Überschuldung der Kund/inn/en mit Suchtproblemen ein Problem, das die Integration ins Erwerbsleben oft erschwert (vgl. auch Tabelle 34 in Kapitel 4.3).

Tabelle 57 zeigt, dass die Hälfte bzw. fast zwei Drittel der Grundsicherungsstellen im Fall der Verschuldung von Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen oft an eine Schuldnerberatungsstelle verweisen bzw. – wie dies bei allen Leistungsbeziehenden mit Schulden weit verbreitete Praxis ist – eine Direktüberweisung von Miete und/oder Energiekosten vornehmen.

Tabelle 57: Häufigkeit von spezifischen Maßnahmen bei Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen

	Oft		Manchmal		Nie	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Verweis an eine Schuldnerberatungsstelle (N=320)	201	62,8	118	36,9	1	0,3
Direktüberweisung von Miete und/oder Energiekosten (N=316)	167	52,8	145	45,9	4	1,3
Tilgung von Schulden durch Direktüberweisung an Gläubiger (N=310)	28	9,0	185	59,7	97	31,3
Darlehensweise Übernahme von Mietrückständen (N=310)	32	10,3	257	82,9	21	6,8
Gewährung des ALG II als Sachleistung (N=307)	18	5,9	229	74,6	60	19,5
Sonstiges (N=15)	4	26,7	10	66,7	1	6,6

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage F 2; Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen.

Demgegenüber wird die Tilgung von Schulden durch Direktüberweisung an Gläubiger und die darlehensweise Übernahme von Mietrückständen deutlich seltener veranlasst.

Die Gewährung des ALG II als Sachleistung kommt bei Suchtmittelabhängigkeit in Betracht, wenn feststeht, dass der/die Hilfebedürftige mit dem ALG II seinen Bedarf nicht decken kann, weil er/sie es nicht für den Lebensunterhalt (Ernährung, Kleidung, Wohnung usw.) nutzt, sondern Suchtmittel kauft (Winkler 2008: 531). Bei fast 6 % der Grundsicherungsstellen kommt eine solche Sachleistungsgewährung oft vor, bei knapp 20 % nie.

5.2 Diskussion der empirischen Ergebnisse

5.2.1 Erkennen von Suchtproblemen

Das Erkennen von Suchtproblemen nimmt zweifellos eine Schlüsselstelle in der Praxis der SGB II-Stellen ein. Es wird von nahezu allen Grundsicherungsstellen als ein wichtiges bis sehr wichtiges Erfolgskriterium bewertet (vgl. Kapitel 9). Doch die Identifizierung eines Suchtproblems ist nicht trivial. Insofern überrascht es nicht, dass es für die meisten SGB II-Fachkräfte schwer ist, eine Suchtkrankheit zu erkennen. Auf die Frage, was in der Fallbearbeitung besonders schwierig sei, wurde von fast allen Grundsicherungsstellen das „Erkennen und Ansprechen von Suchtproblemen“ angegeben. Mit 91 % zeigte sich dieses Problem als Spitzenreiter in einer größeren Liste von Problemen (ebda).

Ist das Suchtproblem ein Integrationshindernis, und bleibt es unerkannt, können die Grundsicherungsstellen keine Maßnahmen zur Überwindung der Sucht als Integrationshemmnis ergreifen. Zweifellos kann die Erkennungsquote durch suchtspezifische Schulungen erhöht werden (vgl. Kapitel 3). Sie sind vor allem auch deshalb nötig, weil die meisten Suchtkranken es gelernt haben, ihre Suchtprobleme zu verheimlichen, um negative Reaktionen (Kritik, Schuldvorwürfe, Stigmatisierung u.a.m.) durch andere zu vermeiden. Verheimlichungs- bzw. Verleugnungstendenzen treten insbesondere dann auf, wenn das Fragen nach Sucht außerhalb eines konstruktiven Beratungs- bzw. Therapiekontextes stattfindet oder gar in einer Behörde, wie dies im Rahmen des SGB II der Fall ist. Wenn auch die ALG II-Beziehenden unmittelbare Sanktionen wegen ihrer Sucht nicht befürchten müssen, so ist dennoch klar, dass sie in einem Abhängigkeitsverhältnis zum SGB II-Träger stehen, der sie u. U. mit Verhaltensanforderungen konfrontiert, die für sie nicht erfüllbar sind.

Zwar sind Suchtkrankheiten auch mit bestimmten, nur schwer bzw. gar nicht zu verbergenden Auffälligkeiten bzw. Symptomen assoziiert (z. B. unsicherer Gang, Tremor der Hände, vermehrte Gefäßzeichnung im Gesicht, weit geöffnete Pupillen). Doch diese Merkmale sind nicht immer suchtspezifisch und damit nicht hinreichend, um darauf eine sichere Diagnose zu stützen. Da die Medikamentenabhängigkeit auch als „heimliche Sucht“ bezeichnet wird, ist es nicht überraschend, dass es den Fachkräften in den Grundsicherungsstellen am schwersten fällt, diese Form der Sucht zu identifizieren.

Um Suchtprobleme zu erkennen, gehen die SGB II-Stellen unterschiedlich vor. Die meisten praktizieren so genannte „reaktive“ Verfahrensweisen. Das bedeutet, dass nach einem Suchtproblem nur dann gefragt wird, wenn es Auffälligkeiten gibt bzw. der Kunde oder die Kundin es selbst anspricht (Tabelle 36). Solche Vorgehensweisen erfassen allerdings nur die „Spitze des Eisbergs“.

Proaktive Verfahrensweisen führen, da sie auf alle Kund/inn/en ausgerichtet sind, zu einer deutlich größeren Erkennungsquote. Dabei ist aber zu beachten, dass dann auch entsprechend mehr qualifiziertes Personal zur Betreuung und Integration der identifizierten Suchtkranken zur Verfügung stehen muss. Ist dies in ausreichendem Maße gewährleistet und sind die Fachkräfte entsprechend geschult, kann das Fragen nach Suchtproblemen bei jedem Erstgespräch in Betracht gezogen werden.

Dieser Vorgehensweise sind allerdings durch die Eigengesetzlichkeiten der sozialen Dienstleistung „Beratung“ Grenzen gesetzt: Beratung entsteht erst in der Interaktion zwischen den Fachkräften und ihren Kund/inn/en. Damit die Fachkräfte ihren Beratungsauftrag erfüllen können, sind sie auf einen eigenen, personalisierten Auftrag angewiesen, den nur die Nutzerinnen und Nutzer der Dienstleistung erteilen können (Baethge-Kinsky u.a.: 2007). Die Fachkräfte werden deshalb zunächst Zeit in den Aufbau einer Vertrauensbeziehung investieren, um darauf aufbauend umso intensiver arbeiten zu können, und sie werden aus beraterischen Überlegungen davon Abstand nehmen, das Erstgespräch mit „problematischen“ Themen zu überlasten. Entscheidend dürfte sein, dass die Anamnese so lange als nicht abgeschlossen gilt, wie bestimmte Fragen offen sind.

Unter dem Gesichtspunkt, dass zu sozialen Schwierigkeiten und persönlichen Problemen oft eine gewisse „Geheimhaltung“ gehört, empfehlen die 69 Optionskommunen, die sozialintegrativen Angebote im Fallverlauf gezielt zum Einsatz zu bringen:

„Die soziale Problematik und ihre Bedeutung für die Integration in Arbeit kommen oft nicht zu Beginn des Beratungsprozesses in vollem Umfang zum Vorschein, sondern erst nach einer gewissen Zeit. Die Bereitstellung eines Angebotes einer sozialen Leistung („Verweis auf das Beratungs- bzw. Leistungssystem) ist vielfach der Inhalt der Einbeziehung in die Eingliederungsvereinbarungen – Art und Inhalt der konkreten Leistung ist dann zwischen dem professionellen Leistungsanbieter und dem Kunden festzulegen. Die Dauer sozialer Unterstützung ist daher nicht immer vorab zu definieren.“ (con_sens/Ramboll Management: 2009)

Das „Fragen nach einem Suchtproblem bereits bei Antragsstellung“ ist hingegen nicht statthaft. Dazu führt die Bundesagentur für Arbeit aus:

„Der Umstand, dass jemand unter einer Suchterkrankung leidet oder ein solcher Verdacht besteht, ist ein Privatgeheimnis, das dem besonderen Schutz des § 203 StGB unterliegt. Danach ist ein unbefugtes Offenbaren solcher Tatsachen nicht erlaubt. Daher ist eine routinemäßige Befragung bei Aushändigung des Antrags nach einer Suchtproblematik nicht statthaft, zumal dies u. U. in der Eingangszone erfolgt.“ (Bundesagentur für Arbeit, Februar 2009: 1f.).

Bei der weiteren Abklärung der ersten Anzeichen für ein mögliches Suchtproblem ist es wohl in der Regel gute Praxis, wenn die Fachkräfte der Grundsicherungsstellen den Hinweisen erst einmal selbst nachgehen und zu prüfen versuchen, ob tatsächlich eine Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis vorliegt. Dies dürfte in der Regel ausreichen, wenn das suchtspezifische Qualifikationsniveau der Fachkräfte entsprechend hoch und der Komplexitätsgrad der Sucht relativ gering ist.

Wie die Ergebnisse zeigten, werden suchtdiagnostische Tests oder Fragebögen zur weiteren Abklärung nur selten eingesetzt. Es liegen aber eine Reihe für diesen Zweck bewährter Fragebögen („Screeningtests“) vor, z. B. der AUDIT (Alcohol Use Disorders Identifikation Test, vgl. Rumpf/Hüllinghorst 2003) oder der CAST (Cannabis Abuse Screening Tests, vgl. Kraus u.a. 2008) zur Feststellung von riskantem Alkohol- bzw. Cannabiskonsum. Beide Tests sind schnell zu beantworten, leicht auszuwerten und liegen in deutscher Version vor. Allerdings geben diese Tests noch keinen Aufschluss darüber, ob das damit festgestellte Suchtproblem ein Vermittlungshemmnis darstellt. Dies zu bewerten, bliebe Aufgabe der Fachkräfte der

SGB II-Stellen. Die Verwendung von suchtdiagnostischen Instrumentarien ist aus Sicht der Bundesagentur für Arbeit nur eingeschränkt gestattet:

„Nicht zulässig ist [...] der Einsatz von suchtdiagnostischen Tests oder Fragebögen durch die persönlichen Ansprechpartner; dies ist den Fachdiensten der BA vorbehalten.“ (Bundesagentur für Arbeit, Februar 2009: 2).

Bei einer weiteren Abklärung des vermuteten Suchtproblems durch qualifizierte Fachdienste (Suchtberatungsstelle, Ärztlicher und Psychologischer Dienst) stellt sich die Frage, ob den Suchtberatungsstellen in der Regel der Vorzug zu geben wäre. Hierfür könnte das Verbleiben in ein und derselben Einrichtung sprechen, wenn der diagnostischen Abklärung auch eine Suchtberatung folgt.

5.2.2 Indikationen für eine Suchtberatung nach § 16a SGB II

In Hinblick auf die Indikationen für die Einschaltung der Suchtberatung zeigen die Ergebnisse, dass nur eine Minderheit der Grundsicherungsstellen ein breit gefächertes Indikationsspektrum berücksichtigt. Darüber hinaus fällt auf, dass rund 12 % der SGB II-Stellen selbst bei Vorliegen einer Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis nur manchmal eine Suchtberatung einschalten. Das kann verschiedene Gründe haben:

Bei Menschen, deren Suchterkrankung als schwer oder stark chronifiziert erscheint, und bei denen keine Veränderungsmotivation erkannt werden kann, können die Fachkräfte der Grundsicherungsstellen zu der Einschätzung kommen, dass eine Suchtberatung das Problem nicht lösen wird. Unter den 12 % der Grundsicherungsstellen, die nicht unbedingt eine Suchtberatung einschalten, könnten auch SGB II-Stellen sein, für welche die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Suchtberatungen einen besonders hohen Stellenwert hat und als Erfolgsbedingung für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit dem Suchtproblem angesehen wird. Zudem wird die Suchtberatung nicht eingeschaltet, wenn Kund/inn/en sie bereits von sich aus in Anspruch genommen haben. Und schließlich ist auch denkbar, dass die Zuweisung zur Suchtberatung an fehlenden Suchtberatungskapazitäten, mangelnder Mobilität der Kunden/innen oder nicht geeigneten Angeboten (z. B. dem Fehlen einer spezialisierten Drogenberatung) scheitern.

Nur knapp ein Fünftel der SGB II-Stellen reagiert auf den Führerscheinentzug immer oder oft mit der Einschaltung einer Suchtberatungsstelle. Zwar ist der Entzug der Fahrerlaubnis keineswegs immer gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Suchtproblematik, aber sehr oft ein Vermittlungshemmnis, zu dessen Beseitigung eine Suchtberatungsstelle durch Maßnahmen beitragen kann, die auf die Medizinisch-psychologische Untersuchung (MPU) vorbereiten: Kurse zur Wiedererlangung der Fahrerlaubnis. Solche Angebote gehören zum Leistungsspektrum von Suchtberatungsstellen und könnten daher seitens der SGB II-Fachkräfte genutzt werden.

Der Befund, dass nur etwas mehr als ein Viertel der Grundsicherungsstellen immer bzw. oft eine Suchtberatung im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Suchtrehabilitation einschaltet, ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die Vermittlung in eine Suchtberatungsstelle als Nachsorgemaßnahme oft schon über die Reha-Einrichtungen erfolgt.

Dass nur rund 15 % der SGB II-Träger eine Suchtberatung bei Vorliegen einer Suchtgefährdung immer bzw. oft veranlassen und rund 22 % nie, könnte daran liegen, dass eine solche Problematik in der Regel noch kein akutes Vermittlungshemmnis darstellt und daher nicht der SGB II-Indikation im engeren Sinne entspricht. Allein für die Alkoholproblematik ist davon auszugehen, dass eine Suchtgefährdung in Form eines riskanten Alkoholkonsums (AUDIT) bei rund 25 % der ALG II-Bezieher/innen vorliegt (Pockrandt u.a. 2007, Tabelle 105 im Anhang). In der Suchtwissenschaft besteht Konsens darüber, dass solche Gefährdungsmuster regelhaft Anlass für Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen sein sollten, um den damit verbundenen Risiken einer Abhängigkeitsentwicklung und weiteren Beeinträchtigung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit rechtzeitig vorzubeugen (vgl. Rumpf/Hüllinghorst 2003). Doch ob der § 16a SGB II als sekundärpräventives Instrument, d. h. zur Vorbeugung von Abhängigkeit und Erwerbsunfähigkeit, genutzt werden soll, ist fraglich. Auf dem Expert/inn/en-Workshop wurde die Meinung vertreten: Kund/inn/en, deren Umgang mit Suchtmitteln riskant ist, aber noch kein Vermittlungshemmnis darstellt, sollte eine Suchtberatung nahe gelegt werden, ohne dies jedoch zum Bestandteil der Fallbearbeitung zu machen.

Nur 5 % der Grundsicherungsstellen schalten eine Suchtberatung bei Vermittlungshemmnissen infolge von Suchtproblemen von Angehörigen immer bzw. oft ein und 30 % nie. Eine solche Problematik kann für Bedarfsgemeinschaften zutreffen, wenn z. B. die Versorgung von Kindern wegen der Sucht eines Elternteils infrage gestellt ist. In solchen oder ähnlichen Situationen kann das Suchtproblem des Partners bzw. der Partnerin zum Vermittlungshemmnis für einen erwerbsfähigen Elternteil werden. Eine solche Konstellation betrifft Frauen deutlich häufiger als Männer. Darauf verweisen Daten der deutschen Suchthilfestatistik. Danach sind ein Fünftel der Frauen, die eine Beratungsstelle aufsuchen, nicht selbst von einer Suchtproblematik betroffen, sondern kommen wegen des Suchtproblems eines Angehörigen. Bei den Männern sind es hingegen nur 5 % (Sonntag 2007: 15). Es bleibt aber eine offene Frage, wie die Grundsicherungsstellen in einem solchen Fall konkret vorgehen.

Relativ oft dürfte der spezielle Fall vorkommen, dass Jugendliche bzw. junge Erwachsene im SGB II (U25) Eltern haben, deren Suchtprobleme die berufliche Integration erschweren. Denn allein für die Alkoholproblematik ist davon auszugehen, dass 12 % der Väter und 5 % der Mütter der 14- bis 24-Jährigen in Deutschland im Laufe ihres Lebens von einer alkoholbezogenen Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) betroffen sind (Klein 2009: 116).

Bezogen auf eine solche Fallkonstellation hat ein Drittel der Grundsicherungsstellen eine Vorgehensweise genannt, die gegenüber den anderen in Tabelle 40 aufgeführten Varianten als bessere Praxis anzusehen ist: Sie laden die Eltern mit dem Ziel zu einem Gespräch ein, sie zur Kontaktaufnahme mit einer Suchtberatungsstelle zu motivieren. Dazu ist das Einverständnis des Jugendlichen erforderlich (s. u.).

Hinsichtlich der Einschaltung des Jugendamts ist darauf hinzuweisen, dass dies in vielen Fällen nur möglich ist, wenn der Jugendliche noch nicht das Alter von 18 Jahren überschritten hat. Denn nach dem SGB VIII wird die Jugendhilfe bereits bei jungen Volljährigen (18 bis 21 Jahre) eine Zuständigkeit verneinen, so lange „nur“ die Suchterkrankung der Eltern ein Hindernis für die Erwerbsintegration darstellt. Nach § 41 SGB VIII besteht ein Anspruch auf

Unterstützung nur, wenn der junge Mensch selbst noch „Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung“ benötigt.

Erwähnenswert ist, dass in dem Freitextfeld zu den weiteren Maßnahmen am häufigsten die Unterstützung des Jugendlichen bei Auszug aus der elterlichen Wohnung genannt wurde.

Die Einbeziehung von Angehörigen der Bedarfsgemeinschaft bei der Erarbeitung der Hilfeplanung für Kund/inn/en mit Suchtproblemen kann aus systemischer Perspektive ein angemessener und u. U. sogar notwendiger Ansatz sein. Wenn Angehörige grundsätzlich nicht hinzugezogen werden, bleiben wichtige Hilfemöglichkeiten ungenutzt, so in immerhin jeder dritten Grundsicherungsstelle (Tabelle 41). Umgekehrt, wenn die Einbeziehung grundsätzlich geschieht, d. h. in jedem Fall, wie dies offenbar rund 11 % der Grundsicherungsstellen handhaben, kann dies eine unzulässige Vorgehensweise sein, falls kein Einverständnis des Kunden bzw. der Kundin eingeholt wurde. Dazu führt die Bundesagentur für Arbeit aus: „Angehörige, also auch Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft dürfen nur mit Einverständnis des Betroffenen einbezogen werden.“ (Bundesagentur für Arbeit, Februar 2009: 2).

5.2.3 Prüfung der Erwerbsfähigkeit

Wer im Erwerbsalter, aber länger als sechs Monate nicht erwerbsfähig ist, kann keine Leistungsansprüche nach dem SGB II geltend machen. Mit der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit bei suchtkranken Menschen ist deshalb unter Umständen auch der Ausschluss aus dem System der Grundsicherung für Arbeitsuchende verbunden, der die Beratung, Betreuung oder Vermittlung durch Fachkräfte für Arbeitsmarktintegration beendet. Auf die Frage, ob ein Verbleib im aktivierenden, auf Erwerbsintegration orientierten, doch damit vielleicht auch überfordernden System des SGB II einem Ausschluss von jeder Hoffnung auf gesellschaftliche Teilhabe durch Erwerbsarbeit vorzuziehen sei, kann es keine eindeutigen Antworten geben – und daher wohl auch keine Norm „guter Praxis“. Ob die Erwerbsfähigkeit einer Kundin oder eines Kunden überprüft wird, entscheidet die große Mehrheit aller Grundsicherungsstellen deshalb konsequent nach den Anforderungen des Einzelfalls.

In vielen Beiträgen in den offenen Antwortfeldern des Fragebogens machen Grundsicherungsstellen deutlich, dass sie sich der Widersprüche bewusst sind, und sie thematisieren auch Probleme, die sich daraus ergeben.

Eine Grundsicherungsstelle weist darauf hin, dass Erwerbsunfähigkeit nicht einfach angenommen werden könne, „da auch unter bereits beschäftigten Personen Suchterkrankungen vorliegen und dennoch eine Erwerbstätigkeit z. T. seit Jahren vorliegt.“ Menschen, die als erwerbsfähig gelten, würden allerdings auch mit den Anforderungen des Grundsicherungssystems konfrontiert und können daran scheitern. So beschreibt eine andere Grundsicherungsstelle, dass Sanktionen eintreten können, „wenn der Kunde sich selbst trotz Suchterkrankung als erwerbsfähig einschätzt, nicht therapieeinsichtig ist; aber dann eine Maßnahme schuldhaft abbricht.“

Für eine andere Grundsicherungsstelle ist es schwierig, „das Spannungsverhältnis auszuhalten zwischen Erwerbsfähigkeit i. S. des SGB II und den tatsächlichen Gegebenheiten/-

Anforderungen des Arbeitsmarktes.“ (Kommentar zu Frage J 4). Der Ärztliche Dienst, kritisiert eine andere Grundsicherungsstelle, gehe von der „problematischen“ Annahme aus, dass Suchterkrankungen grundsätzlich innerhalb von sechs Monaten „therapierbar“ seien und stelle auf dieser Grundlage Erwerbsfähigkeit fest, „ohne Therapiewilligkeit und auch Folgeerkrankungen zu betrachten.“ (zu Frage D 1). So komme es zu „mitunter wenig aussagefähige(n) ärztliche(n) Gutachten.“ (zu Frage J 9).

Wenige Grundsicherungsstellen äußern grundsätzlich Zweifel daran, ob Suchtkranke im SGB II richtig aufgehoben sind: „Weil Krankheit vorliegt“, schlägt eine Grundsicherungsstelle vor, sei „nicht die Betreuung über SGB II, sondern über Krankenkassen“ angezeigt (Kommentar zu Frage J 2).

5.2.4 Sucht als Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung

Auch wenn die Vorgehensweise in Hinblick auf das Festhalten der Beratungsergebnisse zum Thema „Sucht“ in der Eingliederungsvereinbarung sehr heterogen ist, so besteht doch in einem wesentlichen Punkt weitgehende Übereinstimmung: In fast allen Grundsicherungsstellen wird die Zuweisung zur Suchtberatung nach § 16a SGB II in der Eingliederungsvereinbarung festgeschrieben. Dies entspricht der z. B. vom Deutschen Landkreistag ausgesprochenen Empfehlung:

„Die Pflicht zur Teilnahme an einer sozialen Leistung (hier der Suchtberatung, d. Verf.) sollte grundsätzlich in die Eingliederungsvereinbarung aufgenommen werden, um eine verbindliche Grundlage zur Verbesserung der persönlichen Situation zu schaffen und gegebenenfalls die Rechtsgrundlage für Sanktionen sicherzustellen.“ (Deutscher Landkreistag 2008: 11).

Die niedrigste Verpflichtungsstufe ist die „Meldung bei einer Suchtberatungsstelle“. Die Aufgabe der professionellen Suchthilfe ist es dann, den Suchtberatungsbedarf abzuklären und die zugewiesene Person gegebenenfalls zu motivieren, den Kontakt zur Suchtberatung aufrechtzuerhalten. Es besteht jedoch kein Konsens darüber, ob eine Suchtberatung zur Pflicht gemacht werden sollte. Dies konzidiert auch der Deutsche Landkreistag, denn

„[...] die Verpflichtung zur Durchführung einer Beratung sowie eine gegebenenfalls erfolgende Sanktionierung sind umstritten. Aus fachlichen Erwägungen wird vielfach die pädagogische Bedeutung einer freiwilligen Beratung oder Betreuung unterstrichen.“ (Deutscher Landkreistag 2008: 11).

Auch die Suchtberatung der Diakonie und der Caritas betonen als Grundsatz: Statt die Anforderung, sich in eine Suchtberatung zu begeben, mit Zwang und Sanktionsdrohungen durchzusetzen, soll einer konstruktiven Verbindung von externem sozialen Druck und motivierender Beratung der Vorzug gegeben werden (Gesamtverband der Suchtkrankenhilfe 2004; Bürkle u.a. 2008).

Die weiteren in Tabelle 46 aufgeführten Verpflichtungen, die in der Eingliederungsvereinbarung festgeschrieben werden, sind möglicherweise von dem Motiv getragen, die Überwindung der Sucht als Vermittlungshemmnis durch die Auferlegung weiterer Pflichten stärker voranzutreiben. Es ist jedoch strittig, ob sie wirklich zielführend und fachlich angemessen sind:

a) Eine Verpflichtung zu einer Entgiftung oder Therapie wird in der Regel nur dann eingehalten werden, wenn sie erst erfolgt, nachdem der Kunde bzw. die Kundin durch eine Suchtberatung zur Entgiftung bzw. Therapie motiviert worden ist, und dann seitens der SGB II-Stelle versucht wird, dies durch eine entsprechende Vereinbarung zusätzlich abzusichern. (Eine „Heilbehandlung“ könnte auf der Grundlage des § 63 SGB I ohne Eingliederungsvereinbarung verlangt werden, wenn nachgewiesen würde, dass der Sozialleistungsbezug auf die Suchterkrankung zurückzuführen ist, und „wenn zu erwarten ist, dass sie eine Besserung seines Gesundheitszustands herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern wird.“)

b) Die Verpflichtung zur Abstinenz ist eine Vereinbarung, die bei akut Süchtigen regelhaft Sanktionen auslöst, vor allem dann, wenn der Kunde bzw. die Kundin sich noch gar nicht bzw. noch in der instabilen Anfangsphase einer Suchtberatung oder -behandlung befindet. Zudem wirkt sich das Verhängen von Sanktionen bei Nichteinhaltung der Abstinenz in der Regel kontraproduktiv aus. Daher gilt die disziplinarische Reaktion auf Verletzungen von Abstinenzvereinbarungen in der Suchthilfe und Suchtrehabilitation als ultima ratio. Stattdessen wird eine konstruktive, d. h. therapeutische Bearbeitung von Rückfällen favorisiert (Körkel 2008).

c) Die Verpflichtung, sich mit der eigenen Suchtproblematik auseinander zu setzen, ist in Hinblick auf ihre Einhaltung (und damit auch Sanktionierbarkeit) kaum überprüfbar bzw. subjektiv beliebig auslegbar. Sie könnte ein Einfallstor für Willkür sein und dürfte zudem aufgrund ihres bloß appellativen Charakters in aller Regel wirkungslos bleiben.

d) Zur Entbindung von der Schweigepflicht heißt es in einem Schreiben der Bundesagentur für Arbeit eindeutig:

„Die Schweigepflichtsentbindungserklärung ist eine Einwilligung, die nur rechtswirksam ist, wenn sie freiwillig erfolgt. Deshalb verbietet sich auch, diese zum Bestandteil der sanktionierbaren Eingliederungsvereinbarung zu machen.“ (Bundesagentur für Arbeit, Februar 2009: 2).

Die Ergebnisse zeigen, dass fast jede zweite Grundsicherungsstelle gegen dieses Rechtsprinzip verstieß (Tabelle 36).

Ein Kennzeichen von Sucht bzw. Abhängigkeit ist die verminderte Kontrolle über das eigene Suchtverhalten (WHO ICD 10, Kapitel F1). Dementsprechend ist auch eine reduzierte Kontrolle über die Einhaltung von suchtbezogenen Vereinbarungen in Rechnung zu stellen. Daher kann es als gute Praxis gelten, wenn bestimmte Vereinbarungen in der Eingliederungsvereinbarung nicht festgeschrieben werden, um Sanktionen zu vermeiden. Wie die Ergebnisse zeigten (Tabelle 48), handhaben ein Viertel der Grundsicherungsstellen das so.

Bereits den bisherigen Ausführungen ist zu entnehmen, dass es ratsam sein kann, die fachliche Stellungnahme der Suchthilfe bei der inhaltlichen Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung einzubeziehen. Das war auf dem Experten/innen-Workshop Konsens, und auch die meisten Grundsicherungsstellen verfahren so, besonders häufig die Grundsicherungsstellen mit geregelter Kooperation. Ebenso halten die meisten der befragten Suchtberatungsstellen dies für eine Erfolg versprechende Vorgehensweise (vgl. Kapitel 9).

Zweifellos kann eine enge Kooperation bei der inhaltlichen Abfassung der Eingliederungsvereinbarung (z. B. in Form eines gemeinsamen Hilfeplangesprächs) dazu beitragen, die Fallbearbeitung zu optimieren. Deshalb empfehlen die Fachverbände der Suchthilfe, an der Eingliederungsvereinbarung mitzuwirken (Gesamtverband der stationären Suchtkrankenhilfe 2004; Paritätischer Gesamtverband 2004; Bürkle u.a. 2008). Allerdings sollte die Suchthilfe dabei darauf achten, keine Aufgaben und Verpflichtungen zu übernehmen, die ihre Unabhängigkeit gegenüber dem Klienten bzw. der Klientin und die Ergebnisoffenheit des Beratungsprozesses gefährden. Eine solche Problematik kann z. B. entstehen, wenn die Suchtberatungsstelle die Fristen zur Einhaltung der in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Verpflichtungen bestimmt (Tabelle 50).

5.2.5 Umgang mit Sanktionen

Der Umgang mit Sanktionen nach § 31 SGB II ist in der Fachliteratur umstritten, insbesondere bei Vorliegen einer Suchtproblematik (z. B. Deutscher Landkreistag 2008a; Bürkle u.a. 2008). Das zeigt sich auch in der Praxis der Grundsicherungsstellen. Diskussionswürdig sind dabei folgende Aspekte:

Sanktionen sind an bestimmte Voraussetzungen gebunden. Dazu gehört, dass von Sanktionen abzusehen ist, wenn ein „wichtiger Grund“ für die Pflichtverletzung des bzw. der Hilfebedürftigen vorliegt (§ 31 (1) SGB II; vgl. auch Bundesagentur für Arbeit, 1.10.2007: 9). Eine Suchterkrankung kann einen solchen wichtigen Grund darstellen:

„Im Rahmen der Sanktionsregelung schließt die echte Suchterkrankung ein Verschulden aus, soweit das Fehlverhalten auf die Sucht zurückzuführen ist. Zwar macht § 31 SGB II die Sanktion nicht ausdrücklich von einem schuldhaften Verhalten abhängig. Jedoch wird die Krankheitsursache für die Pflichtverletzung als wichtiger Grund im Sinne des Sanktionsrechts anzusehen sein.“ (Winkler 2008: 532f.).

Wann im konkreten Einzelfall ein solcher wichtiger Grund vorliegt, ist schwer zu beurteilen, weil die Begriffe „Sucht“ bzw. „Suchterkrankung“ im SGB II nicht klar definiert sind. Aus suchtwissenschaftlicher Sicht ist ein Suchtproblem zumindest dann regelhaft ein solcher wichtiger Grund, wenn es sich um eine Abhängigkeit handelt, die als Krankheit anerkannt ist (z. B. WHO ICD 10, Kapitel F1).

Die in dieser Hinsicht festgestellten Unterschiede in der Sanktionspraxis der Grundsicherungsstellen sind wahrscheinlich nicht nur auf die jeweils vor Ort präferierten verschiedenen fachlichen Konzepte zurückzuführen, sondern zumindest teilweise wohl auch Ausdruck des Bemühens, das Ermessen rechtsfehlerfrei auszuüben. Dem entspricht der Befund, dass manche Grundsicherungsstellen zur Feststellung eines „wichtigen Grundes“ Fachgutachten zur Voraussetzung machen.

In Anbetracht der vorherrschenden Praxis des Erkennens von Suchtproblemen (Reagieren auf Auffälligkeiten) kann man davon ausgehen, dass in den Grundsicherungsstellen eher die „schweren“ als die „leichten“ Fälle erkannt werden. Daher dürfte bei den meisten der nach § 16a SGB II in eine Suchtberatung verwiesenen Fällen eine Abhängigkeit im oben definierten Sinne vorliegen. Vor diesem Hintergrund ist fachlich schwer nachvollziehbar, dass ein

Drittel der Grundsicherungsstellen eine Suchterkrankung in der Regel nicht als wichtigen Ausschlussgrund für Sanktionen anerkennen.

Werden in der Eingliederungsvereinbarung festgelegte Verpflichtungen nicht eingehalten, muss sanktioniert werden (§ 31 SGB II). Das gilt auch für die Verpflichtung, sich bei einer Suchtberatungsstelle zu melden, die 93 % der Grundsicherungsstellen in der Eingliederungsvereinbarung festschreiben. Wie die Ergebnisse zeigten, wird eine Verletzung dieser Vereinbarung in manchen Grundsicherungsstellen in der Regel sanktioniert, in anderen nicht oder nur in bestimmten Fällen. Auch dieser Befund kann auf unterschiedliche fachliche Haltungen zurückgehen. So sehen, wie berichtet, einige der SGB II-Stellen in der Sanktionierbarkeit einen wichtigen Erfolgsfaktor, andere hingegen nicht.

Welche Aspekte bei der Ausübung des Ermessens in einer Sanktionsfrage zu beachten sind, ist in der oben zitierten Kooperationsvereinbarung einer Grundsicherungsstelle nachvollziehbar dargestellt.

Sehr eindeutig empfiehlt der Vergleichsring der Optionskommunen, auf Sanktionen weitgehend zu verzichten (con_sens/Ramboll Management 2009: 25)

„Die mit der Eingliederungsvereinbarung verbundene Möglichkeit der Sanktionierung (Leistungskürzung) bei einer unbegründeten Verweigerung lässt sich bei sozialen Leistungen in der Regel nicht umsetzen, da eine wirksame Beratung bei Überschuldung, Sucht oder anderen psychosozialen Problemlagen nicht ohne Willen und Einverständnis des Betroffenen möglich ist.“

Aus fachlicher Sicht sollte in Rechnung gestellt werden, dass der Ausstieg aus der Sucht und die erste Kontaktaufnahme zum Hilfesystem in aller Regel schwierig ist, auch außerhalb des SGB II-Kontextes oft mit gebrochener Motivation erfolgt und mehrere Anläufe benötigt, so dass das Nicht-Einhalten von Melde- bzw. Kontaktvereinbarungen nicht regelhaft zu Sanktionen führen sollte.

Im Fall eines Abbruchs der Suchtberatung zeigen die Ergebnisse (Freitextantworten), dass in der Praxis der Grundsicherungsstellen oft von Sanktionen abgesehen wird, und ein eher konstruktives Vorgehen vorherrscht, d.h. Klärung der Gründe, Rücksprache mit Suchtberatung, die Suche nach alternativen Unterstützungsangeboten u.ä.

Insgesamt gesehen sind Fortschritte in der Sanktionspraxis der Grundsicherungsstellen zu erreichen durch Verbesserungen in der suchtspezifischen Schulung (Erkennen und Anerkennen der Suchtkrankheit als wichtiger Sanktionsausschlussgrund) und in der Herstellung von Rechtssicherheit auf der konkreten Handlungsebene. Zudem könnte sich eine Qualifizierung der SGB II-Fachkräfte in Motivierungstechniken als nützlich erweisen, um die Sanktionsquote weiter zu senken. Dazu würde sich die Methode der „Motivierenden Gesprächsführung“ eignen (vgl. Miller/Rollnick 2005). Bis zum Zeitpunkt der Befragung hatten Fachkräfte von lediglich 78 Grundsicherungsstellen an suchtspezifischen Qualifizierungsmaßnahmen teilgenommen, in denen die „Motivierende Gesprächsführung“ Gegenstand der Schulung war (vgl. Kapitel 3.1.3).

5.2.6 Umgang mit Verschuldung, unwirtschaftlichem Verhalten

Eine Direktüberweisung von Mieten und Energiekosten nie vorzunehmen, ist bei dem Personenkreis der Suchtkranken als riskante Praxis anzusehen. Und ein Verhalten, Mietrückstände nie zu übernehmen, verstößt gegen die gesetzliche Verpflichtung zur Wohnungssicherung aus § 22 (5) und (6) SGB II. Vier bzw. 21 SGB II-Stellen hatten entsprechende Antworten gegeben (Tabelle 57). Allerdings gibt es in den Freitextfeldern Hinweise darauf, dass die Übernahme von Mietschulden bei diesen Grundsicherungsstellen in anderer (kommunaler) Zuständigkeit liegt.

6 Die Schnittstelle zur Suchtberatung nach § 16a SGB II

Während es im letzten Kapitel um das Handeln der Grundsicherungsstellen in der Fallbearbeitung ging, soll nun die Schnittstelle zur Suchtberatung in den Blick genommen werden. Denn spätestens mit und nach der Zuweisung in eine Suchtberatung ist die Fallbearbeitung nicht mehr nur allein Sache der Grundsicherungsstelle. Die Kontaktaufnahme mit der Suchtberatungsstelle muss angebahnt werden, Kooperation muss gegebenenfalls organisiert werden, und es muss definiert werden, welche Informationen notwendig sind und welche fließen dürfen.

In diesem Kapitel interessiert das Verfahren, welches einer Zuweisung in eine Suchtberatung folgt: Wie der Kontakt angebahnt wird, wie schnell Betroffene Suchtberatungsleistungen in Anspruch nehmen können, und wie die Kooperation an der Schnittstelle Suchtberatungsstelle – Grundsicherungsstelle praktisch funktioniert. Der thematisch gegliederten Darstellung der Ergebnisse von Grundsicherungsstellen- und Suchtberatungsstellenbefragung folgt die Diskussion der Befunde.

6.1 Übergang in Suchtberatung

Nachdem per Eingliederungsvereinbarung in eine Suchtberatung zugewiesen wurde, unterscheiden sich die weiteren Vorgehensweisen der Grundsicherungsstellen deutlich. Nur ein kleinerer Teil begleitet und unterstützt die Kontaktaufnahme direkt. Bei einem Drittel der befragten Grundsicherungsstellen ist es übliche Praxis (Tabelle 58), dass die zuständige Fachkraft Kontakt mit einer Suchtberatungsstelle aufnimmt und den Kunden bzw. die Kundin direkt vermittelt. Für etwas über die Hälfte der befragten Grundsicherungsstellen ist es gängiges Verfahren, die Leistungsbeziehenden ohne Kontaktaufnahme mit der Suchtberatungsstelle an diese zu verweisen, ihnen dabei entweder lediglich eine Adressenliste von Suchtberatungsstellen, einen Beratungsschein oder auch gar keine weitere Information auszuhändigen.

Den Erläuterungen zur Rubrik „Sonstiges“ ist zu entnehmen, dass häufig differenzierte Verfahren entwickelt wurden. Geschildert wird ein einzelfallabhängiges Vorgehen, welches sich z.B. nach „Einsicht“ und Fähigkeit der Kund/inn/en, teils auch nach Dringlichkeit des Falles richtet. In einigen Fällen (N=10) werden sowohl Beratungsscheine ausgestellt als auch direkt Kontakt mit der Suchtberatungsstelle aufgenommen (telefonisch oder schriftlich). Zwei Grundsicherungsstellen geben an, im persönlichen Kontakt zu vermitteln, da die Suchtberatungsstelle Sprechstunden in der SGB II-Stelle anbiete. Ein Vergleich der Daten nach Grundsicherungsstellen mit geregelter und ohne geregelte Kooperation zeigt, dass der Anteil derer, die Beratungsscheine ausgeben, bei Grundsicherungsstellen mit geregelter Kooperation höher ist als bei denen mit unregelter Kooperation.

Nicht immer wird direkt an eine Suchtberatungsstelle vermittelt. Einige Grundsicherungsstellen verweisen zunächst an die ärztlichen oder kommunalen Fachdienste, die dann entweder an eine Suchtberatungsstelle weitervermitteln oder die Suchtberatung gegebenenfalls

selbst durchführen. Zwei Grundsicherungsstellen geben an, Maßnahmeträger im Rahmen von Arbeitsgelegenheiten mit der Suchtberatung zu beauftragen.

Tabelle 58: Übliche Vorgehensweise bei Festlegung von Suchtberatung als flankierende Leistung in der Eingliederungsvereinbarung

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Zuständige Fachkraft nimmt Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle auf und vermittelt Kund//Kunden direkt	112	35,2
Kundin/Kunde erhält eine Adressliste von Suchtberatungsstellen, soll sich dort selbst melden	84	26,4
Kundin/Kunde erhält einen "Beratungsschein" und die Aufforderung, sich selbst bei einer Suchtberatungsstelle zu melden	74	23,3
Kundin/Kunde erhält ohne weitere Hinweise die Aufforderung, sich bei einer Suchtberatungsstelle zu melden	13	4,1
Sonstiges	35	11,0
Gesamt	318	100
Keine Angaben	5	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 2.

Wann Kund/inn/en mit Suchtproblemen nach der Zuweisung den ersten Termin bei einer Suchtberatungsstelle bekommen, hängt wesentlich davon ab, ob die örtlich verfügbaren Suchtberatungsstellen in der Lage sind, den Bedarf zu decken und flexibel neue Klient/inn/en aufzunehmen (vgl. Kapitel 3.1.5). Immer wieder wird gerade für den Bereich Sucht die Bedeutung von nahtlosen Übergängen in Beratung betont, da sich Motivationslagen schnell verändern können.

Knapp die Hälfte der Grundsicherungsstellen berichtet, dass es bei den kooperierenden Suchtberatungsstellen keine Wartezeiten gebe (Tabelle 59). Bei 15 % ist eine zeitlich vorrangige Betreuung der über das SGB II zugewiesenen Kund/inn/en üblich. In einzelnen Fällen berichten die Befragten auch über eine nachrangige Betreuung. Etwa 30 % der Grundsicherungsstellen berichten, dass es bei den örtlichen Suchtberatungsstellen, an die sie verweisen, zu Wartezeiten kommt.

Der Aufschlüsselung der Wartezeiten in Tabelle 107 (im Anhang) zufolge sind dies selten Wartezeiten von fünf und mehr Wochen. Etwa die Hälfte der Wartezeiten liegt im Zeitraum bis zu zwei Wochen, weitere 40 % im Zeitraum bis zu vier Wochen.

Tabelle 59: Wartezeiten zwischen Zuweisung und Beginn der Suchtberatung

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Es gibt keine Wartezeit zwischen Zuweisung und Beratungsbeginn	144	45,9
Es vergeht eine Wartezeit	98	31,2
Zeitlich vorrangige Betreuung der SGB II-Kund/inn/en	49	15,6
Dazu liegen keine Informationen vor	39	12,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 9; N=314.

6.2 Informationsfluss zwischen Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen

6.2.1 Befragung der Grundsicherungsstellen

Um die Praxis der gegenseitigen Information zwischen den Fachkräften bei den Grundsicherungs- und den Suchtberatungsstellen zu erfassen, wurde im Fragebogen nach dem üblichen weiteren Vorgehen nach der Zuweisung in eine Suchtberatung gefragt. Überwiegend wird den Kund/inn/en selbst eine Informationsverpflichtung auferlegt; in etwa 70 % der Grundsicherungsstellen müssen sie nachweisen, dass sie sich bei der Suchtberatungsstelle gemeldet haben. In etwa 30 % der Grundsicherungsstellen erkundigt sich die Fachkraft bei der Suchtberatungsstelle, ob die Kundin oder der Kunde vorstellig geworden ist.

Die Freitexterläuterungen der befragten Grundsicherungsstellen zu den verschiedenen Modi der Informationsweitergabe machen deutlich, dass die Verfahren der Grundsicherungsstellen sehr verschieden sind und auch innerhalb der Grundsicherungsstelle variieren können.

- Teilweise werden nur in Einzelfällen Informationen ausgetauscht, teilweise scheint dies regelhaft zu geschehen.
- Häufig wird benannt, dass Kontakt und Informationen nur möglich sind, wenn Schweigepflichtsentbindungen von den Kund/inn/en unterschrieben sind bzw. ein Informationsaustausch von den Kund/inn/en ausdrücklich erwünscht wird (N=14). Einige Grundsicherungsstellen berichten, dass die Suchtberatungsstellen vor Ort unter Verweis auf Datenschutz bzw. Vertraulichkeit der Beratung grundsätzlich keine Informationen an die Grundsicherungsstellen weitergeben (N=7).
- In einigen Fällen ist die Rückmeldung der Suchtberatungsstellen zum Beratungsverlauf klar auf einzelne Aspekte begrenzt, so z. B. auf wahrgenommene Gespräche, in anderen umfasst eine solche Rückmeldung auch Informationen zur Suchtdiagnose und zu erreichten Beratungsergebnissen (vgl. Kapitel 3.1.6).
- Teilweise erfolgt die Rückmeldung direkt durch Fachkräfte der Suchtberatungsstellen, teilweise über den Rücklauf der Beratungsscheine, die von den Kund/inn/en bei den Grundsicherungsstellen abgegeben werden müssen. Zum Teil wird ein gestuftes Ver-

fahren verfolgt: Zunächst erfolgt die Rückmeldung über wahrgenommene Gespräche durch den Kunden/die Kundin; nach Inanspruchnahme mehrerer Termine bei der Suchtberatungsstelle werden dann gemeinsame Hilfeplangespräche (N=6) durchgeführt.

