

# Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II – Ergebnisse einer bundesweiten Befragung

## Good Practice of Job Integration of Persons with Substance Use Disorders under the Condition of the Social Law SGB II – Results from a Representative Survey

### Autoren

J. Henke<sup>1</sup>, D. Henkel<sup>2</sup>, B. Nägele<sup>1</sup>, N. Pagels<sup>1</sup>, A. Wagner<sup>3</sup>

### Institute

<sup>1</sup> Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. Göttingen

<sup>2</sup> Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt a. M.

<sup>3</sup> FIA – Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt GmbH Berlin

### Schlüsselwörter

- Integration ins Erwerbsleben
- Grundsicherungsstellen
- Suchtberatung nach § 16a SGB II
- Suchberatungsstellen
- Analyse guter Praxis
- Repräsentative Online-Befragung

### Key words

- job integration
- job centres
- addiction counselling services
- counselling based on § 16a SGB II
- analysis of good practice
- representative online survey

### Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1246148>  
Suchttherapie 2010; 11: 42–50  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York  
ISSN 1439-9903

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. D. Henkel**  
Ebertsbronn 31  
97996 Niederstetten  
[prof.dieter.henkel@t-online.de](mailto:prof.dieter.henkel@t-online.de)

### Zusammenfassung

Im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums wurde untersucht, welcher Umsetzungsstand bei der Betreuung und beruflichen Integration Suchtkranker im Rahmen des SGB II unter dem Blickwinkel guter Praxis erreicht wurde. Dazu wurden zwei Online-Befragungen durchgeführt, an denen sich 323 der 439 SGB II-Stellen beteiligten und 80 von jenen 135 Suchtberatungsstellen, die von den SGB II-Stellen als Partner mit geregelter Kooperationsbeziehung für eine Suchtberatung nach § 16a SGB II genannt wurden. Die Ergebnisse zeigen eine große Heterogenität im Umsetzungsstand in Hinblick auf organisationelle Rahmenbedingungen (Betreuungsrelation, suchtspezifische Schulung, Fachkonzeptentwicklung usw.) und auch in jeder Phase der Fallbearbeitung: vom Erkennen des Suchtproblems, über die konkrete Kooperation mit Suchtberatungsstellen, den Umgang mit Sanktionen, die Schnittstelle zur Suchtrehabilitation bis hin zur Konzipierung und Durchführung von Qualifikations- und Beschäftigungsmaßnahmen. Eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt wird nur ausnahmsweise erreicht. Fortschritte in der Praxis sind zu erzielen vor allem durch bessere Betreuungsrelationen, deutliche Erhöhung des suchtspezifischen Qualifikationsniveaus der SGB II-Fachkräfte, engere Kooperation mit der Suchthilfe, stärkere Berücksichtigung von suchtspezifischen Komponenten in den Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen und Informierung der SGB II-Fachkräfte über die einschlägigen Rechtsvorschriften im Bereich des Datenschutzes und der Schweigepflicht, die häufig nicht rechtskonform gehandhabt werden.

### Abstract

Commissioned by the Federal Ministry of Health a study was carried out to get a comprehensive overview of existing provisions of job centres for addicted welfare recipients capable of working. Special focus of the study was advice and job placement with a focus on best-practice. The latest “Hartz IV” reform in labour market policy gave job centers new options for the support of unemployed with addictions and led to new cooperation needs between addiction counselling services and job centers. Within the new Social Law SGB II job centers have the opportunity to impose financial sanctions for long term unemployed with addictions who are not willing to see addiction counselling services. Two online-surveys were conducted in which 323 of existing 439 job centers took part and 80 of 135 addiction counselling services, who were named by the participating job centers as cooperating partners. Results show a large heterogeneity in the level of implementation as regards the organisational setting (number of unemployed per placement officer, level of addiction specific qualification, specific concepts for working with addicted unemployed) and the practice with addicted unemployed. This involves the recognition of addictions, the cooperation with addiction counselling services and addiction therapy, the imposition of sanctions and specific job placement programmes. Job integration of long term social security recipients with addictions is for the most part not successful. Progress can be made by an intensified cooperation with the addiction counselling and support system, a better placement officer/unemployed relation, addiction specific qualifications for placement officers, consideration of addiction specific needs in job placement programmes and – as practice is in many cases not in accordance with the law – information on data protection and professional secrecy.

## Hintergrund und Ziel der Studie

Suchtprobleme sind unter Arbeitslosen weit verbreitet [1]. Sie sind oft so gravierend, dass deshalb die Reintegration in Arbeit nicht gelingt [2]. Mit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches II am 1. Januar 2005 sind neue Rahmenbedingungen der Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben gegeben. In § 16a SGB II (ehemals § 16, 2) wurde erstmals in einem Sozialleistungsgesetz die Suchtberatung als eine weitere soziale Leistung zur Eingliederung in Arbeit festgeschrieben. Das bedeutet praktisch: Ist durch die Fachkräfte einer SGB II-Stelle (Grundsicherungsstelle, im Folgenden kurz GSS) ein Suchtproblem als Vermittlungshemmnis erkannt, kann dem/der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen das Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle zur Auflage gemacht werden. Für den Fall, dass der/die Hilfebedürftige dem nicht nachkommt, kann die GSS Sanktionen in Form von Leistungskürzungen nach § 31 SGB II verhängen. Sofern geeignete Suchthilfendienste Dritter vorhanden sind, sollen die GSS keine eigenen Dienste aufbauen, sondern mit diesen kooperieren (§ 17 SGB II). In der vorliegenden Studie wurde im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums erhoben, welcher Umsetzungsstand unter dem Blickwinkel guter Praxis erreicht wurde.

## Methode

Im Zentrum der Studie stand eine standardisierte Online-Befragung der Grundsicherungsstellen, die vom 2. Februar bis 8. März 2009 durchgeführt wurde. Von den insgesamt 439 GSS beteiligten sich 323 mit einem auswertbaren Fragebogen. Die Studie kann sich damit auf 74% aller GSS stützen. In Hinblick auf die Verteilung nach Formen der Aufgabenwahrnehmung (Arbeitsgemeinschaft, zugelassener kommunaler Träger, Arbeitagentur bei getrennter Aufgabenwahrnehmung), nach Bundesländern und weiteren GSS-Charakteristika (ländliche vs. städtische Gebiete, Ost- vs. Westdeutschland, gute vs. schlechte regionale Arbeitsmarktlage) gibt es keine systematischen Abweichungen zwischen den antwortenden GSS und der Grundgesamtheit [3]. Zusätzlich wurde eine zweite standardisierte Online-Befragung durchgeführt, die sich an Suchtberatungsstellen richtete (4. Mai bis 5. Juni 2009). Befragt wurden diejenigen Suchtberatungsstellen, die von den GSS als Partner genannt wurden, zu denen geregelte Kooperationsbeziehungen bestanden. Durch diese Befragung konnten komplementäre Perspektiven auf die Umsetzung des § 16a SGB II aus Sicht der Suchtberatungsstellen erhoben werden. Daran beteiligten sich 80 der insgesamt 135 von den GSS genannten Suchtberatungsstellen (Rücklaufquote 59%). In beiden Befragungen gab es neben standardisierten Antwortmöglichkeiten auch eine Reihe von Freitextfeldern, in denen ausführlichere Erläuterungen eingefügt werden konnten. Außerdem wurden GSS und Suchtberatungsstellen um die Übermittlung von Dokumenten gebeten, die ihre Praxis beschreiben. Schließlich wurde ein Workshop mit 9 ExpertInnen aus den Bereichen Grundsicherung, Suchthilfe und Arbeitsmarktpolitik durchgeführt. Dabei ging es v.a. um die Bewertung der Ergebnisse unter dem Blickwinkel guter Praxis aus fachlicher Sicht.