- Eine Reihe von Grundsicherungsstellen berücksichtigen Empfehlungen und Integrationsvorschläge von Suchtberatungsstellen und lassen die Rückmeldungen in die Aktualisierung von Eingliederungsvereinbarungen einfließen.

Während die Rückmeldungen durch Kund/inn/en bzw. Suchtberatungsstellen die Fallbearbeitung auf Seiten der Grundsicherungsstellen erleichtern, lässt sich darauf noch keine Kooperation gründen. Hier müssen Informationen auch zur Suchthilfe fließen; ein gegenseitiger Austausch von Informationen ist also erforderlich. Ein solcher erfolgt bei etwa 12 % (39) der Grundsicherungsstellen, bei weiteren 24 Prozent (77) ist ein solcher Austausch nicht geregelt, kann aber vorkommen (vgl. Kapitel 7, Tabelle 65). Ein Austausch erfolgt häufiger bei den Grundsicherungsstellen mit geregelter als bei denen ohne geregelte Kooperation.

6.2.2 Befragung der Suchtberatungsstellen

Fast alle der 53 Suchtberatungsstellen, die sich zur Weitergabe von personenbezogenen Informationen verpflichtet haben (vgl. Kapitel 3.2.1), geben den Grundsicherungsstellen Auskünfte bzgl. der Einhaltung von Terminen und informieren über den Abschluss der Beratung (90 %). Zwei Drittel bzw. 70 % haben sich verpflichtet, Informationen über die Dauer der Beratung bzw. geplante Hilfemaßnahmen zu geben. Etwas mehr als die Hälfte berichtet über Ziele des Beratungsprozesses und weniger als die Hälfte über Inhalte und Ergebnisse der Suchtberatung. (Tabelle 60)

Tabelle 60: Gegenstand der Informationspflicht

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Einhaltung von Terminen	46	90,2
Abschluss der Beratung	46	90,2
Geplante Hilfemaßnahmen	36	70,6
Dauer der Beratung	34	66,7
Ziele des Beratungsprozesses	27	52,9
Suchtdiagnose	22	43,1
Sonstiges	5	9,8

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 6; N=53 (die SB-Stellen, die von Informationspflichten berichten).

Vereinzelt werden auch auf Grundlage dieser Auskunftspflicht Informationen über Vermittlung an andere Hilfeanbieter, Behandlungspläne und Rückmeldungen zur Compliance der Kund/inn/en mit Suchtproblemen regelhaft weitergegeben. Häufig erläutern die befragten Suchtberatungsstellen, dass die Informationsweitergabe nur unter der Maßgabe geschieht, dass Kund/inn/en mit Suchtproblemen die Schweigepflichtentbindung unterschrieben haben. Einen Hinweis darauf, dass möglicherweise Zusammenhänge zwischen Finanzierungsart (fallbezogen vs. pauschal) und Informationspflicht bestehen, gibt eine Suchtberatungsstelle:

„Im Rahmen der einzelfallabzurechnenden Begutachtung sind alle abgefragten Datenbereiche weiter zu geben.“

Die Auskunftspflicht, so erläutern einige Suchtberatungsstellen, liege in ihrem Fall nicht bei der Suchtberatungsstelle, sondern bei den Klient/inn/en, die ihre persönlichen Ansprechpartner/innen bei der Grundsicherungsstelle über den Fortgang der Suchtberatung auf dem Laufenden halten. Suchtberatungsstellen geben ihnen z. T. unterzeichnete Beratungs- bzw. Gesprächsbestätigungen zur Vorlage bei der Grundsicherungsstelle mit. So teilt eine Suchtberatungsstelle mit:

„Die Klienten bekommen eine Bescheinigung über die Teilnahme an einem Beratungsgespräch. Daraus geht hervor, ob die Beratung fortgesetzt wird. Die Klienten erhalten diese Bescheinigung und müssen für die Übermittlung an die ARGE eigenverantwortlich Sorge tragen.“

Der Umgang der Suchtberatungsstellen mit der Sanktionsbewehrtheit der Mitwirkung von Kund/inn/en mit Suchtproblemen an der Suchtberatung ist höchst unterschiedlich und hängt auch mit ihrer fachlichen Bewertung der positiven oder negativen Auswirkungen der Sanktionsoption und -praxis zusammen. Eine Minderheit, d. h. jede achte Suchtberatungsstelle, gibt grundsätzlich keine personenbezogenen Informationen an die Grundsicherungsstellen weiter, und ein Drittel gibt Informationen über Verstöße gegen die Eingliederungsvereinbarung grundsätzlich weiter. Etwa 30 % fassen Rückmeldungen an die Grundsicherungsstelle so ab, dass Sanktionen in der Regel vermieden werden, und ein gutes Viertel der Befragten gibt nur in bestimmten Fällen Rückmeldungen.

Tabelle 61: Umgang der Suchtberatungsstellen mit der Sanktionsbewehrtheit der Zuweisung in Suchtberatung

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Wir geben grundsätzlich keine personenbezogenen Rückmeldungen an die SGB II-Stelle	9	12,5
Wir fassen Rückmeldungen an die SGB II-Stelle so ab, dass Sanktionen nach Möglichkeit vermieden werden.	25	34,7
Wir geben Informationen über Verstöße gegen die Eingliederungsvereinbarung und Mitwirkungspflichten an die SGB II-Stelle nur in bestimmten Fällen weiter, und zwar in folgenden Fällen.	22	30,6
Wir geben Informationen über Verstöße gegen die Eingliederungsvereinbarung und Mitwirkungspflichten grundsätzlich an die SGB II-Stelle weiter.	27	37,5

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 8; N=72.

Als relevante Bedingung wird hier meist das Vorliegen einer Schweigepflichtentbindung und das Einverständnis der Betroffenen genannt. Weitere Bedingungen sind, dass eine einzel-fallbezogene Kooperation besteht und/oder eine entsprechende Anfrage der Grundsicherungsstelle vorliegt. Einige Suchtberatungsstellen geben nur dann entsprechende Rückmeldungen an die Grundsicherungsstelle, wenn der Klient bzw. die Klientin nicht erscheint oder die Beratung abbricht.

Dass die Sanktionsbewehrtheit in den Überlegungen der Fachkräfte der Suchtberatungsstellen eine Rolle spielt, macht die Aussage einer Suchtberatungsstelle deutlich:

„Auskünfte werden verweigert, wenn zu befürchten ist, dass dem Klienten/der Klientin daraus Schaden entstehen könnte.“

In anderen Suchtberatungsstellen wird nicht nach Einzelfall entschieden, sondern die Verfahren sind standardisiert und an eine allgemeine Informationspflicht gekoppelt:

„Die Vorgehensweise bzgl. der vereinbarten Modulberatung ist zwischen allen Beteiligten klar verabredet. In diesem Rahmen erfolgen die wechselseitigen Informationen.“

Eine andere Suchtberatungsstelle berichtet, dass sie standardisierte Zwischen- und Abschlussberichte erstellt, die dann aber durch die Klient/inn/en übergeben werden. Bei einer Suchtberatungsstelle hängt das Verfahren davon ab, ob die Betroffenen Beratungsgutscheine erhalten haben. Eine Suchtberatungsstelle betont, dass nur solche Informationen ausgetauscht werden sollen, die für eine Integration ins Berufsleben wichtig sind.

Wie bereits angesprochen, bewerten die Suchtberatungsstellen die Sanktionierung von Klient/inn/en bei Nichtaufsuchen einer Suchtberatungsstelle nicht einhellig. Etwa ein Viertel findet diese eher hilfreich – etwa 20 % erachten diese als eher nicht hilfreich, etwa die Hälfte äußert sich hier neutral (vgl. Kapitel 9.2.3).

Ein relevanter Teil der Klient/inn/en der Suchtberatungsstellen (vgl. Tabelle 31) sind Personen, die zwar Leistungen nach dem SGB II beziehen, aber nicht über die Grundsicherungsstelle der Suchtberatungsstelle zugewiesen wurden. Eine wichtige Frage ist, ob in diesen Fällen Kontakte zur Grundsicherungsstelle aufgenommen werden oder nicht. Die Mehrzahl der befragten Suchtberatungsstellen nimmt durchaus Kontakt auf. Nur etwa 30 % der Suchtberatungsstellen (25) nimmt in diesen Fällen grundsätzlich keinen Kontakt zur Grundsicherungsstelle auf. Teilweise berichten Suchtberatungsstellen, dass Kund/inn/en mit Suchtproblemen eine solche Kontaktaufnahme explizit ablehnen.

Den Erläuterungen der Suchtberatungsstellen ist zu entnehmen, dass es häufig nur bei Bedarf, auf Wunsch und im Interesse der Ratsuchenden zur Kontaktaufnahme mit der zuständigen SGB II-Stelle kommt. Beispielsweise geht es dann um die Abklärung der Vermittlung in Therapie, aber auch um SGB II-bezogene Fragen wie die Klärung bzgl. eines Leistungsausfalls bzw. einer Leistungsminimierung, Mietobergrenzen oder die Vermittlung in eine Arbeitsgelegenheit. Ob und wie viele der Suchtberatungsstellen Kontakt zur Grundsicherungsstelle aufgrund eines vereinbarten Informationsaustauschs aufnehmen, lässt sich aufgrund der Daten nicht klären.

6.3 Fallbearbeitung, Fallsteuerung

6.3.1 Befragung der Grundsicherungsstellen

In Tabelle 62 sind verschiedene Modi der Organisation der Fallbearbeitung dargestellt. Die Mehrheit der Grundsicherungsstellen tauscht wie oben gezeigt mit den Suchtberatungsstellen Informationen zwar aus, allerdings kommt es zu einer gemeinsamen Erarbeitung eines Eingliederungs- und Hilfeplans nur bei einem Fünftel der Befragten. Ein Viertel der Grundsicherungsstellen verfolgt die Vermittlungsbemühungen unabhängig von der Betreuung durch die Suchtberatungsstelle weiter. Nur in etwa jeder zehnten Grundsicherungsstelle übernimmt die Suchtberatungsstelle nach der Zuweisung die weitere Betreuung des Kunden bzw. der Kundin, d. h. die Fallsteuerung geht zur Suchtberatungsstelle über.

Tabelle 62: Übliches weiteres Verfahren nach Verweisung an Suchtberatungsstelle

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Gegenseitige Information der Fachkräfte der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle	177	55,5
Fachkraft der Grundsicherungsstelle versucht unabhängig von der Betreuung durch die Suchtberatungsstelle Kundin/Kunden in eine Arbeit bzw. Maßnahme zu vermitteln	81	25,4
Gemeinsame Erarbeitung eines Hilfe-/Eingliederungsplans durch Fachkraft der Grundsicherungsstelle und Fachkraft der Suchtberatungsstelle	67	21,0
Betreuung des Kunden/ der Kundin im wesentlichen durch Fachkraft bei Suchtberatungsstelle	29	9,1
Es gibt kein einheitliches Vorgehen	48	15,0
Sonstiges	53	16,6

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 3; N=319.

Hinsichtlich der unabhängig von der Suchtberatung verfolgten Maßnahmevermittlung wird von den Grundsicherungsstellen auf den Einzelfall verwiesen; so könne eine Vermittlung in eine Maßnahme eine sinnvolle, tagesstrukturierende Ergänzung zur Suchthilfe sein, in anderen Fällen – insbesondere wenn es um stationäre Suchttherapie geht – sei dies jedoch nicht angezeigt. Dies veranschaulicht ein Zitat:

„KundInnen, die ernsthaft an ihrem Suchtproblem arbeiten, werden nicht in Maßnahmen vermittelt, insbesondere dann nicht, wenn eine stationäre Suchttherapie geplant ist. Wenn KundInnen während der Vorbereitung auf eine Therapie zur Erhaltung einer Tagesstruktur auf eigenen Wunsch an einer Maßnahme teilnehmen möchten, so werden sie zugewiesen (i.d.R. handelt es sich dann um eine Arbeitsgelegenheit).“

Gemeinsame Fallgespräche sind Ausdruck für ein hohes Maß an Kooperation. Tabelle 63 weist aus, dass nur etwa jede sechste Grundsicherungsstelle regelmäßig gemeinsame Fallgespräche mit der Suchtberatungsstelle ohne Beteiligung von Kundinnen und Kunden durch-

führt. Mit Beteiligung führt nur etwa jede zehnte Grundsicherungsstelle regelmäßige Fallgespräche durch. In besonderen Fällen geschieht dies bei 40 % bzw. 50 % der Grundsicherungsstellen. Ein Viertel der Grundsicherungsstellen führt grundsätzlich keine Fallgespräche mit der Suchtberatungsstelle durch.

Tabelle 63: Durchführung gemeinsamer Fallgespräche mit der Suchtberatungsstelle

	Ohne Beteiligung der Kundinnen und Kunden		Mit Beteiligung der Kundinnen und Kunden	
	N	In Prozent	N	In Prozent
Nein	137	42,9	130	40,6
Ja, regelmäßig	49	15,4	32	10,0
Ja, in besonderen Fällen	133	41,7	158	49,4
Gesamt	319	100	320	100
Keine Angabe	4		3	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Fragen G 4 und G 5.

Die Erläuterungen zu den „besonderen Fällen“ machen deutlich, dass dies zumeist auf Wunsch und mit Einverständnis der Kund/inn/en, auf Wunsch von Grundsicherungs- oder Suchtberatungsstellen, bei Bedarf bzw. je nach Einzelfall erfolgt. Sind diese Einzelfälle näher beschrieben, so handelt es sich meist um komplexere Fallkonstellationen, z. B. um Fälle, in denen sich Problemlagen im Beratungsverlauf verändern und besondere Auffälligkeiten bestehen (z. B. Unzuverlässigkeit).

6.3.2 Befragung der Suchtberatungsstellen

In der Befragung der Suchtberatungsstellen wurde erhoben, ob und in welcher Form die Grundsicherungsstellen vor Verhängung einer Sanktion die Rücksprache mit den Suchtberatungsstellen suchen. Die Praxis diesbezüglich ist heterogen.

Bei etwa einem Viertel der Suchtberatungsstellen gab es bislang bei der Verhängung von Sanktionen noch keine Rücksprache durch die Grundsicherungsstellen, bei ca. 40 % erfolgen solche Rücksprachen manchmal und bei einem weiteren Viertel wird häufiger Rücksprache gehalten. Nur bei einer Minderheit der Suchtberatungsstellen sind solche Rücksprachen grundsätzlich vorgesehen (Tabelle 64).

Tabelle 64: Häufigkeit von Rücksprachen der Grundsicherungsstellen mit Suchtberatungsstellen vor Verhängung von Sanktionen

	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Nie	19	25,3
Manchmal	31	41,3
Häufig	19	25,3
Immer	6	8,0
Gesamt	75	100
Fehlend	5	

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 7.

Die Kommentare der Suchtberatungsstellen zu dieser Frage zeigen das breite Spektrum der Praxis; nur im letzten der aufgeführten Zitate kommt es überhaupt zu einer Kontaktaufnahme der Suchtberatungsstelle mit der Grundsicherungsstelle und zu Absprachen:

„Sanktionen werden uns in der Regel nicht bekannt.“

„Probanden kommen fast nie mit einer sanktionsbewehrten Eingliederungsvereinbarung.“

„Wenn SGB II-Empfängerinnen und Empfänger Termine in der Suchtberatung nicht einhalten, ist Kontaktaufnahme unsererseits mit dem Klientel sinnvoll. Vor Kontaktabbruch-Mitteilung an die SGB II-Stelle ist es hilfreich, den Mitarbeiter anzusprechen, damit dieser den Kunden erneut einlädt und den Kontakt zur Suchtberatung vor einer Kürzung erneut anordnet.“

6.4 Diskussion der empirischen Ergebnisse

6.4.1 Übergang in Suchtberatung

Grundsätzlich, so fordern Bürkle u. a. (2008), müsse – ähnlich wie im SGB VIII und dem SGB IX – ein „Wunsch- und Wahlrecht für die Klienten (...) gegeben sein, d.h. diese müssen wählen können, welche Suchtberatungsstelle sie in Anspruch nehmen“ (Bürkle u. a. 2008: 371). Dies ist natürlich nur denkbar, sofern es mehrere Beratungsstellen gibt und unter der Prämisse, dass die Grundsicherungsstelle nicht mit nur einer Suchtberatungsstelle spezifische Vereinbarungen getroffen hat, wie z. B. die Auslagerung des Fallmanagements. Die geforderte Wahlfreiheit ist grundsätzlich bei allen beschriebenen Zuweisungsverfahren denkbar, mit Sicherheit gegeben ist sie in den Fällen, in denen den Kund/inn/en eine Liste der Suchtberatungsstellen ausgehändigt wird. Eingeschränkt ist sie, sobald Grundsicherungsstellen mit Suchtberatungsstellen spezifische Leistungen für zugewiesene Klient/inn/en vereinbart haben. Hier geht die Wahlfreiheit möglicherweise zugunsten passgenauerer Leistungen verloren.

Ein weiterer Aspekt ist die Frage der Niedrigschwelligkeit. Grundsätzlich kann die vorherige Kontaktaufnahme und Anbahnung eines Termins durch Fachkräfte der Grundsicherungsstellen die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen erleichtern; dass eine Beratung zustande kommt, ist nicht mehr ausschließlich davon abhängig, ob ein suchtkranker Mensch die notwendige Eigeninitiative aufbringt. Aus solchen Vereinbarungen kann eine stärkere Verbindlichkeit erwachsen. Ob diese Form der Kontaktaufnahme aus Sicht der Kund/inn/en mit Suchtproblemen wünschenswert ist, hängt allerdings vermutlich auch davon ab, ob ein Vertrauensverhältnis zur Fachkraft der Grundsicherungsstellen besteht oder nicht, und ob eine offensichtliche Nähe und ein Austausch der beiden Hilfesysteme abschreckend wirken. Einigen Adressat/inn/en dürften die oben genannten Wahlmöglichkeiten wichtig sein; für sie ist die Hemmschwelle, sich auf eine Suchtberatungsleistung einzulassen, dann niedriger, wenn sie sich zunächst informieren und dann die Einrichtung wählen können, die ihnen persönlich am meisten zusagt.

Ebenfalls Thema des Übergangs ist die Frage, ob die Kund/inn/en mit Suchtproblemen mit Wartezeiten bei der Suchtberatungsstelle rechnen müssen. Von Wartezeiten berichten ein Drittel der Grundsicherungsstellen, diese dauern nur vereinzelt länger als vier Wochen. Regelmäßige Wartezeiten von vier und mehr Wochen erhöhen die Schwelle zum Antritt einer Suchtberatung erheblich und vermindern die Chancen, dass die Suchtberatung tatsächlich in Anspruch genommen wird. Auch kürzere Wartezeiten können problematisch sein, denn die Nahtlosigkeit des Übergangs ist erfolgskritisch. (vgl. Zemlin/Gnam 2008)

Etwa 15 % der Grundsicherungsstellen berichten von einer vorrangigen Betreuung der über das SGB II zugewiesenen Klient/inn/en. Dies ist ein Indiz dafür, dass die unterschiedliche Finanzierung von über das SGB II zugewiesenen Klient/inn/en und anderen Klient/inn/en auch zu einer unterschiedlichen Behandlung der Personen führen kann. Durch den § 16a SGB II wird in die sozialen Dienste das Ziel der Arbeitsmarktintegration eingeführt mit möglichen Auswirkungen auf Verfahren, Organisationsform, Klient/inn/engruppen und Erfolgskriterien. Eine problematische Tendenz zum eingeschränkten Zugang zu Beratungsleistungen für Personen, die keine Leistungen nach dem SGB II beziehen, wird vor diesem Hintergrund von einigen Schuldnerberatungsstellen berichtet (vgl. Kotlenga 2008). Suchtberatungsstellen verstehen sich als Einrichtungen, die allen Personengruppen gleichermaßen offen stehen.³² Insofern darf die veränderte Finanzierung für einen Teil der Klient/inn/en der Suchtberatungsstellen nicht zu einer Verschlechterung der Versorgungslage von anderen Suchtkranken führen. Umgekehrt ist eine nachrangige Beratung von durch die Grundsicherungsstelle zugewiesenen Kund/inn/en, über die vereinzelt berichtet wurde, ebenfalls nicht zu rechtfertigen.

6.4.2 Informationsfluss

Bei der fallbezogenen Kooperation von verschiedenen Einrichtungen ist ein gegenseitiger Informationsaustausch unabdingbar. Für die Grundsicherungsstellen ist es wichtig, die weitere Hilfe- oder Maßnahmenplanung mit der Suchtberatung und den dort geplanten weiteren

³² Bürkle u.a. (2008) verwenden den Begriff der Barrierefreiheit.

Schritten abzustimmen. Für die Suchtberatungsstellen ist es beispielsweise wichtig, von den Klient/inn/en, mit denen sie arbeiten, zu wissen, welche Unterstützungsangebote sie schon bekommen haben, und welche Erfahrungen damit gemacht wurden. Auch für die Suchtberatung ist entscheidend zu wissen, welche Maßnahmen auf Seiten der Grundsicherungsstelle in Planung sind, und inwiefern diese die Arbeit mit den Klient/inn/en tangieren.

Der Deutsche Landkreistag (2008a: 12) formuliert im Hinblick auf den Informationsfluss von sozialen Diensten (§ 16a SGB II) zu den Grundsicherungsstellen:

„Die Erkenntnisse aus der Durchführung einer sozialen Leistung sollten in den laufenden Hilfeprozess einbezogen werden. Dafür ist es erforderlich, vom Leistungserbringer Mitteilungen über die Durchführung der Maßnahme zu folgenden Punkten zu erhalten:

- vereinbarte Termine
- Teilziele im Hilfeprozess (Inhalt, Zeitschiene)
- Geplante Hilfemaßnahmen bzw. auftretende Bedarfe
- Abschluss der Maßnahme und Ergebnis.“

Die benannten Inhalte – „verabredete Termine“, „geplante Hilfemaßnahmen“ und „Abschluss und Ergebnis der Beratung“ – werden von den meisten der befragten Suchtberatungsstellen an die Grundsicherungsstellen weitergegeben. Über Ziele der Beratung informieren hingegen nur etwa 50 % der Suchtberatungsstellen.

Die Informationsweitergabe vollzieht sich im Spannungsverhältnis zwischen den beiden Fragen: Welche Informationen sind inhaltlich für die weitere Fallbearbeitung notwendig, und welche Informationen dürfen überhaupt ausgetauscht werden. Ein Datentransfer zwischen Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen ist ohne eine Zustimmung bzw. eine Schweigepflichtsentbindung durch die Kund/inn/en bzw. Klient/inn/en nicht möglich (vgl. Kapitel dazu 3.1.6.3). Da es sich hierbei um eine freiwillige Einwilligung handelt – die daher auch nicht in die Eingliederungsvereinbarung aufgenommen werden darf (vgl. Kapitel 5.2) – muss die Schnittstelle zwischen Grundsicherungsstelle und Suchtberatung verschiedene Verfahren des Informationstransfers vorsehen. Wenn keine Schweigepflichtsentbindungen für Suchtberatung und Grundsicherungsstelle vorliegen, muss der Informationsfluss entweder unterbleiben oder kann nur durch den Klienten/die Klientin selbst erfolgen. Hierfür werden in der Praxis schriftliche Beratungs- und Gesprächsbestätigungen ausgegeben, teilweise auch Berichte verfasst und von den Klient/inn/en an die Grundsicherungsstellen ausgehändigt.

Auch wenn die Frage der Schweigepflichtentbindung vom Prinzip her eindeutig ist, führt sie in der Praxis zu Problemen. Etwa 50 % der Suchtberatungsstellen sagen, dass es diesbezüglich oft oder manchmal zu Problemen in der Kooperation mit der Grundsicherungsstelle kommt (vgl. Kapitel 9).

Für die Rückmeldung der Suchtberatungs- an die Grundsicherungsstellen formulieren Bürkle u. a. (2008: 373) folgende Anforderungen und betonen die Bedeutung der Transparenz des Verfahrens dem Klienten/der Klientin gegenüber:

„Die Inhalte, über die Auskünfte zu erteilen sind, hängen immer auch von den Vereinbarungen ab, die zwischen den Kooperationspartnern bestehen. Diese sollten dem Grundsatz folgen: So viel wie nötig, so wenig wie möglich. Wie bereits weiter oben erwähnt, stellt dies einen hochsensiblen Teil der von Vertrauen geprägten Beziehung zwischen Berater/in und Klient/in dar und benötigt deshalb die entsprechende Sorgfalt und Transparenz.“

Die notwendigen Informationen sollten sich auf die Inhalte beschränken, die für eine weitere Fallbearbeitung nach dem SGB II tatsächlich erforderlich sind. Auch im Expert/inn/enworkshop wurde einhellig die Meinung vertreten, dass nur Informationen weitergegeben werden sollten, die für den Prozess der Integration ins Erwerbsleben relevant sind. Das bedeutet z.B., dass Informationen zu aus Sicht der Suchtberatung sinnvollen arbeitsintegrativen Maßnahmen in jedem Fall an die Grundsicherungsstelle weitergegeben werden sollten. Hingegen sollten therapiebezogene Informationen nicht an die Grundsicherungsstelle weiter gegeben werden, da der therapeutische Auftrag einen Schutzraum brauche. Folgt man diesen Überlegungen, sollte die Informationspflicht der Suchtberatungsstellen keinesfalls Informationen über Behandlungspläne und Rückmeldungen zur Compliance der Klient/inn/en umfassen. Einige Suchtberatungsstellen hatten über entsprechende Verpflichtungen berichtet.

In umgekehrter Richtung – also von den Grundsicherungs- zu den Suchtberatungsstellen – sollten aus Sicht des Expert/inn/enworkshops vor allem Informationen über die Zielstellung der Zuweisung in Suchtberatung weiter gegeben werden. Weiter kann es für den Hilfeplanprozess wichtig sein, Informationen aus dem Profiling und über bisher durchlaufene Maßnahmen und Vermittlungen sowie über weitere geplante und möglicherweise nutzbare Maßnahmen zu erhalten.

Eine zentrale Frage ist, ob bzw. in welchem Maße die Unabhängigkeit der Suchtberatung, ihre Freiwilligkeit und Vertraulichkeit gefährdet sind, wenn die Weitergabe einzelfallbezogener Informationen an die Grundsicherungsstelle beispielsweise dazu führen kann, dass Sanktionen verhängt werden. Dabei verhält es sich rechtlich so, dass die Fachkräfte der Suchtberatung sich in einem Spannungsverhältnis bewegen zwischen der in Leistungsvereinbarungen festgelegten Auskunftspflicht gegenüber der Grundsicherungsstelle und der Verpflichtung zur Verschwiegenheit nach § 203 StGB. Dazu liegen unterschiedliche Rechtsauffassungen vor. Sie betreffen vor allem die Inhalte, über die Auskünfte zu erteilen sind (Bürkle u.a. 2008: 373). Insgesamt betrachtet scheint ein großer Interpretations- und Handlungsspielraum zu bestehen, der je nach rechtlichem Verständnis und fachlicher Haltung gegenüber Sanktionen zu unterschiedlichen Vorgehensweisen führt. Die beiden Extrempole sind: Es werden grundsätzlich immer und grundsätzlich gar keine personenbezogenen Rückmeldungen an die SGB II-Stelle gegeben (Tabelle 61). Für eine gute Praxis muss in jedem Fall sicher gestellt sein, dass die Klient/inn/en der Informationsweitergabe zustimmen und dabei genau darüber informiert werden, welche Informationen über sie weiter gegeben werden, und welche dieser Informationen sanktionsrelevant sein können.

Ein weiterer Aspekt des Informationsaustauschs betrifft die Klient/inn/en der Suchtberatungsstellen, die zwar Leistungen nach dem SGB II beziehen, die Suchtberatung aber ohne

Zuweisung der Grundsicherungsstellen, d. h. auf eigene Initiative, aufgesucht haben. Die Praxis der Suchtberatungsstellen ist hier sehr heterogen.

Wenn ein suchtkranker Mensch selbst initiativ werde, brauche der Leistungsträger das nicht wissen, denn er müsse nicht aktiv werden, führen die Optionskommunen aus:

„Wenn ein soziales Problem offenkundig vorliegt und auch ein Integrationshemmnis darstellt, folgt daraus nicht zwangsläufig ein notwendiges Aktivwerden des SGB II-Trägers. Es kann durchaus sein, dass der betroffene Langzeitarbeitlose selbst die Initiative ergreift und z. B. eine Beratungsstelle aufsucht – in manchen Fällen möchte er dies gegenüber dem SGB II-Träger gar nicht offenbaren. Er ist zu dieser Offenbarung auch nicht verpflichtet, und wenn er selbst die Initiative ergreift, das soziale Hindernis auf dem Weg in die Erwerbstätigkeit zu beseitigen, kann dies nur positiv gewertet werden.“ (con_sens/Ramboll Management: 2009: 24)

Im Fall der Inanspruchnahme einer Suchtberatung auf eigene Initiative scheint eine Kontaktaufnahme zur Grundsicherungsstelle seitens der Suchtberatung in der Praxis im Wesentlichen am Wunsch und am Interesse der Klient/inn/en orientiert zu sein. Der Fachstelle FAIRE an der Fachhochschule Koblenz zufolge ist eine regelhafte Kontaktaufnahme kritisch zu sehen, da der Erhalt einer unabhängigen und geschützten Suchtberatung vordringlich erscheint, und sich daraus in der Regel keine besseren suchtspezifischen Fördermöglichkeiten ergeben (Hartmann-Graham 2009). Allerdings könne die Offenlegung einer Suchtproblematik gegenüber der Grundsicherungsstelle im Einzelfall für Klient/inn/en durchaus entlastend wirken, da dadurch möglicherweise der Druck auf die direkte Vermittlung in den Arbeitsmarkt zurückgenommen wird, und die für die Klient/inn/en vordringliche Suchtproblematik so besser angegangen werden kann. Bei Beantragung einer Suchtrehabilitationsmaßnahme bestehe allerdings eine Offenlegungspflicht gegenüber der Grundsicherungsstelle.

Im Expert/inn/enworkshop wurde zudem daraufhin gewiesen, dass der therapeutische Veränderungsprozess in der Suchtberatung dringend auch die Perspektive der Arbeitsmarktintegration einbeziehen sollte. In diesem Kontext könne es sinnvoll sein, den aufgrund eigener Initiative in Suchtberatung befindlichen Klient/inn/en mit SGB II-Bezug zu vermitteln, dass die Informationsweitergabe an die Grundsicherungsstelle und die Kooperation mit ihr eine Erweiterung des Leistungsspektrums im Beratungsprozess darstellen können. Wie aus den mit Suchtberatungsstellen vereinbarten Leistungskatalogen hervorgeht, sind die Beratungsleistungen für zugewiesene Klient/inn/en und andere nicht immer identisch. Hier können in Einzelfällen durch eine Zuweisung nach § 16a SGB II umfangreichere Leistungen in Anspruch genommen werden.

Zu beachten ist weiter, dass Suchtberatungsstellen, die die Beratung der durch die Grundsicherungsstelle zugewiesenen Klient/inn/en einzeln abrechnen können, auch ein eigenes Interesse an der formellen Zuweisung der Klient/inn/en haben können. Aus den Erhebungen ergeben sich allerdings keine Hinweise darauf.

6.4.3 Fallbearbeitung – Fallsteuerung

Informationsfluss ist eine Voraussetzung von Koordination und Kooperation. Soll die Fallbearbeitung in stärkerer Abstimmung oder gemeinsam erfolgen, sind differenzierte Verfahren

der Rückkoppelung, der Absprachen und der gemeinsamen Fallarbeit erforderlich. Kooperation ist dabei kein Selbstzweck, sondern muss sich entweder aus dem Auftrag der Grundsicherungsstelle oder dem der Suchtberatungsstelle ableiten lassen. Zum Erfordernis der Kooperation führen Bürkle u.a. (2008: 368) aus:

„Suchtberatung und -behandlung sowie berufliche Eingliederung sind nicht voneinander losgelöst oder gar hintereinander ablaufende Prozesse, sondern laufen verzahnt ab, wirken aufeinander, bedingen sich gegenseitig im Sinne eines Gesamtrehabilitationsprozesses.“

Die Ziele von SGB II und Suchthilfe sind in diesem Sinne komplementär und bedingen einander.

Die Notwendigkeit einer engen örtlichen Kooperation im Einzelfall wird immer wieder betont (z.B. Drogen- und Suchtrat 2007). Nur in Kooperation kann die jeweils andere Expertise in der Fallbearbeitung wirksam werden. Die Kooperation sollte die Einbeziehung der Erkenntnisse des Leistungserbringers bei der Fortschreibung der Eingliederungsvereinbarung sowie gemeinsame Fallkonferenzen bei komplizierten Problemlagen einschließen (Deutscher Landkreistag 2008a). Dem Gesamtverband der stationären Suchtkrankenhilfe (2004) und Bürkle u. a. (2008) zufolge sind differenziertes Case Management, strukturierte Hilfeplanung und gemeinsame Fallarbeit erforderlich – eingebettet in eine kontinuierliche Kooperationskultur.

Nur ein kleiner Teil der Grundsicherungsstellen kooperiert in dem oben beschriebenen umfassenden Sinne mit Einrichtungen der Suchtberatung. Nur bei rund jeder fünften Grundsicherungsstelle kommt es zu einer gemeinsamen Erarbeitung eines Eingliederungs- und Hilfeplans (vgl. Kapitel 5.1.4). Bezogen auf einzelne Verfahrensschritte in der Fallbearbeitung ist der Grad der Kooperation und Rücksprache höher (vgl. Kapitel 5).³³

Die Ergebnisse zur Sanktionspraxis zeigen, dass viele Grundsicherungsstellen oft bzw. in Einzelfällen Rücksprache mit den Suchtberatungsstellen halten, bevor die Eingliederungsvereinbarung erstellt und Sanktionen verhängt werden. Offenbar versuchen die Grundsicherungsstellen damit, die Eingliederungsvereinbarung und die mit ihr verknüpften Sanktionsentscheidungen ergänzt durch die komplementäre Fachperspektive der Suchtberatungsstelle nochmals abzuwägen, aber auch abzusichern.

Es stellt sich die Frage, ob dies für die Suchtberatungsstellen eine gute Kooperationspraxis ist oder ob so die Unabhängigkeit ihrer Beratung und das Vertrauensverhältnis zu den Klient/inn/en gefährdet wird, beispielsweise in den Fällen, in denen in der Rücksprache der SGB II-Stelle geraten wird, eine geplante Sanktion zu verhängen. Eine vergleichbare Problematik ergibt sich auch in den Fällen, wo Träger der Suchthilfe Teile des suchtspezifischen Fallmanagements übernehmen und die Unterschiede zwischen hoheitlicher Fallverantwor-

³³ Daten des Deutschen Landkreistages (2008b, Folie 100) aus der Evaluation der Aufgabenträgerschaft nach SGB II zu den Rückkoppelungsverfahren im Übergang von Fallmanagement/Vermittlung zu den Trägern der Suchtberatung bestätigen diese Tendenz. Bei knapp 50 % der dort Befragten gab es einen Informationsaustausch, aber nur bei 18 % eine gemeinsame Betreuung.

tung und wohlfahrtstaatlichem Unterstützungsangebot undeutlich werden. Bürkle u. a. (2008: 384f.) beschreiben die Vor- und Nachteile einer solchen Auslagerung:

„Grundsätzlich kann die Übernahme des suchtspezifischen Fallmanagements unterschiedlich bewertet werden. Für die Übernahme des suchtspezifischen Fallmanagements kann sprechen, dass die erforderliche fachspezifische Kompetenz der Suchthilfe den gesamten Eingliederungsprozess begleitet und die Leistungen der Suchthilfe für den Hilfesuchenden als ein umfassendes und transparentes Angebot verstanden werden kann. Wenn es aber nicht gelingt, diese Transparenz herzustellen und glaubhaft zu vermitteln, kann sich gerade der zuletzt beschriebene Vorteil erheblich negativ auf das Vertrauensverhältnis zwischen Berater/in und Klient/in auswirken. Dies ist insbesondere bei der Entscheidung zu bedenken, das suchtspezifische Fallmanagement direkt in der Suchtberatung anzusiedeln.“

Angesichts der geschilderten Anforderungen an Kooperation entspricht es – zumindest in Fällen, die von Grundsicherungsstellen und Suchtberatung „arbeitsteilig“ versorgt werden – sicherlich nicht den Maßstäben guter Praxis, wenn ein Drittel der Grundsicherungsstellen in der Regel die Suchthilfe nicht bei der Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung einbezieht (vgl. Kapitel 5.1.4), – wie die in diesem Kapitel präsentierten Ergebnisse zeigen – ein Viertel der Grundsicherungsstellen grundsätzlich keine Fallgespräche mit der Suchtberatungsstelle durchführt und ein Viertel der Suchtberatungsstellen berichtet, dass bei der Verhängung von Sanktionen nie Rücksprache mit der Suchtberatungsstelle gehalten wird.

7 Das SGB II und die Suchtrehabilitation

Auf das Schnittstellenmanagement zwischen den Grundsicherungsstellen und den Trägern und Einrichtungen der Suchtrehabilitation bezieht sich eine der vom Bundesgesundheitsministerium für die vorliegende Untersuchung vorgegebenen Fragestellungen: „Welche Erfahrungen wurden gemacht im Hinblick auf die Integrationsbemühungen direkt oder noch während Entwöhnungsbehandlungen?“ (vgl. Kapitel 2.1). Diese Fragestellung geht zurück auf den Beschluss des Drogen- und Suchtrats vom 5. November 2007, in dem es u. a. heißt:

„Die Agenturen für Arbeit, die Arbeitsgemeinschaften sowie die zugelassenen kommunalen Träger sollten arbeitslose Suchtkranke im Rahmen ihrer Zuständigkeit bereits während einer medizinischen Rehabilitation zur Eingliederung in Arbeit beraten, soweit dies unter Beachtung des Therapieverlaufs sinnvoll und zumutbar ist. Damit soll der nahtlose Übergang zu den Integrationsbemühungen im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung erleichtert werden. Hierzu ist eine Kooperation zwischen Reha-Kliniken und ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen einerseits sowie den Trägern der Leistungen nach SGB II und SGB III andererseits aufzubauen (...).“ (Drogen- und Suchtrat, 5. November 2007).

Das vorliegende Kapitel stellt Ansätze und Erfahrungen der Grundsicherungsstellen bei der Bearbeitung dieser Schnittstelle dar. Dabei geht es erneut um Fragen des gegenseitigen Informationsaustausches. Ein eigener Abschnitt geht auf die besondere Problematik ein, die sich aus der gesetzlichen Vorschrift des § 7 (4) SGB II ergibt.

7.1 Informationsaustausch zwischen SGB II-Stelle und Einrichtungen der Suchtrehabilitation

Probleme an der Schnittstelle zwischen den Grundsicherungsstellen und dem Bereich der Suchtrehabilitation können sich vor allem zu zwei Zeitpunkten im Fallverlauf ergeben: beim Übergang eines suchtkranken Menschen in eine Rehabilitationsmaßnahme und nach Abschluss einer Therapie. Im ersten Fall könnte es sinnvoll sein, wenn die Therapieeinrichtung Informationen über die bisherige Fallbearbeitung bei der Grundsicherungsstelle erhielte; hierzu könnten etwa die Ergebnisse des Profilinges gehören, eine Einschätzung der Fachkräfte zur aktuellen Belastbarkeit eines Kunden bzw. einer Kundin oder ein Sachstandsbericht zur bisherigen Integrationsplanung. Im zweiten Fall benötigen die Fachkräfte bei der Grundsicherungsstelle Hinweise der entlassenden Einrichtung, um den für die Dauer der Therapie weitgehend unterbrochenen Integrationsprozess wieder aufnehmen zu können: War die Therapie erfolgreich? Ist eine Neuausrichtung der Integrationsstrategie sinnvoll? Benötigt der Kunde oder die Kundin zur Stabilisierung eine Fördermaßnahme? Soll eine bei Therapieantritt abgebrochene Beschäftigungsmöglichkeit wieder aufgenommen werden?

Tabelle 65 zeigt, dass 12 % der Grundsicherungsstellen Informationen der Fallbearbeitung (z. B. des Profilinges) an die Einrichtungen der Suchthilfe/-krankenhilfe³⁴ weitergeben. Knapp zwei Drittel tun dies nicht, und bei einem weiteren Viertel gibt es dazu keine einheitliche Regelung. In fast allen Freitextantworten wird dazu betont, dass der Datenschutz zu beachten

³⁴ Hier sind in der Fragestellung allerdings nicht nur Einrichtungen der Suchtrehabilitation („Suchtkrankenhilfe“) gemeint, sondern auch Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe.

sei und eine Informationsübermittlung immer nur erfolgen könne, wenn eine entsprechende Schweigepflichtentbindung durch die betroffene Person vorliege.

Tabelle 65: Weitergabe von Informationen der Fallbearbeitung (z. B. des Profilings) seitens der Fachkräfte der Grundsicherungsstellen an die Einrichtungen der Suchthilfe/-krankenhilfe

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Ja	39	12,3
Nein	201	63,4
Hierzu gibt es keine einheitliche Regelung	77	24,3
Gesamt	317	100
Keine Angabe	6	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 6.

In der umgekehrten Richtung, d. h. von den Einrichtungen der Suchtrehabilitation an die Grundsicherungsstellen, werden Informationen offenbar deutlich häufiger übermittelt (Tabelle 66). 23 % der Grundsicherungsstellen erhalten Informationen über die arbeitsbezogenen Maßnahmen in der Regel und 27 % auf Nachfrage. Fasst man die beiden Antwortkategorien „in der Regel nein“ und „keine Erkenntnisse“ zusammen, so ist aber davon auszugehen, dass rund die Hälfte der SGB II-Stellen in der Regel keine Informationen bekommen.

Tabelle 66: Weitergabe von Informationen an die Grundsicherungsstellen seitens der Suchtbehandlungseinrichtungen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen

	N	In Prozent der antwortenden GSS
In der Regel ja	72	22,7
Nur dann, wenn wir dies erfragen	85	26,8
In der Regel nein	128	40,4
Dazu liegen keine Erkenntnisse vor	32	10,1
Gesamt	317	100
Keine Angabe	6	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 7.

In den übersandten Dokumenten finden sich Beispiele für praktizierte Verfahren der gegenseitigen Information: Eine ARGE übersandte eine Kooperationsvereinbarung zwischen Grundsicherungsstelle und Suchtklinik, die das praktische Problem lösen soll, dass die Grundsicherungsstelle von einer medizinischen Behandlung gar nicht automatisch erfährt bzw. erfahren muss. Hier verpflichtet sich das Fachkrankenhaus, bei neu aufgenommenen

Patient/inn/en zu klären, ob diese ALG II beziehen, und wer bei der Grundsicherungsstelle die zuständige Ansprechperson ist. Erteilen die Patient/inn/en ihre Zustimmung, initiiert die Klinik schon während des stationären Aufenthaltes ein gemeinsames Fallgespräch mit dem Ziel, dass notwendige Hilfen zur Integration von diesem Zeitpunkt an abgestimmt geleistet werden.

In einer anderen Grundsicherungsstelle setzt man darauf, dass dort die Suchtberatungsstellen und die stationäre Suchtkrankenhilfe „in einem engen Verbundsystem“ arbeiten und die Suchtberatungsstelle Informationen zum Übergang zwischen den Systemen erhält. Hier ist bei der Entlassung aus der stationären Therapie eine sog. „Abschlussbescheinigung“ zur Vorlage bei der Grundsicherungsstelle vorgesehen. Sie informiert über den Zeitpunkt der Beendigung der Therapie, enthält eine Einschätzung zu den Integrationsmöglichkeiten sowie eine „Empfehlung für den weiteren Integrationsprozess“.

Auf die Frage, ob die Informationen der Reha-Einrichtungen für die Planung bzw. Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt hilfreich waren, antworteten 156 Grundsicherungsstellen (Tabelle 67). Von diesen beantworteten mit 93 % fast alle die Frage mit „hilfreich“ bzw. „teilweise hilfreich“.

Tabelle 67: Qualität der Informationen für die Fachkräfte der Grundsicherungsstelle für die Planung bzw. Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Dazu liegen keine Erkenntnisse vor	10	6,4
In der Regel hilfreich	103	66,0
In der Regel teilweise hilfreich	42	26,9
In der Regel nicht hilfreich	1	0,6
Gesamt	156	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 7a; N=156 (von 157 Grundsicherungsstellen, die Informationen seitens der Suchtbehandlungseinrichtungen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen erhalten).

Aus Sicht von etwas mehr als einem Drittel der SGB II-Stellen schließen sich die durch sie eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zeitlich nahtlos an die Suchtrehabilitation an (Tabelle 68). Rund 52 % der Grundsicherungsstellen gelingt dies offenbar nur manchmal bzw. selten oder gar nicht. Die Übrigen haben dazu keine Erkenntnisse.