## Kriterien guter Praxis

Eine Erhebung von Ansätzen guter Praxis setzt ein allgemein akzeptiertes Verständnis darüber voraus, was gute Praxis ist. In

## Kriterien guter Praxis

- ▶ Ausreichende personelle Ausstattung der GSS: günstiger Betreuungsschlüssel, um auf jeden Einzelfall bedarfsgerecht eingehen zu können
- ▶ Entwicklung eines Fachkonzepts zur Betreuung/Integration von Personen mit Suchtproblemen im Rahmen des SGB II und Beauftragung einer GSS-Fachkraft als Koordinatorin/Koordinator für die fortlaufende Weiterentwicklung des Fachkonzepts
- ▶ Feststellung des regionalen Bedarfs an Suchtberatung in Kooperation mit Fachkräften der Suchthilfe, ausreichende Angebote an Suchtberatung in der Region
- ▶ Suchtspezifische Qualifizierung des mit der Betreuung/Integration von Personen mit Suchtproblemen befassten GSS-Personals, sicheres Erkennen von Suchtproblemen, Unterstützung der Fachkräfte durch Supervision und kollegiale Beratung
- ▶ Enge Kooperation der GSS mit dem System der Suchthilfe, am besten vertraglich geregelt
- ▶ Frühe Einbeziehung der kooperierenden Suchtberatungsstelle in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II und in die Hilfeplanung
- ▶ Sicherung von Nahtlosigkeit bei den Übergängen zwischen den GSS und Einrichtungen der Suchtrehabilitation durch Informationsaustausch über Aufnahme- und Entlasszeitpunkte und Abstimmung von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
- ▶ Ausstattung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen mit suchtspezifischer Kompetenz der Maßnahmeträger, gemeinsame Durchführung von Integrationsmaßnahmen durch Beschäftigungsträger und Einrichtungen der Suchthilfe
- ▶ Beteiligung der GSS an lokalen/regionalen Gremien/Netzwerken unterschiedlicher sozialer Dienste (z.B. Schuldnerberatung)
- ▶ Breites Maßnahmeangebot flankierender und kurzfristig verfügbarer sozialer Dienste
- ▶ Strikte Beachtung der Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen beim Informationsaustausch zwischen Grundsicherungsstelle und Suchthilfe bzw. Suchtrehabilitation

einschlägigen Handreichungs- bzw. Leitlinienpapieren verschiedener Fachverbände zeichnen sich einige konsensfähige Kriterien ab [4–13], die auch auf dem Expertinnen/Experten-Workshop auf einhellige Zustimmung stießen (◉ **Infobox „Kriterien guter Praxis“**).

## Themenbereiche der Befragungen

Die in der Infobox genannten Kriterien waren Themenbereiche der GSS-Befragung, erweitert um eine Reihe von Aspekten, die in der Praxis ebenfalls von hoher Bedeutung sind, aber in der Fachliteratur bislang entweder gar nicht thematisiert oder kontrovers beurteilt werden [4–13]. So ist z.B. strittig, wie die GSS verfahren sollen, um Personen mit Suchtproblemen zu erkennen: Nur bei Auffälligkeiten, d.h. reaktiv oder aber proaktiv durch den Einsatz von Screening-Tests? Verschiedene Auffassungen bestehen ebenso hinsichtlich der Verhängung von Sanktionen, wenn Handlungsaufforderungen, die in der Eingliederung

Tab. 1 Organisationelle Rahmenbedingungen.

	% der GSS
<b>Betreuungsrelation im Bereich Betreuung/Vermittlung</b>	
für unter 25-jährige BA-Richtwert von 1:75 erfüllt	7,6
für über 25-jährige BA-Richtwert von 1:150 erfüllt	11,4
<b>Zuweisung Suchtkranker ins spezialisierte Fallmanagement</b>	
grundsätzlich ja	15,3
nur in besonderen Fällen	39,6
<b>Bedarfsschätzung an Suchtberatung nach § 16a SGB II</b>	
durchgeführt	7,7
noch nicht durchgeführt	71,9
noch nicht durchgeführt, aber in Planung	20,4
<b>Einschätzung der Verfügbarkeit von Suchtberatungsangeboten vor Ort</b>	
Angebote sind ausreichend	69,6
Angebote sind nicht ausreichend	14,2
kann nicht beurteilt werden	16,1
<b>Fachkonzept SGB II-Sucht mit verbindlichen Vorgaben, Arbeitshilfen, Qualitätsstandards</b>	
vorhanden	20,1
nicht vorhanden	79,9
<b>Personelle Zuständigkeit für einzelfallübergreifende SGB II-Sucht-Angelegenheiten</b>	
ja	49,7
nein	50,3
<b>Suchtspezifische Qualifizierung der Fachkräfte</b>	
wurden bereits ausreichend geschult	5,4
wurden bereits geschult, aber es besteht weiterer Qualifizierungsbedarf	54,7
wurden noch nicht geschult, aber es besteht Qualifizierungsbedarf	29,4
sind auch ohne suchtspezifische Schulung ausreichend qualifiziert, um Personen mit Suchtproblemen angemessen beraten und vermitteln zu können	10,4
<b>Supervision oder kollegiale Beratung für Fachkräfte, die Suchtkranke betreuen</b>	
Bedarf wird gesehen	64,2
wird angeboten	46,7
<b>Geregelte Kooperation mit Einrichtung(en) der Suchthilfe</b>	
in Form einer Kooperationsvereinbarung	20,8
in Form eines Vertrags nach § 17 SGB II	4,2
in anderer Form	31,4
Kooperation nicht geregelt	44,9

rungsvereinbarung nach § 15 SGB II festgeschrieben wurden, nicht eingehalten werden, z.B. das Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle.

Themenbereiche der Befragung der Suchtberatungsstellen waren: Welche Erfahrungen und Probleme gibt es in der Zusammenarbeit mit den GSS, und welche Akzeptanz findet die Suchtberatung nach § 16a SGB II? Zudem wurden sowohl die GSS als auch die Suchtberatungsstellen danach gefragt, was sie unter guter Praxis verstehen.

## Ergebnisse: Wie gut ist die aktuelle Praxis?

### Organisationelle Rahmenbedingungen

Tab. 1 zeigt, dass in den meisten GSS eine relativ ungünstige Betreuungsrelation besteht. Legt man die durch die Bundesagentur für Arbeit (kurz BA) 2005 definierten Richtwerte zugrunde [14], so werden diese nur in 7,6% (U25) bzw. 11,4% (Ü25) der GSS erreicht. Die Fachkräfte haben folglich in der Mehrheit der GSS sehr viele erwerbsfähige Hilfebedürftige 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 gehen, wenn für diese

Personen keine besonderen Betreuungsstrukturen mit mehr Zeitressourcen vorgehalten werden.

Personen mit Suchtproblemen können einem spezialisierten Fallmanagement zugewiesen werden, in dem in der Regel spezialisiertes Personal tätig ist, und eine günstigere Betreuungsrelation existiert. 15,3% der GSS verfahren bei Suchtkranken grundsätzlich so, 39,6% nur in besonderen Fällen, z.B. wenn die Sucht eines von mehreren Vermittlungshemmnissen darstellt.

Überwiegend ungünstige Rahmenbedingung durch hohe Betreuungsrelationen.