Nicht nur um Nahtlosigkeit zu erreichen, sondern auch um den Erfolg einer Therapie langfristig zu sichern, weist eine großstädtische Grundsicherungsstelle ihre Fachkräfte in einer Handreichung zum Thema Sucht ausdrücklich an, vor allem nach einer abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlung alle Förderinstrumente des SGB II und des SGB III „in höchstmöglichen Umfang (Förderhöhe/-dauer)“ auszuschöpfen. Damit solle vermieden werden, dass

„mangelnde Strukturen“, ein „Rückfall in alte Gewohnheiten“ oder „fehlende Perspektiven“ eine künftige berufliche Integration verhindern oder erschweren.

Tabelle 68: Zeitlich nahtloses Anschließen der durch die Grundsicherungsstellen eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen an die Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation)

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Dazu liegen keine Erkenntnisse vor	34	10,7
Meistens	117	36,9
Manchmal	131	41,3
Selten	20	6,3
In der Regel nicht	15	4,7
Gesamt	317	100
Keine Angabe	6	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 8.

Tabelle 117 (im Anhang) zeigt, dass die Grundsicherungsstellen mit geregelter Kooperation häufiger Informationen zu ihrer Fallbearbeitung weitergeben. Sie erhalten auch Informationen über arbeitsbezogene Maßnahmen seitens der Suchtbehandlungseinrichtungen häufiger (Tabelle 118 im Anhang) und beurteilen diese auch häufiger als hilfreich für die eigene integrationsorientierte Praxis (Tabelle 119 im Anhang). Hinsichtlich der zeitlichen Nahtlosigkeit hingegen sind keine wesentlichen Differenzen zwischen den Grundsicherungsstellen mit bzw. ohne geregelte Kooperation festzustellen (Tabelle 120 im Anhang).

7.2 Umgang mit § 7 (4) SGB II

§ 7 (4) SGB II schließt Leistungen nach dem SGB II bei Personen aus, die länger als sechs Monate „in einer stationären Einrichtung untergebracht“ sind, sofern sie dort nicht mindestens 15 Stunden pro Woche erwerbstätig sind. Hieraus ergibt sich ein besonderes Problem an der Schnittstelle zwischen dem SGB II und den Trägern und Einrichtungen der Suchtrehabilitation. Begeben sich suchtkranke Menschen in eine länger als sechs Monate dauernde medizinische Rehabilitationsmaßnahme, so endet damit in aller Regel die Zuständigkeit der bisher zuständigen Grundsicherungsstelle für die Sicherung des Lebensunterhaltes, und für die Dauer des stationären Aufenthaltes erhalten die Betroffenen Leistungen der Sozialhilfe (SGB XII). Nach Abschluss der stationären Maßnahme ist ein Neuantrag auf Leistungen nach dem SGB II zu stellen. Diese gesetzliche vorgesehene Schnittstelle führt damit sowohl beim Übergang in Therapie wie auch bei ihrem Abschluss zu nahezu unvermeidbaren Brüchen in der Fallbearbeitung und stellt hohe Anforderungen an Kooperationsstrukturen, die eine nahtlose Suchtrehabilitation zum Ziel haben.

Die meisten Grundsicherungsstellen versuchen, diese Brüche weitgehend zu vermeiden, indem sie vor einer geplanten Therapie keine Maßnahme mehr beginnen (69 %), oder eine Maßnahme vor der Therapie vereinbaren, aber erst im Abschluss an die Reha-Maßnahme umsetzen (46 %) (Tabelle 69). 13 % der Grundsicherungsstellen fehlen Erkenntnisse zu dieser Frage.

Tabelle 69: Umgang mit dem Leistungsausschluss nach § 7 (4) SGB II bei der Maßnahmeplanung mit Kund/inn/en

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Wir stimmen die Planung so mit den Kunden und Kundinnen ab, dass keine Maßnahme mehr begonnen wird, wenn ein Therapiebeginn in Aussicht steht, bzw. dass laufende Maßnahmen zu diesem Zeitpunkt beendet sind.	184	69,4
Es kommt vor, dass suchtkranke Menschen eine Aktivierungsmaßnahme mit Therapiebeginn abbrechen müssen.	109	41,1
Wir versuchen, arbeitsbezogene Maßnahmen bereits vor einer Therapie mit dem Kunden bzw. der Kundin zu vereinbaren und setzen diese Planung unmittelbar nach Abschluss der Behandlung in Gang.	123	46,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 4; N=265 (Grundsicherungsstellen, die Erkenntnisse zum Umgang mit dem Problem des Leistungsausschlusses nach § 7 (4) SGB II haben).

Von den 109 Grundsicherungsstellen, die einräumen, dass es bei Therapiebeginn durchaus zum Abbruch einer Beschäftigungsmaßnahme kommen kann, hat etwa die Hälfte (56) kein Verfahren dazu, wie der Integrationsprozess nach der Therapie weitergehen soll (Tabelle 70). Jeweils ein knappes Drittel von ihnen ist entweder bemüht, an den Stand vor Beginn der Therapie oder an den Stand bei Entlassung aus der Therapie anzuknüpfen.

„Sofern Therapiebeginn und Ende bekannt sind, werden diese Termine bei der Aktivierung berücksichtigt“, verbindet eine Grundsicherungsstelle ihre Antwort allerdings mit dem Hinweis auf das oben bereits beschriebene Problem, dass nahlose Übergänge nur gelingen können, wenn die beteiligten Stellen überhaupt informiert sind.

Obwohl jeder Fall, dessen Akte bei Antritt einer längeren medizinischen Reha-Maßnahme geschlossen wird, auch ein Fall sein kann, der innerhalb absehbarer Zeit bei der gleichen oder einer anderen Grundsicherungsstelle wieder auftritt, werden Fälle, in denen § 7 (4) SGB II im Fallverlauf zur Einstellung von Leistungen führt, statistisch nicht gesondert erfasst.

Tabelle 70: Weiteres Verfahren nach Abschluss der Therapie, wenn vorher eine Maßnahme abgebrochen werden musste

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Keine eindeutige Regelung	56	51,4
Die Grundsicherungsstelle stellt sicher, dass suchtkranke Menschen nach Abschluss der Therapie in die gleiche oder eine ähnliche Maßnahme zurückkehren können.	34	31,2
Die Grundsicherungsstelle beginnt bereits zum Ende der Therapie wieder mit der Aktivierung.	33	30,3

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 4a; N=109 (Grundsicherungsstellen, in denen Aktivierungsmaßnahmen manchmal mit Therapiebeginn abgebrochen werden müssen).

Nur drei Grundsicherungsstellen machten genaue Angaben zur Zahl der pro Jahr betroffenen Fälle, 286 Grundsicherungsstellen lagen dagegen keine Zahlen vor.

7.3 Diskussion der empirischen Ergebnisse

In der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker (Suchtrehabilitation) sind spezifische arbeitsbezogene Therapieleistungen (z. B. Profilingmaßnahmen, Bewerbungstrainings bis hin zu Arbeitsbelastungserprobungen in externen Betrieben) essentieller Bestandteil der Behandlung (Kulick 2008), denn das Ziel der Rehabilitation ist letztlich die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Teilhabe am Erwerbsleben. In dieser Hinsicht gibt es also eine gemeinsame Schnittmenge mit den Zielsetzungen des SGB II. Daher liegt es nahe, dass die Grundsicherungsstellen und die Einrichtungen der stationären und ambulanten Suchtrehabilitation (Fachkliniken für Suchtkranke, Suchtberatungsstellen) kooperieren, um das Ziel der Integration ins Erwerbsleben besser zu erreichen. Wie notwendig es ist, kooperative Strukturen zu entwickeln, wird daran deutlich, dass von allen aus der Suchtrehabilitation entlassenen Patient/inn/en im Jahr 2007 42,3 % arbeitslos nach SGB II waren (und weitere 10,5 % arbeitslos nach SGB III) (Deutsche Suchthilfestatistik 2007).

Hierzu hat der Fachausschuss Arbeit und Beschäftigung der Sächsischen Landesstelle für Suchtgefahren e.V. einem differenzierten Katalog von Angeboten, die zur „Förderung der beruflichen Wiedereingliederung im Anschluss an eine medizinische Suchtrehabilitation“ (Sächsische Landesstelle für Suchtgefahren e.V. 2008: 9) erforderlich sind, eine Reihe von Maßnahmen konkret empfohlen (vgl. auch Kapitel 8):

- „Förderung der schulischen und beruflichen Bildung“: z.B. Möglichkeiten zum Erwerb von Schul- und Berufsabschlüssen innerhalb der Therapie,
- „Verzahnung medizinischer und beruflicher Rehabilitation“,
- „Adaptionsbehandlung mit besonderer Unterstützung der beruflichen Reintegration“,
- „Berufsberatung, externe Arbeitserprobung, spezielle Therapieangebote für arbeitslose Patienten“,

- „zeitnahe Weitervermittlung zur regionalen Suchtkrankenhilfe (Nachsorge) und Trägern der Beschäftigungsförderung“.

7.3.1 Informationsaustausch zwischen SGB II-Stelle und Einrichtungen der Suchtrehabilitation

Eine gute Kooperation setzt voraus, dass die SGB II-Stelle frühzeitig den Ort und die Zeit der Suchtrehabilitation in Erfahrung bringt, und dass gegenseitig Informationen über die jeweils geplanten bzw. durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen ausgetauscht werden. Die dazu vorliegenden Ergebnisse haben gezeigt, dass die Grundsicherungsstellen entsprechende Informationen seitens der Reha-Einrichtungen für die Planung und Durchführung ihrer Aktivierungs- bzw. Integrationsmaßnahmen als hilfreich ansehen. Doch solche Informationen erhält bzw. erfragt nur ein Teil der SGB II-Stellen. Sie selbst aber geben auch nur zu einem geringen Teil Informationen ihrer Fallbearbeitung an die Reha-Einrichtungen weiter.

Ein weiteres Indiz für die oft noch defizitäre Bearbeitung der Schnittstelle zur Suchtrehabilitation ist der Befund, dass es nur rund ein Drittel der Grundsicherungsstellen „meistens“ schafft, die arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zeitlich nahtlos an die medizinische Rehabilitation anzuschließen.

Nahtlosigkeit bei der Betreuung Suchtkranker durch unterschiedliche Akteure wird schon seit langem aus verschiedenen Gründen gefordert (Weissinger 2008; Zemlin u.a. 2008). Zeitliche Verzögerungen im Prozess der Integration ins Erwerbsleben, die dazu führen können, dass die während der Rehabilitationsmaßnahme angeeigneten Arbeitsfähigkeiten und Arbeitsorientierungen wieder verloren gehen, sollen möglichst vermieden werden. Die Zeit nach Beendigung der Suchtrehabilitation stellt eine prekäre Übergangsphase dar, in der der Erhalt des suchtspezifischen Therapieerfolgs (Abstinenz, Gesundheit) noch sehr gefährdet ist. Wer nach der Suchtbehandlung arbeitslos bleibt, hat im Vergleich zu Erwerbstätigen ein fast doppelt so hohes Risiko, bereits im ersten Monat rückfällig zu werden (Henkel u.a. 2008). Das oben erwähnte Verfahren, das darauf zielt, einen suchtkranken Menschen nach einer Entwöhnung durch eine besonders intensive Förderung zu unterstützen, kann vor diesem Hintergrund daher als „gute Praxis“ gelten.

Auf dem Expert/inn/en-Workshop wurde auf eine Reihe von Problemen hingewiesen, die die Kooperation erschweren: Viele SGB II-Stellen fühlen sich offenbar im Fall der Vermittlung in eine Suchtrehabilitation nicht mehr zuständig; bei Neukund/inn/en, also den Patient/inn/en, die nach der Behandlung erstmals in die Leistungszuständigkeit des SGB II kommen, ist die Grundsicherungsstelle erst recht auf Informationen seitens der Reha-Einrichtung angewiesen; oft finden die Fachkräfte der Reha-Einrichtungen in den SGB II-Stellen keine zuständigen Ansprechpartner und umgekehrt. Und schließlich käme es nicht selten vor, dass mit einer stationären Rehabilitation auch ein Wohnortwechsel verbunden ist und somit die Betreuung durch eine andere SGB II-Stelle weitergeführt wird bzw. wieder neu aufgebaut werden muss.

Auf dem Expert/inn/en-Workshop wurde die Auffassung vertreten, dass der Datenschutz und die Schweigepflichten so geregelt werden können, dass der notwendige Informationsfluss

zwischen den SGB II-Stellen und den Einrichtungen der Suchtrehabilitation gewährleistet werden kann. Das bestätigen auch die beiden oben am Beispiel beschriebenen Verfahren der direkten Kommunikation zwischen Grundsicherungsstelle und Suchtklinik bzw. der bei Entlassung aus der Therapie „mitgelieferten“ Informationen der Suchtklinik an die Grundsicherungsstelle.

Mängel – so die Expert/inn/en – lägen aber darin, dass oft Doppelleistungen erbracht würden: Die Reha-Einrichtungen führen z. B. eigene Profilingmaßnahmen durch und lassen die diesbezüglichen Ergebnisse der Grundsicherungsstellen ungenutzt. Und wenn es um die arbeitsmedizinische Begutachtung geht, schalten die SGB II-Stellen möglicherweise den ärztlichen Dienst der Arbeitsagentur ein, obwohl bereits eine gründliche ärztliche Begutachtung seitens der Reha-Einrichtung stattfand. Hierfür sei auch fehlendes Wissen um die Arbeitsweise und die spezifischen Informationsanforderungen der jeweils anderen Stelle verantwortlich, meinten die Expert/inn/en. So käme es oft vor, dass Fachkräfte der Reha-Einrichtungen in den SGB II-Stellen keine zuständigen Ansprechpartner/innen fänden und umgekehrt. Oder es würde zwar ein ausführlicher Abschlussbericht zu einer Therapie verfasst, der aber keine konkrete Einschätzung zur Erwerbsfähigkeit, Belastbarkeit oder Empfehlungen für Förderstrategien enthielte und deshalb für die Grundsicherungsstellen kaum „brauchbar“ sei. Hier sollten Abstimmungen erfolgen, etwa wie sie im Modellprojekt FAIRE beschrieben sind (Frietsch 2008), wobei gute Lösungen wohl immer die Kooperation in Netzwerken oder (regionalen) Verbänden voraussetzen, in denen z. B. Verfahren zum Übergang zwischen den verschiedenen Hilfe-, Behandlungs- oder Leistungssystemen gemeinsam festgelegt werden.

7.3.2 Umgang mit § 7 (4) SGB II

Da sich das Problem des Ausschlusses von passiven und aktiven Leistungen der Arbeitsförderung bei einer mehr als sechsmonatigen Behandlung unmittelbar aus der Rechtskonstruktion des § 7 (4) SGB II ergibt, sind die Möglichkeiten, „gute Praxis“ durch gute Kooperationsverfahren zu entwickeln, allerdings auch begrenzt. Spätestens wenn mit einer stationären Rehabilitation auch ein Wohnortwechsel verbunden ist, können sich z. B. erhebliche Probleme stellen. So ist für die Sicherstellung der Grundsicherungsleistungen etwa der Leistungsträger der Stadt oder der Gemeinde zuständig, in der jemand den „gewöhnlichen Aufenthalt“ hat – für das SGB II ist dies auch der Ort des „tatsächlichen Aufenthalts“. Um nach Abschluss einer Therapie am Heimatort oder an einem anderen Ort ALG II beantragen zu können, muss der suchtkranke Mensch dort zunächst (wieder) seinen gewöhnlichen Aufenthalt begründen. Eine vorsorgliche Regelung der SGB II-Angelegenheiten aus der Klinik heraus ist deshalb oft fast unmöglich.

Für den „Neuanfang“ an jedem anderen Ort als dem des letzten Leistungsbezugs ergibt sich ohnehin unweigerlich ein Bruch. Die neu zuständige Grundsicherungsstelle ist nicht nur auf Informationen seitens der Reha-Einrichtung angewiesen, sondern auch auf Informationen zur Integrationsstrategie einer anderen Grundsicherungsstelle vor der Therapie. In diesem Fall könnte die Reha-Einrichtung eine informationsvermittelnde Rolle spielen.

8 Integration in Arbeit und Förderung durch arbeitsmarktpolitische Maßnahmen

Ziel des SGB II ist es, die Eigenverantwortung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zu stärken und dazu beizutragen, dass sie ihren Lebensunterhalt unabhängig von der Grundsicherung aus eigenen Mitteln und Kräften bestreiten können. Zu diesem Zweck sollen erwerbsfähige Hilfebedürftige bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit unterstützt werden (§ 1 SGB II). Nach dem Grundsatz des Forderns (§ 2 SGB II) muss der erwerbsfähige Hilfebedürftige dabei „aktiv an allen Maßnahmen zu seiner Eingliederung in Arbeit mitwirken.“ Dazu gehört auch, „eine ihm angebotene zumutbare Arbeitsgelegenheit zu übernehmen“, wenn „eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in absehbarer Zeit nicht möglich ist.“ Nach § 3 SGB II sollen jedoch vorrangig „Maßnahmen eingesetzt werden, die die unmittelbare Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ermöglichen.“ Junge Erwachsene unter 25 Jahren „sind unverzüglich nach Antragstellung auf Leistungen nach diesem Buch in eine Arbeit, eine Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit zu vermitteln.“ (§ 3 (2) SGB II).

Neben den kommunalen Leistungen zur Eingliederung, zu denen die Suchtberatung zählt, stehen den SGB II-Trägern eine Reihe von Förderinstrumenten aus dem Rechtskreis des SGB III zur Eingliederung erwerbsfähiger Hilfebedürftiger zur Verfügung. Zu diesen unmittelbar arbeitsmarktorientierten Leistungen der Arbeitsförderung gehörten zum Zeitpunkt der Erhebung nach § 16 (1) SGB II³⁵ die Vermittlung, die Übernahme von Reise- und Bewerbungskosten, Mobilitätshilfen, Förderung der beruflichen Weiterbildung, Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM), Beschäftigung schaffende Strukturförderung oder der Vermittlungsgutschein. Besondere Instrumente aus dem Rechtskreis des SGB II sind die Arbeitsgelegenheiten in der Mehraufwands- oder in der Entgeltvariante (§ 16d SGB II), der Beschäftigungszuschuss nach § 16e SGB II und das Einstiegsgeld nach § 16b SGB II.

So wenig angenommen werden kann, dass suchtkranke Menschen generell erwerbsunfähig sind, so wenig kann bei gravierenden Suchterkrankungen andererseits ausgeschlossen werden, dass die Suchtkrankheit zu einer Behinderung führt: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“, definiert § 2 SGB IX. Die Zuständigkeit für die berufliche Rehabilitation behinderter Menschen, die Leistungen nach dem SGB II beziehen, ist geteilt: Nach § 6a SGB IX ist die Bundesagentur für Arbeit der zuständige Rehabilitationsträger für „die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für behinderte erwerbsfähige Hilfebedürftige“, die Grundsicherungsträger nach dem SGB II sind jedoch als Leistungsträger zuständig für die Umsetzung eines entsprechenden Eingliederungsvorschlags der Arbeitsagentur.

³⁵ Mit der sog. „Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente“ des SGB III wurde auch der Förderkatalog des SGB II zum 1.1.2009 verändert.

In diesem Kapitel soll dargestellt werden, wie die Grundsicherungsstellen ihren Vermittlungs- und Integrationsauftrag im Hinblick auf die Leistungsbeziehenden mit Suchtproblemen umsetzen.

8.1 Vermittlung in reguläre Beschäftigung

Auch für suchtkranke Leistungsbeziehende sollen die Grundsicherungsstellen eine Vermittlung in ungeförderte Beschäftigung erreichen. Da die Suchtkrankheit nicht zwingend auch ein Vermittlungshemmnis darstellt³⁶, kann dies durchaus gelingen. Gleichwohl sind mit der Suchterkrankung sehr häufig Probleme verbunden, die eine Vermittlung erschweren. Nur 3 % der Grundsicherungsstellen sind der Auffassung, dass die Erwerbsintegration bei Suchtkranken nicht weniger häufig gelingt als bei Kund/inn/en ohne Suchterkrankung (Tabelle 71). Fast alle SGB II-Stellen sehen folglich große Schwierigkeiten bei der Eingliederung Suchtkrankender in eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt. Die Antworten zeigen zudem eine große Skepsis hinsichtlich der Frage, ob es günstige Bedingungen oder Anreize gibt, welche die Probleme von Vermittler/inn/en bei der Erwerbsintegration suchtkrankender Leistungsbeziehender mindern können. Nur jeweils etwa ein Sechstel glaubt, dass es für die Eingliederung in Arbeit nützlich sein kann, wenn ein Arbeitgeber gar nichts von einer Suchterkrankung weiß oder wenn eine Suchtberatungsstelle weitere Unterstützung zusichert.

Tabelle 71: Bedingungen für ein Gelingen der Erwerbsintegration suchtkrankender Kund/inn/en

Mehrfachantworten Eine Erwerbsintegration suchtkrankender Kund/inn/en...	N	In Prozent der antwortenden GSS
gelingt aufgrund der Suchterkrankung nur in Ausnahmefällen	268	85,9
gelingt nicht weniger häufig als bei Kund/inn/en ohne eine Suchterkrankung	9	2,9
gelingt dann häufiger, wenn der (potenzielle) Arbeitgeber nichts von der Suchterkrankung weiß	47	15,1
gelingt dann häufiger, wenn die Suchtberatungsstelle dem Arbeitgeber gegenüber weitere Unterstützung für den/die suchtkranke Arbeitnehmer/in zusichert	53	17,0
gelingt häufig unter sonstigen Bedingungen, nämlich ..	34	10,9

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 5; N=312.

Die Angaben in den Freitextfeldern zeigen, dass die Erwerbsintegration nach Auffassung und Erfahrungen der Grundsicherungsstellen insbesondere dann gelingen kann:

³⁶ Auch unter den Erwerbstätigen gibt es ja Personen mit Suchtkrankheiten (Henkel 2008).

- wenn Arbeitgeberzuschüsse gewährt werden (N=11)³⁷,
- nach Abschluss einer Therapie und/oder Rehabilitation, ggf. bei weiterer nachsorgender Betreuung (N=7),
- wenn die Suchtkranken entsprechend motiviert sind und entweder abstinent leben oder Suchtmittel nur in der Freizeit konsumieren (N=6).

Die Grundsicherungsstellen wissen in der Regel nicht, wie hoch die Zahl der in Erwerbstätigkeit vermittelten suchtkranken Kund/inn/en ist. Lediglich sieben Grundsicherungsstellen (2 %) konnten dazu Angaben machen. Wenn überhaupt Angaben möglich sind, scheint sich dies auf die Integration mit Eingliederungs- (EGZ) bzw. Beschäftigungszuschuss (BEZ) zu beziehen. Nur in diesen Fällen wird die Suchtkrankheit dokumentiert, da sie ein die Förderung begründendes vermittlungshemmendes Merkmal darstellt.

8.2 Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen

Im Rahmen der Fallbearbeitung nach dem SGB II können als Zwischenschritte auf dem Weg zur Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt unterschiedliche Fördermaßnahmen zum Einsatz kommen. Diese sollen vor allem die „Beschäftigungsfähigkeit“ der Hilfebedürftigen verbessern, indem z. B. Qualifikationen und Kompetenzen vermittelt werden oder indem durch geförderte Beschäftigung Erfahrungen mit dem Arbeitsalltag ermöglicht werden.

Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Personen mit Suchtproblemen können auf unterschiedliche Weise gestaltet sein. Eine Möglichkeit besteht darin, Maßnahmen speziell und ausschließlich für suchtkranke Personen zu konzipieren und durchzuführen. Eine andere Möglichkeit ist es, Menschen mit Suchtproblemen in allgemeinen Maßnahmen zu fördern, dabei jedoch ihre besonderen Bedarfe gezielt zu berücksichtigen. In der Praxis werden beide Möglichkeiten genutzt. Die Meinungen dazu, wie sinnvoll es ist, speziell auf Suchtkranke zugeschnittene arbeitsmarktpolitische Maßnahmen anzubieten, gehen stark auseinander (vgl. Kapitel 9). Dies widerspiegelt sich auch in der Praxis.

Mit 53 % der Grundsicherungsstellen geben mehr als die Hälfte an, dass Bedürfnisse und Problemlagen von Menschen mit Suchtproblemen in allgemeinen – auch für andere ALG II beziehende Personen offenen – Maßnahmen berücksichtigt werden, dass mithin die Förderung nicht in gezielt nur für diese Personengruppe konzipierten Maßnahmen erfolgt. 42 % der Grundsicherungsstellen bieten (auch) Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen speziell für Suchtkranke an (Tabelle 72).

³⁷ Insbesondere wird der Beschäftigungszuschuss nach § 16e SGB II benannt. Dabei können bis zu 75 % der Personalkosten als Zuschuss gewährt werden und dies – sofern der Förderbedarf weiterhin besteht – sogar unbefristet.

Tabelle 72: Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Personen mit Suchtproblemen

Art der Maßnahmen	N		In Prozent	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Allgemeine Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, die die Bedürfnisse von Menschen mit Suchtproblemen gezielt berücksichtigen (N=315)	166	149	52,7	47,3
Spezielle Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen (N=321)	135	186	42,1	57,9

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 1 und 2.

Bei detaillierter Betrachtung (Tabelle 73) zeigt sich jedoch, dass 26 % der Grundsicherungsstellen weder spezielle Maßnahmen für suchtkranke Arbeitslose anbieten noch im allgemeinen Maßnahmeportfolio Maßnahmen haben, welche die Bedürfnisse von Kund/inn/en mit einer Suchterkrankung in besonderer Weise berücksichtigen. An diesen Standorten dürften Personen mit Suchtproblemen ohne besondere Betreuung in die allgemeinen Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen integriert sein. Umgekehrt haben 20 % der Grundsicherungsstellen beide Arten von Maßnahmen – im Fall geregelter Kooperation mit 23 % häufiger als in den anderen Fällen (17 %). Mit 32 % haben ca. ein Drittel der Grundsicherungsstellen zwar keine Maßnahmen, die ausschließlich auf den Personenkreis suchtkranker Hilfebedürftiger zugeschnitten sind, sie berücksichtigen die Bedürfnisse von Kundinnen mit Suchterkrankungen aber in Maßnahmen, die für einen breiteren Personenkreis konzipiert sind. 22 % der Grundsicherungsstellen halten für Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen ausschließlich solche Maßnahmen vor, die speziell für diesen Personenkreis entwickelt wurden.

Tabelle 73: Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Personen mit Suchtproblemen – allgemeine und spezielle Maßnahmen

		Spezielle Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen			
		Ja		Nein	
		N	In Prozent	N	In Prozent
Allgemeine Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, die die Bedürfnisse von Menschen mit Suchtproblemen gezielt berücksichtigen	Ja	64	20,3	102	32,4
	Nein	68	21,6	81	25,7

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 1 und 2; N = 315.

Sofern die Grundsicherungsstellen Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen anbieten, die sich nicht nur an Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen richten, aber im Rahmen dieser Maßnahmen die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit Suchtproblemen gezielt

berücksichtigen, geschieht dies auf unterschiedliche Art. Vor allem folgende Vorgehensweisen werden benannt:

- eine intensive individuelle sozialpädagogische Betreuung der Teilnehmenden,
- angepasste Arbeitszeiten, Hilfen zur Tagesstrukturierung, teilweise zeitliche Fixpunkte (gemeinsame Mahlzeiten),
- ein sukzessiver Einstieg in die Maßnahme,
- begleitende Hilfen zur allgemeinen Lebensbewältigung, Begleitung zu Ämtern und Beratungsstellen,
- der Einsatz suchtspezifisch geschulten Anleitungspersonals,
- in Kooperation mit der Suchtberatungsstelle Durchführung von Modulen zur Motivation zur Aufnahme einer Therapie,
- Vereinbarung von Alkoholverbot,
- tageszeitliche Berücksichtigung bei der Vergabe von Methadon.

Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, die sich speziell an Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen richten, sind für unterschiedliche Zielgruppen konzipiert. Mehr als drei Viertel der Grundsicherungsstellen mit speziellen Maßnahmen für Hilfebeziehende mit Suchtproblemen verzichten auf eine weitere Zielgruppendifferenzierung und führen Maßnahmen für Suchtkranke im Allgemeinen durch (Tabelle 74).

Tabelle 74: Maßnahmen für besondere suchtspezifische Zielgruppen

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Allgemein für Menschen mit Suchtproblemen	110	81,5
Für Jugendliche unter 25 Jahren mit Suchtproblemen	43	31,92
Für substituierte Drogenabhängige	30	22,2
Für alkoholranke Menschen	22	16,3
Für andere Zielgruppen	11	8,1
Für Migranten und Migrantinnen mit Suchtproblemen	9	6,7
Für Frauen mit Suchtproblemen	8	5,9

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 1a; N = 135 (nur die Grundsicherungsstellen, die spezielle Maßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen im Maßnahmeportfolio haben).

Ein knappes Drittel verfügt jedoch über spezielle Maßnahmen für suchtkranke Jugendliche, ein Fünftel bietet Maßnahmen für substituierte Drogenabhängige an, ein Sechstel Maßnahmen für alkoholranke Menschen. Jeweils ca. 6 % verfügen über suchtspezifische Maßnahmen nur für Frauen oder für Personen mit Migrationshintergrund. Maßnahmen für andere

Zielgruppen richten sich z. B. an Suchtkranke, die zugleich psychisch krank sind, also an Menschen mit einer sog. „Doppeldiagnose“ (Komorbidität).³⁸

In Freitextfeldern konnten die Angaben weiter spezifiziert werden. 120 Grundsicherungsstellen beschrieben die von ihnen durchgeführten Maßnahmen teils sehr ausführlich (Zielgruppe, zeitlicher Umfang, Finanzierung und Besonderheiten, vgl. Frage H 1b im GSS-Fragebogen). Ergänzend wurden 19 vollständige Maßnahmekonzepte zugesandt. Bei der Analyse zeigt sich, dass die Grundsicherungsstellen und die von ihnen beauftragten Bildungs- und Beschäftigungsträger nicht nur nach dem Alter der Kund/inn/en, ihrem Geschlecht oder dem Suchtmittel unterscheiden, wenn sie Maßnahmen konzipieren, sondern häufig das aktuelle Suchtverhalten zur Grundlage ihrer Planung machen. Häufig werden z. B. Maßnahmen für abstinent lebende Menschen mit einer Alkoholkrankung angeboten oder – seltener – für „nasse Alkoholiker“. Es gibt nur wenige Maßnahmen für aktive Drogenkonsument/inn/en, viele Angebote richten sich an substituierte bzw. „cleane“ Drogenabhängige. Wo Maßnahmen für „nicht problemeinsichtige“ Klient/inn/en „in der Konsumphase“ oder für „Langzeitarbeitslose mit täglich hohem Alkoholkonsum“ entwickelt wurden, zielen die Angebote in der Regel darauf, die Motivation für eine Inanspruchnahme von Hilfen zu erhöhen, Übergänge in Entgiftung oder Therapie anzubahnen und den Suchtmittelkonsum zu reduzieren. Zehn der 27 beschriebenen Maßnahmen, die sich ausdrücklich an abstinente oder zumindest substituierte Klient/inn/en wenden, beinhalten in ihren Konzeptionen die besondere Zielsetzung, unmittelbar im Anschluss an eine Entgiftung oder Therapie im Rahmen der „Nachsorge“ eine Beschäftigungsmöglichkeit anzubieten.

Die an den Maßnahmen beteiligten Einrichtungen sind mehrheitlich Suchtberatungsstellen und Träger der freien Wohlfahrtspflege, darunter auch einige Träger der beruflichen Rehabilitation Behinderter. Sie sind z. B. für die „spezielle Betreuung durch eine Suchtberaterin“ oder „regelmäßige Gruppensitzungen“ zuständig. In je zwölf Fällen wurden Fachkliniken/-krankenhäuser und Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII, in sechs Fällen eine Adaptionseinrichtung als Partner bei der Maßnahmedurchführung genannt. Die Ambulanz einer Fachklinik führt z.B. die psychosoziale Begleitung von Teilnehmer/inn/en eines Beschäftigungsprojektes durch, wobei die Träger einen Vorteil darin sehen, dass „die Kontinuität der Beratung und Betreuung gewährleistet werden kann“, wenn eine „Abstimmung und Koordination von notwendigen weitergehenden Maßnahmen ggf. zur medizinischen Rehabilitation oder beruflichen Reintegration“ erforderlich wird. Suchtberatungsstellen und Krankenhäuser übernehmen auch die Funktion, geeignete Klient/inn/en – etwa solche mit einer hohen „Abstinenzmotivation“ – für bestimmte Maßnahmen auszuwählen. Eine Klinik schlägt z. B. die Teilnehmer/innen für eine Arbeitsgelegenheit vor, die sich unmittelbar an eine stationäre Entgiftung anschließt. Einzelne Maßnahmekonzepte beschreiben auch die Kooperation mit einem substituierenden Facharzt oder einer Tagesstätte.

³⁸ Das gleichzeitige und in der Fachliteratur als Komorbidität bezeichnete Auftreten von Sucht- und psychischen bzw. psychiatrischen Störungen (Angst, Depression, Psychose) ist unter Arbeitslosen signifikant stärker verbreitet als unter Erwerbstätigen (Henkel 2008).

Bei aller inhaltlichen Vielfalt der Maßnahmekonzepte greifen die Grundsicherungsstellen bei der Auswahl des geeigneten arbeitsmarktpolitischen Instrumentes überwiegend auf die SGB II-typischen Arbeitsgelegenheiten in der Mehraufwandsvariante zurück. 82 der 101 Grundsicherungsstellen, die dazu Angaben machten, nutzen dieses Instrument, um suchtkranken Menschen Beschäftigungsangebote zu unterbreiten (Tabelle 75). Fünf Grundsicherungsstellen führten zum Zeitpunkt der Befragung noch Maßnahmen auf der gesetzlichen Grundlage des § 16 (2) SGB II (Sonstige Weitere Leistungen) durch.³⁹ Lediglich sieben Grundsicherungsstellen gaben an, (Weiterbildungs-)Maßnahmen auf der Grundlage des § 16 (1) SGB II bzw. § 77 SGB III (N=5) anzubieten, eine Grundsicherungsstelle nutzt (nur) den Beschäftigungszuschuss (BEZ) nach § 16e SGB II zur Förderung einzelner Suchtkranker.

Tabelle 75: Nutzung arbeitsmarktpolitischer Instrumente bei der Durchführung von Beschäftigungs-/Qualifizierungsmaßnahmen für Suchtkranke

Rechtsgrundlagen/Finanzierung	N	In Prozent der antwortenden GSS
Arbeitsgelegenheiten in der Mehraufwandsvariante nach § 16 (3) SGB II* oder § 16 d SGB II	82	81
davon in Kombination mit § 16e SGB II	2	2,0
Sonstige Weitere Leistungen nach § 16 (2) SGB II*	5	4,9
Förderung der Beruflichen Weiterbildung/§ 77 SGB III	5	4,9
§ 16 (1) SGB II*	2	2,0
Beschäftigungszuschuss nach § 16 e SGB II	1	1,0
Freie Förderung nach § 16 f SGB II	1	1,0
ESF-Förderung	2	2,0
Sonstige	3	3,0

*Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 1a; N = 101 (nur die Grundsicherungsstellen, die spezielle Maßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen im Maßnahmeportfolio haben und eine Angabe zur Rechtsgrundlage/Finanzierung gemacht haben.) *bis 31.12.2008 geltende Rechtsgrundlage, auf der auch 2008 begonnene Maßnahmen in 2009 beendet wurden.*

8.2.1 Maßnahmen in Kooperation mit anderen Sozialleistungsträgern

Für die berufliche Wiedereingliederung suchtkranker Menschen sind nicht nur die Grundsicherungsstellen nach dem SGB II zuständig, deshalb besteht eine Möglichkeit der Gestaltung integrationsfördernder Maßnahmen oder Projekte auch darin, Angebote gemeinsam mit anderen Sozialleistungsträgern zu konzipieren und durchzuführen. Solche Kooperationen

³⁹ Seit dem 1.1.2009 steht dieses Instrument nicht mehr zur Verfügung.

haben den Vorteil, dass Rehabilitation systemübergreifend stattfindet: Idealerweise können sich die Kostenträgerschaft oder Zuständigkeit ändern, ohne dass dies für den betroffenen Menschen zu Brüchen im individuellen Rehabilitationsprozess führen muss.

27 % der Grundsicherungsstellen mit spezifischen Beschäftigungs- und Qualifizierungsangeboten für Suchtkranke und damit nur 12 % aller Grundsicherungsstellen führen Angebote in Kooperation mit anderen Sozialleistungsträgern durch. Kooperationspartner für solche Schnittstellenprojekte sind dabei z. B. die örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger (N=7), die Agenturen für Arbeit, die Renten- und Krankenversicherungsträger (N=2), ein Bundesland, im Einzelfall auch die Sucht- und Jugendhilfe. Die Maßnahmen haben der Beschreibung der Grundsicherungsstellen nach unterschiedliche Schwerpunkte, vielfach handelt es sich aber auch hierbei um Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II. Eine Maßnahme bietet ausbildungsbegleitende Hilfen nach § 241 (3) SGB III.

Wo Maßnahmekonzepte näher erläutert werden, wird erkennbar, dass es sich häufig um Angebote an der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation handelt:

- So beschreibt eine Grundsicherungsstelle eine Maßnahme, die mit einer dreiwöchigen stationären Diagnose- und Arbeitserprobungsphase beginnt, an die sich eine dreimonatige Arbeitsgelegenheit in der Mehraufwandsvariante anschließt. Sie wird in Kooperation zwischen der Grundsicherungsstelle, einem Krankenhaus und zwei Beschäftigungsträgern durchgeführt.
- Ein Beschäftigungsangebot in einer Kofinanzierung durch den überörtlichen Träger der Sozialhilfe kombiniert ein tagesstrukturierendes, ergotherapeutisches Angebot der Hilfe nach § 53 SGB XII mit einer Arbeitsgelegenheit.
- Eine mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds kofinanzierte Maßnahme hat die kontinuierliche Begleitung vor, während und nach einer Suchttherapie zum Inhalt.
- Regelangebote unterschiedlicher Kostenträger kombiniert eine andere Maßnahme: Eine ambulante Suchtrehabilitation wird parallel mit Qualifizierungsangeboten unterstützt, die der Rentenversicherungsträger finanziert. Nach Abschluss der Therapie schließen sich Weiterbildungsangebote nach § 77 SGB III an.

Ausgewiesene Projekte der beruflichen Rehabilitation für behinderte Suchtkranke nennen die Grundsicherungsstellen nicht: Lediglich eine SGB II-Stelle berichtet über eine enge Kooperation mit dem Reha-Berater der Arbeitsagentur, der regelmäßig Integrationsvorschläge für einzelnen Personen unterbreite.

8.3 Nachbetreuung im Fall des Eintritts in Beschäftigung oder in Maßnahmen

Sofern Kund/inn/en mit Suchtproblemen in Beschäftigung vermittelt oder in Maßnahmen zugewiesen wurden, stellt sich die Frage, ob die Grundsicherungsstellen eine (Nach-) Betreuung bzw. eine psychosoziale Begleitung durch eine Einrichtung der Suchthilfe bzw. Suchtkrankenhilfe oder andere komplementäre Dienste sicherstellen (Frage J6 im GSS-

Fragebogen). Immerhin ein Drittel der Grundsicherungsstellen gibt an, dass sie in diesen Fällen eine entsprechende nachsorgende Begleitung organisieren (Tabelle 76).

Tabelle 76: Nachsorgende Betreuung nach Eintritt in Beschäftigung oder Maßnahmen

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Betreuung wird organisiert	100	32,5
Betreuung wird nicht organisiert	208	67,5
Gesamt	308	100
Keine Angabe	15	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 6.

Aus den schriftlichen Anmerkungen im Freitextfeld zu dieser Frage wird deutlich, dass sich dies überwiegend auf die Begleitung in Maßnahmen und weniger auf die Begleitung nach Vermittlung in Erwerbstätigkeit auf dem regulären Arbeitsmarkt beziehen dürfte. Beispielsweise wird darauf verwiesen, dass die Zuständigkeit der Grundsicherungsstellen nach Vermittlung in Beschäftigung nicht mehr gegeben ist. Allerdings scheint die Betreuung durch eine Suchtberatungsstelle teilweise parallel zur Arbeitsaufnahme fortgesetzt zu werden – und dies wird auch durch die Grundsicherungsstelle initiiert bzw. organisiert. Als Dienste, die die Nachsorge übernehmen, werden auch Jobcoaches oder Integrationsfachdienste sowie das externe Fallmanagement genannt. Es wird den Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen ggf. empfohlen, eine Arbeit im Ort aufzunehmen, um die Beratungsleistung der bekannten Suchtberatungsstelle oder die Kontakte zu Selbsthilfegruppen nicht zu verlieren. Eine Nachbetreuung durch die Grundsicherungsstelle erfolgt teilweise dann, wenn die Vermittlung in Beschäftigung mit Hilfe eines Zuschusses (Beschäftigungszuschuss) erfolgte oder wenn die betroffenen Personen dies wünschen. Nur sehr wenige Grundsicherungsstellen sorgen offenbar systematisch für eine Nachbetreuung: So wurde in einem Fall berichtet, dass künftig sechs Mitarbeiter/innen in der SGB II-Stelle mit der Nachbetreuung von schwierigen Integrationen beauftragt werden, um die Nachhaltigkeit der Integration zu gewährleisten.

8.4 Diskussion der empirischen Ergebnisse

Zahlreiche Forschungsergebnisse weisen nach, dass länger anhaltende Arbeitslosigkeit ein bedeutsamer Risikofaktor ist, der die Entwicklung und die Chronifizierung von Suchtproblemen begünstigt. Das gilt insbesondere auch junge Erwachsene (Henkel 2008). Umgekehrt unterstreichen sie die Bedeutung der Erwerbsarbeit für die Überwindung einer Suchtproblematik im Sinne einer nachhaltigen Sicherung der Abstinenz und Gesundheit nach erfolgter Suchtbehandlung. So zeigen z. B. auf Alkoholabhängige bezogene Katamnesestudien: Wer nach der Therapie erwerbstätig ist, hat eine doppelt so hohe Chance, alkoholabstinent zu bleiben (Henkel u. a. 2008). Daraus ergibt sich die hohe Bedeutung, welche die Vermittlungstätigkeit und die arbeitsmarktpolitische Förderung von Personen mit Suchtproblemen im SGB II für die Bekämpfung bzw. Prävention von Suchtkrankheiten haben.

Als „Anforderungen an ein modernes System von Beschäftigungshilfen für Suchtkranke“ nennt Sell (2008) drei zentrale Punkte:

- Die „Konstruktion von frühzeitig einsetzbaren und vernetzbaren Integrationskorridoren“, die einen flexiblen „Ein- und Wiedereinstieg in Integrationsketten“ ermöglichen, wobei Grundsicherungsstellen auch suchtbedingte „Auszeiten“ als Teil dieser Integration akzeptieren sollten,
- den „Ausbau von temporär angelegten Arbeits- und Beschäftigungsprojekten mit (ergo)therapeutischem Schwerpunkt vor allem in der ambulanten Suchthilfe sowie
- den „Auf- und Ausbau von dauerhaften Beschäftigungsmöglichkeiten in einem ‚geschützten Rahmen‘ außerhalb des ersten Arbeitsmarkts.

In der in Kapitel 7.2 genannten Arbeitshilfe der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e. V. werden neben der Förderung der beruflichen Wiedereingliederung im Anschluss an eine medizinische Suchtrehabilitation ähnliche Bedarfe für die berufliche Rehabilitation Suchtkranker beschrieben. Benötigt würden:

- Arbeits- und Beschäftigungsangebote für Menschen ohne realistische Chancen auf dem Arbeitsmarkt (z. B. Beschäftigungsmöglichkeiten in einer Integrationsfirma bzw. einem Zuverdienstprojekt, Arbeitsgelegenheit nach SGB II (§ 16ff.), geförderte Arbeitsplätze nach SGB III/II, Möglichkeiten zur ehrenamtlichen Tätigkeit, spezifische Angebote in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM), Möglichkeiten für Arbeitspraktika und Arbeitserprobung, tagesstrukturierende Angebote, wie Freizeit-, Sport- und kulturelle Angebote, spezifische Angebote für besondere Zielgruppen) sowie
- tagesstrukturierende Angebote für „CMA“, Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige, deren Integration in eine WfbM nicht möglich sei (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 2008: 9f.).

Um ein „regional abgestimmtes Übergangssystem von der medizinischen Suchtrehabilitation zu Leistungen der beruflichen und sozialen Integration zu schaffen und „um konkrete Bedarfe frühzeitig zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren“ (ebda: 8), werden „regionale Netzwerke“ empfohlen, an denen sich Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und der Nachsorge, Arbeitsagenturen, Grundsicherungsstellen, die Rentenversicherung und weitere soziale Dienste (Bewährungshilfe, Schuldnerberatung, Wohnungslosenhilfe) beteiligen sollten.