Eine Bedarfsschätzung hinsichtlich einer Suchtberatung nach § 16a SGB II führte bislang erst eine Minderheit von 7,7% der GSS durch (Tab. 1). Sie ist jedoch unerlässlich für eine bedarfsgerechte Planung und Verteilung von Personal, Zeit- und Maßnahmeressourcen. Gleichwohl geht die Mehrheit der GSS davon aus, dass ein bedarfsdeckendes Angebot an Suchtberatung in der Region besteht. 14,2% hingegen bewerten das Angebot als nicht ausreichend. Es zeigt sich ein deutliches Stadt-Land-Gefälle: In den Städten wird die Angebotssituation durchgängig überdurchschnittlich günstig eingestuft, in den ländlichen Gebieten hingegen zeigt sich eine große Bandbreite in der Bewertung [3]. Ein Fachkonzept zum Arbeitsbereich „SGB II-Sucht“, das suchtspezifische Informationen, Verfahrensweisen, Arbeitshilfen, Qua-

litätsstandards usw. umfasst, haben lediglich ein Fünftel der GSS entwickelt. Eine personelle Zuständigkeit für die Planung und Koordination in diesem Arbeitsbereich gibt es nur in jeder zweiten GSS. Ohne Fachkonzept und personelle Verantwortlichkeit dürfte es schwierig sein, die Betreuung und Integration Suchtkrankter stringent zu planen, nach einheitlichem Qualitätsmaßstab umzusetzen und fortlaufend weiterzuentwickeln.

Fasst man die Ergebnisse in Hinblick auf die Qualifikation der GSS-Fachkräfte zusammen, so zeigt sich, dass bei rund 84% der GSS noch ein Bedarf an suchtspezifischer Schulung besteht. Neben Schulungen können auch Instrumente wie Supervision und kollegiale Beratung zur (weiteren) Professionalisierung beitragen. 64,2% der GSS sehen diesbezüglich durchaus einen Bedarf für die Fachkräfte, die Suchtkranke betreuen. Doch nur in 18% bzw. 32% der GSS erhielten die Fachkräfte bislang Supervision bzw. kollegiale Beratung.

Es besteht noch ein erheblicher Bedarf an suchtspezifischer Schulung.

Zahlreiche GSS nutzen eine Vielfalt an Gremien und Arbeitskreisen für die Verständigung mit dem örtlichen System der Suchthilfe: 44,5% psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, 17,5% den eigenen SGB II-Beirat, 8,4% örtliche Gesundheitskonferenzen und 7,7% gemeindepsychiatrische Verbände.

Eine geregelte Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe mit klaren Absprachen z. B. über die Finanzierung der Dienstleistung „Suchtberatung“ nach § 16a SGB II, die Bereitstellung der Suchtberatung durch den kommunalen Träger, den gegenseitigen Informationsaustausch und konkrete Verfahrensabläufe unterhalten nur 55% der GSS. Hier zeigen die Befragungsergebnisse deutlich: Diejenigen GSS mit geregelter Kooperation erfüllen auch einige der weiteren Kriterien guter Praxis besser als jene, deren Kooperation ungeregelt ist: Höhere suchtspezifische Schulungsquote der Fachkräfte, häufigeres Vorliegen eines Fachkonzepts und häufigeres Einbeziehen der kooperierenden Suchtberatungsstelle in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung. Zudem verhängen sie seltener Sanktionen [3].

### Erkennen von Suchtproblemen

Der erste Prozessschritt in der Fallbearbeitung ist in aller Regel das Profiling, das u. a. zu klären hat, ob eine Suchtproblematik besteht, und ob und wie sich diese bei der Integration ins Erwerbsleben als problematisch erweisen könnte. Die Fachkräfte nutzen verschiedene Zeitpunkte bzw. Anlässe, zu denen sie dem möglichen Vorliegen eines Suchtproblems nachgehen. Die in **Tab. 2** aufgelisteten Vorgehensweisen lassen sich in reaktive (Nr. 1 und 2) und proaktive (Nr. 3 und 4) unterteilen. Eindeutig bevorzugt werden reaktive Verfahren, die aber nur die Spitze des Eisbergs erfassen können; proaktive führen zwar zu einer deutlich höheren Erkennungsquote, erfordern aber auch entsprechend mehr Fachpersonal zur Betreuung der diagnostizierten Suchtkranken. Es ist jedoch zu beachten, dass das routinemäßige Fragen bei Antragsstellung (**Tab. 2**, Nr. 3) aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes nach § 203 StGB rechtlich nicht zulässig ist [15].