8.4.1 Vermittlung in reguläre Beschäftigung

Die Integration in ungeforderte Erwerbsarbeit ist für die allermeisten der betroffenen Personen aktuell kein realistisches Ziel, wie die Antworten der Grundsicherungsstellen belegen. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass bei einem großen Teil der suchtkranken Hilfebedürftigen multiple Vermittlungshemmnisse vorliegen, d. h., dass neben der Suchtkrankheit weitere Probleme bestehen, die eine Eingliederung in Erwerbsarbeit erschweren (Tabelle 34 in Kapitel 4.3). Auch dies erklärt, warum die Grundsicherungsstellen eine nachhaltige Integration in reguläre Beschäftigung eher als ein in der Bedeutung nachgeordnetes Erfolgskriterium be-

werten. Hier widerspiegelt sich vermutlich auch die in der Fachdiskussion mitunter artikulierte Auffassung, man müsse suchtkranke Arbeitslose auch ohne Arbeit psychosozial stabilisieren, d. h. wenn eine Reintegration ins Erwerbsleben auf längere Sicht aussichtslos erscheint (vgl. u. a. Lindenmeyer 2008). Auf dem Expert/inn/enworkshop wurde dies als eine mögliche Variante angesprochen, die jedoch nicht präferiert wurde. Mehrheitlich hoben die Expert/Inn/en vielmehr die hohe Bedeutung der (ggf. geförderten) Erwerbsarbeit auch für die Bearbeitung des Suchtproblems hervor.

Ob die skeptische Einschätzung in Bezug auf die Erwerbsintegration Suchtkranker aufrecht erhalten werden kann, ist fraglich. Immerhin steht mit dem Beschäftigungszuschuss (BEZ) nach § 16e SGB II ein Instrument zur Verfügung, das eine nachhaltige Eingliederung in sozialversicherungspflichtige Beschäftigung (ohne Beitrag zur Arbeitslosenversicherung) fördern kann. Durch einen hohen Förderanteil (bis zu 75 % der Personalkosten) und die grundsätzliche Möglichkeit einer dauerhaften Förderung unterscheidet sich der Beschäftigungszuschuss deutlich von bisher verfügbaren Instrumenten. Aufgrund der dafür erforderlichen Zugangsbedingungen (Langzeitarbeitslosigkeit, ungünstige Eingliederungsprognose, mindestens zwei weitere vermittlungshemmende Merkmale) kann sich der Beschäftigungszuschuss als Instrument zur Integration von suchtkranken Leistungsbeziehenden anbieten. Im Fall gemeinnütziger und zusätzlicher Arbeit kann die Förderung auch mit anderen öffentlichen Mitteln – z. B. Landesmitteln oder Mitteln aus dem Europäischen Sozialfonds (ESF) – kombiniert werden, so dass faktisch sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem zweiten Arbeitsmarkt geschaffen wird. Wie die Befragungsergebnisse und die ergänzenden Erläuterungen der Grundsicherungsstellen aber zeigen, wird der Beschäftigungszuschuss derzeit nur selten genutzt, vorwiegend zur Förderung einzelner Personen oder indem einzelne BEZ-Stellen in AGH-Maßnahmen „eingestreut“ werden. Die Diskussion auf dem Expert/inn/enworkshop ergab jedoch, dass er gerade für die Gruppe der suchtkranken Hilfebedürftigen ein effektives Eingliederungsinstrument – auch auf dem ersten Arbeitsmarkt – sein kann. Dies gilt besonders dann, wenn die Suchterkrankung eine (drohende) Behinderung darstellt, was vor dem Hintergrund des weit gefassten Erwerbsfähigkeitsbegriffs im SGB II bei vielen erwerbsfähigen, chronisch suchtmittelabhängigen Menschen der Fall sein dürfte. Sie gehören damit zur Zielgruppe von Integrationsunternehmen, -betrieben oder -abteilungen (§ 132 SGB XI), in denen Behinderte und Nicht-Behinderte am ersten Arbeitsmarkt zusammenarbeiten. Mit der Einführung des Beschäftigungszuschusses, der eine neue Form des Nachteilsausgleichs bei der Beschäftigung langzeitarbeitsloser Behinderter darstellt, erleben Integrationsfirmen derzeit einen „Gründungsboom“⁴⁰, der von den Grundsicherungsstellen auch zur Versorgung suchtkranker Leistungsbezieher/inn/en genutzt werden könnte. Damit verbundene Erfahrungen sollten Gegenstand künftiger Untersuchungen sein.

⁴⁰ Gründungen werden z.B. von mehreren Bundesländern unterstützt, darunter Nordrhein-Westfalen mit dem Landesprogramm „Integration Unternehmen!“, das u.a. ESF-Mittel nutzt, um die Einrichtung neuer Arbeitsplätze zu bezuschussen. (vgl. Internetauftritt des Ministeriums für Arbeit und Soziales des Landes NRW: <http://www.arbeitsmarkt.nrw.de/integrations-unternehmen/foerderung-integrationsunternehmen/index.html>)

8.4.2 Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen

Wenngleich das SGB II letztlich die Überwindung der Hilfebedürftigkeit durch Eingliederung in Erwerbsarbeit zum Ziel hat, müssen in Bezug auf die Leistungsbeziehenden häufig erst einmal Zwischenschritte in diese Richtung gemacht werden. Unterhalb der Schwelle der Erwerbsintegration können Fördermaßnahmen eingesetzt werden. Wenn suchtkranke Leistungsbeziehende zur Verbesserung der Integrationschancen zunächst in Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen gefördert werden, sind damit – je nach Einzelfall - verschiedene Ziele verbunden: die psychosoziale Stabilisierung, Stärkung der Erwerbsmotivation, Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten oder die Verbesserung der Gesundheit. Aus diesem Grund liegt es auf der Hand, dass es *die* typische Maßnahme für suchtkranke ALG II-Beziehende nicht geben kann. Gute Praxis ist es vielmehr, wenn die im konkreten Einzelfall erforderliche Förderung auch gewährt und dazu passfähige Maßnahmen angeboten werden. So kann es in bestimmten Fällen sinnvoll sein, zielgruppenspezifisch zu arbeiten – z. B. im Fall der Betreuung drogenabhängiger Jugendlicher, bei denen in der Regel eine Reihe spezifischer Probleme vorliegen. Bei anderen Fallkonstellationen kann es dagegen sinnvoll sein, keine spezifischen Maßnahmen anzubieten, sondern suchtkranke Personen in allgemeinen Maßnahmen zu fördern, z. B. dann, wenn es vor allem um eine Gewöhnung an arbeits- und lebensweltliche Normalität geht und eine Stigmatisierung Suchtkranker vermieden werden soll. Unter Umständen ist es sinnvoll, eine Abfolge unterschiedlicher Maßnahmen zu planen, wodurch suchtkranke Hilfebeziehende schrittweise stabilisiert und an den Arbeitsmarkt herangeführt werden. Das uneinheitliche Bild, das die Befragung in Bezug auf die zielgruppenbezogene Praxis der Maßnahmegestaltung ergeben hat, bietet somit keinen Grund für Kritik.

Als Ausdruck schlechter Praxis muss es dagegen gelten, wenn die besonderen Bedarfe der suchtkranken Kund/inn/en bei der Maßnahmegestaltung überhaupt nicht berücksichtigt werden, wie dies in einem Viertel der Grundsicherungsstellen der Fall ist. Unabhängig davon, ob es sich um suchtspezifische Maßnahmen handelt oder um solche, in denen nicht nur suchtkranke Personen gefördert werden, ist es in jedem Fall erforderlich, bei der Maßnahmegestaltung der besonderen Situation der suchtkranken Personen Rechnung zu tragen. Selbst wenn die Maßnahmen inhaltlich keinen suchtspezifischen Zuschnitt haben, ist die begleitende sozialpsychologische oder sozialpädagogische Betreuung unbedingt auf suchtspezifisches Fachwissen angewiesen. Die Maßnahmeträger müssen deshalb über besondere Kompetenzen im Umgang mit Suchtkranken verfügen. Um passgenaue Integrationsangebote machen zu können, wird Schnittstellenkompetenz im wahrsten Sinne des Wortes benötigt. Wer Maßnahmen durchführt, muss die Probleme und Einschränkungen der besonderen Zielgruppe genauso gut kennen wie die Anforderungen des Arbeitsmarkts. Das setzt ein besonderes Qualifikationsprofil der Maßnahmeträger und ihrer Mitarbeiter/inn/en voraus. Vor diesem Hintergrund wurde auf dem Expert/inn/en-Workshop kritisch angemerkt, dass die üblichen Ausschreibungsverfahren kontraproduktiv sein können, da sich aufgrund des hohen Rangs des Preises bei der Bewertung von Angeboten eine fachliche Kompetenz nicht immer durchsetzen könne. Teilweise verfügen Grundsicherungsstellen über langjährige erfolgreiche Kooperationen mit fachlich sehr kompetenten Trägern, können aufgrund des Verbots trägerscharfer Ausschreibungen neue Maßnahmen jedoch nicht ohne weiteres wieder mit den-

selben Trägern durchführen. Im ungünstigsten Fall erhält ein kostengünstiger aber wenig kompetenter Träger den Zuschlag für die Maßnahme.

Vor dem Hintergrund der differenzierten Anforderungen an eine berufliche Integration, die in der Fachdiskussion thematisiert werden, muss der überwiegende, nahezu ausschließliche Einsatz von Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung nach § 16d SGB II als Beschäftigungs- und Qualifizierungsinstrument für suchtkranke ALG II-Bezieher/innen als problematisch bewertet werden. Arbeitsgelegenheiten haben sich als Instrument der sozialen Stabilisierung bewährt. Sie enthalten jedoch nur begrenzte Qualifizierungsanteile, die zudem überwiegend auf den Erwerb und Ausbau der sog. „Grundarbeitsfähigkeiten“ oder – so beispielhaft eines der zugesandten Maßnahmekonzepte – der „Stärkung von Handlungskompetenzen durch Förderung von Schlüsselqualifikationen, Sozialkompetenz, Flexibilität und Arbeitsmotivation“ zielen. Fachpraktische Qualifizierungsanteile beziehen sich in der Regel auf eine konkret ausgeübte Tätigkeit.

Besondere Qualifizierungsbedarfe wie die junger Drogenkonsument/inn/en, auf welche die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. hinweist, kommen im Rahmen von Arbeitsgelegenheiten jedoch notwendigerweise zu kurz:

„Bei Abhängigen von illegalen Drogen fallen die Brüche und Defizite im Lebenslauf deutlich massiver und häufig in kürzeren Zeitintervallen aus als bei Alkoholabhängigen. Durch eine früh einsetzende Drogenabhängigkeit wurde der Erwerb eines Schul- oder Berufsabschlusses oftmals verhindert. Für jüngere Abhängige ist es somit dringend erforderlich, schulische und berufliche Qualifikationen nachzuholen bzw. durch die Abhängigkeitserkrankung unterbrochene Bildungswege fortzusetzen.“ (Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 2009: 7).

Wünschenswert wäre es somit, dass Beschäftigungsmaßnahmen – vor allem für die unter 25-Jährigen – mit einer Qualifizierung verbunden werden. Dies gilt auch deshalb, weil Arbeitsgelegenheiten für diese Zielgruppe aus Sicht des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) ohnehin wohl eher als „ineffektiv“ einzuschätzen sind, da sie nicht dazu beitragen, dass Hilfebedürftigkeit beendet werden kann (Bernhard u.a. 2008: 43.)

Der gleichen Untersuchung des IAB zufolge haben Maßnahmen der Förderung der Weiterbildung (FbW) positivere Effekte auf Vermittlung und Vermittlungschancen (ebda: 26f.). Für suchtkranke Menschen sind nicht alle Arbeitsplätze gleich gut geeignet: Weil die Suchtkrankheit zum einen zu einer Beeinträchtigung oder zum Verlust beruflicher Fähigkeiten geführt haben kann, und es zum anderen besonders wichtig ist, suchtauslösende oder -verstärkende Belastungsfaktoren in der Arbeit zu vermeiden, kann es im Laufe der Rehabilitation gerade bei ihnen dazu kommen, dass eine berufliche Neuorientierung erforderlich wird. Auch diesen Bedarfen werden Arbeitsgelegenheiten nicht gerecht; doch nur fünf Grundsicherungsstellen bieten FbW-Maßnahmen an.

Eine negative Begleiterscheinung der Arbeitsgelegenheiten ist deren tendenziell (zu) kurze Laufzeit in den Fällen, in denen es tatsächlich um eine nachhaltige Stabilisierung geht. Es ist bekannt, dass die Rückkehr in die Arbeitslosigkeit nach einem Maßnahmeende auch bei ansonsten gesunden Menschen häufig mit Enttäuschungen und mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands und der psychischen Verfasstheit verbunden ist. Dies dürfte auf die

Gruppe der suchtkranken Leistungsbeziehenden in verstärktem Maße zutreffen. Gerade aus diesem Grund ist es lohnenswert, die oben aufgezeigte Alternative – die Nutzung des Beschäftigungszuschusses nach § 16e SGB II – stärker in den Blick zu nehmen.

Obwohl einer der Auslöser für die Arbeitsmarktreformen 2003/2004 eine anhaltende Diskussion über „Verschiebebahnhöfe“ zwischen den Leistungssystemen der sozialen Sicherung war, denen ein Ende bereitet werden sollte, gibt es auch nach der Einführung des SGB II Menschen, die sowohl Leistungen nach dem SGB II als auch nach dem SGB XII bzw. dem SGB III erhalten. Sell (2008) kommt vor diesem Hintergrund zu der pessimistischen Einschätzung, dass die „mit Blick auf die Suchtkranken höchst notwendigen komplexeren Dienstleistungen und die diese ermöglichende Infrastruktur in einem Bermuda-Dreieck der Systeme verschwinden.“

Aus der multidimensionalen Anforderung an eine passgenaue Förderung (Beschäftigung, Qualifizierung, sozialpädagogische und ggf. suchtspezifische Begleitung) und den komplexen gesetzlichen Zuständigkeiten für Teilleistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation⁴¹ ergibt sich, dass Kooperationsprojekte mit anderen Leistungsträgern eine sehr gute Praxis sind. Dies geschieht derzeit noch nicht sehr häufig, bietet aber den Vorteil, dass die unterschiedlichen Kompetenzen sowohl bei der Konzeptentwicklung als auch bei der Durchführung der Maßnahme integriert sind. Wie die Befragungsergebnisse – insbesondere die zugeschickten Maßnahmekonzepte – zeigen, gibt es dazu partiell bereits eine entwickelte Praxis. Es würde sich anbieten, diese Praxis näher zu untersuchen, um ggf. verallgemeinerbare Erfahrungen zu verschriftlichen und allen Grundsicherungsstellen zur Verfügung zu stellen.

8.4.3 Nachbetreuung im Fall des Eintritts in Beschäftigung oder in Maßnahmen

Eine nachsorgende Betreuung suchtkranker Leistungsbeziehender nach deren Integration in Beschäftigung oder nach deren Zuweisung in Maßnahmen wird derzeit nur in ca. einem Drittel der Fälle durch die Grundsicherungsstellen organisiert. Aus den schriftlichen Rückmeldungen geht hervor, dass der Anteil der Betreuten jedoch höher sein dürfte, da in vielen Fällen eine nachsorgende Betreuung durch die Suchtberatung oder andere Dienste erfolgt. Sofern es um Personen in Maßnahmen geht, sind die Grundsicherungsstellen in gewisser Weise weiter formal zuständig. In diesen Fällen ist die suchtspezifische Betreuung teilweise in die Maßnahmen integriert, teilweise wird sie parallel zur Maßnahme fortgesetzt. Nach einer erfolgreichen Vermittlung in ungeforderte Beschäftigung endet jedoch normalerweise die Zuständigkeit der SGB II-Stelle. Gleichwohl sehen manche Grundsicherungsstellen auch in diesem Bereich eine eigene Verantwortung. So gehört es teilweise zu den geregelten Verfahren, für eine nachsorgende Betreuung durch Dritte zu sorgen, z. B. durch ein ausgelagertes Fallmanagement. Teilweise wird dies auch selbst übernommen, z. B. dann, wenn eine gewisse Zuständigkeit der Grundsicherungsstelle weiter besteht, wie im Fall der Integration

⁴¹ Ausführlich Welti (2008) und Bieritz-Harder (2008).

mit Hilfe des Beschäftigungszuschusses. Über diese Praxis ist derzeit wenig bekannt. Künftige Studien könnten hierzu genauere Informationen liefern.

Vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung, die die Vermittlungstätigkeit und die arbeitsmarktpolitische Förderung von Personen mit Suchtproblemen im SGB II für die Überwindung bzw. Prävention von Suchtkrankheiten haben, verweist die relativ kritische Selbsteinschätzung der Grundsicherungsstellen in Bezug auf ihre Tätigkeit in diesen Bereichen deutlich auf bestehende Defizite. Möglicherweise widerspiegeln sich darin allgemeine Probleme der Grundsicherungsstellen in diesen Tätigkeitsbereichen. Gleichwohl ist aufgrund der unzureichenden suchtbewussten Qualifizierung der Fachkräfte und der bislang nur partiell entwickelten Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchthilfe (vgl. Kapitel 3) anzunehmen, dass in den kritischen Einschätzungen auch besondere Defizite bei der Betreuung von Kund/inn/en mit Suchtproblemen zum Ausdruck kommen.

9 Gute Praxis aus Sicht der Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen: Erfolgskriterien und Qualitätsstandards

Ob gute Praxis entsteht, wenn suchtkranke Menschen von den Grundsicherungsstellen im SGB II beraten, betreut, unterstützt und in den Arbeitsmarkt integriert werden, hängt von vielen Faktoren ab: neben gesetzlichen, untergesetzlichen, organisatorischen und regionalen Rahmenbedingungen nicht zuletzt auch von gewachsenen Strukturen der Hilfesysteme, ihren Besonderheiten und den vor Ort handelnden Akteuren, deren Haltungen, Maßstäbe, Wissen, deren Kooperationsanforderungen oder Kooperationsbereitschaft die Praxis erst zur Praxis werden lassen. Die Befragung der Grundsicherungsstellen zielte deshalb nicht nur auf eine Erhebung von Verfahren, Regelungen und Abläufen, sondern fragte auch: Wie bewerten die Grundsicherungsstellen selbst ihre Praxis? Was sind aus ihrer Sicht die Bedingungen für eine gelingende Beratung und Betreuung suchtkranker Menschen? Worauf legen sie dabei Wert?

Da zum Forschungsauftrag auch gehörte, die Akzeptanz der Maßnahmen von Grundsicherungsstellen bei Mitarbeiter/inne/n innerhalb und außerhalb der Einrichtung zu erheben, wurden in ähnlicher Weise auch die kooperierenden Suchtberatungsstellen befragt; ihre Sicht ist im folgenden Kapitel ebenfalls zusammengefasst.

9.1 Die Sicht der Grundsicherungsstellen

9.1.1 Stärken und Defizite in der Arbeit mit Suchtkranken

Sehr differenziert bewerteten die Grundsicherungsstellen den Ist-Zustand ihrer Praxis, ihre Stärken und Schwächen bei der Betreuung und Integration suchtkranker Menschen im ALG II-Bezug. Als besondere Stärke sehen sie vor allem die hohe Bereitschaft der Fachkräfte an, sich mit dem Thema Sucht zu befassen: 53 % der Grundsicherungsstellen bewerten ihre Praxis zu diesem Punkt als sehr gut, 41 % als eher gut (Tabelle 77). Kaum weniger positiv schneidet in der Selbsteinschätzung der Grundsicherungsstellen die Verfügbarkeit kommunaler Angebote für flankierende Leistungen ab (sehr gut: 46 %, eher gut: 42 %). Weitere 41 % bewerten auch die Kooperation mit den Einrichtungen der Suchthilfe – in der Regel dürften dies die Suchtberatungsstellen sein – als sehr gut.

Demgegenüber werden die Kompetenzen der Fachkräfte im Umgang mit Suchtkranken als eher mittelmäßig eingeschätzt. Die Grundsicherungsstellen vergeben für diesen Punkt die „Durchschnittsnote“ 4,1 auf einer Skala von 1 bis 10, und nur 11 % von ihnen finden die eigenen Vermittler oder Fallmanagerinnen diesbezüglich sehr kompetent. Schwächen sehen die Grundsicherungsstellen in besonderem Maße bei der Vermittlung in ungeforderte Beschäftigung, die nach Einschätzung von mehr als drei Vierteln eher schlecht oder sogar ungenügend gelingt (vgl. Kapitel 8.1).

Tabelle 77: Beurteilung von Tätigkeiten der Grundsicherungsstelle

Bewertung auf einer Skala von 1 = sehr gut – 10= ungenügend	Sehr gut (1 und 2)		Eher gut (3 – 5)		Eher schlecht (6 – 8)		Ungenügend (9 und 10)	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Bereitschaft von Fachkräften, sich dem Thema Sucht zu widmen (N=315)	166	52,7	129	41,0	18	5,7	2	0,6
Verfügbarkeit von kommunalen Angeboten für flankierende Leistungen (N=315)	145	46,0	132	41,9	29	6,9	9	2,9
Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe (N=314)	130	41,4	144	45,9	33	10,5	7	2,3
Kompetenzen der Fachkräfte im Umgang mit Suchtkranken (N=314)	34	10,8	229	72,8	48	15,3	3	0,9
Verfügbare finanzielle Ressourcen (N=310)	40	12,9	174	56,1	71	23,0	25	8,1
Speziell auf Suchtkranke zugeschnittene Beschäftigungsmaßnahmen (N=312)	27	8,6	141	45,2	98	31,5	46	14,8
Vermittlung von Suchtkranken in ungeforderte Beschäftigung (N=304)	5	1,7	60	19,7	129	42,5	110	36,2

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 7 (Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen)

Viel Aufschluss zur Frage guter Praxis aus Sicht der Akteure ist zwei offenen Fragen zu verdanken. Eine (J8 in der GSS-Befragung) gab den Grundsicherungsstellen Gelegenheit, ihre besonderen Stärken im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en zu benennen, hiervon machten 210 SGB II-Stellen Gebrauch. 220 Grundsicherungsstellen nutzten eine zweite offene Frage nach Defiziten im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en (J 9) zu ebenfalls sehr ausführlichen Bewertungen. Zu beiden Fragen wurden die Antworten unter verschiedenen Oberbegriffen codiert und zusammengefasst, und auch wenn es sich oft um „Einzelmeinungen“ handelte, ergibt sich in der Summe ein überraschend vollständiger Blick auf das in diesem Bericht behandelte Arbeitsfeld:

Nahezu die Hälfte aller antwortenden Grundsicherungsstellen hebt als Stärke im Umgang mit suchtkranken Menschen die besonderen Qualitäten der Fachkräfte und ihre sozialen Kompetenzen hervor: 101 Nennungen gehen ausdrücklich darauf ein (Tabelle 78). Dabei spielen berufliche Grundqualifikationen (N=15) oder professionelle Beratungskompetenzen (N=14) in der Bewertung eine geringere Rolle als eine (mit sehr vielen Begriffen beschriebene) akzeptierende (N=26) und mit Empathie und Einfühlungsvermögen (N=16) verbundene Haltung von Fachkräften den suchtkranken Kund/inn/en gegenüber. Es gehe um „das Annehmen des

Kunden als Mensch“ – so bringt eine Grundsicherungsstelle diese Qualität auf einen kurzen Begriff.

Tabelle 78: Stärken der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Qualifikation/Kompetenzen der Fachkräfte, Auswertung von Freitextantworten

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Hohe Qualifikation/besondere Kompetenzen der Mitarbeiter/innen	101	48,1
dar.: akzeptierende, wertschätzende, annehmende, offene, vorurteilsfreie Grundhaltung	26	12,4
dar.: Empathie, Einfühlungsvermögen, Sensibilität	16	7,6
dar.: berufliche Qualifikation (pädagogische Ausbildung, Suchtberater/inn/en)	15	7,1
dar.: Beratungskompetenz (Gesprächsführung, ressourcen- oder lösungsorientiertes Vorgehen)	14	6,6
dar.: Engagement der Fachkräfte	12	5,7
dar.: (Lebens-)Erfahrung	4	1,9

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 8; N=210 (Grundsicherungsstellen, die Aussagen zu Stärken im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en machten).

Wo Defizite gesehen werden, betreffen diese vor allem suchtspezifisches Fachwissen: Eine Reihe von Grundsicherungsstellen hält ihre Fachkräfte (noch) nicht für ausreichend geschult (N=21), ihnen mangle es u. a. daran, Suchterkrankungen erkennen und diagnostizieren zu können (N=20).

Tabelle 79: Defizite der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Qualifikation der Fachkräfte, Auswertung von Freitextantworten

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Fehlende suchtspezifische Kompetenz bei Fachkräften	61	27,7
dar.: nicht ausreichend geschult	21	9,5
dar.: Schwierigkeiten bei Krankheitserkennung und Diagnose	20	9,0
dar.: Hemmungen, ein Suchtproblem anzusprechen	6	2,7
Allgemeine Qualifikationsdefizite bei Fachkräften	25	11,4
dar.: keine ausreichende Ausbildung	7	3,2
dar.: fehlende/eingeschränkte Beratungskompetenz/Empathie	7	3,2
Fehlende Erfahrung	3	1,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 9; N=220 (Grundsicherungsstellen, die Aussagen zu Defiziten im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en machten).

Darüber hinaus kritisieren einige Grundsicherungsstellen z. B. die fehlende Ausbildung von Fachkräften, oder sie weisen darauf hin, dass Gesprächsführungs- oder Beratungskompetenz „ausbaufähig“ seien (Tabelle 79).

In der Arbeit mit suchtkranken Menschen identifizieren die befragten Grundsicherungsstellen drei entscheidende Schwierigkeiten (Tabelle 80). In nahezu vollständiger Übereinstimmung bezeichnen sie es als das größte Problem für die Fachkräfte, eine Suchterkrankung überhaupt zu erkennen (91 %) (vgl. Kapitel 5.1.1). Daneben stellt die Erwerbsintegration suchtkranker Menschen 90 % aller Grundsicherungsstelle vor (nachvollziehbare) besondere Probleme, und für 79 % erweist es sich als schwierig, suchtkranke Kund/inn/en zu einer Suchtberatung zu motivieren.

Tabelle 80: Besondere Schwierigkeiten in der Arbeit mit suchtkranken Kund/inn/en, Auswertung von Freitextantworten

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Suchtprobleme zu erkennen	288	91,1
Kund/inn/en nachhaltig in Ausbildung/ Beschäftigung zu vermitteln	265	83,9
Kund/inn/en zu motivieren, eine Suchtberatung zu beginnen	251	79,4
Guten Kontakt zu den Kund/inn/en aufzubauen und zu halten	122	38,6
Die Entwicklung bzw. Verfügbarkeit speziell auf Suchtkranke zugeschnittener arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen	121	38,3
Kund/inn/en auf ihre Suchtprobleme anzusprechen	116	36,7
Die Einbeziehung der Bedarfsgemeinschaft bei der Betreuung des Kunden/der Kundin	110	34,8
Kund/inn/en mit Suchtproblemen zu sanktionieren	108	34,2
Die Abstimmung mit der Suchthilfe in der Fallsteuerung und Fallverantwortung	62	19,6
Gute Kooperationsbeziehungen zur kommunalen Suchthilfe aufzubauen	44	13,9
Sonstiges	7	2,2

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 3; N=316.

Andere Anforderungen aus der Beratung bereiten den Grundsicherungsstellen deutlich weniger Schwierigkeiten: Eine Beratungsbeziehung durch gute Kontakte aufzubauen, Kund/inn/en mit Suchtproblemen auf dieses Problem anzusprechen und sie ggf. sogar zu sanktionieren, wird nur von jeweils etwas mehr als einem Drittel der Grundsicherungsstellen als problematisch beschrieben. Kooperationsbeziehungen zur Suchthilfe aufzubauen, bereitet nur einer Minderheit von 14% der Grundsicherungsstellen Schwierigkeiten.

Mit deutlichem Abstand hinter den Aussagen zur hohen Qualifikation der Fachkräfte nennen die Grundsicherungsstellen weitere Stärken (Tabelle 81 zu Frage J8), die sie in der Organisation ihrer Fallbearbeitung und hier vor allem in der Möglichkeit sehen, suchtkranken Kund/-

inn/en eine Betreuung im Fallmanagement anbieten zu können (N=42). Betreuungskontinuität durch eine hohe Kontaktdichte (N=14) und feste Ansprechpartner/innen (N=7) werten sie ebenfalls als Stärken.

Tabelle 81: Stärken der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Organisation der Fallbearbeitung, Auswertung von Freitextantworten

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Gute Organisation der Fallbearbeitung in der Grundsicherungsstelle	88	41,9
dar.: Betreuung im Fallmanagement	42	20,0
dar.: spezialisiertes/zertifiziertes Fallmanagement	8	3,8
dar.: hohe Kontaktdichte	14	6,6
dar.: feste Ansprechpartner/innen für die Kund/inn/en	7	3,3
dar.: gute interne Kooperationen (zwischen Vermittlung, Fallmanagement, Ärztlichem Dienst, Agentur, kommunalen Mitarbeiter/innen)	7	3,3
Zusammenarbeit mit dem kommunalen Träger	9	4,3

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J8; N=210 (Grundsicherungsstellen, die Aussagen zu Stärken im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en machten).

Über ein Viertel der befragten Grundsicherungsstellen (Tabelle 82) macht dagegen strukturelle Probleme als Defizite aus: Ein zu hoher Betreuungsschlüssel lasse zu wenig Zeit für die individuelle Betreuung suchtkranker Menschen, meinen 23 %, zu viel Fluktuation bei den Fachkräften kritisieren weitere 3 %. Auch wenn beschrieben wird, es gebe keinen eigenständigen Auftrag zur Bearbeitung von Suchtproblemen im SGB II, sondern die Integrationszielsetzung dominiere den Beratungsprozess, kann es um Zeit gehen. Denn Fachkräfte haben zu entscheiden, welche Kund/inn/en sie wie intensiv betreuen. Eine Grundsicherungsstelle erläutert ein Dilemma, in das Fachkräfte dabei kommen können, so:

„Die Integrationsquote ist der bedeutendste Maßstab zur Leistungsbeurteilung der ARGE, und viele Suchtkranke sind von Arbeitsaufnahme weit weg, bzw. selbst Integrationsbemühungen im Sinne von Wechsel in eine „höhere“ Betreuungsstufe sind nur mit überdurchschnittlich hohem Arbeitsaufwand und Mitteleinsatz zu erzielen => zur Zielerreichung wendet sich ARGE bzw. der einzelne FM „notgedrungen“ lieber Zielgruppen zu, die einfacher zu integrieren sind.“

Zwei Einzelstimmen umreißen den Hintergrund einer Diskussion um den Auftrag der Grundsicherungsstellen im Hinblick auf suchtkranke Kund/inn/en und machen deutlich, weshalb sich eine einheitliche Praxis nur schwer herausbilden wird: Während die eine Grundsicherungsstelle unter anderem kritisiert, „dass bei dem Grundsatz des SGB II (Fördern und Fordern), FORDERN im Vordergrund steht“, fehlt der anderen „Stringenz: wir können letztendlich niemanden dazu ‚zwingen‘, eine Therapie zu machen. Dies führt meist dazu, dass Kunden zwar die Suchtberatungsstellen aufsuchen, das Ganze nach einigen Terminen dann wieder im Sande verläuft.“

Uneinheitliche Vorgaben der Organisation für die Fachkräfte, schwer nachzuvollziehende Kriterien für die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit oder Verfahrensprobleme bei der Leis-

tungsgewährung und Dokumentation sind für 12 weitere Grundsicherungsstellen nennenswerte Defizite.

Tabelle 82: Defizite der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Strukturelle Probleme, gesetzlicher Auftrag und Zuständigkeiten, Auswertung von Freitextantworten

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Zu hoher Betreuungsschlüssel/zu wenig Zeit	52	23,6
Personalfuktuation	7	3,2
Kein eigenständiger Auftrag zur Bearbeitung der Sucht im SGB II	8	3,6
Dominanz des Forderns	1	0,5
„Fehlende Stringenz“	1	0,5
Uneinheitliches Vorgehen/ keine Vorgaben für pAps	5	2,3
Beurteilungskriterien Erwerbsfähigkeit	4	1,8
Probleme im Verwaltungsverfahren (incl. Leistung)	3	1,4
Ungelöste Zuständigkeitsprobleme zwischen Grundsicherungsstelle und kommunalem Träger	3	1,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 9; N=220 (Grundsicherungsstellen, die Aussagen zu Defiziten im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en machten).

Erwartungsgemäß spielt die Einschätzung über gelingende oder problematische Kooperationen mit Dritten in der Bewertung der Grundsicherungsstellen eine wichtige Rolle: In der Bilanz fällt sie positiv aus, was die Kooperationsstrukturen mit den lokalen Suchthilfenetzwerken angeht, und negativ, was die verfügbaren Maßnahmeangebote betrifft.

Gute Kooperationen mit der Suchthilfe halten 27 % der Grundsicherungsstellen für eine besondere Stärke (Tabelle 83): Gewürdigt werden direkte Kontakte in Dienstbesprechungen und Arbeitskreisen bzw. das bedarfsgerechte Angebot. Weitere 16 % heben darüber hinaus gut funktionierende lokale Netzwerke bzw. die gelingende „Netzwerkarbeit“ besonders hervor. Nur ein Achtel der Grundsicherungsstellen findet dagegen aus den unterschiedlichsten Gründen die Kooperation mit der Suchtberatung defizitär (Tabelle 84): Einigen fehlt der „regelmäßige Austausch“, andere vermissen Verbindlichkeit, „Vereinbarungen“ und „Verträge“. Vier Grundsicherungsstellen nennen ausdrücklich Informationsdefizite infolge der gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz, andere kritisieren die fehlende Kooperationsbereitschaft der Suchtberatungsträger. Einige Grundsicherungsstellen verorten Defizite in der Struktur des örtlichen Suchthilfesystems, in dem es an Angeboten wie Nachsorge oder betreutem Wohnen fehle.

Tabelle 83: Stärken der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Kooperationen mit Dritten und Angebote für Suchtkranke, Auswertung von Freitextantworten

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Gute Kooperation mit der Suchthilfe	57	27,1
dar.: gemeinsame Dienstbesprechungen, Arbeitskreise etc.	7	3,3
dar.: gutes Angebot der Suchtberatung	6	2,9
Gut funktionierende lokale Netzwerke	35	16,6
Geeignete Maßnahmen für Suchtkranke	29	13,8
dar.: spezielle Maßnahmen	6	2,9
dar.: im Anschluss an eine Therapie	2	0,9

Quelle: Fragebogen Befragung Grundsicherungsstellen Nr. J 8; N=210 (Grundsicherungsstellen, die Aussagen zu Defiziten im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en machten).

Nur wenigen Grundsicherungsstellen fällt bei der Frage nach „Stärken“ die Ausstattung mit Beschäftigungsmöglichkeiten oder integrativen Maßnahmen für Abhängigkeitskranke ein (N=29), ein knappes Sechstel (N=35) sieht dagegen Defizite im eingeschränkten oder ganz fehlenden Angebot an (niedrigschwelligen) Beschäftigungsmaßnahmen für Suchtkranke (Tabelle 84).

Tabelle 84: Defizite der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Kooperationen mit Dritten und Angebote für Suchtkranke, Auswertung von Freitextantworten

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Fehlende/mangelhafte Kooperation zwischen Suchtberatung und GSS	27	12,9
dar.: Informationsdefizit infolge Datenschutzbestimmungen	4	1,8
Fehlende Beschäftigungsmaßnahmen für Suchtkranke	35	15,9
dar.: fehlende Haushaltsmittel	8	3,6
dar.: niedrigschwellig	3	1,4
dar.: ARGE zu klein	2	0,9
Mangel an weiteren Angeboten (stationäre Therapie, Nachsorge, Betreutes Wohnen)	6	2,7

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 9; N=220 (Grundsicherungsstellen, die Aussagen zu Defiziten im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en machten).

Als Gründe werden unter anderem fehlende Haushaltsmittel genannt (3,6 %) oder die Tatsache, dass die Grundsicherungsstelle zu klein sei, um eigene Angebote machen zu können.

Die folgenden Probleme beschreiben eigentlich keine Defizite der Grundsicherungsstellen, dennoch liefern eine Reihe von weiteren Nennungen sprechende und plausible Begründun-

gen dafür, warum die gewünschten Erfolge bei der Betreuung und Integration suchtkranker Menschen nicht immer gleich eintreten (Tabelle 85):

Tabelle 85: Defizite der Grundsicherungsstellen im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en: Weitere Nennungen, Auswertung von Freitextantworten

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
„Unzuverlässigkeit“/geringe Motivation der Kund/inn/en	7	3,2
Ausbleibende Erfolge „deprimieren“	6	2,7
Schlechte Arbeitsmarktlage und fehlende Vermittlungsmöglichkeiten	6	2,7
Mobilitätsprobleme und andere Probleme im ländlichen Raum	5	2,3
Suchtkranke „outen“ sich nicht	3	1,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 9; N=220 (Grundsicherungsstellen, die Aussagen zu Defiziten im Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en machten).

9.1.2 Erfolgsfaktoren und Erfolgskriterien

Die Grundsicherungsstellen wurden nicht nur gebeten, den Ist-Zustand ihrer Praxis zu bewerten, sondern sie wurden auch nach verschiedenen Aspekten des „Soll“ gefragt.

Ein Katalog von Vorschlägen zu wichtigen Erfolgsfaktoren (Tabelle 86) fand dabei relativ große Zustimmung, und in der Rangfolge der am häufigsten genannten Faktoren wird das „Mehrheitsmodell“ eines „idealen“ Hilfesystems erkennbar, das auf vier Säulen ruht::

- einer engen Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und der Suchtkrankenhilfe (Durchschnittsbewertung: 2),
- einem breiten Angebot flankierender und kurzfristig verfügbarer sozialer Dienste (Durchschnittsbewertung: 2,2) sowie
- Fachkräften, die mit ausreichend Zeit beraten (2,2)
- und suchtspezifisch qualifiziert sind (2,7).

Nur vergleichsweise wenig Grundsicherungsstellen halten die Einrichtung spezialisierter Teams für einen Erfolgsfaktor (8 %). Sie legen Wert darauf, dass ihre Fachkräfte über suchtspezifisches Wissen verfügen, doch darüber hinaus geht es ihnen offensichtlich eher um die funktionierende Kooperation mit spezialisierten Expert/inn/en, und nicht darum, selbst zu Suchtexpert/inn/en zu werden.

Tabelle 86: Wichtigste Erfolgsfaktoren bei der Betreuung von Kund/inn/en mit Suchtproblemen

Bewertung auf einer Skala von 1 = sehr wichtig – 10 = gar nicht wichtig	Sehr wichtig (1 und 2)		Eher wichtig (3 – 5)		Eher unwichtig (6 – 8)		Gar nicht wichtig (9 und 10)	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Die suchtspezifische Qualifizierung des in der Vermittlung/Beratung tätigen Personals (N=314)	148	47,1	156	49,7	10	3,2	0	0,0
Eine Betreuungsrelation, die genug Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken sichert (N=313)	203	64,9	101	32,2	9	2,9	0	0
Die Einrichtung von spezialisierten Teams zur Betreuung der suchtkranken Hilfebedürftigen (N=312)	26	8,3	114	36,6	122	39,1	50	16,0
Eine hohe Kontaktdichte bei der Betreuung der suchtkranken Personen (N=312)	122	39,1	163	51,4	26	8,4	1	0,3
Eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen und den anderen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (N=313)	232	74,1	79	25,3	2	0,6	0	0,0
Ein breites und differenziertes arbeitsmarktpolitisches Maßnahmeangebot (N=312)	108	34,6	170	54,5	29	9,3	5	1,6
Ein breites und kurzfristig verfügbares Angebot sozial flankierender Dienste (N=313)	216	69,0	91	29,1	5	1,6	1	0,3
Die Sanktionierbarkeit von Fehlverhalten der suchtkranken Kundinnen und Kunden (N=310)	21	6,8	128	41,3	118	38,0	43	13,9
Größere Ermessensspielräume der Fachkräfte, um auf den individuellen Fall eingehen zu können (N=311)	125	40,2	144	46,3	31	10,0	11	3,5
Weiteres, und zwar (N=1)	0		1		0		0	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage Nr. J 2. Prozentangaben in Bezug auf antwortenden Grundsicherungsstellen.

Befragt nach den wichtigsten Erfolgskriterien für die Betreuung und Integration suchtkranker Kund/inn/en zeigt sich, dass die Grundsicherungsstellen an der Bearbeitung der Suchterkrankung selbst ansetzen (Tabelle 87): Gelingt die Überwindung des Suchtproblems, sei auch eine Integration möglich: 78 % der Grundsicherungsstellen teilen diese Einschätzung uneingeschränkt. Deshalb müssten die Fachkräfte ihrer Ansicht nach vor allem in der Lage sein, ein Suchtproblem zu erkennen (76 % der Grundsicherungsstellen finden das sehr wichtig) und die Aufgabe bewältigen, es „richtig“ anzusprechen (79 %). Weil jedoch vor allem der suchtkranke Mensch selbst die Lösung des Problems in der Hand habe, setzen die SGB II-Stellen alles daran, eine soziale Stabilisierung zu erreichen (81 %) und suchtkranke Kund/inn/en dazu zu motivieren, eine Suchtberatung überhaupt zu beginnen: 82 % der be-

fragten Grundsicherungsstellen gehen davon aus, dass hierin der Schlüssel zum Erfolg liege.

Tabelle 87: Wichtigste Erfolgskriterien bei der Betreuung/Integration von Kund/inn/en mit Suchtproblemen

Bewertung auf einer Skala von 1 = sehr wichtig – 10 = gar nicht wichtig	Sehr wichtig (1 und 2)		Eher wichtig (3 – 5)		Eher unwichtig (6 – 8)		Gar nicht wichtig (9 und 10)	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Sicheres Erkennen von Suchtproblemen (N=316)	240	75,9	75	23,8	1	0,3	0	0,0
Richtiges Ansprechen der Suchtproblematik (N=315)	250	79,4	63	20,0	2	0,6	0	0,0
Motivierung des Kunden/der Kundin, eine Suchtberatung zu beginnen (N=316)	260	82,3	56	17,3	0	0,0	0	0,0
Hohe Inanspruchnahme der Suchtberatung durch die Kunden/Kundinnen bei gleichzeitig niedrigen Abbruchquoten bei der Suchtberatung (N=315)	179	56,8	129	41,0	6	1,9	1	0,3
Einbeziehung der gesamten Bedarfsgemeinschaft bei der Betreuung der Suchtkranken (N=315)	87	27,6	195	61,9	30	9,5	3	1,0
Hoher Anteil an nachhaltig in Beschäftigung bzw. Ausbildung vermittelten Suchtkranken (N=311)	101	32,5	160	51,4	45	14,5	5	1,6
Soziale Stabilisierung der Betroffenen (N=316)	257	81,3	58	18,4	1	0,3	0	0,0
Entwicklung von speziell auf Suchtkranke zugeschnittenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (N=315)	99	31,4	171	54,3	41	13,0	4	1,3
Überwindung der Suchtproblematik (N=313)	243	77,6	63	10,2	7	2,2	0	0,0
Regelmäßige/kontinuierliche gesundheitliche Betreuung der Kunden/Kundinnen mit Suchtproblemen (N=314)	122	38,9	165	52,5	27	8,6	0	0,0
Klärung nicht gegebener Erwerbsfähigkeit und Übergang aus dem SGB II in andere Leistungs-/Hilfesysteme (N=312)	157	47,1	123	39,4	35	11,3	7	2,2
Gegenseitige Information über den Maßnahmenverlauf zwischen Grundsicherungsstelle und Suchthilfe (N=314)	169	53,8	125	39,8	19	6,1	1	0,3
Der nahtlose Anschluss einer Aktivierungs- bzw. Beschäftigungsmaßnahme nach einer Suchtbehandlung (N=313)	169	54,0	130	41,5	12	3,9	2	0,6
Weiteres, und zwar (N=27)	21	77,8	4	14,8	0	0,0	2	7,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage Nr. J 1. Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen.

Am weitesten gehen die Meinungen bei der Einschätzung zur nachhaltigen Integration in Arbeit oder Ausbildung auseinander: 33 % halten die Integration für ein sehr wichtiges, 16 % für ein eher unwichtiges oder gar nicht wichtiges Erfolgskriterium.

9.2 Die Sicht der Suchtberatungsstellen

Für die Suchtberatungsstellen hat sich durch die Einführung des SGB II die „Geschäftsgrundlage“ verändert: Die ausdrückliche Aufnahme der „Suchtberatung“ in den Katalog der flankierenden Leistungen zur Unterstützung der Erwerbsintegration hat ihre Dienstleistung auf eine Rechtsgrundlage gestellt, die es vorher nicht gab.

Welche Auswirkungen dies auf Leistungserbringung und -angebot hat, war eine Frage an die kooperierenden Suchtberatungsstellen. Darüber hinaus sollten auch sie eine Bewertung zum „Ist“ und „Soll“ in der eigenen Praxis und in der Kooperation mit den Grundsicherungsstellen abgeben. Sie wurden schließlich um eine Einschätzung gebeten, wie sich die Kooperation zu den Grundsicherungsstellen und die Praxis der Fallbearbeitung bei der SGB II-Stelle verbessern ließen.