Das sichere Erkennen von Suchtproblemen nimmt eine Schlüsselrolle bei der Betreuung Suchtkrankter im SGB II ein. Es wird von allen GSS als wichtiges Erfolgskriterium genannt, doch von 91,1% als das größte Problem in der Praxis bewertet. Gibt es für die Fachkräfte der GSS Hinweise auf ein Suchtproblem, bemühen

Tab. 2 Erkennen von Suchtproblemen (Mehrfachantworten).

Genutzte Zeitpunkte/Anlässe	% der GSS
Ein mögliches Suchtproblem soll nur dann thematisiert werden:	
1) wenn es entsprechende Auffälligkeiten bzw. Anhaltspunkte dafür gibt	69,1
2) wenn der Kunde/die Kundin es selbst anspricht	9,1
Nach Suchtproblemen soll routinemäßig gefragt werden:	
3) bereits bei Stellung des Antrags auf SGB II-Bezug	6,3
4) in jedem Erstgespräch im Bereich Aktivierung/Integration	17,2
Die Fachkräfte entscheiden im Einzelfall, wann sie Suchtprobleme thematisieren	57,2

sich die meisten GSS zur weiteren Absicherung um die Expertise einer Suchtberatungsstelle (64,6%), des Ärztlichen Dienstes (50,2%) und/oder des Psychologischen Dienstes (11,9%), während suchtdiagnostische Fragebögen sehr selten herangezogen werden (2,8%) (Mehrfachantworten).

Wie hoch der Anteil der in den GSS als suchtkrank erkannten Personen insgesamt war, lässt sich nicht beantworten, da nur 17 GSS eine dazu notwendige suchtspezifische Fallstatistik führten.

Das sichere Erkennen von Suchtproblemen wird von den GSS-Fachkräften als sehr schwierig beurteilt.

### Suchtbezogene Pflichten in der Eingliederungsvereinbarung

§ 15 SGB II schreibt vor, dass mit jedem/jeder erwerbsfähigen Hilfebedürftigen eine Eingliederungsvereinbarung abzuschließen ist. Liegt ein Suchtproblem als Vermittlungshemmnis vor, wird darin u. a. festgeschrieben, welche Maßnahmen der/die Hilfebedürftige selbst zu ergreifen hat, um das Vermittlungshemmnis „Sucht“ zu überwinden. Dabei ist von Bedeutung, dass die in der Eingliederungsvereinbarung festgehaltenen Handlungsaufgaben sanktionsbewehrt sind.

**Tab. 3** zeigt, dass eine Zuweisung zu einer Suchtberatung und eine dementsprechende Meldung bei einer Suchtberatungsstelle mit 93,3% fast alle GSS von den als suchtkrank erkannten Personen fordern. Gute Praxis ist es, wenn die Suchtberatungsstelle den Beratungsbedarf weiter abklärt und die von der GSS zugewiesene Person zur Suchtberatung motiviert. Es besteht jedoch in der Fachliteratur kein Konsens darüber, ob die Suchtberatung zur sanktionsbewehrten Pflicht gemacht werden sollte. Damit sind grundlegende rechtliche und ethische Fragen aufgeworfen. Vorherrschend allerdings ist die Auffassung: Statt die Zuweisung zur Suchtberatung mit Sanktionsdrohungen durchzusetzen, sollte einer konstruktiven Verbindung von externem sozialen Druck und motivierender Beratung der Vorzug gegeben werden [4, 5, 12, 13]. Analoges sollte für die anderen in **Tab. 3** genannten Maßnahmen gelten: medizinische Behandlung, Entgiftung, Suchttherapie.