9.2.1 Bedingungen gelingender Suchtberatung im Kontext des SGB II

Gängige Praxis der Grundsicherungsstellen ist es, Kund/inn/en zur Suchtberatung zuzuweisen, wenn eine Suchterkrankung vermutet oder festgestellt wird (vgl. Kapitel 5.2.2). Doch auch die Suchtberatung als soziale Dienstleistung bedarf eines persönlichen Auftrags des Klienten bzw. der Klientin, der nicht durch gesetzliche Mitwirkungspflichten ersetzt werden kann, sondern den diese erst in der persönlichen Interaktion erteilen (vgl. Baethge-Kinsky u. a. 2007). Es stellt sich also sowohl die Frage nach den Voraussetzungen für eine gelingende Suchtberatung (Tabelle 88) als auch die Frage danach, ob diese Voraussetzungen im Kontext des SGB II erfüllt sind (Tabelle 89).

Wenn keine „Vertraulichkeit“ gegeben ist, kann eine Suchtberatung nach einhelliger Meinung nicht gelingen: 87 % der Beratungsstellen finden sie sehr wichtig, 11 % wichtig. Weniger eindeutig halten die Suchtberatungsstellen die Ergebnisoffenheit der Beratung (42 %) für sehr wichtig. Den Informationsaustausch der beteiligten Einrichtungen hält nur noch ein knappes Viertel aller Einrichtungen für sehr wichtig, die Hälfte aber immerhin für wichtig.

Ob eine gelingende Suchtberatung Freiwilligkeit voraussetzt, und in welchem Maße externer Druck auf die Klient/inn/en hilfreich sein kann, wird eher ambivalent beurteilt: Für etwa 50 % der Suchtberatungsstellen ist Freiwilligkeit wichtig oder sehr wichtig, 46 % sind diesbezüglich eher zurückhaltend. Nur etwa 20 % sehen externen Druck als wichtige Voraussetzung gelingener Suchtberatung an. Externer Druck könne ein Anstoß zur Beratung sein, ergänzt eine Suchtberatungsstelle im Anmerkungsfeld, doch die Behandlungsprognose sei ungünstig, wenn dies die einzige Motivation bleibe. Entsprechend ist die „Eigenmotivation“ für 10 der 68 Suchtberatungsstellen, die „weitere Voraussetzungen“ für eine gelingende Suchtberatung nennen, äußerst wichtig. Darüber hinaus kommt es für die Suchtberatungsstellen auf eine ausreichende Personalausstattung und Zeit für die Beratung (N=13) sowie möglichst kon-

krete und eindeutige Absprachen zur Arbeitsteilung mit den Grundsicherungsstellen (N=11) an.

Tabelle 88: Grundsätzliche Voraussetzungen für eine gelungene Suchtberatung

Bewertung auf einer Skala von 1=äußerst wichtig - 5=gar nicht wichtig	1		2		3		4		5		Mittelwert	Standard- abweichung
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent		
Vertraulichkeit (N=80)	70	87,5	9	11,3	1	1,3	0	0	0	0	1,14	0,381
Ergebnisoffenheit (N=80)	34	42,5	31	38,8	11	13,8	3	3,8	1	1,3	1,83	0,897
Informationsaustausch aller be- teiligten Einrichtungen (N=80)	19	23,8	41	51,3	16	20,0	4	5,0	0	0	2,06	0,801
Freiwilligkeit (N=80)	12	15,0	28	35,0	37	46,3	3	3,8	0	0	2,39	0,787
Externer Druck auf die Klientin- nen und Klienten (N=80)	2	2,5	15	18,8	53	66,3	9	11,3	1	1,3	2,90	0,668
Weitere Voraussetzungen (N=54)	39	72,2	15	27,8	0	0	0	0	0	0		

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 4. Prozentangaben in Bezug auf antwortende Suchtberatungsstellen.

In der Praxis, so die eher skeptische Beurteilung der Suchtberatungsstellen, sind die Voraussetzungen für eine gelingende Suchtberatung nicht immer oder nicht in vollem Umfang erfüllt (Tabelle 89).

Tabelle 89: Erfüllte Voraussetzungen für eine gelungene Suchtberatung

	Ja, voll und ganz		Ja, teilweise		Nein	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Vertraulichkeit (N=79)	51	63,8	26	32,5	0	0
Ergebnisoffenheit (N=79)	34	44,2	38	49,4	5	6,5
Informationsaustausch aller beteiligten Einrichtungen (N=79)	19	24,7	52	67,5	6	7,8
Freiwilligkeit (N=78)	15	19,7	48	63,2	13	17,1
Externer Druck auf die Klientinnen und Klienten (N=78)	13	17,1	56	73,7	7	9,2
Weitere Voraussetzungen (N=13)	10	76,9	3	23,1	0	0

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 5. Prozentangaben in Bezug auf antwortende Suchtberatungsstellen.

Obwohl fast 90 % der Beratungsstellen Vertraulichkeit sehr wichtig finden, geben nur zwei Drittel an, dass sie in der Beratung von ALG II beziehenden Kund/inn/en voll und ganz gegeben sei.

Tabelle 90: Zustimmung zu Aussagen über Erfolgskriterien für die Zuweisung in die Suchtberatung nach § 16a SGB II

Mehrfachantworten	1		2		3		4		5		Mittelwert
	N	In Prozent									
...zwischen unserem Fallmanagement und den Zuständigen bei der SGB II-Stelle eine klare Abstimmung erfolgt. (N=79)	46	58,2	25	31,6	5	6,3	2	2,5	1	1,3	1,57
...Beschäftigte von Suchtberatungsstellen das Personal der SGB II-Stelle suchtspezifisch schulen. (N=79)	46	58,2	19	24,1	8	10,1	3	3,8	3	3,8	1,71
...die SGB II-Kooperationspartner ausreichend suchtspezifisch geschult sind. (N=79)	30	38,0	33	41,8	12	15,2	4	5,1	0	0	1,87
...die Kooperation mit der SGB II-Stelle schriftlich und detailliert geregelt ist. (N=78)	27	34,6	34	43,6	14	17,9	2	2,6	1	1,3	1,92
...die Weitergabe von für die Suchtberatung relevanten Informationen durch die SGB II-Stelle erfolgt. (N=78)	26	33,3	30	38,5	17	21,8	3	3,8	2	2,6	2,04
...man die SGB II-Kooperationspartner persönlich gut kennt. (N=79)	20	25,3	34	43,0	18	22,8	5	6,3	2	2,5	2,18
...die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen unserer Einrichtung Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung (§ 15 SGB II) nehmen können. (N=79)	22	27,8	29	36,7	22	27,8	4	5,1	2	2,5	2,18
...die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen unserer Einrichtung ausreichend SGB II-spezifisch geschult sind. (N=79)	17	21,5	34	43,0	22	27,8	6	7,6	0	0	2,22
... mit der SGB II-Stelle gemeinsame Fallgespräche durchgeführt werden. (N=79)	24	30,4	27	34,2	14	17,7	10	12,7	4	5,1	2,28
...Suchtberatungsstellen an der Planung/Durchführung der von der SGB II-Stelle initiierten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zur Qualifizierung/Beschäftigung/beruflichen Integration beteiligt werden. (N=79)	24	30,4	26	32,9	19	24,1	6	7,6	4	5,1	2,24
...die SGB II-Stelle über spezifische Zuständigkeiten für die Probleme von Suchtkranken verfügt. (N=78)	16	20,5	35	44,9	16	20,5	8	10,3	3	3,8	2,32
... Suchterkrankung als wichtiger sanktionsfreier Grund bei der Nichteinhaltung der Eingliederungsvereinbarung gilt. (N=78)	18	23,1	19	24,4	26	33,3	11	14,1	4	5,1	2,48
...Suchtberatungsstellen auch bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit einbezogen werden. (N=79)	11	13,9	18	22,8	20	25,3	14	17,7	16	20,3	3,08
Weiteres (N=5)	3	60,0	1	20,0	1	20,0					

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 2. Prozentangaben in Bezug auf antwortende Suchtberatungsstellen.

Und obwohl nur drei Beratungsstellen glauben, dass Freiwilligkeit wenig wichtig oder ganz unwichtig ist, finden immerhin 13, dass sie bei einer Beratung im Kontext des SGB II gar nicht bestehe.

Die Zuweisung suchtkranker ALG II-Beziehender nach § 16a SGB II in die Suchtberatung kann aus Sicht der Beratungsstellen trotz dieser Einschränkungen vor allem unter zwei Bedingungen ein erfolgreiches Instrument sein: wenn eine klare Abstimmung zwischen Grundsicherungsstelle und Suchtberatung gegeben ist, und wenn Fachkräfte der Grundsicherungsstellen (von Suchtberatungsstellen) geschult wurden (Tabelle 90). Beiden Aussagen stimmen 58 % der Suchtberatungsstellen voll zu. Auf volle Zustimmung von immerhin 35 % der Suchtberatungsstellen stößt die Aussage, dass die Zuweisung auch dann ein erfolgreiches Instrument sein kann, wenn die Kooperation mit der Grundsicherungsstelle „schriftlich und detailliert“ geregelt ist.

Relativ unwichtig erscheint es, die Suchterkrankung als wichtigen sanktionsfreien Grund bei der Nichteinhaltung einer Eingliederungsvereinbarung zu berücksichtigen (19 % finden dies unwichtig oder ganz unwichtig) bzw. Suchtberatungsstellen in die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit einzubeziehen; dies ist für 38 % unwichtig.

9.2.2 Kooperation zur Grundsicherungsstelle aus Sicht der Suchtberatungsstelle

In der Bewertung der Suchtberatungsstellen zu ihrer Kooperation mit den Grundsicherungsstellen (Tabelle 91) erhalten zwei Antwortoptionen viel Zustimmung: 72 % stimmen vollständig oder überwiegend der Aussage zu, dass durch die Zuweisung seitens der SGB II-Stelle Klient/inn/en in die Einrichtung gekommen seien, die den Kontakt sonst nicht gefunden hätten, und 64 % bestätigen, durch die Kooperation zwischen Suchtberatung und Grundsicherungsstelle könne arbeitslosen Klient/inn/en besser geholfen werden. Mehr als die Hälfte der Suchtberatungen sieht in den Fachkräften der Grundsicherungsstellen „eine wichtige Stütze“ bei der Betreuung von Suchtkranken.

Gleichzeitig bleibt eine gewisse Skepsis bestehen: Schulungsbedarf bei den Fachkräften sehen 37 % der Suchtberatungsstellen. Obwohl 46 % nicht so weit gehen wollen zu behaupten, es sei grundsätzlich problematisch, auf der Basis des SGB II eine Suchtberatung zu initiieren, und dieser Aussage eher nicht bzw. gar nicht zustimmen, bleiben 62 % unentschlossen, ob Sanktionsandrohungen die Chancen auf eine erfolgreiche Suchtberatung verbessern. Nur für ein Sechstel der Suchtberatungsstellen hat sich durch die neue Kooperation mit dem SGB II-Träger die Finanzierung der Beratung verbessert.

In ihren Freitextanmerkungen äußern sich die Suchtberatungsstellen zu den Themen Finanzierung (N=5) und Sanktionen (N=5). „Konstruktiver Druck“ könne helfen, und so schlägt eine Beratungsstelle vor:

„Sanktionen würden langfristig mehr Erfolg bringen, wenn gewünschtes Verhalten belohnt würde. Z.B. könnten durch Sanktionen einbehaltene Gelder schrittweise für erwünschtes Verhalten zurückerstattet werden.“

„Suchtpatienten erhalten bereits von vielen Seiten Druck“, deshalb stelle eine Sanktion „keine Lösung dar“, argumentiert eine Suchtberatungsstelle, und eine andere schreibt, wo „Veränderungsmöglichkeiten“ aufgrund der chronischen Suchterkrankung sehr eingeschränkt seien, „sind Sanktionen nicht mehr sinnvoll.“

Tabelle 91: Bisherige Erfahrungen in der Kooperation mit der Grundsicherungsstelle aus Sicht der Suchtberatung

Mehrfachantworten	1		2		3		4		5		Mittelwert
	N	In Prozent									
Durch die Zuweisung seitens der SGB II-Stelle sind Klientinnen und Klienten in unsere Einrichtung gekommen, die den Kontakt zu uns sonst nicht gefunden hätten. (N=80)	28	35,0	30	37,5	19	23,8	1	1,3	2	2,5	1,99
Durch die Kooperation mit der SGB II-Stelle kann unseren arbeitslosen Klientinnen und Klienten mit SGB II-Bezug besser geholfen werden. (N=80)	24	30,0	27	33,8	22	27,5	7	8,8	0	0	2,15
Das Personal der SGB II-Stelle ist zu wenig geschult, um Suchtprobleme zu erkennen und eine für Suchtkranke passende Fallbearbeitung zu gewährleisten. (N=80)	18	22,5	28	35,0	25	31,3	7	8,8	2	2,5	2,34
Das Personal der SGB II-Stelle ist eine wichtige Stütze bei der Betreuung von arbeitslosen Klientinnen und Klienten mit SGB II-Bezug. (N=80)	16	20,0	26	32,5	23	28,8	14	17,5	1	1,3	2,48
Dadurch, dass die Inanspruchnahme von Suchtberatung mit Sanktionsandrohungen verknüpft wird, steigen die Chancen auf erfolgreiche Suchtberatung bei den suchtkranken SGB II-Bezieherinnen und -beziehern. (N=80)	2	2,5	10	12,5	50	62,5	11	13,8	7	8,8	3,14
Es ist grundsätzlich problematisch, eine Suchtberatung/-behandlung auf der Basis des SGB II zu initiieren bzw. durchzuführen. (N=80)	5	6,3	9	11,3	29	36,3	24	30,0	13	16,3	3,39
Durch die Zuweisung von Klientinnen und Klienten nach § 16a SGB II (ehemals §16 (2) SGB II) hat sich die finanzielle Ausstattung der Suchtberatungsstelle verbessert. (N=79)	7	8,9	6	7,6	8	10,1	8	10,1	50	63,3	4,11

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 1. Prozentangaben in Bezug auf antwortende Suchtberatungsstellen.

Die Suchtberatungsstellen konnten sich bezogen auf bestimmte Praxisfragen dazu äußern, wie gut ihre Kooperation mit den Grundsicherungsstellen gelingt, und an welchen Punkten „oft“, „manchmal“ oder „nie“ Probleme auftauchen. Für eine Mehrheit gibt es nie Probleme mit zu langen Wartezeiten (61 %), und keine Probleme hinsichtlich der Regelung der Fallverantwortung zwischen den Kooperationspartner/inn/en (59 %), der notwendigen Weitergabe von Informationen (55%) und der Finanzierung der Leistungen (53 %). Mehr als drei Viertel der Suchtberatungsstellen gaben dagegen an, oft oder manchmal Probleme wegen des Umgangs der SGB II-Stelle mit Sanktionen zu haben (78 %). Drei Viertel denken, dass sie zu wenig Einfluss auf Entscheidungen der SGB II-Stelle nehmen können.

Tabelle 92: Häufigkeit von Problemen in der Kooperation mit der Grundsicherungsstelle aus Sicht der Suchtberatung

	Oft		Manchmal		Nie	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Zu wenig Einfluss auf Entscheidungen/Maßnahmen der SGB II-Stelle (N=76)	17	22,4	41	53,9	18	23,7
Probleme mit der Finanzierung der von der SGB II-Stelle angeforderten Leistung (N=74)	14	17,5	21	28,4	39	52,7
Probleme wg. des Umgangs der SGB II-Stelle mit Sanktionen (N=79)	11	13,8	52	64,6	17	21,5
Zu großer Zeitabstand zwischen dem Erstkontakt bei der SGB II-Stelle und der Kontaktaufnahme mit uns (N=77)	10	13,0	39	50,6	28	36,4
Probleme im Zusammenhang mit dem Datenschutz/der Schweigepflicht (N=79)	8	10,1	33	41,8	38	48,1
Probleme wg. der geforderten Weitergabe von fallbezogenen Informationen seitens der SGB II-Stelle an unsere Einrichtung (z.B. über Entscheidungen/Maßnahmen) (N=78)	6	7,7	29	37,2	43	55,1
Probleme wg. der geforderten Weitergabe von fallbezogenen Informationen an die SGB II-Stelle (N=79)	4	5,0	39	49,4	36	45,6
Längere Wartezeiten infolge der Zuweisungen durch die SGB II-Stelle (N=80)	4	5,0	27	33,8	49	61,3
Probleme hinsichtlich der Fallverantwortung zwischen unserer Einrichtung und der SGB II-Stelle (N=80)	1	1,3	32	40,0	47	58,8

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 3; Prozentangaben in Bezug auf antwortende Suchtberatungsstellen.

In der Gesamteinschätzung (Tabelle 93) vergeben die Suchtberatungsstellen die Durchschnittsnote 2,7 für die Kooperation mit den Grundsicherungsstellen, knapp die Hälfte aller Beratungsstellen findet sie sehr gut und gut (47 %), allerdings 6 % mangelhaft bis ungenügend.

52 Suchtberatungsstellen machen zu einer offenen Frage (C9) deutlich, wie eine Kooperation mit den Grundsicherungsstellen verbessert werden könnte. Ganz überwiegend werden hier (N=29) der persönliche Austausch und viel regelmäßige Kooperation auf der Fallebene und darüber hinaus empfohlen.

Tabelle 93: Beurteilung der Kooperation mit der Grundsicherungsstelle aus Sicht der Suchtberatungsstellen

	N	In Prozent der antwortenden Suchtberatungsstellen
Sehr gut	6	7,7
Gut	31	39,7
Befriedigend	23	29,5
Ausreichend	13	16,7
Mangelhaft	4	5,1
Ungenügend	1	1,3
Gesamt	78	100
Keine Angabe	2	

Quelle: Fragebogen SB-Befragung Nr. C 12.

9.2.3 Die Praxis der Grundsicherungsstellen aus Sicht der Suchtberatung

Zu bestimmten Aspekten der Fallbearbeitung der Grundsicherungsstellen wurden auch die Suchtberatungsstellen um eine Einschätzung gebeten – z. B. zur Wirksamkeit weiterer flankierender Maßnahmen, die ja nicht nur Erwerbsintegration und Beschäftigungsfähigkeit der suchtkranken Klient/inn/en unterstützen, sondern damit indirekt auch den Verlauf der Suchtberatung beeinflussen können.

Dass 65 % der Suchtberatungsstellen es sehr hilfreich finden, wenn flankierend die Schuldnerberatung eingeschaltet wird; deutet darauf hin, dass sie bei vielen Suchtkranken hier weiteren Beratungsbedarf sehen. Einen Zustimmungswert von 1,7 auf der Fünferskala erhält außerdem die präventive Vorkehrung, Zahlungen direkt an Vermieter/innen oder Energieversorger zu leisten. Weniger eindeutig, aber insgesamt positiv werden Maßnahmen wie die Übernahme von Mietrückständen (2,2) oder die direkte Schuldenregulierung durch die Grundsicherungsstelle (2,7) gesehen, die vielleicht auch nur für einen geringeren Teil der gemeinsamen Klientel von Grundsicherungsstellen und Suchtberatung in Frage kommen. Eher unentschlossen (teils/teils) bewerten viele Suchtberatungsstellen eine Sanktionierung, wenn Klient/inn/en trotz Zuweisung die Suchtberatung nicht aufsuchen (3,0), und die Gewährung des ALG II als Sachleistung wird als am wenigsten hilfreich (3,4) angesehen.

Mehr als drei Viertel aller Suchtberatungsstellen äußern sich zur konkreten Frage, welche Ansätze guter Praxis sie im Hinblick auf die Erwerbsintegration ihrer Klientel in der örtlichen Grundsicherungsstelle erkennen (hierzu waren nur Freitextantworten vorgesehen).

Tabelle 94: Hilfreiche Maßnahmen der Grundsicherungsstellen für die Förderung der Erwerbsintegration und Beschäftigungsfähigkeit Suchtkranker aus Sicht der Suchtberatungsstellen

Bewertung auf einer Skala von 1=sehr hilfreich - 5=nicht hilfreich	1		2		3		4		5		Mittelwert
	N	In Prozent									
Verweis an Schuldnerberatungsstellen (N=79)	51	64,6	20	25,3	6	7,6	2	2,5	0	0	1,48
Direktüberweisung von Miete und/oder Energiekosten (N=76)	38	50,0	25	31,3	13	17,1	0	0	0	0	1,67
Darlehensweise Übernahme von Mietrückständen (N=76)	21	27,6	23	30,3	28	36,8	4	5,3	0	0	2,20
Tilgung von Schulden durch Direktüberweisung an Gläubiger (N=75)	15	20,0	14	18,7	29	38,7	13	17,3	4	5,3	2,69
Sanktionen für Suchtkranke bei Nichtaufsuchen einer Suchtberatungsstelle (N=77)	2	2,5	19	24,7	36	46,8	15	19,5	5	6,5	3,03
Gewährung des ALG II als Sachleistung (N=74)	4	5,4	5	6,8	30	40,5	24	32,4	11	14,9	3,45

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 9; Prozentangaben in Bezug auf antwortende Suchtberatungsstellen.

61 % heben das Engagement der Grundsicherungsstellen im Hinblick auf überwiegend suchtspezifische oder aus Sicht der Beratungsstellen gut geeignete Integrationsmaßnahmen hervor – vor allem werden also Hilfen zur Beschäftigung begrüßt. 29 % benennen die gute Kooperation, und 10 Beratungsstellen (16 %) verweisen ausdrücklich auf die hohe Beratungskompetenz der Grundsicherungsstelle und die gute Betreuung der suchtkranken Klient/inn/en.

55 Suchtberatungsstellen beschreiben umgekehrt, wo sich aus ihrer Sicht „schlechte Praxis“ entwickelt (Tabelle 96). Dabei kritisieren sie nicht nur das Fehlen geeigneter Beschäftigungsangebote (N=19), die fehlende oder geringe Beratungskompetenz von Fachkräften der Grundsicherungsstelle (N=11) und die mangelnde Kooperation mit der Suchtberatung (N=9).

Sie gehen auch auf die schlechten Arbeitsmarktbedingungen ein, die eine Integration verhindern (N=11) und benennen vor allem eine Reihe einzelner Praktiken und Verfahrensweisen der Grundsicherungsstellen (N=17), die jeweils als problematisch wahrgenommen werden: lange Bearbeitungszeiten, Sanktionen in die Unterkunftskosten und die Krankenversicherung hinein, wiederholte Maßnahmezuweisungen, keine verbindlichen Förderzusagen, zu wenig Vertrauen in die Klient/inn/en, ein uneinheitliches Vorgehen.

Tabelle 95: Gute Praxis im Hinblick auf die Erwerbsintegration Suchtkranker aus Sicht der Suchtberatungsstellen, Auswertung von Freitextantworten

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Maßnahmen/Hilfen zur (Erwerbs-)Integration	38	61,3
davon: spezialisierte Maßnahmen für Suchtkranke	26	42,0
davon: AGH	23	37,1
davon: Qualifizierungsmaßnahmen	21	33,9
Gute Kooperation/Vernetzung/Absprachen	18	29,0
Qualifikation der Fachkräfte/der Beratung bei den Grundsicherungsstellen	10	16,1
Leitfaden und Verfahren	3	4,8

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 14; N=62.

Einige Suchtberatungsstellen nennen außerdem eine schlechte personelle Ausstattung der Grundsicherungsstellen sowie Probleme bei der Kooperation mit Maßnahmeträgern.

Tabelle 96: Schlechte Praxis im Hinblick auf die Erwerbsintegration Suchtkranker aus Sicht der Suchtberatungsstellen, Auswertung von Freitextantworten

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Zu wenig geeignete Fördermaßnahmen	19	30,6
dar.: fehlende Ausbildungsmöglichkeiten	4	6,5
Bestimmte Verfahrensweisen der Grundsicherungsstellen	17	27,4
Fehlende/geringe Kompetenzen der Fachkräfte	11	17,7
Keine/wenig Zusammenarbeit der Grundsicherungsstelle mit Suchtberatung	9	14,5
Arbeitsmarkt (keine Vermittlungschancen)	8	12,9

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 14; N=62

Wenn auch niemand den Sinn der Suchtberatung bezweifelt und viele flankierende Maßnahmen – Beratung wie Beschäftigung – offensichtlich als hilfreich wahrgenommen werden, so geben die Suchtberatungsstellen „ihren“ Grundsicherungsstellen dennoch insgesamt nur die Durchschnittsnote 3,5 für ihre Leistung im Hinblick auf die Erwerbsintegration Suchtkranker (Tabelle 97).

Tabelle 97: Beurteilung der Leistung der Grundsicherungsstelle im Hinblick auf die Erwerbsintegration Suchtkranker aus Sicht der Suchtberatung

	N	In Prozent der antwortenden Suchtberatungsstellen
Sehr gut	2	2,6
Gut	16	21,1
Befriedigend	24	31,6
Ausreichend	15	19,7
Mangelhaft	16	21,1
Ungenügend	3	3,9
Gesamt	76	100
Keine Angabe	4	

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage C 13; N=76.

In einer offenen Frage (C11) konnten Suchtberatungsstellen beschreiben, wie sich die Betreuung suchtkranker Menschen im SGB II ihrer Ansicht nach verbessern ließe. Diese Möglichkeit nutzten 52 Beratungsstellen. Mit großem Abstand empfahlen sie zunächst Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Fachkräfte (N=17).

Ausführliche Vorschläge beziehen sich an zweiter Stelle (N=8) auf den Bereich Arbeit und Beschäftigung, wobei zum einen auf einen Bedarf an dauerhafter Beschäftigung jenseits von Maßnahmen hingewiesen wird, zum anderen ein Bedarf an besonderer Förderung beschrieben wird.

„Maßnahmen der beruflichen Integration sollten gezielt und individuell in Vernetzung der beteiligten Einrichtungen geplant sowie durchgeführt werden. Die Klienten müssen das Gefühl haben, dass sie durch die Maßnahme eine Chance und eine Perspektive haben, dass es sie in ihrem Leben weiterbringt. Das Gefühl von Selbstwirksamkeit und Zuversicht muss gestärkt werden. Das Problem und die Maßnahmen müssen offen mit dem Betroffenen besprochen werden. Maßnahmen beruflicher Bildung, der Erwerb von Berufsabschlüssen sowie gegebenenfalls Schulabschlüssen müssen auch mit über 25 möglich sein. Die Gefahr besteht, dass wir bereits bei den Jugendlichen lebenslängliche Hartz-IV-Empfänger produzieren.“

Darüber hinaus empfehlen die Suchtberatungsstellen, beim Vorliegen einer Suchterkrankung frühzeitiger zu intervenieren (N=4) und Kund/inn/en ins Fallmanagement zu übernehmen bzw. in die Suchtberatung zu vermitteln. Sie schlagen eine gemeinsame Hilfe- bzw. Integrationsplanung vor (N=3) und geben zu bedenken, dass Förderung und Fordern in einem „ausgewogenen Verhältnis“ stehen müssten (N=4): „Freiwilligkeit vor Druck, Überzeugen statt Strafen“, lautet eine kurze Formel.

10 Fazit

Mit dem Ziel der „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II“ wurde eine bundesweite Online-Befragung durchgeführt, an der sich 323 von insgesamt 439 SGB II-Stellen mit auswertbaren Fragebögen beteiligten. Die erzielte Rücklaufquote von 74 % gewährleistet einen repräsentativen Überblick über den Umgang der Grundsicherungsstellen mit Personen mit Suchtproblemen im SGB II und den Stand der Zusammenarbeit der Grundsicherungsstellen mit den Einrichtungen der Suchthilfe. Durch die zusätzliche Befragung von Suchtberatungsstellen, die dem Projektteam von den SGB II-Stellen als Kooperationspartner/innen benannt wurden (N=135, Rücklauf N=80, Rücklaufquote 59 %) konnte zudem die Akzeptanz und die Bewertung dieser Praxis aus Sicht der Suchtberatungsstellen ermittelt werden.

Beide Befragungen lieferten darüber hinaus Bewertungen und Einschätzungen in Bezug auf Erfolgsfaktoren und Erfolgskriterien bei der Betreuung von ALG II-Beziehenden mit Suchtproblemen. Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens nicht vorgesehen, aber in künftigen Untersuchungen unbedingt zu berücksichtigen, ist die Akzeptanz und Bewertung der Umsetzung des SGB II aus Sicht der Betroffenen, d. h. der ALG II-Beziehenden mit Suchtproblemen.

Der hier vorgelegte statistisch repräsentative Überblick bezieht sich auf das formal beschreibbare Vorgehen der Grundsicherungsstellen bei der Betreuung von Hilfebeziehenden mit Suchtproblemen, das in standardisierter Form erhoben wurde. Eine Vielzahl an Zusatzinformationen konnte durch die Analyse der Erläuterungen der befragten Grundsicherungsstellen in den dafür vorgesehenen Freitextfeldern und der zugesandten Dokumente ermittelt werden. Diese Zusatzinformationen machten teilweise eine inhaltliche Interpretation der Befragungsergebnisse erst möglich, teilweise wurden auf diesem Weg auch konkrete Beispiele guter Praxis übermittelt, die in den vorliegenden Bericht aufgenommen wurden.

Die Befragungsergebnisse zeigen vor allem eine große Heterogenität in Bezug auf das konkrete Vorgehen der Grundsicherungsstellen bei der Betreuung ihrer Kund/inn/en mit Suchtproblemen und Suchtkrankheiten. In jeder Phase der Betreuung – vom Erkennen des Suchtproblems über die Betreuung und Förderung bis zur Integration in Arbeit – gibt es eine sehr unterschiedliche Praxis in den Grundsicherungsstellen. Diese Unterschiede sind tendenziell nicht systematischer Natur, d. h. es war nicht möglich, die Grundsicherungsstellen in wenige, eindeutig unterscheidbare Typen zu unterteilen, die im Hinblick auf ihren Umgang mit suchtkranken Hilfebeziehenden in den verschiedenen Phasen des Betreuungsprozesses ähnlich agieren. Dies zeigt, dass es nicht nur wenige idealtypisch unterschiedliche Herangehensweisen sind, welche die Praxis bestimmen. Vielmehr ist die Praxis deutlich bunter und jenseits der gesetzlichen Vorgaben teilweise geprägt durch lokal spezifische Betreuungs- und Kooperationsformen zwischen Grundsicherung und Suchthilfe.

Bei aller Heterogenität der Praxis lässt sich eine Korrelation identifizieren, die in Bezug auf die Betreuung von Hilfebeziehenden mit Suchtproblemen einen Erklärungsgehalt hat: SGB II-Stellen, die mit Institutionen der örtlichen Suchthilfe eine geregelte Kooperation vereinbart haben, gelingt es tendenziell auch besser, die in der Fachdiskussion unumstrittenen

Kriterien guter Praxis zu erfüllen. Oder umgekehrt: Grundsicherungsstellen, bei denen es Hinweise auf gute Praxis gibt, haben häufiger als andere ihre Kooperation mit dem System der Suchthilfe verbindlich geregelt.

Dies erscheint plausibel, da das Zusammenwirken von Integrationshilfen und Suchtkrankenhilfe bei der Betreuung von ALG II-Beziehenden eine Schlüsselfrage und damit eine Erfolgsbedingung darstellt. Dabei geht es nicht nur um das Zusammenwirken beider Bereiche und um die Nahtlosigkeit bei gesetzlich vorgeschriebenen Übergängen in der Betreuung, sondern darüber hinaus um sich ergänzende Kompetenzen und den fachlichen Austausch – sowohl auf Ebene der Theorie und des Fachwissens als auch in Bezug auf das konkrete Fallmanagement. Auch auf dem Expert/inn/en-Workshop war einhellige Meinung, dass wenige Faktoren für die Praxis eine so große Bedeutung haben wie Kooperationen, die mit Leben erfüllt sind und nicht nur auf dem Papier stehen.

In seinem einstimmigen Beschluss aus dem Jahr 2007 hat der Drogen- und Suchtrat u. a. eine möglichst zielgerichtete und durch verbindliche Kooperationsvereinbarungen gestützte Nutzung der Suchtberatung als flankierende Leistung der Reintegration in Arbeit als einen der Eckpunkte für die erfolgreiche Erwerbsintegration der ALG II-Beziehenden genannt. Die Befragungsergebnisse bestätigen die Hervorhebung dieses Erfolgsfaktors.

Im Folgenden soll versucht werden, die Ergebnisse entlang der Fragen „was ist gute Praxis“ und „wie verbreitet ist derzeit gute Praxis“ zusammenzufassen.

10.1 Kriterien guter Praxis: Erfolgskriterien und Erfolgsfaktoren

10.1.1 Konsensfähige Kriterien guter Praxis in der Fachdiskussion

Die Identifizierung guter Praxis erfordert, dass dafür entsprechende Kriterien vorliegen. Faktisch gibt es jedoch bislang keinen allgemein akzeptierten fachlichen Konsens. Vielmehr zeigen einschlägige Fachdiskussions- und Positionspapiere zum Thema guter Praxis bei der Betreuung suchtkranker Personen im Rahmen des SGB II, dass zu vielen Fragen (z.B. Umgang mit Sanktionen, Verfahren zur Erkennung von Suchtproblemen) bislang keine Qualitätsstandards oder fachliche Empfehlungen existieren (vgl. Fachverband Drogen und Rauschmittel/Paritätischer Gesamtverband, 2004; Fachverband Sucht, 2006; LAG Freie Wohlfahrtspflege in Bayern/Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe, 2006; Fachverband Sucht, 2006; Drogen und Suchtrat, 2007; Kern, o.J.; Bürkle u.a., 2008; Deutscher Landkreistag 2008a). Es zeichnen sich für die SGB II-Stellen aber auch einige Kriterien guter Praxis ab, die in der Fachdiskussion weitgehend konsensfähig sind, und auch unter den Expert/inn/en des vom Projektteam durchgeführten Workshops auf einhellige Zustimmung stießen. Dazu gehören:

- ausreichende personelle Ausstattung, günstiger Betreuungsschlüssel, Vorhandensein der notwendigen zeitlichen Ressourcen, um auf jeden Einzelfall bedarfsgerecht eingehen zu können,

- suchtspezifische Qualifizierung des mit der Betreuung/Integration von Kund/inn/en mit Suchtproblemen befassten Personals, Unterstützung der Fachkräfte durch Supervision und kollegiale Beratung,
- Feststellung des regionalen Bedarfs an sozialen Leistungen/Suchtberatung in Kooperation mit den weiteren Akteuren/Fachkräften der Suchthilfe,
- Entwicklung eines Fachkonzepts zur Betreuung/Integration von Personen mit Suchtproblemen, Beauftragung einer Fachkraft als Koordinator/in für die fortlaufende Weiterentwicklung des Fachkonzepts,
- enge Kooperation mit dem System der Suchtkrankenhilfe, am besten vertraglich geregelt, nicht zwingend mit Vertrag nach § 17 SGB II,
- Beteiligung an lokalen oder regionalen Suchtnetzwerken unterschiedlicher Akteursgruppen,
- Berücksichtigung eines breiten Indikationsspektrums bei der Zuweisung zur Suchtberatung nach § 16a SGB II,
- frühe Einbeziehung der kooperierenden Suchtberatungsstelle in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II und die Hilfeplanung,
- Sicherung von Nahtlosigkeit bei den Übergängen zwischen SGB II-Stelle, Suchtberatungsstelle und Einrichtung der Suchtrehabilitation durch Informationsaustausch und Abstimmung von Maßnahmen,
- Verzahnen von medizinischer und beruflicher Rehabilitation,
- Ausstattung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen mit suchtspezifischer Kompetenz (Arbeitsdiagnostik, Belastungserprobung), gemeinsame Durchführung von Integrationsmaßnahmen durch Suchtberatungsstellen und Beschäftigungsträger,
- strikte Beachtung der Datenschutz- und Schweigepflichtsbestimmungen.

10.1.2 Erfolgsfaktoren und -kriterien bei der Betreuung Hilfebeziehender mit Suchtproblemen aus Sicht der Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen

Für die Betreuung suchtkranker Kund/inn/en gibt es aus Sicht der befragten Grundsicherungsstellen vier zentrale Erfolgsfaktoren:

- eine enge Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchthilfe,
- ein breites Angebot flankierender und kurzfristig verfügbarer sozialer Dienste,
- Fachkräfte, die mit ausreichend Zeit beraten
- und suchtspezifisch qualifiziert sind.

Weitergehende Spezialisierungen (wie ein auf Sucht spezialisiertes Fallmanagement oder ein zielgruppenspezifisch zugeschnittenes Beschäftigungsangebot) hält jeweils nur eine Minderheit für sinnvoll oder geboten.

Dem entspricht auf Seiten der Suchtberatungsstellen die Einschätzung, es komme vor allem auf eine geregelte Abstimmung in der Kooperation und auf geschulte Fachkräfte bei den Grundsicherungsstellen an, damit eine Suchtberatung im Kontext des SGB II als erfolgreiches Instrument eingesetzt werden könne.

Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen ist darüber hinaus bewusst, dass eine gelingende Beziehung zwischen professionellen Berater/inn/en und ihren Kund/inn/en bzw. Klient/inn/en entscheidenden Einfluss auf den Erfolg haben kann: Grundsicherungsstellen betonen die Wichtigkeit von Empathie und einer offenen, vorurteilsfreien Grundhaltung gegenüber suchtkranken Kund/inn/en, Suchtberatungsstellen heben einhellig hervor, dass Vertraulichkeit eine der Grundbedingungen gelingender Beratung sei.

Wann die Betreuung suchtkranker Menschen ein Erfolg ist, messen die Grundsicherungsstellen nicht daran, ob eine Integration in Arbeit tatsächlich gelingt, sondern daran, ob es gelingt, suchtkranke Kund/inn/en sozial zu stabilisieren und zu einer Inanspruchnahme weitergehender Hilfen zu motivieren. Auch die Überwindung der Suchterkrankung werten die Grundsicherungsstellen als Erfolg.

10.2 Die Befunde der Befragungen: Wie gut ist die aktuelle Praxis?

10.2.1 Ungünstige Rahmenbedingungen durch hohe Betreuungsrelation

Die Befragungsergebnisse zeigen eine durchschnittlich relativ ungünstige Betreuungsrelation bei hoher Varianz zwischen den Grundsicherungsstellen. Geht man von den 2005 durch die Bundesagentur für Arbeit definierten Richtwerten aus, so werden diese bei den Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter 25 Jahren (1:75) nur in 8 % der Grundsicherungsstellen und bei den über 25-Jährigen (1:150) nur in 11 % der Grundsicherungsstellen erreicht. Bei ca. der Hälfte der Grundsicherungsstellen liegt der Betreuungsschlüssel bei den über 25-jährigen Hilfebedürftigen bei über 1:225. Die Fachkräfte haben folglich in der Mehrheit der Grundsicherungsstellen sehr viele Kund/inn/en zu betreuen und damit für den einzelnen Fall entsprechend wenig Zeit zur Verfügung. Dieser Mangel an zeitlichen Ressourcen setzt objektiv Grenzen in Bezug auf die Intensität und Qualität der Betreuung und kann dann zu Lasten der Personen mit besonderen Betreuungsbedarfen – wie z. B. suchtkranken Hilfebeziehenden - gehen, wenn für diese Personen keine besonderen Betreuungsstrukturen mit mehr zeitlichen Ressourcen vorgehalten werden.

10.2.2 Überwiegend ausreichende Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung – Lücken bei ortsnahen und spezifischen Angeboten

Die Mehrheit der Grundsicherungsstellen berichtet über eine „bedarfsdeckende Ausstattung“ mit Angeboten der Suchtberatung, überwiegend allerdings, ohne dazu eigene Bedarfserhebungen durchgeführt zu haben. In 14 % der SGB II-Stellen wird das Angebot als nicht ausreichend bewertet. Lücken werden insbesondere hinsichtlich ortsnaher Angebote angegeben, was vor allem im ländlichen Raum ein Problem darstellt. Auch für bestimmte Suchterkrankungen wie z. B. Spielsucht oder Medikamentensucht sind die Hilfsangebote teilweise unzureichend. Darüber hinaus wurde das Fehlen von mehrsprachigen Beratungs-

angeboten kritisiert. Ca. ein Drittel der Grundsicherungsstellen berichtet über Wartezeiten bei der Suchtberatung, die jedoch nur in Einzelfällen länger als vier Wochen betragen. Es wäre aufschlussreich, durch zukünftige Untersuchungen in Erfahrung zu bringen, ob und wie einzelne Grundsicherungsstellen (in Kooperation mit der Suchthilfe) vorgegangen sind, um Defizite im Suchtberatungsangebot zu schließen.

10.2.3 Fachkräfte noch ungenügend suchtspezifisch geschult

Suchtspezifische Kenntnisse sind eine wichtige Voraussetzung für eine qualitativ gute Betreuung der ALG II-Beziehenden mit Suchtproblemen. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass es diesbezüglich noch einen erheblichen Nachholbedarf gibt. Lediglich ein Zehntel der Grundsicherungsstellen sieht keine Notwendigkeit, die Fachkräfte suchtspezifisch zu schulen und plant auch keine entsprechenden Qualifizierungsmaßnahmen. In weiteren 30 % der Grundsicherungsstellen haben (noch) keine Schulungen stattgefunden, obwohl ein entsprechender Bedarf gesehen wird. Von den 60 % der SGB II-Stellen, in denen suchtspezifische Schulungen bereits durchgeführt wurden, gibt nur ein Zehntel an, dass diese ausreichend waren. Es liegen bereits einige thematisch einschlägige und erprobte Schulungskonzepte vor, die von den Grundsicherungsstellen in Kooperation mit Fachkräften der Suchthilfe genutzt werden könnten, so z.B. von der Fachstelle FAIRE der Fachhochschule Koblenz.

Neben Schulungen können auch Instrumente wie Supervision und kollegiale Beratung zur Professionalisierung beitragen. Diese Methoden werden in weniger als der Hälfte der Grundsicherungsstellen genutzt. Da gleichzeitig zwei Drittel der Grundsicherungsstellen, die diese Methoden nicht nutzen, einen entsprechenden Bedarf sehen, kann angenommen werden, dass sich hier etwas ändern wird. Da kollegiale Beratung nur wenig zusätzliche Ressourcen erfordert, dürfte die Schwelle zu ihrer Implementierung vergleichsweise niedrig sein.

10.2.4 Entwicklung von Konzepten und Arbeitshilfen – tendenziell noch nicht verbreitet

Für eine gute und unter den verschiedenen beteiligten Akteuren abgestimmte Betreuung suchtkranker Hilfebedürftiger ist es sinnvoll, eine gemeinsame Position zu Verfahrensweisen und Qualitätsstandards zu erarbeiten und festzuschreiben. Bisher ist das nur in ca. einem Fünftel der Grundsicherungsstellen geschehen, dabei häufiger in jenen, welche die Kooperation mit Suchtberatungsstellen und Suchthilfe geregelt haben. 30 % der Grundsicherungsstellen mit geregelter Kooperation gegenüber nur 7 % der Grundsicherungsstellen ohne geregelte Kooperation verfügen über Regelungen oder Arbeitshilfen für den Umgang mit suchtkranken Hilfebeziehenden. Die vorliegenden Regelungen und Arbeitshilfen sind unterschiedlichster Art: Mindestens regeln sie Zuweisungs- und Rückmeldeverfahren zur Suchtberatung, eine kleinere Zahl von Arbeitshilfen bietet den Fachkräften darüber hinaus fachliche Hinweise zur Diagnose von Suchterkrankungen und dem Umgang mit suchtkranken Kund/inn/en.

10.2.5 Suchtspezifische Zuständigkeiten – bislang nur in der Hälfte der Grundsicherungsstellen

Eine personelle Zuständigkeit für die Planung und Koordination der Förderung und Beratung von Menschen mit Suchtproblemen gibt es nur in ca. der Hälfte der Grundsicherungsstellen. Dies scheint angesichts der Tatsache, dass dies in der fachwissenschaftlichen Diskussion als gute Praxis gilt, ein eher problematischer Befund zu sein. Ohne eine entsprechende personelle Verantwortlichkeit dürfte es schwierig sein, die Betreuung suchtkranker Hilfebeziehender stringent zu planen, nach einheitlichem Qualitätsmaßstab umzusetzen und fortlaufend weiterzuentwickeln. Dort, wo es entsprechende Zuständigkeiten gibt, umfassen diese unterschiedliche Themen – in jeweils ca. einem Viertel einzelfallübergreifende fachliche Fragen, die Planung bzw. die Begleitung von Integrations- und Maßnahmeangeboten für Kund/inn/en mit Suchtproblemen; seltener die Koordination der Kooperation mit der Suchtberatung oder anderen externen Partnern.

10.2.6 Vielfältige Formen der Vernetzung mit dem System der Suchthilfe – überwiegend ohne vertragliche Fixierung

Die Vernetzung der Grundsicherungsstellen mit dem System der Suchthilfe ist stark von den lokalen Gegebenheiten geprägt. Die Grundsicherungsstellen nutzen sowohl bestehende Arbeitskreise wie auch informelle Gespräche und mündliche Absprachen. In Einzelfällen gibt es Verzahnungen beider Hilfesysteme, z. B. in Form eines suchtspezifischen Konsiliardienstes in der Grundsicherungsstelle, in Form der Auslagerung des Fallmanagements in eine Suchtberatungsstelle oder der Beauftragung von Beschäftigungsträgern mit der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit.

Eine geregelte Kooperation mit der Suchthilfe existiert bislang nur in der Hälfte der Fälle. Überwiegend beruhen die Kooperationen zwischen Grundsicherungs- und Suchtberatungsstellen, Maßnahmeträgern oder kommunalen Kooperationspartner/inn/en auf Absprachen und Verfahrensregelungen, seltener sind schriftliche Kooperationsvereinbarungen oder gar Verträge nach § 17 SGB II abgeschlossen worden. Von den befragten Suchtberatungsstellen rechnet nur ein Viertel die Leistungen für SGB II-Beziehende gesondert ab. Wenngleich eine schriftliche Vereinbarung tendenziell verbindlicher sein dürfte, kann eine Kooperation auch „gelebt“ werden, wenn sie auf mündlichen Absprachen beruht. Ob die Art der Vereinbarung der Kooperation (eher weich oder vertraglich fixiert) in Bezug auf Qualitätsstandards und Effektivität einen Unterschied macht, kann nur in weiteren Untersuchungen ermittelt werden.

Sehr deutlich zeigt sich, dass vor allem bilaterale Vereinbarungen und Absprachen existieren. Nur ausnahmsweise sind Grundsicherungsstellen in feste lokale oder regionale Netzwerkstrukturen eingebunden, die Kooperationen zum gesamten System der Suchthilfe oder sogar darüber hinaus organisieren.

10.2.7 Erkennen von Suchtproblemen noch defizitär

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten gesehen werden, Suchtprobleme im Gespräch sicher zu erkennen. Dies dürfte auf eine noch ungenü-

gende suchtspezifische Qualifizierung der Vermittler/innen und Fallmanager/innen zurückzuführen sein.

Überwiegend werden zum Erkennen der Sucht „reaktive“ Verfahrensweisen eingesetzt, d. h. dass die Sucht nur thematisiert wird, wenn es Auffälligkeiten gibt oder die Kund/inn/en dies von sich aus ansprechen. Sehr selten werden suchtdiagnostische Tests oder Fragebögen verwendet. Ohne ihren „flächendeckenden Einsatz“ zu empfehlen, wäre zu prüfen, ob und unter welchen Bedingungen die einzelfallbezogene Verwendung von schnell und leicht handhabbaren Screeningtests sinnvoll sein könnte, um die Fachkräfte der Grundsicherungsstellen zu unterstützen, einen subjektiven Verdacht auf ein Suchtproblem zu objektivieren. Solche Verfahren liegen zumindest für die Alkohol-, Medikamenten- und Drogenproblematik vor (vgl. Rumpf/Hüllinghorst 2003; Pockrandt u.a. 2007; Kraus u.a. 2008). Doch der Einsatz auch dieser Verfahren sollte in einen guten Betreuungs- und Beratungskontext eingebettet sein.

10.2.8 Einschaltung der Suchtberatung – unterschiedliche Indikationen

Die Suchtberatung nach § 16a SGB II wird überwiegend dann eingeschaltet, wenn die Suchtkrankheit ein Vermittlungshemmnis darstellt oder die Kund/inn/en dies wünschen. Einige Grundsicherungsstellen machen die Zuweisung darüber hinaus von weiteren Faktoren wie der Schwere der Erkrankung, der individuellen Motivation oder Integrationsaussichten abhängig. Aus den Befragungsergebnissen ist zwar ersichtlich, dass es unterschiedliche Indikationen für die Zuweisung zur Suchtberatung gibt, doch können keine Aussagen darüber getroffen werden, wie die Grundsicherungsstellen in der Praxis vorgehen, um festzustellen, ob die jeweils erkannte Suchtproblematik ein Vermittlungshemmnis darstellt, und welche Kriterien in der Einzelfallprüfung bei den Fachkräften den Ausschlag für ihre Zuweisungsentscheidung geben.

10.2.9 Motivierende Beratung und (Sanktions-)Druck – sehr unterschiedliches Vorgehen

Die Frage, ob Betroffene allein durch motivierende Beratung oder zusätzlich auch durch die Androhung von Sanktionen zur Mitarbeit an der Überwindung ihrer Suchtprobleme gebracht werden sollen, wird von den Grundsicherungsstellen ganz offensichtlich unterschiedlich beantwortet. So werden in 40 % der Grundsicherungsstellen Handlungsaufgaben für die Hilfebeziehenden im Kontext der Suchtprobleme grundsätzlich auch in der Eingliederungsvereinbarung verankert, in 6 % der Grundsicherungsstellen wird dies hingegen explizit vermieden, in den anderen eher vom Einzelfall abhängig gemacht. Verstöße gegen Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung in Bezug auf die Überwindung der Suchtprobleme werden in je einem Drittel der Grundsicherungsstellen in der Regel sanktioniert, in der Regel nicht sanktioniert oder in Abhängigkeit des Einzelfalls sanktioniert. Nur teilweise werden entsprechende Verstöße aufgrund des Krankheitsbildes als nicht sanktionierbar bzw. als ineffektiv angesehen; um begründete Entscheidungen fällen zu können, ziehen die Fachkräfte deshalb oft Fachgutachten hinzu.

Es wäre unbedingt sinnvoll, empirisch zu untersuchen, wie sich Sanktionierungen konkret auf das suchtbezogene Handeln der Hilfebedürftigen, den weiteren Betreuungsprozess in der Grundsicherungsstelle und den Beratungsprozess seitens der Suchthilfe auswirken.

Eine Qualifizierung der SGB II-Fachkräfte in Motivierungstechniken (etwa nach der Methode von Miller/Rollnick 2005) könnte sich als nützlich erweisen, um die Sanktionsquote zu senken. Bis zum Zeitpunkt der Befragung hatten Fachkräfte von lediglich 78 Grundsicherungsstellen an suchtspezifischen Qualifizierungsmaßnahmen teilgenommen, in denen die motivierende Beratung/Gesprächsführung Gegenstand der Schulung war. Eine effektive motivierende Beratung erfordert allerdings eine entsprechende Ausdehnung der zeitlichen Ressourcen für die Betreuung von Hilfebedürftigen mit Suchtproblemen.

10.2.10 Informationsaustausch zwischen Grundsicherungs- und Suchtberatungsstelle; Umgang mit Datenübermittlung und Schweigepflichtsentbindung – nicht immer rechtskonform

In der Kooperation zwischen SGB II-Stelle und Suchthilfe bildet ein adäquater Informationsaustausch eine wesentliche Erfolgsbedingung. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Art und Umfang des Informationsaustausches bislang sehr unterschiedlich gehandhabt werden. Es ist nicht immer geklärt, welche Informationen für die weitere Fallbearbeitung unabdingbar sind, welche geschützt sind und welche der Schweigepflicht unterliegen. Zwei Drittel der Suchtberatungsstellen haben sich zur Weitergabe von Informationen über die Mitwirkung der Kund/inn/en mit Suchtproblemen bei der Suchtberatung nach § 16a SGB II und über den Verlauf der Beratung verpflichtet. In einigen Fällen ist die Rückmeldung der Suchtberatungsstellen zum Beratungsverlauf klar begrenzt auf einzelne Aspekte, so z. B. wahrgenommene Gespräche, in anderen umfasst eine solche Rückmeldung auch Informationen zur Suchtdiagnose und zu erreichten Beratungsergebnissen.

Grundsätzlich können Informationen dann weitergegeben werden, wenn Einwilligungen bzw. Schweigepflichtsentbindungen von den Kund/inn/en vorliegen oder ein Informationsaustausch von den Kund/inn/en ausdrücklich erwünscht wird. Allerdings verstößt fast jede zweite Grundsicherungsstelle derzeit gegen das Rechtsprinzip, dass die Einwilligung zur Schweigepflichtsentbindung nur freiwillig erfolgen darf, und der Dokumentenanalyse lässt sich annehmen, dass ein Großteil der in der Praxis verwendeten Formulare und Vordrucke den gesetzlichen Vorschriften zum Schutz der Persönlichkeit und zum Schutz von Sozialdaten nicht bzw. nicht in allen Punkten entsprechen.

10.2.11 Kooperation zwischen SGB II und Suchtberatung bei der Fallbearbeitung nur bei einer Minderheit der Grundsicherungsstellen gegeben

Suchtberatung und berufliche Eingliederung sollten miteinander verzahnte Prozesse sein. Um dies zu gewährleisten ist eine enge Kooperation zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatung bei der Fallbearbeitung erforderlich. Bislang wird nur in jeder fünften Grundsicherungsstelle bei der Erstellung der Eingliederungs- und Hilfeplanung mit der Suchtberatungsstelle kooperiert. In jeder sechsten Grundsicherungsstelle erfolgen regelmäßig gemeinsame Fallbesprechungen mit der Suchtberatung ohne Teilnahme der Betroffenen, in jeder zehnten finden solche regelmäßigen Fallbesprechungen unter Beteiligung der Klient/inn/en

statt. Ca. 40 % der Grundsicherungsstellen führen jedoch bislang keine gemeinsamen Fallgespräche durch, die die kooperative Fallbetreuung verbessern könnten. Nur teilweise erfolgt eine Rücksprache mit der Suchtberatung, bevor Sanktionen verhängt werden. So berichtet ein Viertel der Suchtberatungsstellen, dass bei der Sanktionierung nie Rücksprache mit ihnen gehalten wird.

10.2.12 Schnittstellengestaltung zur medizinischen Rehabilitation noch defizitär

Die Schnittstelle beim Übergang zwischen medizinischer Suchtrehabilitation und SGB II ist von erheblicher Bedeutung, da ein Behandlungserfolg tendenziell nahtlose Übergänge zur Voraussetzung hat. Derzeit mangelt es jedoch an einem ausreichenden Informationsaustausch: Nur 12 % der Grundsicherungsstellen geben Informationen an die Einrichtungen der Suchtbehandlung weiter, nur 23 % erhalten in der Regel Informationen über arbeitsbezogene Maßnahmen seitens der Suchtrehabilitationseinrichtungen, weitere 27 % erhalten solche Informationen nur dann, wenn sie diese erfragen. Nur in 37 % der Grundsicherungsstellen gelingt es „meistens“, arbeitsmarktpolitische Maßnahmen nahtlos an die medizinische Rehabilitation anzuschließen. Hier sind Abstimmungsmaßnahmen überfällig, die ein effektiveres Schnittstellenmanagement gewährleisten.

Die derzeit teilweise ungenügende Zusammenarbeit führt nicht nur zu Doppelarbeiten (wiederholtes Profiling u. ä.) in den Grundsicherungsstellen und den Einrichtungen der Suchtrehabilitation. Der § 7 (4) SGB II wirkt sich hier hemmend auf eine kontinuierliche Betreuung der Suchtkranken aus, da durch den Wechsel der institutionellen Zuständigkeit ein Bruch in der Betreuung unausweichlich ist. Umso wichtiger wäre eine grundsätzliche Regelung zur Schnittstellengestaltung in diesen Fällen.

10.2.13 Arbeitsmarktintegration bislang unbefriedigend, Fördermöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft

Ziel der Betreuung im SGB II ist letztlich die Überwindung der Hilfebedürftigkeit durch Integration in Existenz sichernde Beschäftigung. Dieses Ziel erscheint aus der Erfahrung der SGB II-Stellen⁴² für den allergrößten Teil der suchtkranken Hilfebedürftigen unrealistisch. Selbst Lohnkostenzuschüsse ändern aus Sicht der Grundsicherungsstellen nur wenig daran, dass Arbeitgeber eine Einstellung von Hilfebeziehenden mit Suchtproblemen tendenziell ablehnen. Offen ist, ob das Instrument „Beschäftigungszuschuss“ (§ 16e SGB II) künftig etwas daran ändern kann.

Bei der Gestaltung von Fördermaßnahmen, die Zwischenschritte auf dem Weg der Erwerbsintegration darstellen, werden nicht in allen Grundsicherungsstellen die besonderen Bedarfe suchtkranker Hilfebedürftiger berücksichtigt. Obwohl es teilweise spezifisch auf Suchtkranke zugeschnittene Maßnahmen gibt, bilden z. B. Maßnahmen, die an den Schnittstellen zwischen den Leistungssystemen und in Kooperation mit anderen Leistungsträgern durchgeführt werden, bislang die große Ausnahme. 81 % der Grundsicherungsstellen, die ihr Maß-

⁴² Auf eine Befragung kooperierender Beschäftigungs- und Bildungsträger wurde im Rahmen dieser Untersuchung verzichtet, nachdem die Grundsicherungsstellen nur wenige Kooperationspartner aus diesem Arbeitsfeld benannt hatten.

nahmeportfolio für Suchtkranke beschreiben, nutzen ausschließlich das Instrument der Arbeitsgelegenheiten in der Mehraufwandsvariante und haben bei der Maßnahmeplanung offensichtlich einen eher arbeitsmarktfernen Personenkreis im Auge. Mit Maßnahmen dieser Art dürften jedoch längst nicht alle Bedarfe suchtkranker Arbeitsloser gedeckt sein. Allerdings geht aus der Untersuchung nicht hervor, ob und welche (höherwertigen) Möglichkeiten der Qualifizierung und Fortbildung suchtkranken Personen im Einzelfall erschlossen werden. In der Praxis spielt es offensichtlich kaum eine Rolle, dass Suchtkranke, bei denen eine Behinderung droht oder bereits eingetreten ist, Anspruch auf Förderung auch nach dem SGB IX haben – hier nutzt die Praxis zurzeit nicht alle vorhandenen Gestaltungsspielräume.

10.3 Ausblick und weitere Forschungsfragen

Bei aller Begrenztheit standardisierter Erhebungen konnte mit dem hier vorliegenden Bericht eine erste umfassende repräsentative Bestandsaufnahme zur Praxis der Betreuung von ALG II-Beziehenden mit Suchtproblemen vorgenommen werden. Welche Forschungslücken existieren, und welche weiteren offenen Fragen künftigen Untersuchungen vorbehalten bleiben, soll hier kurz dargestellt werden.

10.3.1 Qualitative Untersuchungen zur Beschreibung konkreter Praxis

Die Ergebnisse der Befragungen der Grundsicherungsstellen und der von ihnen als Kooperationspartner benannten Suchtberatungsstellen geben einen Überblick über die aktuelle Praxis, der sich jedoch auf grundsätzliche Fragen beschränkt und zudem aufgrund der überwiegend standardisierten Antwortvorgaben die tatsächliche Differenziertheit nur begrenzt widerspiegeln kann. Aussagekräftig sind die Ergebnisse vor allem in Bezug auf die erfragten institutionellen Gegebenheiten. Demgegenüber müssen alle Antworten in Bezug auf das konkrete Vorgehen im Betreuungsprozess als Anhaltspunkte für bestimmte Tendenzen aufgefasst werden. Erstens ist die Praxis vielfältiger, als sie sich in den standardisierten Antworten erfassen lässt – darauf verweisen die vielen Kommentare und Erläuterungen in den Freitextantworten. Zweitens besteht die Kunst einer einzelfallbezogenen passgerechten Betreuung gerade darin, Ermessen auszuüben und die unterschiedlichen Facetten der Lebenssituation der Betroffenen einerseits und die – lokal sehr unterschiedlichen – Gegebenheiten andererseits zu berücksichtigen.

Die Orientierung an allgemeinen Vorgaben wird dadurch nicht außer Kraft gesetzt, sondern auf sehr differenzierte Weise umgesetzt. Eine gründliche Untersuchung guter Praxis muss diese Differenziertheit erfassen und deshalb qualitative Methoden einsetzen. Nur so wird es möglich, die Rahmenbedingungen, Praxen und Kooperationsgeflechte der Einrichtungen im Einzelfall (d. h. konkret in einer lokalen Einheit) aufeinander bezogen zu analysieren und herauszufinden, was gute Praxis im Kontext ausmacht, d. h. unter welchen Bedingungen welches Handeln sinnvoll ist, und wie die verschiedenen beteiligten Akteure das institutionelle Handeln erleben und bewerten. Soll die Frage nach guter Praxis qualifiziert beantwortet werden, müssten angesichts der Komplexität des Geschehens Fallstudien erstellt werden. Für solche weiterführenden Untersuchungen liefert die vorliegende Studie eine gute Grundlage. Die Auswahl einer Stichprobe für künftige qualitative Untersuchungen kann sich an den hier beschriebenen Merkmalen orientieren.

10.3.2 Wirkungen analysieren

Qualitative Fallstudien würden es vor allem erlauben, „Maßnahmen von Grundsicherungsträgern nach dem SGB II hinsichtlich der Beratung und Vermittlung von Menschen mit Suchtgefährdung oder Suchterkrankung“ (vgl. Leistungsbeschreibung) nicht nur zu erheben und zu beschreiben, sondern in einem wesentlichen zweiten Schritt auch ihre Wirkungen in den Blick zu nehmen: Erfüllt die Suchtberatung die ihr im Kontext des SGB II zugeordnete Aufgabe? Werden Menschen, die Leistungen der Suchtberatung erhalten oder erhalten haben, besser integriert als solche ohne? Woran lässt sich soziale Stabilisierung im Einzelfall festmachen? Sind suchtspezifische Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen erfolgreicher als allgemeine? Finden mehr Menschen Arbeit, wenn Suchtberatungsstelle und Maßnahmeträger zusammenarbeiten? Gelingen suchtsensiblen Fachkräften mehr Vermittlungen und nachhaltigere Hilfeprozesse? Welche Auswirkungen haben regionale Netzwerke auf die Qualität der Einzelfallbearbeitung?

10.3.3 Die Perspektive von Betroffenen einbeziehen

Eine soziale Dienstleistung wie die Betreuung von Hilfebeziehenden im SGB II ist ein Prozess, in dem die Betroffenen bzw. die Adressat/inn/en der Hilfe aktiv mitwirken müssen. Sie sind selbst gestaltende Akteure, indem sie ihre Wünsche und Erwartungen in die Fallbearbeitung einbringen und aktiv daran mitwirken, Vermittlungshemmnisse (z. B. Suchtkrankheit) zu überwinden und Beschäftigung zu finden. Vor allem die Kund/inn/en können deshalb beurteilen, ob die in den Grundsicherungsstellen praktizierten Vorgehensweisen bei der Beratung, Betreuung und Vermittlung hilfreich – also „gute Praxis“ – sind. Qualitative Untersuchungen zur Praxis der Betreuung von ALG II-Beziehenden mit Suchtproblemen sollten deshalb unbedingt die Perspektive der Betroffenen mit einbeziehen.

10.3.4 Offene Fragen für die weitere Diskussion

10.3.4.1 Erwerbsfähigkeit und Beschäftigungsfähigkeit

Die Befragungsergebnisse zeigen, dass Grundsicherungsstellen im Fall von suchtkranken Kund/inn/en nicht selten deren Erwerbsfähigkeit prüfen lassen. Doch auch wenn die begutachtenden Stellen bestätigen, dass Erwerbsfähigkeit im Sinne des SGB II besteht – dass die betreffende Person also grundsätzlich in der Lage ist, drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen –, so bedeutet das nicht, dass unter den gegebenen Bedingungen des Arbeitsmarktes eine Integration in Beschäftigung tatsächlich möglich ist. Die Frage, ob suchtkranke Personen mit erheblichen Einschränkungen ihrer Beschäftigungsfähigkeit im SGB II richtig aufgehoben sind, ist derzeit noch zu wenig diskutiert. Wenn dies bejaht wird (wie derzeit), stellt sich die Frage, ob die vorhandenen Förder- und Unterstützungsangebote für diese Personengruppe geeignet sind, oder ob es zusätzlicher spezifischer Instrumente bedarf, die eine langfristige und nahtlose Förderung ermöglichen.

10.3.4.2 Suchtkrankheit als Vermittlungshemmnis

Kaum geklärt sind derzeit die Fragen, wann eine Suchtkrankheit ein Vermittlungshemmnis darstellt, und ob die Grundsicherungsstelle Suchtprobleme auch dann zum Gegenstand der

Betreuung machen sollte, wenn entweder die Sucht nicht als Vermittlungshemmnis identifiziert wurde oder die Leistungsbeziehenden der Vermittlung tendenziell nicht zur Verfügung stehen (z. B. Sozialgeldempfänger/innen oder ALG II-Beziehende, die aufgrund von § 10 SGB II nicht zur Aufnahme einer Beschäftigung verpflichtet sind).

10.3.4.3 Suchtberatung für unterschiedliche Kund/inn/en-Gruppen

Die Bestandsaufnahme zeigte, dass es große Unterschiede dahin gehend gibt, ob und wie im Fall der Suchtberatung zwischen ALG II-Beziehenden und anderen arbeitslosen Klient/inn/en unterschieden wird. Darüber hinaus wird unterschiedlich damit umgegangen, wenn SGB II-Leistungsbeziehende ohne Zuweisung durch die Grundsicherungsstelle die Suchtberatungsstelle aufsuchen. Insbesondere in Bezug auf folgende Punkte lassen sich unterschiedliche Verfahrensweisen identifizieren:

- Finanzierung der Suchtberatung (Abrechnung gegenüber der Grundsicherungsstelle oder nicht),
- vorrangige Betreuung der SGB II-Kund/inn/en (im Einzelfall auch nachrangige Betreuung),
- Informationsaustausch mit der Grundsicherungsstelle auch für den Fall, dass SGB II-Leistungsbeziehende die Suchtberatung ohne Zuweisung durch die Grundsicherungsstelle in Anspruch nehmen.

Zu diesen Fragen gibt es derzeit keine fachwissenschaftliche Diskussion, aber praktischen Gestaltungsbedarf.

10.3.4.4 Bedarfserhebung und suchtspezifische Statistiken

Eine offene Frage ist, ob und wie bei den Grundsicherungsstellen suchtspezifische Statistiken geführt werden (können), und wie eine verlässliche Bedarfsplanung erfolgen kann.

24 Grundsicherungsstellen haben angegeben, dass sie eine Erhebung zum Bedarf an suchtspezifischer Beratung durchgeführt haben, um Ressourcen zu planen. Demgegenüber haben zwei SGB II-Stellen im zurückgesandten Fragebogen explizit danach gefragt, wie man eine solche Bedarfserhebung sinnvollerweise durchführt, und Interesse an einem Erfahrungsaustausch zu diesem Thema geäußert. Lediglich vier Grundsicherungsstellen (ein Prozent) führen nach der Art des Suchtproblems (Alkohol, Drogen usw.) aufgeschlüsselte Statistiken.

10.3.4.5 Tagesstruktur, Beschäftigung, Qualifizierung und Arbeitsmarktintegration

Die unterschiedlichen Bedarfe suchtkranker Menschen an Hilfen zur Beschäftigung sind in der Fachöffentlichkeit bekannt und beschrieben. Benötigt werden tagesstrukturierende Angebote an der Schnittstelle zum SGB XII, zur Eingliederungshilfe oder zur Ergotherapie innerhalb der medizinischen Suchtrehabilitation, aber auch die qualifizierende Unterstützung beim Nachholen eines versäumten Schulabschlusses oder der beruflichen Neuorientierung. Benötigt werden „Brücken in den Arbeitsmarkt“ wie auch dauerhaft geförderte Beschäftigung,

für die z. B. der Beschäftigungszuschuss nach § 16e SGB II in Betrieben des ersten Arbeitsmarktes oder in Integrationsfirmen genutzt werden könnte. Die untersuchten Konzepte beschäftigungsfördernder Angebote werden diesen Bedarfen aber nur teilweise gerecht.

Eine zu klärende Frage ist, wie Ansätze innovativer Integrationspraxis und die offensive Nutzung geeigneter Instrumente befördert werden können. Dabei wäre zu prüfen, ob die Förderung zielgruppenspezifischer Projekte – ähnlich wie bei der Förderung von Zielgruppenprojekten für Alleinerziehende im SGB II – ein gangbarer Weg sind.

11 Literatur

Allmendinger, Jutta; Rauch, Angela (2005): Der Arbeitsmarkt der Zukunft. Qualifikationsanforderungen und Integrationschancen behinderter Menschen. In: Fachverband Sucht (Hrsg.). Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern, fordern, sichern. Geesthacht: Neuland.

Autorengemeinschaft (2004): Fachkonzept "Beschäftigungsorientiertes Fallmanagement im SGB II". Abschlussfassung des Arbeitskreises. Nürnberg (hrsg. von Rainer Göckler, Zentralbereich S, S 21 Bundesagentur für Arbeit). In: <http://www.tacheles-sozialhilfe.de/aktuelles/2005/fachkonzept-abschlussfassung-fallmanagement.pdf>, gesichtet am 12.7.2009.

Baethge-Kinsky, Volker; Bartelheimer, Peter; Henke, Jutta; Wolf, Andreas; Land, Rainer; Willisch, Andreas; Kupka, Peter (2007): Neue soziale Dienstleistungen nach SGB II. IAB-Forschungsbericht 15/2007 Nürnberg. In: <http://www.iab.de/de/185/section.aspx/Publikation/k071207a03>.

Bernhard, Sarah; Hohmeyer, Katrin; Jozwiak, Eva; Koch, Susanne; Kruppe, Thomas; Stephan, Gesine; Wolff, Joachim (2008): Aktive Arbeitsmarktpolitik in Deutschland und ihre Wirkungen. IAB-Forschungsbericht 2/2008. Nürnberg.

Bieritz-Harder, Renate (2008): Die Rechtsgrundlagen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Teil 2). In Diskussionsforum D, Beitrag 1/2008 auf: www.iqpr.de, gesichtet am 20.8.2009.

Bundesagentur für Arbeit (2009a): Befragung zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Schreiben des Vorstands Grundsicherung an die Geschäftsführer Grundsicherung in den Regionaldirektionen. Februar 2009.

Bundesagentur für Arbeit (2009b): SGB II Sozialgesetzbuch Zweites Buch - Grundsicherung für Arbeitssuchende. Jahresbericht 2008. In: <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/Veroeffentlichungen/SGB-II/SGBII-Jahresbericht-2008.pdf>, gesichtet am 20.5.2009.

Bundesagentur für Arbeit, Vorstand Grundsicherung (2009): Befragung zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Schreiben der BA an die Geschäftsführer Grundsicherung in den Regionaldirektionen. Februar 2009.

Bundesagentur für Arbeit (2008): Fachtagung SGB II: Stärken bündeln - Netzwerke als Erfolgsfaktor im beschäftigungsorientierten Fallmanagement. Tagungsdokumentation. In: <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A01-Allgemein-Info/A013-Statistik/Publikation/pdf/Fachtagung-Staerken-buendeln.pdf>, gesichtet am 4.5.2009.

Bundesagentur für Arbeit (2008): Arbeitshilfe SWL: Leistungen an erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II. Hinweise zu § 16 Abs. 2 Satz 1 SGB II. Sonstige weitere Leistungen (SWL). Nürnberg. In: <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/A01-Allgemein-Info/A015-Oeffentlichkeitsarbeit/Publikation/pdf/Arbeitshilfe-Sonst-Weit-Leist.pdf>, gesichtet am 25.7.2009.

Bundesagentur für Arbeit (2009): SGB II. Jahresbericht 2008. Nürnberg. Bundesagentur für Arbeit. In: <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/Veroeffentlichungen/SGB-II/SGBII-Jahresbericht-2008.pdf>, gesichtet am 5.6.2009.

Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion NRW/Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Land NRW/LDI Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit (2005): Datenschutzrechtliche Fragen bei der Umsetzung des SGB II. Hinweise der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit NRW, der Regionaldirektion NRW der Bundesagentur für Arbeit und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW. Düsseldorf.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.) (2004): MoZArT – Neue Strukturen für Jobs. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. BMWA Dokumentation Nr. 541, Berlin.

Bundesregierung (2006): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Brigitte Pothmer, Markus Kurth, Irmgard Schewe-Gerigk und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Betreuungssituation und Fallmanagement bei den Trägern der Grundsicherung. Deutscher Bundestag Drucksache. 16/3953. In: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/039/1603953.pdf>, gesichtet am 24.7.2009.

Bundesregierung (2008): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Sabine Zimmermann, Katrin Kunert, Ulla Lötzer, Kornelia Möller und der Fraktion DIE LINKE. Neuausrichtung der Arbeitsmarktpolitik und die drohende Wirtschaftskrise. Deutscher Bundestag - Drucksache 16/11114. Berlin In: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/111/1611114.pdf>, gesichtet am 26.7.2009.

Bürkle, Stefan und Expertengruppe Caritasverband Freiburg (2008a): Kooperation zwischen den Trägern der Einrichtungen der Suchthilfe und den Trägern der Grundsicherung für Arbeitssuchende nach § 16 Abs. 2 SGB II: Handreichung für die Träger der Einrichtungen der Suchthilfe der Caritas. In: Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe (Hrsg.) (2008). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 361-388.

Con_sens/Ramboll Managment GmbH (2009): Benchmarking der 69 Optionskommunen: Entwicklungen und Aktivitäten. Kommunal flankierende Leistungen. Berichtsjahr 2008. Berlin, Hamburg.

De Jonge, Ronald (2009): Schreiben an die Projektgruppe vom 8.6.2009.

Deutscher Bundestag (2003): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, Drucksache 15/1516 vom 5.9.2003. Berlin. In: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/15/015/1501516.pdf>, gesichtet am 13.6.2009.

Deutscher Landkreistag (2008a): Leitlinien zur Umsetzung der sozialen Leistungen nach dem SGB II. Berlin. In: <http://www.deutscher-landkreistag.de/dlt-aktuell/veroeffentlichungen/bd-73.pdf>, gesichtet am 3.7.2009.

Deutscher Landkreistag (2008b). Evaluation der Aufgabenträgerschaft nach dem SGB II. Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse. Berlin: Deutscher Landkreistag

IAB (2008). Typ-Zuordnung der SGB II-Träger, Aktualisierung 2006, (Stand: 01.03.2008) Verfügbar unter: <http://doku.iab.de/grauemap/2006/TypzuordnungSGBII-Traeger.pdf> gesichtet am 23.7.2009

Institut für Therapieforschung (2008): Deutsche Suchthilfestatistik 2007. München: IFT.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Mai 2008): Drogen- und Suchtbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit

Drogen- und Suchtrat (2007): Beschluss des Drogen- und Suchtrats vom 5.11.2007.

Fachhochschule Frankfurt am Main/Institut für angewandte Sozialwissenschaft/ Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (2008): Abschlussbericht Mai 2008 an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II – Vergleichende Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Erfolgs der Modelle der Aufgabenwahrnehmung „Zugelassener kommunaler Träger“ und „Arbeitsgemeinschaft“, Untersuchungsfeld 2: Implementations- und Governanceanalyse. Frankfurt am Main.

Fachstelle FAIRE (2009): Mustervertrag zur Leistungsvereinbarung gemäß § 17 Abs. 2 SGB II. IWS der Fachhochschule Koblenz.

Fachverband Drogen und Rauschmittel/Paritätischer Gesamtverband (2004): Handreichung Leistungsvereinbarungen für Suchtberatung nach § 16 (2) SGB II (überarbeitete Fassung vom 18.12.2004). In: <http://fdr-online.info/media/pdf-Dateien/Arbeitsmaterialien/DPWVHandreichungLeistungsvereinbarungSGBII.pdf>, gesichtet am 22.7.2009.

Fachverband Sucht (2006): Vorschläge zur Umsetzung des SGB II im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe, -behandlung In: http://www.sucht.de/suakt/sa_01_06/vorschlag.pdf, gesichtet am 15.7.2009.

Frietsch, Robert (2008): Modellprojekt FAIRE. Handlungsleitende Kriterien für eine Erweiterung des Modellvorhabens. IWS der Fachhochschule Koblenz.

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (2005): Rahmenkonzept für eine Schulung der FallmanagerInnen nach SGB II für die Arbeit mit Menschen mit Suchtproblemen. Berlin In: http://www.sucht.org/fileadmin/user_upload/Service/Publikationen/Thema/Konzept/Schulungsangebot_Fallmanager.pdf, gesichtet am 12.6.2009.

Hartmann-Graham, Ursula (2009): Kooperation und Schnittstellenmanagement zwischen Suchtkrankenhilfe und Arbeitsmarktintegration. Vortrag auf der Tagung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen "Fit für den Arbeitsmarkt? Netzwerke zur Integration suchtkranker Menschen in Arbeit und Beschäftigung", Hannover, 4.6.2009. In: http://nls-online.de/home/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=64&Itemid=69, gesichtet am 28.07.2009.

Henkel, Dieter (2000): Zum Konsum von Alkohol, Tabak und psychoaktiven Medikamenten bei Arbeitslosen und Einkommensarmen. Abhängigkeiten, 6, S. 26-43.

Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe; Dornbusch, Peer (2008): Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projekts und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe (Hrsg.) (2008). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 214-241.

Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung/Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (2008): Endbericht an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Evaluation der Experimentierklausel nach § 6c SGB II - Vergleichende Evaluation des arbeitsmarktpolitischen Erfolgs der Modelle der Aufgabenwahrnehmung "zugelassener kommunaler Träger" und "Arbeitsgemeinschaft". Untersuchungsfeld I: "Deskriptive Analyse und Matching". Mannheim/Tübingen. In: http://www.bmas.de/co-media/generator/30132/property=pdf/f385_forschungsbericht.pdf, gesichtet am 11.03.09.

Kern, Albert (o.J.): Herausforderungen für die Sucht- und Drogenhilfe durch Hartz IV. o.O. In: [http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/10_11_2004_Herausforderungen %20fuer%20die %20Suchthilfe%20I.pdf](http://www.lwl.org/ks-download/downloads/fwb/10_11_2004_Herausforderungen%20fuer%20die%20Suchthilfe%20I.pdf), gesichtet am 12.6.2009.

Klein, Michael (2008): Kinder aus alkoholbelasteten Familien. In: Klein, Michael (Hrsg.). Kinder und Suchtgefahren. Schattauer Verlag, S. 114-127.

Körkel, Joachim (2008): Rückfälle arbeitsloser Suchtkranker: Fakten und Folgerungen für die Rückfallprävention. In: Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 242-266.

Kotlenga, Sandra (2008): Auswirkungen der Hartz-Reform auf den Dritten Sektor. In: Klute, Jürgen; Kotlenga, Sandra (Hrsg.). Sozial- und Arbeitsmarktpolitik nach Hartz. Göttingen: Universitätsverlag, S. 100-121.

Kraus, Ludwig; Pabst, Alexander; Steiner, Susanne (2008): Die 2. Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD). IFT-Berichte Bd. 165. München.

Kruppe, Thomas (Hrsg.) (2008): Mehr Vermittlungen durch mehr Vermittler? Ergebnisse des Modellversuchs „Förderung der Arbeitsaufnahme“ (FAIR). IAB-Bibliothek 312. Nürnberg.

Kulick, Barbara (2008): Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung. In: Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 299-315.

LAG Freie Wohlfahrtspflege in Bayern/Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (2006): Eckpunkte zur Konzeption der Leistungen Suchtberatung und psychosoziale Betreuung nach SGB II in Bayern. 2. Auflage, Juni 2006.

Miller, W.; Rollnick, S. (2005): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg (2005): Empfehlung für die Entwicklung und Einrichtung von Kommunalen Suchthilfenetzwerken in Baden-Württemberg. In: http://la.boa-bw.de/archive/frei/824/0/www.sm.baden-wuerttemberg.de/fm/1442/Empfehlung_Suchthilfenetzwerke.pdf, gesichtet am 24.7.2009.

Pockrandt, C.; Coder, B.; Lau, K.; Hartmann, B.; John, U.; Freyer-Adam, J. (2007): Gesundheits- und Risikoverhalten unter Arbeitssuchenden: Ein Screening am Arbeitsamt. Gesundheitswesen, 69, S. 628-634.

Rauch, Angela u.a. (2008): Berufliche Rehabilitation in Zeiten des SGB II. IAB-Kurzbericht 25/2008.

Retzlaff, Roland; Hildebrandt, Martina (2009): Rehabilitation effizient und rentabel? Vortrag auf dem Heidelberger Kongress des Fachverbands Sucht e.V. vom 15.-17.6.2009.

Rose, Ulrich; Jacobi, Frank (2004): Gesundheitsstörungen bei Arbeitslosen. Ein Vergleich mit Erwerbstätigen im Bundesgesundheitsurvey 98. Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin, 41, S. 556-564.

Rüb, Felix; Werner, Daniel (2007): Typisierung von SGB II-Trägern. IAB-Forschungsbericht. Nürnberg. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. In: <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2007/fb0107.pdf>.

Rumpf, Hans-Jürgen; Hüllinghorst, Rolf (2003): Alkohol und Nikotin: Frühintervention, Akutbehandlung und politische Maßnahmen. Lambertus.

Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (2009): Brücken zur beruflichen Reintegration suchtkranker Menschen in Sachsen. Arbeitshilfe für Projektträger, Institutionen und Vereine zur Förderung der beruflichen Reintegration suchtkranker Menschen. Erarbeitet vom SLS-Fachausschuss „Arbeit und Beschäftigung“. Dresden. <http://www.slsev.de/Arbeitshilfe.pdf>, gesichtet am 17.08.2009.

Sell, Stefan (2008): Vision sozialer Dienstleistungen und beschäftigungspolitischer Modelle für Suchtkranke im SGB II. Remagener Beiträge zur aktuellen Sozialpolitik Nr. 02. Download: http://www.stefan-sell.de/texte/Sozialpolitik_2008-02.pdf.

Schlee, Jörg; Mutzeck, Wolfgang (Hrsg.) (1996): Kollegiale Supervision. Modelle zur Selbsthilfe für Lehrerinnen und Lehrer, Heidelberg.

Weissinger, Volker (2008): Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben in der medizinischen Rehabilitation: Überblick über Entwicklungen, Status quo und Perspektiven aus Sicht des Fachverbandes Sucht. In: Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 284-298.

Welti, Felix (2007): Leistungen zur Teilhabe und Verfahrenspflichten des SGB IX für erwerbsfähige Hilfebedürftige nach dem SGB II. In Diskussionsforum D, Beitrag 2/2007 auf www.igpr.de; gesichtet am 20.8.2009.

Welti, Felix (2008): Systematische Stellung des SGB IX im Sozialgesetzbuch – Zusammenarbeit der Leistungsträger und Koordinierung der Leistungen. In: Die Sozialgerichtsbarkeit (SGb). Jg. 2008. 321-331.

Winkler, Ute (2008): Sucht und Arbeitslosen-, Rehabilitations- und Teilhaberecht. In: Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 500-560.

Zemlin, Uwe; Bornhak, Christina; Nickl, Anette (2008): Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Reintegration arbeitsloser Alkohol- und Medikamentenabhängiger sowie zur Überwindung der Schnittstelle zwischen Suchtrehabilitation, Arbeitsmarkt und Arbeitsverwaltung. In: Henkel, Dieter; Zemlin,

Uwe (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag, S. 316-337.

Zemlin, Uwe; Gnam, Kathrin (2008): Der Konsiliardienst der Suchthilfe in Arbeitsagenturen und Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) – ein initiales Hilfeangebot im Rahmen einer regionalen Vernetzung von Suchthilfe und Arbeitsverwaltung. In: Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag, S. 389-415.

Anhang

Tabellen

Tabelle 98: Anzahl der an der Beantwortung des Fragebogens beteiligten Personen

	N	Gesamtzahl	In Prozent der antwortenden GSS
1	55	55	19,5
2	98	196	34,8
3	55	165	19,5
4	30	120	10,6
5	22	110	7,8
6	9	54	3,2
7	4	28	1,4
8	2	16	,7
9	2	18	,7
10	3	30	1,1
13	2	26	,7
Gesamt	282	818	100
Keine Angabe	41		
Gesamt	323		
Mittelwert	2,9	Standardabweichung	1,9

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage L 2.

Tabelle 99: Funktion der an der Beantwortung des Fragebogens beteiligten Personen

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Geschäftsführung	170	54,1
Teamleitung	189	60,2
Fallmanagerin/Fallmanager	181	57,6
Leistungssachbearbeitung	18	5,7
Sonstiges	84	26,8

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage L 2; N=314.

Tabelle 100: Funktion der an der Beantwortung des Fragebogens beteiligten Personen – Rubrik Sonstiges

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Controlling/Statistik	34	40,5
Arbeitsvermittlung, Fallmanagement, persönliche Ansprechpartner einschließlich Teamleitung	21	25,0
Stabsstelle/Koordinator/in	21	25,0
Bereichsleitung	12	14,3
Kommunaler Träger	6	7,1
Suchtberatung	2	2,4
Ü25	2	2,4
U25	2	2,4
Stellvertretende Geschäftsführung	2	2,4
Assistenz der Geschäftsführung	2	2,4
Rehabilitations-Abteilung	2	2,4
Sonstige	5	6,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage L 2; N=84 (Grundsicherungsstellen, die unter Funktion der den Fragebogen ausfüllenden ‚Sonstiges‘ angaben).

Tabelle 101: Verteilung der Grundsicherungsstellen auf die Bundesländer gesamt und in der Stichprobe

Bundesland	Häufigkeit Gesamt	In Prozent	Häufigkeit Stichprobe	In Prozent der Stichprobe
Baden-Württemberg	44	10,0	24	7,4
Bayern	93	21,2	64	19,8
Berlin	12	2,7	10	3,1
Brandenburg	18	4,1	14	4,3
Bremen	2	0,5	2	,6
Hamburg	1	0,2	1	,3
Hessen	26	5,9	19	5,9
Mecklenburg-Vorpommern	18	4,1	14	4,3
Niedersachsen	47	10,7	38	11,8
Nordrhein-Westfalen	54	12,3	41	12,7
Rheinland-Pfalz	31	7,1	25	7,7
Saarland	6	1,4	6	1,9
Sachsen	29	6,6	21	6,5
Sachsen-Anhalt	20	4,6	16	5,0
Schleswig-Holstein	15	3,4	10	3,1
Thüringen	23	5,2	18	5,6
Gesamt	439	100	323	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, eigene Berechnungen.

Tabelle 102: Verteilung der Grundsicherungsstellen nach SGB-II-Typen Gesamt und in der Stichprobe

	Häufigkeit Gesamt	In Prozent	Häufigkeit Stichprobe	In Prozent der Stichprobe
Städte West durchschnittliche AM-Lage	14	3,2	9	2,8
Städte West überdurchschnittliche AM-Lage	30	6,8	18	5,6
Städte West unterdurchschnittliche AM-Lage	29	6,6	23	7,1
Städte Ost schlechte AM-Lage	20	4,6	16	5,0
Vorwiegende städtische Gebiete West durch- schnittliche AM-Lage	32	7,3	27	8,4
Ländliche Gebiete West durchschnittliche AM-Lage	52	11,8	41	12,7
Vorwiegend ländliche Gebiete West/Ost unter- durchschnittliche AM-Lage	35	8,0	26	8,0
Ländliche Gebiete West gute AM-Lage	46	10,5	37	11,5
Ländliche Gebiete West sehr gute AM-Lage, sai- sonale Dynamik	64	14,6	36	11,1
Ländliche Gebiete West sehr gute AM-Lage	56	12,8	36	11,1
Ländliche Gebiete Ost schlechte AM-Lage	38	8,7	37	11,5
Vorwiegend ländliche Gebiete Ost sehr schlechte AM-Lage	23	5,1	17	5,3
Gesamt	439	100	323	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage A 1, IAB 2008.

Tabelle 103: Suchtspezifische Schulungen – Durchführung durch wen?

Mehrfachantworten	Alle GSS		Mit geregelter Ko- operation mit Suchtberatung		Ohne geregelte Ko- operation mit Suchtberatung	
	N	In Prozent	N	In Prozent	N	In Prozent
Kooperierende Suchtberatungsstelle/n	153	80,5	102	84,3	48	73,8
Externe Suchtexperten/Suchtexpertinnen	76	40,0	50	41,3	25	38,5
Ärztlichen/Psychologischen Dienst	53	27,9	30	24,8	22	33,8
Sonstige	30	15,8	22	18,2	8	12,3
Geschulte Fachkräfte	21	11,1	16	13,2	4	6,2
Gesamt	190	100	121	100	65	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage J 10b; N=190 (Grundsicherungsstellen, die bereits suchtspezifische Schulungen durchgeführt hatten) bzw. N=186 (Grundsicherungsstellen für die zusätzlich Angaben über geregelte/nicht geregelte Kooperation vorlagen). Prozentangaben in Bezug auf antwortende Grundsicherungsstellen.

Tabelle 104: Gegenstand der Leistungskataloge in den Leistungsvereinbarungen zwischen Grundsicherungsstellen und Suchtberatungsstellen, Auswertung von Freitextantworten

Vereinbarte Leistungen der Suchtberatungsstellen	N	In Prozent der antwortenden GSS
Beratung	29	42,6
Beratung besonderer Zielgruppen (u25, Migrant/inn/en, Angehörige)	15	18,5
Vermittlung in stationäre Therapie	11	13,6
Ambulante Therapie	6	7,4
Nachsorge	7	8,6
Schulungen für Fachkräfte	4	4,9
Motivationsarbeit	9	11,1
Suchtprävention	8	9,9
Diagnostik	3	3,7
Vermittlung in Selbsthilfegruppen	4	4,9
Psychoziale Begleitung Substituierter	4	4,9
Abstinenz-/Drink Less-Programme	4	4,9
Einzelfallhilfe	6	7,4
Führerscheingruppe	4	4,9
Betreutes Wohnen	2	2,5
Aufsuchende Sozialarbeit	2	2,5
Begleitung während einer Entwöhnungsbehandlung	2	2,5
Psychoziale Begleitung beim Arbeitseinstieg	4	4,9
Betreuung von Arbeitsprojekten	1	1,2
Weitere Leistungen	17	21,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 8a; N=81 (Die Grundsicherungsstellen, die angaben, Leistungsvereinbarungen mit Suchtberatungsstellen der Region vereinbart zu haben).

Tabelle 105: Ergebnisse aus repräsentativen epidemiologischen Studien zur Prävalenz substanzbezogener Probleme bei Arbeitslosen

Quelle	Substanzbezogene Probleme	Prävalenzrate %
Rose, Jacobi 2004	Alkoholmissbrauch/Alkoholabhängigkeit DSM IV Männer	8,9*
Rose, Jacobi 2004	Alkoholmissbrauch/Alkoholabhängigkeit DSM IV Frauen	1,8
Pockrandt u.a. 2007	Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT) ALG I	25,6*
Pockrandt u.a. 2007	Riskanter Alkoholkonsum (AUDIT) ALG II	26,1*
Pockrandt u.a. 2007	Drogenkonsum >5-mal letzte 12 Monate ALG I	3,5*
Pockrandt u.a. 2007	Drogenkonsum >5-mal letzte 12 Monate ALG II	6,8*
Henkel 2000	Konsum psychoaktiver Medikamente >2-mal/Woche Männer	10,9*
Henkel 2000	Konsum psychoaktiver Medikamente >2-mal/Woche Frauen	15,4*
Pockrandt u.a. 2007	Rauchen täglich ALG I	46,7*
Pockrandt u.a. 2007	Rauchen täglich ALG II	57,0*

* In Relation zu Erwerbstätigen deutlich erhöht, ALG I = Arbeitslosengeld I-Empfänger/innen, ALG II = Arbeitslosengeld II-Empfänger/innen

Tabelle 106: In Kooperationsvereinbarungen festgelegte Inhalte

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Art der Leistung der Suchtberatungsstelle	107	67,7
Festlegung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle	93	58,9
Regelungen zum Austausch von Informationen zur Fallsteuerung zwischen der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle	88	55,7
Verfahren zum fachlichen Austausch zwischen der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle (z.B. Fallkonferenzen)	77	48,7
Festlegungen von Dokumentationspflichten	70	44,3
Regelungen zur Finanzierung und Abrechnung	56	35,4
Qualitätsvereinbarungen (z.B. Qualifikation des eingesetzten Personals, Arbeitsbedingungen, Wartezeiten)	42	26,6
Verfahren bei Kündigung der Kooperationsvereinbarung	35	22,2
Umfang des eingesetzten Personals und weiterer Ressourcen	33	20,9
Verfahren zur Novellierung der Kooperationsvereinbarung	26	16,5
Sonstiges	20	12,7

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage I 5a; N=158 (von 172 Grundsicherungsstellen, dieangaben, in irgendeiner Form geregelte Kooperationsbeziehungen zu Suchtberatungsstellen zu unterhalten).

Tabelle 107: Verteilung von Wartezeiten

	N	In Prozent der antwortenden GSS
1 Woche	10	10,3
2 Wochen	41	42,3
3 Wochen	19	19,6
4 Wochen	18	18,6
5 Wochen	1	1,0
6 Wochen	4	4,1
8 Wochen	1	1,0
10 Wochen	1	1,0
12 Wochen	2	2,1
Gesamt	97	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 9; N=97 (Die Grundsicherungsstellen, die von Wartezeiten berichteten).

Tabelle 108: Maßnahmen bei unplanmäßiger oder vorzeitiger Beendigung der Suchtberatung, Auswertung von Freitextantworten

	N	In Prozent der antwortenden GSS
Nichts, da Einsicht erforderlich	2	0,8
Einzelfallentscheidung	9	3,4
Persönliche Betreuung wird fortgesetzt	9	3,4
Einschaltung besonderes Fallmanagement	2	0,8
Rückgabe in Arbeitsvermittlung	3	1,1
Unterstellung Arbeitsfähigkeit/Vermittlungsvorschläge	5	1,9
Prüfung Erwerbsfähigkeit	16	6,1
(Beratungs-)Gespräche	204	77,3
davon: zur Klärung der Gründe /der Ursachen	41	15,5
davon: Anhörung	18	6,8
davon: ggf. mit Suchtberatung	2	0,8
davon: zur Motivation	24	6,8
davon: zur Planung nächster Schritte/Hilfeplanung	23	8,7
davon: zu SH-Gruppen	1	0,4
davon: mit Abschluss neuer Eingliederungsvereinbarung	15	5,7
davon: Fallbesprechung mit Suchtberatung	12	4,5
davon: ggf. mit BG	2	0,8
Abstimmung mit der Suchtberatung	11	4,2
Prüfung einer Sanktion	35	13,3
Sanktion	74	28,0
davon: im Einzelfall	12	4,5
davon: bei wiederholter Pflichtverletzung	2	0,8
Erneute Zuweisung Suchtberatung	28	10,6
davon: Vermittlung andere Beratungsstelle	4	1,5
Versuch erneute Suchtberatung	26	9,8
Einschaltung Dritter	25	9,5
davon: ÄD/PD	15	5,7
davon: Gesundheitsamt/sozialpsychiatrischer Dienst/med. Dienst	3	1,1
davon: Betreuer	2	0,8
davon: ASD	1	0,4
davon: andere Beratungsstellen	1	0,4
davon: andere kommunale Dienste	1	0,4
Zuweisung Maßnahmen	35	13,3
davon: passgenaue, niedrigschwellige MAE	10	3,8
davon: Arbeit/Beschäftigungsangebote, MAE	8	3,0
davon: suchtspezifisches Angebot	4	1,5
Verpflichtung med. Reha	2	0,8
Beratungs-Stufenplan-Sucht	1	0,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage G 7; N=264 (Die Grundsicherungsstellen, die angeben, bei Abbruch der Suchtberatung durch Kun/inn/en Maßnahmen zu ergreifen).

Tabelle 109: Grundsicherungsstellen mit/ohne geregelter Kooperationsbeziehung, die Angaben zu an Suchtberatungsstellen verwiesene Kund/inn/en machen können

		Kooperationsbeziehung zwischen Grundsicherungsstelle und Suchtkrankenhilfe			
		Nicht geregelt		Geregelt	
		N	In Prozent	N	In Prozent
Erkenntnisse über Kund/inn/en, die nach § 16a SGB II an eine Suchtberatungsstelle verwiesen wurden,	Keine Angaben möglich	117	52,5	106	47,5
	Angaben liegen vor	17	23,0	57	77,0
Erkenntnisse über nachweislichen Kontakt der Kundinnen/Kunden zu einer Suchtberatungsstellen	Keine Angaben möglich	6,	23,1	20	76,9
	Keine Angaben möglich	12	27,3	32	72,7

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen Frage G 6 und I 5

Tabelle 110: Anteil Kund/inn/en, bei denen Suchtprobleme Gegenstand der Fallbearbeitung waren

	N	Min.	Max.	Mittelwert	Standardabweichung
Anteil an allen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in % lt. Statistik	17	1,00	35,00	5,0447	8,11813
Anteil an allen arbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in % lt. Statistik	17	2,00	20,00	5,9829	4,52824
Anteil an allen Kundinnen und Kunden in % lt. Schätzung	104	1,00	50,00	16,3846	10,84136

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage C 3.

Tabelle 111: Verfügbarkeit von Informationen zu der Anzahl von durch die Grundsicherungsstelle vermittelte Klient/inn/en

	N	Prozent der antwortenden SB-Stellen
Wir können dazu genaue Angaben machen.	25	33,3
Wir können dazu keine Angaben machen, aber die Anzahl schätzen.	39	52,0
Wir können dazu keine Angaben machen	11	14,7
Gesamt	75	100
Fehlend	5	

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage D 1.

Tabelle 112: Anzahl der von Grundsicherungsstellen an Suchtberatungsstellen vermittelten Klient/inn/en – genaue und geschätzte Werte, statistische Kennzahlen

	N	Min.	Max.	Median	Mittelwert	Standardabweichung
Anzahl Personen von GSS an SB vermittelt – genaue Angaben	24	0	142	11	26,2	34,3
Anzahl Frauen von GSS an SB vermittelt – genaue Angaben	23	0	32	2	5,7	8,1
Anzahl Personen von GSS an SB vermittelt – geschätzt	37	4	100	20	28,2	23,5
Anzahl Frauen von GSS an SB vermittelt - geschätzt	34	0	30	4	6,9	7,2

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage D 1 (Angaben der Suchtberatungsstellen, die zuvor angegeben hatten, dass sie zur Zahl der zugewiesenen Klient/inn/en Angaben machen können; N=25 bzw. entsprechende Werte schätzen können; N=39)

Tabelle 113: Frauenanteile an allen durch die Grundsicherungsstelle vermittelten Klient/inn/en und an Klient/inn/en mit SGB II-Bezug ohne Vermittlung durch Grundsicherungsstellen

Anteile	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Frauenanteil bei von der Grundsicherungsstelle vermittelten Klient/inn/en - genaue Angaben (N=25)	21,0
Frauenanteil bei von der Grundsicherungsstelle vermittelten Klient/inn/en - geschätzte Angaben (N=34)	22,6
Frauenanteil bei Klient/inn/en mit SGB II-Bezug ohne Vermittlung durch Grundsicherungsstellen - genaue Angaben (N=7)	28,8
Frauenanteil bei Klient/inn/en mit SGB II-Bezug ohne Vermittlung durch Grundsicherungsstellen - geschätzte Angaben (N=40)	17,8

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Fragen D 1 und D 4.

Tabelle 114: Verfügbarkeit von Daten über Anteile von durch die SGB II-Stelle zugewiesenen Klientinnen und Klienten an allen Klient/inn/en mit SGB II-Bezug

	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Genaue Angaben möglich	15	21,4
Geschätzte Angaben möglich	44	62,9
Keine Angaben möglich	11	15,7
Gesamt	70	100
Keine Angabe	10	

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen Frage D 2.

Tabelle 115: Verfügbarkeit von Daten über Anteile von durch die Grundsicherungsstelle zugewiesenen Klientinnen und Klienten an allen Klient/inn/en der Suchtberatungsstelle

	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Genauere Angaben möglich	18	26,5
Geschätzte Angaben möglich	40	58,9
Keine Angaben möglich	10	14,6
Gesamt	68	100
Keine Angaben	12	

Quelle: Befragung Suchtberatungsstellen, Frage D 2.

Tabelle 116: Zunahme der Zahl der Klient/inn/en infolge von Zuweisungen

	N	In Prozent der antwortenden SB-Stellen
Zunahme erfolgt	33	44,6
Keine Zunahme erfolgt	30	40,5
Keine Angaben möglich	11	14,9
Gesamt	74	100
Keine Angaben	6	

Quelle: Befragung der Suchtberatungsstellen, Frage D 3.

Tabelle 117: Geregelte Kooperation und Weitergabe von Informationen der Fallbearbeitung (z.B. des Profiling) seitens der Fachkräfte der Grundsicherungsstellen an die Einrichtungen der Suchthilfe/-krankenhilfe

		Geregelte Kooperation mit der Suchthilfe			
		Ja		Nein	
		N	In Prozent	N	In Prozent
Weitergabe von Informationen der Fallbearbeitung (z. B. des Profiling) seitens der Fachkräfte der Grundsicherungsstellen an die Einrichtungen der Suchthilfe/-krankenhilfe	Ja	25	14,7	14	10,0
	Nein	99	58,2	96	68,6
	Hierzu gibt es keine einheitliche Regelung	46	27,1	30	21,4
	Keine Angabe	2		0	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 6 und I 5; N=312 (Grundsicherungsstellen, die Angaben zu geregelter/nicht geregelter Kooperation machen). Prozentangaben in Bezug auf antwortenden Grundsicherungsstellen.

Tabelle 118: Regelte Kooperation und Weitergabe von Informationen an die Grundsicherungsstellen seitens der Suchtbehandlungseinrichtungen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen

		Geregelte Kooperation mit der Suchthilfe			
		Ja		Nein	
		N	In Prozent	N	In Prozent
Weitergabe von Informationen an die Grundsicherungsstellen seitens der Suchtbehandlungseinrichtungen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen	In der Regel ja	53	31,0	18	12,9
	Nur dann, wenn wir dies erfragen	41	24,0	44	31,7
	In der Regel nein	63	36,8	61	43,9
	Keine Erkenntnisse	14	8,2	16	11,4
	Keine Angabe	1		1	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 7 und I 5; N=312 (Grundsicherungsstellen, die Angaben zu geregelter/nicht geregelter Kooperation machen). Prozentangaben in Bezug auf antwortenden Grundsicherungsstellen.

Tabelle 119: Regelte Kooperation und Qualität der Informationen für die Fachkräfte der Grundsicherungsstellen für die Planung bzw. Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt

		Geregelte Kooperation mit der Suchthilfe			
		Ja		Nein	
		N	In Prozent	N	In Prozent
Qualität der Informationen für die Fachkräfte der Grundsicherungsstellen für die Planung bzw. Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt	Keine Erkenntnisse	6	6,4	4	6,7
	In der Regel hilfreich	64	68,1	38	63,3
	In der Regel teilweise hilfreich	24	25,5	18	30,0
	In der Regel nicht hilfreich	0	0,0	0	0,0
	Keine Angabe	0		2	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 7a und I 5; N=156 (Grundsicherungsstellen, die angeben, dass die Fachkräfte Informationen von den Suchtbehandlungseinrichtungen bekommen).

Tabelle 120: Geregelte Kooperation und zeitlich nahtloses Anschließen der durch die Grundsicherungsstellen eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen an die Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation)

		Geregelte Kooperation mit Suchthilfe			
		Ja		Nein	
		N	In Prozent	N	In Prozent
Zeitlich nahtloses Anschließen der durch die Grundsicherungsstellen eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen an die Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation)	Keine Erkenntnisse	19	11,0	14	10,1
	Meistens	70	40,7	45	32,4
	Manchmal	71	41,3	58	41,7
	Selten	10	5,8	10	7,2
	In der Regel nicht	2	1,2	12	8,6
	Keine Angabe	0		1	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 8 und I 5; N=312 (Grundsicherungsstellen, die Angaben zu geregelter/nicht geregelter Kooperation machten).

Tabelle 121: Kooperationspartner bei der Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsangeboten für Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen

Mehrfachantworten	N	In Prozent der antwortenden GSS
Gemeinsam mit einem anderen Träger	19	50,0
Örtliche Sozialhilfeträger	11	28,9
Agentur für Arbeit	8	21,1
Rentenversicherungsträger	5	13,2
Krankenversicherungsträger	2	5,3
Überörtliche Sozialhilfeträger	2	5,3

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen, Frage H 1c; N=38 (Grundsicherungsstellen, die spezifische Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen gemeinsam mit anderen Leistungsträgern durchführen).

Fragebogen Grundsicherungsstellen

A. Allgemeine Angaben zur Grundsicherungsstelle

1. Es handelt sich bei unserer Grundsicherungsstelle um

- einen zugelassenen kommunalen Träger.
- eine ARGE.
- eine Arbeitsagentur (bei getrennter Aufgabenwahrnehmung).
- eine Kommune (bei getrennter Aufgabenwahrnehmung).

1.a Bitte markieren Sie, welcher Träger in Ihrer Grundsicherungsstelle für welche Aufgaben zuständig ist.

	Nur A- gentur	Nur Kom- mune	Kooperation von Agen- tur und Kommune	
			Beide Träger sind be- teiligt	Einrichtung einer beauf- tragten Stel- le
Leistungssachbearbeitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivierende Bera- tung/Vermittlung/Fallmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bearbeitung von Reha-Fällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wir haben einige Fragen zur Organisationsstruktur Ihrer Grundsicherungsstelle.

Bitte kreuzen Sie an, was auf Ihre Grundsicherungsstelle zutrifft:

ZUSTÄNDIGKEIT für AKTIVIERUNG und MATERIELLE LEISTUNGEN

- Aktivierungsleistungen und materielle Leistungen werden getrennt erbracht (unterschiedliche Ansprechpersonen für die Kundinnen und Kunden).
- Aktivierungsleistungen und materielle Leistungen werden in integrierter Form erbracht (gleiche Ansprechpersonen für die Kundinnen und Kunden).

FALLMANAGEMENT-ANSATZ

- Generalisierter Fallmanagement-Ansatz: Fallmanagement für alle Kundinnen und Kunden.

- Spezialisierter Fallmanagement-Ansatz: Fallmanagement nur für bestimmte Kundinnen und Kunden.

FALLMANAGEMENT und VERMITTLUNG auf den ERSTEN ARBEITSMARKT

- Die unmittelbare Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt ist nicht Teil des Fallmanagements.
- Die unmittelbare Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt ist Teil des Fallmanagements.

ARBEITGEBERSERVICE

- Es gibt einen Arbeitgeberservice ausschließlich für die SGB II-Einheit.
- Es gibt einen gemeinsamen Arbeitgeberservice zusammen mit dem SGB III-Bereich der Agentur für Arbeit.
- Ein Arbeitgeberservice ist nicht vorhanden.

3. Wie ist die Betreuungsrelation im Bereich der Beratung/ Vermittlung/ Betreuung in Ihrer Grundsicherungsstelle?

a) In Bezug auf erwerbsfähige Hilfebedürftige

Bitte tragen Sie die jeweiligen Zahlen zum Stichtag 1.1.2009 ein (wenn Ihnen keine Daten zu diesem Stichtag vorliegen, nennen Sie uns bitte die Daten zum letzten Ihnen bekannten Zeitpunkt):

Im **Bereich U25** werden **erwerbsfähige Hilfebedürftige** durch Fachkräfte (persönliche Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen, Vermittler und Vermittlerinnen, Fallmanager und Fallmanagerinnen – umgerechnet in Vollzeitäquivalente) betreut.

Im **Bereich Ü25** werden **erwerbsfähige Hilfebedürftige** durch Fachkräfte (persönliche Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen, Vermittler und Vermittlerinnen, Fallmanager und Fallmanagerinnen – umgerechnet in Vollzeitäquivalente) betreut.

b) In Bezug auf arbeitslose Personen

Im **Bereich U25** werden **Arbeitslose** durch Fachkräfte (persönliche Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen, Vermittler und Vermittlerinnen, Fallmanager und Fallmanagerinnen – umgerechnet in Vollzeitäquivalente) betreut.

Im **Bereich Ü25** werden **Arbeitslose** durch Fachkräfte (persönliche Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen, Vermittler und Vermittlerinnen, Fallmanager und Fallmanagerinnen – umgerechnet in Vollzeitäquivalente) betreut.

Anderer Stichtag als 1.1.2009:

B. Allgemeine Angaben zur Integration von Menschen mit Suchtproblemen in Ihrer Grundsicherungsstelle

Im folgenden Abschnitt fragen wir danach, wie in Ihrer Grundsicherungsstelle die Zuständigkeiten für die Beratung und Vermittlung von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen geregelt sind.

1. Werden Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen in Ihrer Grundsicherungsstelle grundsätzlich dem Fallmanagement zugewiesen?

- Ja
- Nein
- Nicht grundsätzlich, aber immer in folgenden Fällen:

2. Werden in Ihrer Grundsicherungsstelle Kunden und Kundinnen mit Suchtproblemen ausschließlich durch Fachkräfte betreut, die speziell für diese Kundengruppe zuständig sind?

- Nein
- Ja

2.a Machen Sie bitte Angaben zu diesen spezialisierten Fachkräften.

Wie viele Fachkräfte sind es (in Vollzeitäquivalenten)?

Wie viele suchtkranke Kundinnen und Kunden werden von einer Fachkraft in diesem spezialisierten Bereich betreut?

Über welche besonderen Qualifikationen verfügen diese Fachkräfte?

- langjährige Erfahrung in der Beratung von suchtkranken Männern und Frauen
- persönliche Kompetenzen im Umgang mit suchtkranken Männern und Frauen
- Teilnahme an suchtspezifischen Schulungen
- zertifizierte suchtspezifische Zusatzqualifikationen
- sonstige besondere Qualifikationen, und zwar

3. Wofür gibt es in Ihrer Grundsicherungsstelle weitergehende Verantwortlichkeiten?

- für fachliche, einzelfallübergreifende Fragen zum Thema Sucht
- für die Planung besonderer Integrations-/Maßnahmeangebote für Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen

- für die Begleitung von Integrations-/Maßnahmeangeboten für Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen
- Sonstiges, und zwar: ██████████
- Es gibt keine spezifischen Zuständigkeiten.

C. Profiling: Erkennen von Suchtproblemen

Im folgenden Abschnitt fragen wir nach Verfahren zum Erkennen von Suchtproblemen sowie zu der Anzahl von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen.

1. Wann sollen Fachkräfte üblicherweise nach dem Vorliegen einer Suchtproblematik bei den Kundinnen und Kunden fragen?

	<i>Bei arbeitslosen eHB</i>	<i>Bei anderen eHB</i>
Bereits bei der Antragsannahme soll routinemäßig nach einem möglichen Suchtproblem gefragt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In jedem Erstgespräch im Bereich Aktivierung / Integration soll nach einem möglichen Suchtproblem gefragt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fachkräfte sollen nach einem Suchtproblem nur dann fragen, wenn es Auffälligkeiten bzw. Anhaltspunkte dafür gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fachkräfte sollen nur dann ein Suchtproblem thematisieren, wenn der Kunde oder die Kundin es selbst anspricht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fachkräfte entscheiden im Einzelfall, wann sie Suchtprobleme thematisieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar: ██████████	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Welche Möglichkeiten werden genutzt, um festzustellen, ob bei einer Kundin bzw. einem Kunden ein Suchtproblem vorhanden ist?

	<i>Bei arbeitslosen eHB</i>	<i>Bei anderen eHB</i>
Gibt es Hinweise, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird dies in der Beratung offensiv thematisiert und nachgefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es Hinweise, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, werden von den Fachkräften suchtdiagnostische Tests bzw. Fragebögen eingesetzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird grundsätzlich der ärztliche Dienst eingeschaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird grundsätzlich der psychologische Dienst eingeschaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird zur Klärung der Diagnose eine Suchtberatungsstelle eingeschaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges, und zwar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wissen Sie, wie hoch der Anteil der Kundinnen und Kunden in Ihrer Grundsicherungsstelle ist, bei denen ein Suchtproblem Gegenstand der Fallbearbeitung war?

- Ja, es gibt eine Statistik zur Erfassung von Personen mit Suchtproblemen. Danach liegt der Anteil dieser Kundengruppe/Kundinnengruppe an allen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen bei Prozent und bei allen arbeitslosen Hilfebedürftigen bei Prozent bezogen auf das Jahr .

Der Frauenanteil an dieser Kundengruppe liegt unter den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen bei Prozent und unter den arbeitslosen Hilfebedürftigen bei Prozent.

- Dazu liegen uns keine Angaben vor, wir können den Anteil nur schätzen. Nach unseren Schätzungen liegt aktuell der Anteil dieser Kundengruppe bei Prozent.

Den Frauenanteil an dieser Kundengruppe schätzen wir auf Prozent.

- Dazu liegen uns keine Daten vor und wir können den Anteil auch nicht schätzen.

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

3.a Haben Sie nach der Art des Suchtproblems (Alkohol, illegale Drogen, Spielsucht, suchtförmige Essstörungen) aufgeschlüsselte Statistiken?

- Nein

- Ja

- Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

D. Prüfung Erwerbsfähigkeit

Im folgenden Abschnitt fragen wir nach Verfahren zur Prüfung der Erwerbsfähigkeit von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen.

1. In welchen Fällen überprüfen Sie die Erwerbsfähigkeit eines Kunden bzw. einer Kundin mit Suchtproblemen?

- Die Entscheidung wird nur im Einzelfall getroffen.
- In allen Fällen.
- Nur in bestimmten Fällen, nämlich grundsätzlich wenn
 - die Kundin bzw. der Kunde selbst Zweifel daran äußert, täglich drei Stunden erwerbstätig sein zu können.
 - eine Suchtberatungsstelle die Rückmeldung gibt, dass die Erwerbsfähigkeit in Frage steht.
 - ein Maßnahmeträger die Rückmeldung gibt, dass die Erwerbsfähigkeit in Frage steht .
 - ein Kunde bzw. eine Kundin eine Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung) beendet hat.
 - es mehrfach zu krankheitsbedingten Fehlzeiten in einer Maßnahme gekommen ist.
 - es zu wiederholten Sanktionen infolge von Verstößen gegen die Eingliederungsvereinbarung gekommen ist.
 - ein (fach-)ärztliches Gutachten die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit empfiehlt.
 - ein Kunde bzw. eine Kundin an einer Substitutionsbehandlung teilnimmt.
 - in weiteren Fällen, nämlich ██████████

2. Ist die Einbeziehung der Expertise Dritter (Personen oder Institutionen außerhalb der Grundsicherungsstelle) bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen vorgesehen?

- Nein
- Ja

2.a Wessen Expertise wird einbezogen?

- Suchtberatungsstelle
- Behandelnder Facharzt/Fachärztin
- Rechtlicher Betreuer/rechtliche Betreuerin
- Einrichtungen der Suchttherapie (med. Reha, Entwöhnungsbehandlung)
- Maßnahmeträger
- Ärztlicher Dienst
- Sonstiges, und zwar ██████████

E. Sucht als Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung

Im folgenden Abschnitt fragen wir danach, ob und wenn ja in welcher Form suchtspezifische Aspekte in der Eingliederungsvereinbarung relevant werden.

1. Werden Ergebnisse der individuellen Beratung zum Thema "Sucht" in der Eingliederungsvereinbarung festgehalten?

- Das Vorgehen ist diesbezüglich nicht einheitlich
- grundsätzlich Ja
- grundsätzlich Nein
- grundsätzlich Nur in bestimmten Fällen, und zwar ██████████

1a. Welche Ergebnisse der individuellen Beratung zum Thema „Sucht“ werden in der Eingliederungsvereinbarung festgehalten?

- die Verpflichtung, sich mit dem Suchtproblem auseinander zu setzen
- die Verpflichtung zur Abstinenz während der Teilnahme an einer Maßnahme
- die Verpflichtung, eine Entgiftung oder eine Therapie zu beantragen
- die Zuweisung zu einer Suchtberatung nach § 16a (ehemals § 16) SGB II durch die Fachkraft und eine dementsprechende Verpflichtung, sich bei einer Suchtberatungsstelle zu melden

- die Verpflichtung, sich bei einem Facharzt/einer Fachärztin vorzustellen
- die Entbindung von Beratungsstellen und/oder Ärzten bzw. Ärztinnen von der Schweigepflicht
- Sonstiges, und zwar [REDACTED]

2. Wer Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung nicht einhält, muss mit Sanktionen rechnen. Werden aus diesem Grund üblicherweise bestimmte Vereinbarungen mit Suchtkranken nicht in der Eingliederungsvereinbarung festgeschrieben?

- Nein
- Ja und zwar z.B. folgende: [REDACTED]

3. Wird die fachliche Stellungnahme/Expertise von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfe oder anderen Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung von suchtkranken Kundinnen und Kunden einbezogen?

- In der Regel nicht
- In der Regel ja
- In bestimmten Fällen, und zwar [REDACTED]

3.a In welcher Form werden sie eingebunden?

- Die in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Verpflichtungen werden gemeinsam formuliert.
- Die Suchthilfe übernimmt bestimmte Aufgaben, diese werden gemeinsam festgelegt.
- Die Suchthilfe macht einen Vorschlag für eine Eingliederungsplanung.
- Fristen zur Einhaltung der Verpflichtungen werden von der Suchthilfe bestimmt.
- Die Suchthilfe wird um Rat gefragt.
- Sonstiges, und zwar [REDACTED]

F. Allgemeine Fallbearbeitung

1. Männer und Frauen mit Suchtproblemen haben oft komplexe Problemlagen. Wie häufig erschweren Ihrer Einschätzung nach weitere Probleme die Integration in Erwerbsarbeit?

- | | |
|---|---|
| Probleme im Bereich
Bildung/Qualifikation/Brüche in der Erwerbsbiografie | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |
| Schwierigkeiten beim Umgang mit Behörden | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |
| Ver-/Überschuldung | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |
| Unwirtschaftliches Verhalten | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |
| Wohnprobleme | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |
| Probleme im Bereich sozialer Beziehungen | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |
| Häusliche Gewalt | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |
| strafrechtliche Probleme (z.B. Probleme
mit Bewährungsauflagen) | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |
| Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |
| Psychische Belastungen, wie z.B. Angstzustände | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |
| Andere gesundh. Beeinträchtigungen | <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> nie |

Es gibt weitere Probleme, die auftreten, und zwar folgende



oft manchmal nie



oft manchmal nie

2. Wie häufig ergreifen oder initiieren Sie folgende Maßnahmen bei Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen?

Verweis an eine Schuldnerberatungsstelle oft manchmal nie

Direktüberweisung von Miete und/ oder
Energiekosten oft manchmal nie

Tilgung von Schulden durch
Direktüberweisung an Gläubiger

oft manchmal nie

Darlehensweise Übernahme von
Mietrückständen

oft manchmal nie

Gewährung des ALG II als Sachleistung

oft manchmal nie

Sonstige, und zwar

■

oft manchmal nie

■

oft manchmal nie

Dazu liegen uns keine Erkenntnisse vor

3. Kommt es vor, dass suchtkranke Menschen sanktioniert werden, weil sie die Suchtberatungsstelle nicht aufgesucht haben?

In der Regel nicht

In der Regel ja

In bestimmten Fällen, und zwar ■

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

■

4. Wird in Fällen, in denen suchtkranke Menschen Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung nicht einhalten, die Suchterkrankung als „wichtiger Grund“ bewertet, der das Verhängen einer Sanktion verhindert?

In der Regel nicht

In der Regel ja

In bestimmten Fällen, und zwar ■

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

■

5. Werden andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft üblicherweise bei der Erarbeitung der Hilfeplanung für Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen beteiligt?

- Nein
- Ja, grundsätzlich
- Ja, in bestimmten Fällen, nämlich [REDACTED]

6. Wenn jugendliche Kundinnen und Kunden (U25) ein Elternteil oder Eltern haben, deren Suchtprobleme die berufliche (Re-) Integration der jungen Erwachsenen erschweren, wie ist dann die in Ihrer Grundsicherungsstelle übliche Vorgehensweise?

- Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.
- Die Grundsicherungsstelle ist hier nicht zuständig.
- Eine Suchtberatungsstelle wird mit der Bitte informiert, sich um diesen Fall zu kümmern.
- Das Jugendamt wird mit der Bitte informiert, sich um diesen Fall zu kümmern.
- Die Eltern werden zu einem Gespräch in der Grundsicherungsstelle eingeladen, um sie zu motivieren, Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle aufzunehmen.
- Die Grundsicherungsstelle leitet weitere Maßnahmen ein und zwar [REDACTED]

G. Suchtberatung nach § 16 SGB II

Im folgenden Abschnitt fragen wir nach der Einbeziehung der Suchtberatung nach § 16 SGB II bzw. nach Vereinbarungen mit der örtlichen Suchthilfe über einen bestimmten Leistungskatalog.

1. In welchen Fällen schalten Ihre Fachkräfte eine Suchtberatung nach § 16 SGB II ein?

- Es gibt kein einheitliches Vorgehen in der Grundsicherungsstelle.

	Immer /oft	manchmal	nie
Wenn bei den Kundinnen und Kunden eine Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis vorliegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn die Kundinnen und Kunden diesen Bedarf selbst anmelden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnung).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn der Führerschein wegen Alkohol- oder Drogenkonsums entzogen wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Vermittlungshemmnisse infolge von Suchtproblemen von Angehörigen bestehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn eine Suchtgefährdung besteht (es besteht keine Abhängigkeit, aber die Gefahr, dass sich eine Suchterkrankung entwickelt).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur bei Kundinnen und Kunden in einer spezifischen Kundengruppe, und zwar [REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In sonstigen Fällen, und zwar [REDACTED]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wenn eine Suchtberatung als flankierende Leistung in der Eingliederungsvereinbarung festgehalten wurde, wie ist dann üblicherweise die Vorgehensweise?

- Die Kundin bzw. der Kunde erhält ohne weitere Hinweise die Aufforderung, sich bei einer Suchtberatungsstelle zu melden.
- Die Kundin bzw. der Kunde erhält eine Adressliste von Suchtberatungsstellen und die Aufforderung, sich dort zu melden.
- Die Kundin bzw. der Kunde erhält einen „Beratungsschein“ und die Aufforderung, sich damit bei einer der Suchtberatungsstellen zu melden.
- Die jeweils zuständige Fachkraft nimmt Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle auf und vermittelt die betroffene Person an eine konkrete Stelle bzw. an eine konkrete Person.
- Sonstiges, und zwar [REDACTED]

3. Wie ist der übliche weitere Weg, sofern eine Kundin oder ein Kunde mit Suchtproblemen an eine Suchtberatungsstelle verwiesen wurde?

- Es gibt kein einheitliches Vorgehen in der Grundsicherungsstelle.
- Die Kundin bzw. der Kunde muss belegen, dass sie/ er sich bei der Suchtberatungsstelle gemeldet hat.
- Die Fachkraft der Grundsicherungsstelle erkundigt sich bei der Suchtberatungsstelle, ob der Kunde / die Kundin vorstellig geworden ist.
- Die Fachkraft der Grundsicherungsstelle und die Fachkraft der Suchtberatungsstelle informieren sich gegenseitig.
- Die Kundin bzw. der Kunde wird fortan im Wesentlichen durch die Suchtberatungsstelle betreut.
- Die Fachkraft der Grundsicherungsstelle erarbeitet zusammen mit der zuständigen Fachkraft bei der Suchtberatungsstelle einen Hilfe-/Eingliederungsplan für suchtkranke Kundinnen und Kunden.
- Die Fachkraft versucht unabhängig von der Betreuung durch die Suchtberatungsstelle, die entsprechende Person in Arbeit bzw. in eine Maßnahme zu vermitteln.
- Sonstiges, und zwar [REDACTED]

4. Werden mit der Suchtberatungsstelle gemeinsame Fallgespräche unter Beteiligung der Kundinnen und Kunden durchgeführt?

- Nein
- Ja, regelmäßig
- Ja, in besonderen Fällen und zwar [REDACTED]

5. Werden mit der Suchtberatungsstelle gemeinsame Fallgespräche ohne Beteiligung der Kundinnen und Kunden durchgeführt?

- Nein
- Ja, regelmäßig
- Ja, in besonderen Fällen und zwar [REDACTED]

6. Wie viele Kundinnen und Kunden haben Sie nach § 16a (ehemals § 16) SGB II an eine Suchtberatungsstelle verwiesen?

- Uns liegen dazu keine Angaben vor.
- In unserer Grundsicherungsstelle sind insgesamt [REDACTED] Personen im Jahr [REDACTED] davon [REDACTED] arbeitslose eHB an eine Suchtberatungsstelle/Einrichtung der Suchthilfe verwiesen worden.

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

[REDACTED]

6.a Haben Sie Kenntnis davon, wie viele davon den Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle nachweislich aufgenommen haben?

- Uns liegen dazu keine Angaben vor.
- Ja, [REDACTED] % der an eine Suchtberatungsstelle verwiesenen Kundinnen und Kunden haben den Kontakt nachweislich aufgenommen.

6.b Wie viele davon haben die Suchtberatung unplanmäßig/vorzeitig beendet?

- Uns liegen dazu keine Angaben vor.
- % davon haben die Suchtberatung vorzeitig abgebrochen.

7. Welche Maßnahmen ergreifen Sie bei unplanmäßiger oder vorzeitiger Beendigung der Suchtberatung durch die Kundinnen und Kunden?

- Keine
- Im Fall des Abbruchs der Suchtberatung durch die Kundin bzw. den Kunden werden in der Regel folgende Maßnahmen ergriffen:

■

8. Haben Sie eine Leistungsvereinbarung mit Leistungskatalog mit Suchtberatungsstellen in Ihrer Region vereinbart?

- ja
- nein

8.a Welche Suchtberatungsleistungen haben Sie mit der/den Suchtberatungsstellen in Ihrer Region vereinbart?

■ *Bitte schicken Sie uns ggf. entsprechende Konzeptionen oder Vereinbarungen zu.*

8.b Zur Weitergabe welcher Informationen über den Beratungsverlauf sind diese Suchtberatungsstellen Ihnen gegenüber vertraglich verpflichtet?

Wir erhalten Informationen über

- Einhaltung von Terminen
- Suchtdiagnose
- Ziele des Beratungsprozesses
- geplante Hilfemaßnahmen
- voraussichtliche Dauer der Beratung
- Abschluss der Beratung
- Ergebnis der Beratung
- Sonstiges, und zwar ■

9. Gibt es Wartezeiten, bis die Suchtberatung in einer Suchtberatungsstelle beginnt?

- Uns liegen dazu keine Informationen vor
- Es vergeht in der Regel keine Wartezeit zwischen der Zuweisung durch die Grundsicherungsstelle und dem Beginn der Beratung.
- Unsere Kunden/Kundinnen werden durch die Suchtberatungsstelle zeitlich vorrangig betreut.
- Ja, es vergeht eine Wartezeit, und zwar in der Regel von ca. [REDACTED].

10. Hat Ihre Grundsicherungsstelle eine Erhebung oder Schätzung durchgeführt, wie hoch in Ihrem Zuständigkeitsbereich der Bedarf an Leistungen der Suchtberatung nach § 16a (ehemals 16) ist?

- Nein
- Bisher noch nicht, dies ist aber in Planung
- Ja, nämlich zu folgendem Zeitpunkt: (Kalenderfeld mit Jahr und ggf. Quartal)
Im [REDACTED]. Quartal im Jahr [REDACTED]. Quartal.

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

[REDACTED]

11. Sind die Angebote an Suchtberatung in Ihrem Einzugsgebiet Ihrer Ansicht nach ausreichend?

- Das kann ich nicht beurteilen.
- Die Angebote sind vollkommen oder doch weitgehend ausreichend.
- Die Angebote sind nicht ausreichend und zwar aus folgenden Gründen:

[REDACTED]

H. Weitere Maßnahmen für Suchtkranke: Beschäftigung und medizinische und berufliche Rehabilitation

1. Gibt es für die Kundinnen und Kunden Ihrer Grundsicherungsstelle spezielle Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen?

- Ja
- Nein

1.a Für welche Zielgruppe innerhalb der Gesamtgruppe der Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen sind diese Maßnahmen konzipiert?

- allgemein für Menschen mit Suchtproblemen
- für Frauen mit Suchtproblemen
- für Jugendliche unter 25 Jahren mit Suchtproblemen
- für Migranten und Migrantinnen mit Suchtproblemen
- für substituierte Drogenabhängige
- jeweils für Menschen, die von demselben Suchtproblem betroffen sind (z.B. Alkohol), und zwar für:
- für andere Zielgruppen, und zwar:

1.b Bitte beschreiben Sie die Maßnahmen mit wenigen Stichworten (Titel, Inhalt, Dauer, Anzahl der Maßnahmeplätze, Zielgruppe, Träger, Rechtsgrundlage, Besonderheit) und schicken uns, sofern verfügbar, Konzepte zu.

1.c Führen Sie bestimmte dieser Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote für Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen gemeinsam mit anderen Leistungsträgern durch?

- Nein.
- Ja, gemeinsam mit folgendem Leistungsträger bzw. folgenden Leistungsträgern:
- der Agentur für Arbeit

- dem Krankenversicherungsträger
- dem Rentenversicherungsträger
- dem örtlichen Sozialhilfeträger
- dem überörtlichen Sozialhilfeträger
- einem anderen Träger, und zwar



Welche Angebote sind das? *(Bitte nennen Sie den Titel des Angebotes)*



Wie ist die Finanzierung geregelt?



- 2. Gibt es in Ihrer Grundsicherungsstelle Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, die nicht speziell auf Kunden und Kundinnen mit Suchtproblemen ausgerichtet sind, aber deren Bedürfnisse gezielt berücksichtigen?**

- Nein
- Ja

In welcher Form werden die spezifischen Bedürfnisse von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen berücksichtigt?



- 3. Führt Ihre Grundsicherungsstelle gemeinsam mit Trägern oder Einrichtungen der Suchthilfe/Suchtkrankenhilfe Beschäftigungsprojekte oder Aktivierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen durch?**

- Ja
- Nein

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:



3.a Mit welchen Einrichtungen der Suchthilfe /Suchtkrankenhilfe führt Ihre Grundsicherungsstelle die gemeinsamen Beschäftigungsprojekte oder Aktivierungsmaßnahmen durch?

- Fachklinik/-krankenhaus für Suchtkranke
- Adaptionseinrichtung
- Einrichtung der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII
- einem anderen Träger/einer anderen Einrichtung, und zwar

Bitte beschreiben Sie die Maßnahmen mit wenigen Stichworten (Titel, Inhalt, Dauer, Teilnehmerzahl, Zielgruppe, Rechtsgrundlage, Besonderheit), wenn diese noch nicht in Frage 2 beschrieben wurden.

4. Treten suchtkranke Menschen eine stationäre Suchttherapie an, greift häufig der Leistungsausschluss nach § 7 SGB II. Wie verfahren Sie diesbezüglich bei der Maßnahmeplanung mit Suchtkranken?

- Wir stimmen die Planung so mit den Kunden und Kundinnen ab, dass keine Maßnahme mehr begonnen wird, wenn ein Therapiebeginn in Aussicht steht, bzw. dass laufende Maßnahmen zu diesem Zeitpunkt beendet sind.
- Wir versuchen, arbeitsbezogene Maßnahmen bereits vor einer Therapie mit dem Kunden bzw. der Kundin zu vereinbaren und setzen diese Planung unmittelbar nach Abschluss der Behandlung in Gang.
- Es kommt vor, dass suchtkranke Menschen eine Aktivierungsmaßnahme mit Therapiebeginn abbrechen müssen.
- Wir versuchen, arbeitsbezogene Maßnahmen bereits vor einer Therapie mit dem Kunden bzw. der Kundin zu vereinbaren und setzen diese Planung unmittelbar nach Abschluss der Behandlung in Gang.
- Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.

4.a Wie geht Ihre Grundsicherungsstelle damit um, wenn suchtkranke Menschen eine Aktivierungsmaßnahme mit Therapiebeginn abbrechen müssen?

- Unsere Grundsicherungsstelle beginnt bereits zum Ende der Therapie wieder mit der Aktivierung.
- Unsere Grundsicherungsstelle stellt sicher, dass sie nach Beendigung der Therapie wieder in die gleiche oder eine ähnliche Maßnahme zurückkehren können.

- Es gibt in unserer Grundsicherungsstelle keine eindeutige Regelung für dieses Problem.
- Sonstiges, und zwar [REDACTED]

5. Haben Sie eine Einschätzung, wie häufig Leistungen auf der Grundlage von § 7 SGB II eingestellt werden, weil jemand eine stationäre Suchttherapie antritt?

- In jährlich [REDACTED] Fällen
- Uns liegen keine genauen Kenntnisse vor, aber geschätzt in jährlich [REDACTED] Fällen.
- hierzu liegen uns keine Daten vor.

6. Geben die Fachkräfte der Grundsicherungsstelle üblicherweise Informationen der Fallbearbeitung (z.B. des Profilings) an die Einrichtungen der Suchthilfe/-krankenhilfe weiter?

- Ja
- Nein
- Hierzu gibt es keine einheitliche Regelung

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

[REDACTED]

7. Werden die Fachkräfte Ihrer Grundsicherungsstelle von den Suchtbehandlungseinrichtungen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen informiert?

- In der Regel ja
- Nur dann, wenn wir dies erfragen
- In der Regel nein
- Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.

7.a. Sind diese Informationen für die Fachkräfte Ihrer Grundsicherungsstelle hilfreich, wenn es um die Planung/Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Integration in den 1. Arbeitsmarkt geht?

- Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.
- In der Regel hilfreich
- In der Regel teilweise hilfreich
- In der Regel nicht hilfreich

Wenn in der Regel nicht hilfreich, nennen Sie bitte kurz die Hauptgründe:

8. Schließen sich die durch Ihre Grundsicherungsstelle eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zeitlich nahtlos an die Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung) an?

- Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.
- Meistens
- Manchmal
- Selten
- in der Regel nicht

I. Kooperation und Schnittstellen

Der folgende Abschnitt des Fragebogens befasst sich mit den Vernetzungsstrukturen, die Ihre Grundsicherungsstelle vor Ort nutzt oder aufgebaut hat, um die Integration suchtkranker Menschen ins Erwerbsleben zu erreichen:

1. Welche Gremien und Arbeitskreise nutzt Ihre Grundsicherungsstelle nach dem SGB II für die Verständigung mit dem örtlichen Hilfesystem der Suchtkrankenhilfe?

- Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- Örtliche Gesundheitskonferenz
- Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)
- SGB II-Beirat
- Sonstige und zwar:

2. An welchen der genannten Gremien und Arbeitskreise nimmt ein Vertreter bzw. eine Vertreterin Ihrer Grundsicherungsstelle regelmäßig teil?

- Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- Örtliche Gesundheitskonferenz
- Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)
- Sonstige und zwar: ██████████

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

██████████

3. Existieren außer den bereits thematisierten Kooperationsprojekten/-maßnahmen weitere Kooperationsprojekte zwischen Trägern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und Ihrer Grundsicherungsstelle?

- Nein
- Ja, und zwar
 - Vorhalten eines suchtbefugten Konsiliardienstes in unserer Grundsicherungsstelle
 - Übernahme von Aufgaben im Rahmen der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit durch Träger der Suchtberatung/Suchtkrankenhilfe
 - Auslagerung des Fallmanagements bei Suchtkranken an die Suchtkrankenhilfe
 - Fortbildungen zu suchtspezifischen Themen
 - Sonstiges, und zwar ██████████

4. Existieren Planungen für weitere Kooperationsprojekte zwischen Trägern und Einrichtungen der Suchtberatung/Suchtkrankenhilfe und Ihrer Grundsicherungsstelle?

- Nein.
- Ja, und zwar
 - Vorhalten eines suchtbefugten Konsiliardienstes in unserer Grundsicherungsstelle
 - Übernahme von Aufgaben im Rahmen der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit durch Träger der Suchtberatung/Suchtkrankenhilfe
 - Auslagerung des Fallmanagements bei Suchtkranken an die Suchtberatung/Suchtkrankenhilfe

- Fortbildungen zu suchtspezifischen Themen
- Sonstiges, und zwar

■

5. In welcher Form ist die Kooperation zwischen Ihrer Grundsicherungsstelle und Einrichtungen der Suchthilfe geregelt?

- Die Kooperation ist nicht geregelt.
- In Form einer Kooperationsvereinbarung (wenn möglich, bitte zusenden)
- In Form eines Vertrags nach § 17 SGB II (wenn möglich, bitte zusenden)
- In anderer Form, nämlich:

■

5.a Welche Inhalte sind festgelegt?

- Art der Leistung der Suchtberatungsstelle
- Festlegung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle
- Verfahren zum fachlichen Austausch zwischen der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle (z.B. Fallkonferenzen)
- Qualitätsvereinbarungen (z.B. Qualifikation des eingesetzten Personals, Arbeitsbedingungen, Wartezeiten)
- Umfang des eingesetzten Personals und weiterer Ressourcen
- Regelungen zum Austausch von Informationen zur Fallsteuerung zwischen der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle
- Festlegungen von Dokumentationspflichten
- Regelungen zur Finanzierung und Abrechnung
- Verfahren zur Novellierung der Kooperationsvereinbarung
- Verfahren bei Kündigung der Kooperationsvereinbarung
- Sonstiges und zwar: ■

5.b Mit welchen Einrichtungen ist die Kooperation in dieser Form geregelt? (Bitte nennen Sie den offiziellen Namen der Einrichtung, die Trägerschaft und den Ort)

- (1) Name der Einrichtung ■ Träger ■ Ort ■
- (2) Name der Einrichtung ■ Träger ■ Ort ■
- (3) Name der Einrichtung ■ Träger ■ Ort ■

J. Erfolge, Erfolgsfaktoren, Qualitätsstandards

Der folgende Abschnitt des Fragebogens befasst sich mit Erfolgen, Erfolgsfaktoren und Qualitätsstandards der Arbeit Ihrer Grundsicherungsstelle mit Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen.

1. Welches sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Erfolgskriterien bei der Betreuung/Integration von Kunden/Kundinnen mit Suchtproblemen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz:

Sicheres Erkennen von Suchtproblemen	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Richtiges Ansprechen der Suchtproblematik	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Motivierung des Kunden/der Kundin, eine Suchtberatung zu beginnen	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Hohe Inanspruchnahme der Suchtberatung durch die Kunden/Kundinnen bei gleichzeitig niedrigen Abbruchquoten bei der Suchtberatung	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Einbeziehung der gesamten Bedarfsgemeinschaft bei der Betreuung der Suchtkranken	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Hoher Anteil an nachhaltig in Beschäftigung bzw. Ausbildung vermittelten Suchtkranken	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Soziale Stabilisierung der Betroffenen	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Entwicklung von speziell auf Suchtkranke zugeschnittenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Überwindung der Suchtproblematik	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Regelmäßige/kontinuierliche gesundheitliche Betreuung der Kunden/Kundinnen mit Suchtproblemen	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Klärung nicht gegebener Erwerbsfähigkeit und Übergang aus dem SGB II in andere Leistungs-/Hilfesysteme	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Gegenseitige Information über den Maßnahmenverlauf zwischen Grundsicherungsstelle und Suchthilfe	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig

Der nahtlose Anschluss einer Aktivierungs- bzw. Beschäftigungsmaßnahme nach einer Suchtbehandlung	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Weiteres, und zwar <input type="checkbox"/>	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Weiteres, und zwar <input type="checkbox"/>	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig

2. Welches sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Erfolgsfaktoren bei der Betreuung von Personen mit Suchtproblemen im SGB II?

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz

Die suchtspezifische Qualifizierung des in der Vermittlung/Beratung tätigen Personals	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Eine Betreuungsrelation, die genug Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken sichert	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Die Einrichtung von spezialisierten Teams zur Betreuung der suchtkranken Hilfebedürftigen	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Eine hohe Kontaktdichte bei der Betreuung der suchtkranken Personen	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen und den anderen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Ein breites und differenziertes arbeitsmarktpolitisches Maßnahmeangebot	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Ein breites und kurzfristig verfügbares Angebot sozial flankierender Dienste	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Die Sanktionierbarkeit von Fehlverhalten der suchtkranken Kundinnen und Kunden	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Größere Ermessensspielräume der Fachkräfte, um auf den individuellen Fall eingehen zu können	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Weiteres, und zwar <input type="checkbox"/>	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig
Weiteres, und zwar <input type="checkbox"/>	Sehr wichtig <input type="checkbox"/> gar nicht wichtig

3. Was ist in der Arbeit mit Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen besonders schwierig?

- Suchtprobleme zu erkennen und zwar vor allem
 - Alkoholprobleme
 - Drogenprobleme
 - Probleme mit psychoaktiven Medikamenten (z.B. Beruhigungs- oder Schlafmittel)
 - Spielsucht
 - suchtförmige Essstörungen (z.B. Magersucht, Bulimie)

- Die Kunden/Kundinnen auf ihre Suchtprobleme anzusprechen
- Guten Kontakt zu den Kunden/Kundinnen aufzubauen und zu halten
- Die Kunden/Kundinnen zu motivieren, eine Suchtberatung zu beginnen
- Die Kunden/Kundinnen mit Suchtproblemen zu sanktionieren
- Gute Kooperationsbeziehungen zur kommunalen Suchthilfe aufzubauen
- Die Abstimmung mit der Suchthilfe in der Fallsteuerung und Fallverantwortung
- Die Kunden/Kundinnen nachhaltig in Ausbildung/Beschäftigung zu vermitteln
- Die Einbeziehung der Bedarfsgemeinschaft bei der Betreuung des Kunden/der Kundin
- Die Entwicklung bzw. Verfügbarkeit speziell auf Suchtkranke zugeschnittener arbeitsmarktpolitische Maßnahmen
- Sonstiges, und zwar:

4. Hat Ihre Grundsicherungsstelle Erkenntnisse darüber, wie viele Kundinnen und Kunden, bei denen eine Suchterkrankung bekannt ist, in Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt vermittelt werden?

- Nein
- Ja

4.a Wie viele suchtkranke Kundinnen und Kunden sind in Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt integriert worden?

Wir konnten im Jahr [] insgesamt [] suchtkranke Männer und Frauen in Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt integrieren. Das entspricht einem Anteil an allen Kundinnen und Kunden mit Suchterkrankung von [] Prozent

Der Frauenanteil an den vermittelten Suchtkranken betrug [] Prozent.

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

[]

5.b Unter welchen Bedingungen gelingt die Integration suchtkranker Kundinnen und Kunden in Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt?

Sofern Ihnen keine entsprechenden Daten vorliegen, schätzen Sie bitte.

Die Integration suchtkranker Kundinnen und Kunden in Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt

- gelingt aufgrund der Suchterkrankung nur in Ausnahmefällen
- gelingt nicht weniger häufig als bei Kundinnen und Kunden ohne eine Suchterkrankung
- gelingt dann häufiger, wenn der (potenzielle) Arbeitgeber nichts von der Suchterkrankung weiß
- gelingt dann häufiger, wenn die Suchtberatungsstelle dem Arbeitgeber gegenüber weitere Unterstützung für den/die suchtkranke Arbeitnehmer/in zusichert
- gelingt häufig unter sonstigen Bedingungen, nämlich []

6. Organisiert/initiiert Ihre Grundsicherungsstelle bei einer Maßnahme/Arbeitsaufnahme eine ggf. erforderliche (Nach-) Betreuung/psychosoziale Begleitung durch eine Einrichtung der Suchthilfe/Suchtkrankenhilfe oder andere komplementäre Dienste?

- Ja
- Nein

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

[]

7. Wie beurteilen Sie die folgenden Aspekte in der Tätigkeit Ihrer Grundsicherungsstelle?

	Sehr gut ←	→ Ungenügend
Bereitschaft von Fachkräften, sich dem Thema Sucht zu widmen	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □
Kompetenzen der Fachkräfte für den Umgang mit suchtkranken Kunden und Kundinnen	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □
Finanzielle Ressourcen, die zur Betreuung von Suchtkranken erforderlich sind	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □
Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □
Verfügbarkeit von kommunalen Angeboten für flankierende Leistungen (z.B. Suchtberatung usw.)	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □
Angebot von speziell für Suchtkranke zugeschnittenen Beschäftigungsmaßnahmen	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □
Vermittlung von Suchtkranken in ungeforderte Beschäftigung	□ □ □ □ □	□ □ □ □ □

8. Welches sind Ihrer Meinung nach in Ihrer Grundsicherungsstelle über die oben genannten Aspekte hinaus die Stärken im Umgang mit suchtkranken Kundinnen und Kunden?

Bitte nennen Sie die wichtigsten Faktoren und Aspekte:



9. Welches sind Ihrer Meinung nach in Ihrer Grundsicherungsstelle über die oben genannten Aspekte hinaus Defizite im Umgang mit suchtkranken Kundinnen und Kunden?

Bitte nennen Sie die wichtigsten Faktoren und Aspekte:



10. Sehen Sie Schulungs- bzw. Qualifizierungsbedarf bei den Fachkräften, die in Ihrer Grundsicherungsstelle Kunden/Kundinnen mit Suchtproblemen beraten/vermitteln?

- Im Großen und Ganzen sind die Fachkräfte auch ohne suchtspezifische Schulung qualifiziert genug, um Kunden/Kundinnen mit Suchtproblemen angemessen beraten und vermitteln zu können.
- Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten noch nicht geschult, allerdings sehen wir diesbezüglich Schulungsbedarf.
- Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten bereits geschult, es besteht aber noch weiterer Schulungsbedarf.
- Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten bereits ausreichend geschult.

10.a. Welchen zeitlichen Umfang hatten diese Schulungen (umgerechnet in Stunden) für die einzelne Fachkraft im Durchschnitt?

Stunden

10.b. Wer hat diese Schulungen durchgeführt?

- der ärztliche/psychologische Dienst
- die mit Ihrer Grundsicherungsstelle kooperierende/n Suchtberatungsstelle/n
- andere externe Suchtexperten/Suchtexpertinnen (z.B. einer Suchtklinik, eines Suchtfachverbands)
- bereits geschulte Fachkräfte Ihrer Grundsicherungsstelle
- Sonstige, und zwar:

10.c. Wie viele der in der Betreuung/Vermittlung tätigen Fachkräfte haben an diesen Schulungen teilgenommen?

Wenn Sie diesbezüglich keine konkreten Zahlen kennen, schätzen Sie bitte den Anteil:

 %**10.d. Welche Aspekte waren Gegenstand der Schulung?**

- Diagnostische Kennzeichen der Sucht
- Suchtdiagnostische Tests bzw. Fragebögen
- Das Erkennen von Suchtprobleme in der praktischen Arbeit mit Kunden/Kundinnen
- Das Ansprechen von Kunden/Kundinnen auf ihre Suchtproblematik
- Die Methode der „motivierenden Gesprächsführung“
- Überblick über legale und illegale Drogen: Wirkweise und Risiken
- Ziele und Methoden der Entzugsbehandlung
- Ziele und Methoden der Suchtberatung
- Ziele und Methoden der Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung)
- Ziele und Methoden der Adaptionenbehandlung
- Ziele und Methoden der Substitutionsbehandlung
- Suchtspezifisches Fallmanagement
- Häufigkeit von Suchtproblemen bei Arbeitslosen, differenziert nach Geschlecht und Suchtdiagnosen (Alkohol, Tabak, Drogen, Medikamente, Spielsucht usw.)
- Bedeutung der Sucht für Arbeitsfähigkeit und Arbeitsleistungsvermögen
- Rückfallrisiken für Arbeitslose nach der Suchtbehandlung

- Bedeutung der sozialen Netzwerke für die Überwindung von Suchtproblemen
- Überblick über spezifische Behandlungsangebote für suchtkranke Arbeitslose
- Möglichkeiten und Grenzen von Arbeitsmarktintegrationsmaßnahmen für erwerbslose Suchtkranke
- Kundenvermittlung in und Kooperation mit einer Suchtberatungsstelle
- Wiederaufnahme der Kundenbetreuung während bzw. unmittelbar nach einer Suchtrehabilitationsmaßnahme
- Deeskalationsstrategien im Beratungsprozess
- Sonstiges, nämlich ████████

10.e Halten Sie die durchgeführten Schulungsmaßnahmen für ausreichend?

Bitte urteilen Sie anhand einer Skala von 1 (völlig ausreichend) bis 5 (nicht ausreichend)

Völlig ausreichend nicht ausreichend

11. Erhalten die in Ihrer Grundsicherungsstelle für Kunden/Kundinnen mit Suchtproblemen zuständigen Fachkräfte entweder ständig oder nach Bedarf Supervision bzw. kollegiale Beratung?

- Nein
- Ja

11.a Wie hoch ist der Anteil der Fachkräfte, die mit suchtkranken Kundinnen und Kunden arbeiten und die bisher mindestens einmal Supervision bzw. kollegiale Beratung erhalten/erhalten?

████████ % der Fachkräfte erhalten/erhielten Supervision

████████ % der Fachkräfte erhalten/erhielten kollegiale Beratung

11.b Sehen Sie für die in Ihrer Grundsicherungsstelle für Kunden/Kundinnen mit Suchtproblemen zuständigen Fachkräfte einen Bedarf an Supervision?

- Nein
- Ja

K. Vorgaben/Regelungen etc.

1. Gibt es in Ihrer Grundsicherungsstelle verbindliche Vorgaben und Regelungen oder Arbeitshilfen/ Empfehlungen für den Umgang mit Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen?

- ja
- nein

1.a Woher kommen diese Vorgaben und Regelungen oder Arbeitshilfen/ Empfehlungen?

- Es handelt sich um Vorgaben bzw. Empfehlungen der Bundesagentur für Arbeit, und zwar folgende [REDACTED]
- Es handelt sich um Vorgaben bzw. Empfehlungen der Kommune, und zwar folgende [REDACTED]
- Es handelt sich um Vorgaben bzw. Empfehlungen der Grundsicherungsstelle, und zwar folgende [REDACTED]
- Sonstige, und zwar folgende [REDACTED]

1.b In welcher Form liegen diese Vorgaben, Empfehlungen oder Handlungshilfen vor?

- Schriftliche Verordnungen und Vorgaben
Bitte schicken Sie uns verfügbare schriftliche Materialien zu.
- Schriftliche Arbeitshilfen und Empfehlungen
Bitte schicken Sie uns verfügbare schriftliche Materialien zu.
- Mündliche Vorgaben bzw. Vereinbarungen
- Sonstiges, und zwar [REDACTED]

1.c Welche Inhalte betreffen diese Vorgaben oder Empfehlungen?

Die Inhalte der Vorgaben bzw. Empfehlungen beziehen sich auf folgende Aspekte der Betreuung Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen:

- die Definition, was unter Suchtproblemen verstanden wird
- den suchtspezifischen Beratungsverlauf
- das suchtspezifische Profiling
- die Kundengruppendifferenzierung
- die Zuweisung von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen zu einem bestimmten Geschäftsbereich oder Team

- die (Feststellung) der Erwerbsfähigkeit
- die ärztliche Begutachtung
- den Umgang mit Fördermaßnahmen
- den Umgang mit Sanktionen
- die Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe
- Sonstiges, und zwar [REDACTED]

L. Sonstiges

1. Ist in Ihrem Bereich (Grundsicherungsstelle, Kommune) schon einmal eine Befragung zu Erfolgsfaktoren oder zur Akzeptanz der Vorgehensweise oder Maßnahmen bei der Betreuung suchtkranker Hilfebedürftiger durchgeführt worden?

- Ja
- Nein
- Das weiß ich nicht

1.a Welche Ergebnisse hat diese Befragung bzw. haben diese Befragungen ergeben?

[REDACTED]

2. Wie viele Personen haben an der Beantwortung des hier vorliegenden Fragebogens mitgewirkt und welche Funktionen haben diese?

An der Beantwortung haben [REDACTED] teilgenommen, die folgende Funktionen haben

- Geschäftsführung
- Teamleitung
- Fallmanagerin/Fallmanager
- Leistungssachbearbeitung
- Sonstige, und zwar [REDACTED]

3. Möchten Sie uns abschließend noch etwas zum Fragebogen oder zu der Untersuchung mitteilen? Bitte tragen Sie es in das unten stehende Feld ein.

[REDACTED]

Fragebogen Suchtberatungsstellen

A. Allgemeine Angaben zu Ihrer Einrichtung

1. Welche Angebote hält Ihre Einrichtung vor?

(Einfach)

- Suchtberatung gehört nicht zum Leistungsspektrum unserer Einrichtung
- Ausschließlich Suchtberatung
- Suchtberatung und andere Leistungen (u.a. für Suchtkranke), und zwar [REDACTED]

2. In welcher Stadt bzw. Gemeinde ist der Standort Ihrer Einrichtung?

[REDACTED] PLZ [REDACTED] (Ort)

[REDACTED] (Bundesland)

1. Baden-Württemberg
2. Bayern
3. Berlin
4. Brandenburg
5. Bremen
6. Hamburg
7. Hessen
8. Mecklenburg-Vorpommern
9. Niedersachsen
10. Nordrhein-Westfalen
11. Rheinland-Pfalz
12. Saarland
13. Sachsen
14. Sachsen-Anhalt
15. Schleswig-Holstein
16. Thüringen

B. Leistungen im Rahmen der Kooperation mit der SGB II-Grundsicherungsstelle und Finanzierung dieser Leistungen
--

1. Welche Leistungen umfasst in der Regel der Auftrag, den Ihre Einrichtung durch die zuweisende SGB II-Grundsicherungsstelle (im Folgenden kurz: SGB II-Stelle) erhält?

Mehrfachantworten möglich

- Suchtspezifische Diagnostik
- Leistungen der Suchtberatung (einschl. ggf. Vermittlung in Entzug, Sucht-Reha usw.)
- Leistungen der Nachsorge/Rückfallprävention nach Beendigung der Sucht-Rehabilitation
- Mitwirkung bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit der Klientin/des Klienten
- Weitergehende Leistungen zur Förderung der beruflichen Eingliederung, und zwar [REDACTED]
- Sonstiges, und zwar [REDACTED]

2. Wie ist die Finanzierung der Suchtberatung durch die Kommune geregelt?

(Mehrfach)

- pauschale Finanzierung für die Suchtberatung aller Bürgerinnen und Bürger
- spezifische Finanzierung für durch die SGB II-Stelle zugewiesene Klientinnen und Klienten
- Sonstiges, und zwar [REDACTED]

Ich möchte dazu folgende Anmerkung machen [REDACTED]

C. Bisherige Erfahrungen in der Kooperation mit der SGB II-Stelle
--

1. In welchem Maße stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau 1 Kreuz:

stimme vollständig zu - stimme gar nicht zu

Durch die Kooperation mit der SGB II-Stelle kann unseren arbeitslosen Klientinnen und Klienten mit SGB II-Bezug besser geholfen werden.

Durch die Zuweisung seitens der SGB II-Stelle sind Klientinnen und Klienten in unsere Einrichtung gekommen, die den Kontakt zu uns sonst nicht gefunden hätten.

Es ist grundsätzlich problematisch, eine Suchtberatung/-behandlung auf der Basis des SGB II zu initiieren bzw. durchzuführen.

Das Personal der SGB II-Stelle ist eine wichtige Stütze bei der Betreuung von arbeitslosen Klientinnen und Klienten mit SGB II-Bezug.

Das Personal der SGB II-Stelle ist zu wenig geschult, um Suchtprobleme zu erkennen und eine für Suchtkranke passende Fallbearbeitung zu gewährleisten.

Dadurch, dass die Inanspruchnahme von Suchtberatung mit Sanktionsandrohungen verknüpft wird, steigen die Chancen auf erfolgreiche Suchtberatung bei den suchtkranken SGB II-Bezieherinnen und -Beziehern.

Durch die Zuweisung von Klientinnen und Klienten nach § 16a SGB II (ehemals §16 SGB II) hat sich die finanzielle Ausstattung der Suchtberatungsstelle verbessert.

Zu den Aussagen möchte ich folgende Anmerkung machen [REDACTED]

2. Stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

Die Zuweisung in Suchtberatung nach § 16a SGB II (ehemals § 16 SGB II) ist ein erfolgreiches Instrument, wenn...

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau 1 Kreuz:

...die SGB II-Kooperationspartner ausreichend suchtspezifisch geschult sind.	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
...man die SGB II-Kooperationspartner persönlich gut kennt.	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
....die Kooperation mit der SGB II-Stelle schriftlich und detailliert geregelt ist.	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
....die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen unserer Einrichtung ausreichend SGB II-spezifisch geschult sind.	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
...die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen unserer Einrichtung Einfluss auf die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung (§ 15 SGB II) nehmen können.	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
....zwischen unserem Fallmanagement und den Zuständigen bei der SGB II-Stelle eine klare Abstimmung erfolgt.	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
... Suchterkrankung als wichtiger sanktionsfreier Grund bei der Nichteinhaltung der Eingliederungs-	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu

vereinbarung gilt	
...die Weitergabe von für die Suchtberatung relevanten Informationen durch die SGB II-Stelle erfolgt	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
...die SGB II-Stelle über spezifische Zuständigkeiten für die Probleme von Suchtkranken verfügt	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
... mit der SGB II-Stelle gemeinsame Fallgespräche durchgeführt werden.	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
...Suchtberatungsstellen auch bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit einbezogen werden.	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
...Beschäftigte von Suchtberatungsstellen das Personal der SGB II-Stelle suchtspezifisch schulen	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
...Suchtberatungsstellen an der Planung/Durchführung der von der SGB II-Stelle initiierten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zur Qualifizierung/Beschäftigung/beruflichen Integration beteiligt werden	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu
Weiteres, und zwar 	stimme sehr zu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimme gar nicht zu

3. Wie oft haben sich in Ihrer Kooperation mit der SGB II-Stelle folgende Probleme ergeben?

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau 1 Kreuz:

- Längere Wartezeiten infolge der Zuweisungen durch die SGB II-Stelle oft manchmal nie
- Probleme hinsichtlich der Fallverantwortung zwischen Ihrer Einrichtung und der SGB II-Stelle oft manchmal nie
- Probleme wg. des Umgangs der SGB II-Stelle mit Sanktionen oft manchmal nie
- Probleme wg. der geforderten Weitergabe von fallbezogenen Informationen an die SGB II-Stelle oft manchmal nie
- Probleme wg. der geforderten Weitergabe von fallbezogenen Informationen seitens der SGB II-Stelle an Ihre Einrichtung (z.B. über Entscheidungen/Maßnahmen) oft manchmal nie
- Zu wenig Einfluss auf Entscheidungen/Maßnahmen der SGB II-Stelle oft manchmal nie
- Probleme im Zusammenhang mit dem Datenschutz/der Schweigepflicht oft manchmal nie

Probleme mit der Finanzierung der von der SGB II-Stelle angeforderten Leistung oft manchmal nie

Zu großer Zeitabstand zwischen dem Erstkontakt bei der SGB II-Stelle und der Kontaktaufnahme mit uns oft manchmal nie

Ich möchte dazu folgende Anmerkungen machen



4. In welchem Maße sind – ganz allgemein gesehen – die folgenden Merkmale Voraussetzungen für eine gelungene Suchtberatung?

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau 1 Kreuz:

Vertraulichkeit äußerst wichtig gar nicht wichtig

Freiwilligkeit äußerst wichtig gar nicht wichtig

Ergebnisoffenheit äußerst wichtig gar nicht wichtig

Externer Druck auf die Klientinnen und Klienten äußerst wichtig gar nicht wichtig

Informationsaustausch aller beteiligten Einrichtungen äußerst wichtig gar nicht wichtig

Welche weiteren Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit Suchtberatung gelingt?



äußerst wichtig gar nicht wichtig



äußerst wichtig gar nicht wichtig

Ich möchte dazu folgende Anmerkungen machen



5. Welche dieser Merkmale treffen auf Ihre Suchtberatung nach § 16a SGB II (ehemals § 16 SGB II) zu?

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau 1 Kreuz:

Vertraulichkeit ja, voll und ganz ja, teilweise nein

Freiwilligkeit ja, voll und ganz ja, teilweise nein

Ergebnisoffenheit ja, voll und ganz ja, teilweise nein

Externer Druck auf die Klientinnen und Klienten ja, voll und ganz ja, teilweise nein

Informationsaustausch aller beteiligten Einrichtungen ja, voll und ganz ja, teilweise nein

Weitere Merkmale:

ja, voll und ganz ja, teilweise nein

ja, voll und ganz ja, teilweise nein

Ich möchte dazu folgende Anmerkungen machen

6. Zur Weitergabe welcher Informationen über die Mitwirkung der Suchtkranken bei der Suchtberatung nach § 16a SGB II (ehemals § 16 SGB II) und über den Verlauf der Beratung sind Sie der SGB II-Stelle gegenüber vertraglich verpflichtet?

(Mehrfach)

- Wir sind nicht verpflichtet, personenbezogene Informationen zu liefern
- Wir sind verpflichtet, personenbezogene Informationen zu liefern, und zwar bzgl.
- Einhaltung von Terminen
 - Abschluss der Beratung
 - Dauer der Beratung
 - Suchtdiagnose
 - Ziele des Beratungsprozesses
 - Geplante Hilfemaßnahmen
 - Sonstiges und zwar

Ich möchte dazu folgende Anmerkungen machen

7. Menschen mit Suchtproblemen können seitens der SGB II-Stelle sanktioniert werden, wenn sie ihre Mitwirkung an der Überwindung der Suchtproblematik ganz oder teilweise vermissen lassen (z.B. eine Suchtberatungsstelle nicht aufsuchen, eine bestimmte Anzahl von Beratungskontakten nicht einhalten). Welche Erfahrungen im Hinblick auf die Sanktionierung von Menschen mit Suchtproblemen machen Sie mit der für Sie zuständigen SGB II-Stelle?

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau 1 Kreuz:

Zu Sanktionen kommt es in der Praxis insgesamt

nie

manchmal

häufig

Bevor Sanktionen verhängt werden, erfolgen Rücksprachen mit uns

- nie
 manchmal
 häufig
 immer

Hierzu liegen uns keine Erkenntnisse vor

Ich möchte dazu folgende Anmerkungen machen



8. Wenn die SGB II-Stellen seitens der Suchtberatungsstellen Informationen über die Mitwirkung der Suchtkranken erhalten, können sie Sanktionen verhängen. Wie geht Ihre Einrichtung damit um?

(Mehrfachantworten)

- Wir geben grundsätzlich keine personenbezogenen Rückmeldungen an die SGB II-Stelle.
 Wir geben Informationen über Verstöße gegen die Eingliederungsvereinbarung und Mitwirkungspflichten grundsätzlich an die SGB II-Stelle weiter.
 Wir fassen Rückmeldungen an die SGB II-Stelle so ab, dass Sanktionen nach Möglichkeit vermieden werden.
 Wir geben Informationen über Verstöße gegen die Eingliederungsvereinbarung und

Mitwirkungspflichten an die SGB II-Stelle nur in bestimmten Fällen weiter, und zwar in folgenden Fällen

Ich möchte dazu folgende Anmerkungen machen



9. In welchem Maße halten Sie die folgenden Maßnahmen von SGB II-Stellen für hilfreich für die Förderung der Erwerbsintegration und der Beschäftigungsfähigkeit von Suchtkranken?

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau 1 Kreuz:

- | | | | | | | | |
|---|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Verweis an Schuldnerberatungsstellen | sehr hilfreich | <input type="checkbox"/> | nicht hilfreich |
| Direktüberweisung von Miete und/oder Energiekosten | sehr hilfreich | <input type="checkbox"/> | nicht hilfreich |
| Tilgung von Schulden durch Direktüberweisung an Gläubiger | sehr hilfreich | <input type="checkbox"/> | nicht hilfreich |

Darlehensweise Übernahme von Mietrückständen sehr hilfreich nicht hilfreich

Gewährung des ALG II als Sachleistung sehr hilfreich nicht hilfreich

Sanktionen für Suchtkranke bei Nichtaufsuchen einer Suchtberatungsstelle sehr hilfreich nicht hilfreich

Ich möchte dazu folgende Anmerkungen machen

■

10. Haben Sie Vorschläge, wie die fachliche Kooperation mit der SGB II-Stelle verbessert werden könnte?

(einfach)

Nein

Ja und zwar folgende: ■

11. Haben Sie Vorschläge, wie der Umgang der SGB II-Stelle mit suchtkranken Erwerbslosen verbessert werden könnte?

(einfach)

Nein

Ja und zwar folgende: ■

12. Wie bewerten Sie die Kooperation mit der SGB II-Stelle aufgrund Ihrer bisherigen Erfahrungen insgesamt?

(Einfach)

sehr gut ungenügend

13. Wie bewerten Sie die Leistungen der bei Ihnen vor Ort tätigen SGB II-Stelle im Hinblick auf die Integration von Suchtkranken ins Erwerbsleben?

sehr gut ungenügend

14. Was läuft Ihrer Einschätzung nach bei der für Ihre Einrichtung zuständigen SGB II-Stelle gut im Hinblick auf die Integration von Suchtkranken ins Erwerbsleben? Bitte beschreiben Sie Ansätze, die Sie als gute Praxis identifizieren würden?
-
15. Was läuft Ihrer Einschätzung nach bei der für Ihre Einrichtung zuständigen SGB II-Stelle schlecht im Hinblick auf die Integration von Suchtkranken ins Erwerbsleben?
-

D. Angaben zu Ihren Klientinnen und Klienten

1. Wie viele Klientinnen und Klienten sind in den letzten 6 Monaten durch eine SGB II-Stelle an Ihre Einrichtung vermittelt worden, um eine Suchtberatung nach § 16a SGB II (ehemals 16 SGB II) durchzuführen? (Wenn Ihnen die entsprechenden Zahlen nicht vorliegen, können Sie die jeweilige Anzahl auch schätzen)
- (mehrfach)
- Wir können dazu genaue Angaben machen:
- Es sind insgesamt ■ Personen an uns vermittelt worden, davon waren ■ Frauen.
- Von den an uns vermittelten Personen insgesamt waren ■ Personen arbeitslose erwerbsfähige Hilfebedürftige, davon waren ■ Frauen.
- Wir können dazu keine genauen Angaben machen, aber die Anzahl schätzen:
- Es handelt sich etwa um ■ Personen, die an uns vermittelt wurden, davon waren schätzungsweise ■ Frauen.
- Von den an uns vermittelten Personen insgesamt waren schätzungsweise ■ Personen arbeitslose erwerbsfähige Hilfebedürftige, davon waren etwa ■ Frauen.
- Wir können dazu keine Angaben machen.
2. Wie hoch ist der Anteil der durch die SGB II-Stelle zugewiesenen Klientinnen und Klienten (Wenn Ihnen die entsprechenden Zahlen nicht vorliegen, können Sie die jeweilige Anzahl auch schätzen) an all Ihren Klientinnen und Klienten mit SGB II-Bezug?
- Der Anteil beträgt genau ■ %
- Der Anteil beträgt schätzungsweise ■ %
- Wir können dazu keine Angabe machen.

an allen Klientinnen und Klienten Ihrer Einrichtung?

- Der Anteil beträgt genau [] %.
- Der Anteil beträgt schätzungsweise [] %
- Wir können dazu keine Angabe machen.

3. Hat die Gesamtzahl der Klientinnen und Klienten in Ihrer Einrichtung infolge der Zuweisungen nach § 16a SGB II (ehemals § 16 SGB II) zugenommen? (Wenn Ihnen die entsprechenden Zahlen nicht vorliegen, können Sie die jeweilige Anzahl auch schätzen)

(Einfach)

- Wir können dazu keine Angaben machen.
- Nein
- Ja, und zwar um ca. [] Prozent

4. Wie viele Klientinnen und Klienten, die Arbeitslosengeld II (SGB II) bezogen, haben in den letzten 6 Monaten ohne die Vermittlung durch eine SGB II-Stelle eine Suchtberatung in Ihrer Einrichtung begonnen? (Wenn Ihnen die entsprechenden Zahlen nicht vorliegen, können Sie die jeweilige Anzahl auch schätzen)

(Einfach)

- Wir können dazu keine Angaben machen.
- Es waren genau [] Personen, davon [] Frauen
- Es waren schätzungsweise [] Personen, davon [] Frauen

5. Bei wie vielen davon hat Ihre Einrichtung dann Kontakt zu einer SGB II-Stelle hergestellt? (Wenn Ihnen die entsprechenden Zahlen nicht vorliegen, können Sie die jeweilige Anzahl auch schätzen)

(Einfach)

- Wir können dazu keine Angaben machen.
- Wir nehmen in diesen Fällen keinen Kontakt zur SGB II-Stelle auf.
- Bei genau [] Personen haben wir Kontakt zur SGB II-Stelle hergestellt.

Bei schätzungsweise [redacted] Personen haben wir Kontakt zur SGB II-Stelle hergestellt.

Dazu möchte ich folgende Angaben machen:

[redacted]

6. Unterscheiden sich die von einer SGB II-Stelle zugewiesenen arbeitslosen Klientinnen und Klienten Ihrer Erfahrung nach von anderen arbeitslosen Klientinnen und Klienten?

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz. Wenn für Ihre Einrichtung beispielsweise zutrifft, dass die durch die SGB II-Stelle zugewiesenen arbeitslosen Klientinnen und Klienten im Schnitt jünger sind als die anderen von ihnen betreuten arbeitslosen Klientinnen und Klienten, kreuzen Sie das Feld an, das der Aussage „sind jünger“ am nächsten liegt. Gibt es keine Unterschiede, so kreuzen Sie das Feld in der Mitte an. Sind die Unterschiede weniger stark ausgeprägt, können sie entsprechend ein dazwischen liegendes Feld wählen.

Die zugewiesenen Klientinnen und Klienten

	Trifft in hohem Maße zu	Trifft zu	Trifft in geringem Maße zu	Kein Unterschied feststellbar	Trifft in geringem Maße zu	Trifft zu	Trifft in hohem Maße zu	
sind jünger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sind älter
sind häufiger männlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sind häufiger weiblich
leben seltener allein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	leben häufiger allein
haben seltener chronifizierte Suchtprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	haben häufiger chronifizierte Suchtprobleme
haben seltener Komorbiditätsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	haben häufiger Komorbiditätsprobleme
brechen die Beratung seltener ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	brechen die Beratung häufiger ab
werden in der Regel länger betreut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	werden in der Regel kürzer betreut
Es gibt weitere Unterschiede zwischen den Gruppen, und zwar:								
[redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
[redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
[redacted]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Ich möchte zu dieser Frage die folgenden Anmerkungen machen [redacted]

E. Sonstiges

1. **Möchten Sie uns abschließend noch etwas zum Fragebogen oder zu der Untersuchung mitteilen? Bitte tragen Sie es in das unten stehende Feld ein.**



Herzlichen Dank für Ihre Kooperation!

Unterstützungsschreiben



Die Drogenbeauftragte
der Bundesregierung



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

An die
Träger der Grundsicherung
nach dem SGB II

 DEUTSCHER
LANDKREISTAG

 Deutscher
Städtetag



DStGB
Deutscher Städte-
und Gemeindebund

Berlin, 16. Januar 2009

Bitte um Unterstützung einer bundesweiten Erhebung zur Integration Suchtabhängiger ins Erwerbsleben

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie um Ihre Unterstützung bei einer flächendeckenden Bestandsaufnahme. Damit soll ein Gesamtüberblick erreicht werden, wie im Bereich des SGB II die Integration für die Zielgruppe der missbräuchlich oder abhängig Suchtmittel konsumierenden Menschen derzeit erfolgt, auf welchen Wegen dabei gute Erfolge erzielt wurden und welche Schwierigkeiten ggf. noch überwunden werden müssen. Die Ergebnisse der Befragung sollen die empirische Grundlage für Verbesserungen bei der Erwerbsintegration suchtkranker Menschen bilden.

Die Befragung geht auf einen Beschluss des Drogen- und Suchtrats zurück und erfolgt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ab Anfang 2009 bei allen SGB II-Grundsicherungsstellen im Online-Verfahren. Ein Konsortium aus dem Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt (FIA, Berlin), der Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e. V. (Göttingen) und dem Suchtforscher Prof. Dieter Henkel (bis Sommer 2008 Fachhochschule Frankfurt/M.) wird die Befragung durchführen.

Um diese Ziele zu erreichen, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Wir bitten Sie deshalb, innerhalb Ihrer Organisation die geeigneten Personen mit der Beantwortung zu beauftragen und online gestellten Fragebogen möglichst umfassend und zeitnah auszufüllen. Wir sind der Überzeugung, dass sich die damit verbundene Arbeit auch für Sie lohnen wird. Den angestrebten repräsentativen Überblick sowie eine gebündelte Darstellung der erfolgreichen Praktiken werden wir den sich beteiligenden Trägern der Grundsicherung zur Verfügung stellen.

Seite 2 von 2

Wir bedanken uns im Voraus für Ihre Unterstützung.

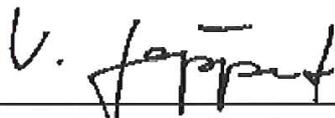
Mit freundlichen Grüßen



Sabine Bätzing, Drogenbeauftragte der Bundesregierung



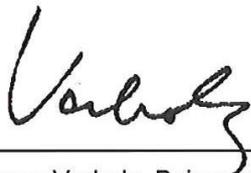
Klaus Brandner, Parlamentarischer Staatssekretär
Bundesministerium für Arbeit und Soziales



Verena Göppert, Beigeordnete des Deutschen Städtetags



Uwe Lübking, Beigeordneter des Deutschen Städte- und Gemeindebunds



Dr. Irene Vorholz, Beigeordnete des Deutschen Landkreistags

Bei Rückfragen zu diesem Schreiben wenden Sie sich bitte an:

Bundesministerium für Gesundheit, Referat Drogen und Suchtmittelmissbrauch,
Herrn Albert Kern, Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
Telefon: 030 / 18 441-4716
E-Mail: albert.kern@bmg.bund.de



Bundesagentur für Arbeit, 90327 Nürnberg

Vorstand Grundsicherung

An die
Geschäftsführer Grundsicherung
der Regionaldirektionen

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht:

Mein Zeichen: VA 2 – 1400 (637)

(Bei jeder Antwort bitte angeben)

Name: Frau Rüstemeier

Durchwahl: 0911 179 2579

Telefax:

E-Mail: Barbara.Ruestemeier@arbeitsagentur.de

Datum: Februar 2009

Befragung zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit führt die Forschungsgemeinschaft Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt (FIA), Zoom e.V. und Herr Prof. Dr. Henkel eine Untersuchung zur Situation arbeitsloser Suchtkranker durch. Dabei sollen vor allem Ansätze guter Praxis aus den Regionen ermittelt und bundesweit verfügbar gemacht werden. Daneben ist beabsichtigt, geeignete Modellprojekte zur Integration Abhängigkeitskranker zu fördern und auszuwerten. Für die Durchführung dieses Forschungsvorhabens sind den Trägern der Grundsicherung zwischenzeitlich Fragebögen mit der Bitte um Beantwortung über-

sandt worden. Die Befragungsaktion dient einer Bestandsaufnahme, um eine empirische Grundlage für die Verbesserung der Erwerbssituation der Betroffenen zu erhalten.

Dieses Anliegen wird von der BA unterstützt. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Grundsicherungsstellen ist die Teilnahme an der Befragung ausdrücklich freigestellt.

Außerdem gebe ich folgende Hinweise zur Rechtslage:

Die Multiple – Choice – Antworten unterstellen teilweise – suggestiv - die Rechtmäßigkeit von einigen Vorgehensweisen, die jedoch strafrechtlich relevant wären. Der Umstand, dass jemand unter einer Suchterkrankung leidet oder ein solcher Verdacht besteht, ist ein Privatgeheimnis, das dem besonderen Schutz des § 203 StGB unterliegt. Danach ist ein unbefugtes Offenbaren solcher Tatsachen nicht erlaubt. Daher ist eine routinemäßige Befragung bei Aushändigung des Antrages nach einer Suchtproblematik nicht statthaft, zumal dies u. U. in der Eingangszone erfolgt. Nicht zulässig ist ebenfalls der Einsatz von suchtdiagnostischen Tests oder Fragebögen durch die persönlichen Ansprechpartner; dies ist den Fachdiensten der BA vorbehalten. Ohne Vorliegen einer Schweigepflichtentbindungserklärung darf auch ein Datenaustausch zwischen ARGE und Suchtberatungs- oder anderen Stellen nicht stattfinden, da eine gesetzliche Übermittlungsbefugnis fehlt. Die Schweigepflichtentbindungserklärung ist eine Einwilligung, die nur rechtswirksam ist, wenn sie freiwillig erfolgt. Deshalb verbietet sich auch, diese zum Bestandteil der sanktionierbaren Eingliederungsvereinbarung zu machen. Angehörige, also auch Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft dürfen nur mit Einverständnis des Betroffenen einbezogen werden.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Gez.

Rudolf Knorr

Wortlaut § 16 SGB II Leistungen zur Eingliederung (bis 31.12.2008)

(1) Als Leistungen zur Eingliederung kann die Agentur für Arbeit alle im Dritten Kapitel, im Ersten bis Siebten Abschnitt des Vierten Kapitels, im Ersten und Zweiten Abschnitt des Fünften Kapitels sowie die im Ersten, Fünften und Siebten Abschnitt des Sechsten Kapitels und die in den §§ 417, 421g, 421i, 421k und 421l des Dritten Buches geregelten Leistungen erbringen. § 8 des Dritten Buches ist entsprechend anzuwenden. § 41 Abs. 3 Satz 4, § 57 Abs. 4 Satz 1 und 2 des Dritten Buches sind mit der Maßgabe entsprechend anzuwenden, dass an die Stelle des Arbeitslosengeldes das Arbeitslosengeld II tritt.

(2) Über die in Absatz 1 genannten Leistungen hinaus können weitere Leistungen erbracht werden, die für die Eingliederung des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in das Erwerbsleben erforderlich sind. Dazu gehören insbesondere

1. die Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder oder die häusliche Pflege von Angehörigen,
2. die Schuldnerberatung,
3. die psychosoziale Betreuung,
4. die Suchtberatung,
5. das Einstiegsgeld nach § 29,
6. Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz.

(3) Für erwerbsfähige Hilfebedürftige, die keine Arbeit finden können, sollen Arbeitsgelegenheiten geschaffen werden. Werden Gelegenheiten für im öffentlichen Interesse liegende, zusätzliche Arbeiten nicht nach Absatz 1 als Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen gefördert, ist den erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zuzüglich zum Arbeitslosengeld II eine angemessene Entschädigung für Mehraufwendungen zu zahlen; diese Arbeiten begründen kein Arbeitsverhältnis im Sinne des Arbeitsrechts; die Vorschriften über den Arbeitsschutz und das Bundesurlaubsgesetz sind entsprechend anzuwenden; für Schäden bei der Ausübung ihrer Tätigkeit haften erwerbsfähige Hilfebedürftige nur wie Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

(4) Entfällt die Hilfebedürftigkeit des Erwerbsfähigen während einer Maßnahme zur Eingliederung nach den Absätzen 1 bis 3, kann sie durch Darlehen weiter gefördert werden, wenn bereits zwei Drittel der Maßnahme durchgeführt sind und der Erwerbsfähige diese voraussichtlich erfolgreich abschließen wird.

Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration
Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II

Abschlussbericht

FIA Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt GmbH

Prof. Dr. Dieter Henkel

Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e. V.

August 2009



Prof. Dr. Dieter Henkel



Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.