Es besteht kein Konsens darüber, ob eine Suchtberatung zur sanktionsbewehrten Pflicht gemacht werden sollte.

Die weiteren in **Tab. 3** aufgeführten Verpflichtungen sind möglicherweise von dem Motiv getragen, die Überwindung der Sucht durch die Auferlegung weiterer Pflichten stärker voranzu-



**Tab. 3** Suchtbezogene Pflichten in der Eingliederungsvereinbarung (Mehrfachantworten).

Was wird in der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II festgehalten?	% der GSS
Zuweisung zu einer Suchtberatung nach § 16a SGB II und eine dementsprechende Verpflichtung, sich bei einer Suchtberatungsstelle zu melden	93,3
Entbindung von Beratungsstellen und/oder Ärzten/Ärztinnen von der Schweigepflicht	44,8
Verpflichtung, sich mit dem Suchtproblem auseinanderzusetzen	38,1
Verpflichtung, sich bei einem Facharzt/einer Fachärztin vorzustellen	31,4
Verpflichtung, eine Entgiftung oder Suchttherapie zu beantragen	27,8
Verpflichtung zur Abstinenz während der Teilnahme an einer Qualifizierungs- oder Beschäftigungsmaßnahme	8,4
Sonstiges	9,4

treiben. Doch die Forderung, sich mit dem Suchtproblem auseinanderzusetzen, ist höchst problematisch, weil sie in Hinblick auf ihre Einhaltung (und damit Sanktionierbarkeit) kaum überprüfbar bzw. subjektiv beliebig auslegbar ist. Zur Schweigepflichtsentbindung führt die BA aus, dass sie eine Einwilligung ist, „(...) die nur rechtswirksam ist, wenn sie freiwillig erfolgt. Deshalb verbietet es sich auch, sie zum Bestandteil der sanktionierbaren Eingliederungsvereinbarung zu machen“ [15]. **Tab. 3.** zeigt, dass fast 50% der GSS gegen dieses Rechtsprinzip verstießen.

### Umgang mit Sanktionen

Der Umgang mit Sanktionen nach § 31 SGB II ist höchst unterschiedlich. Das Nichtaufsuchen einer Suchtberatungsstelle sanktionieren 36,2% der GSS in der Regel, 32,7% in der Regel nicht und 31,1% nur in bestimmten Fällen (z.B. beim wiederholten Mal, nach Rücksprache mit der Suchtberatungsstelle). Die Fachkompetenz der Suchtberatungsstellen wird bei Sanktionen nur teilweise einbezogen. 25,3% der Suchtberatungsstellen berichten, dass die GSS mit ihnen nie Rücksprache halten, bevor sie Sanktionen verhängen (manchmal 41,3%, häufig 25,3%, immer 8,0%). Von Sanktionen ist abzusehen, wenn ein „wichtiger Grund“ für die Verletzung von in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Pflichten vorliegt (§ 31 Abs. 1 SGB II). Eine Suchterkrankung kann einen solchen Grund darstellen [16]. Doch wann dies im konkreten Einzelfall gegeben ist, lässt sich schwer beurteilen, weil der Begriff „Sucht“ im SGB II nicht klar definiert ist. Aus suchtwissenschaftlicher Sicht liegt zumindest dann regelhaft ein solcher wichtiger Grund vor, wenn die diagnostischen Kriterien des Abhängigkeitssyndroms i.S. des ICD 10 erfüllt sind. In Anbetracht der vorherrschenden Praxis beim Erkennen von Suchtproblemen (reagieren auf Auffälligkeiten) kann man davon ausgehen, dass in den GSS vornehmlich Abhängige erkannt werden. Daher ist es fachlich schwer nachvollziehbar, dass nur 28,3% der GSS die Suchtproblematik in der Regel als Sanktionsauschlussgrund anerkennen und 34,4% in der Regel nicht. Die Übrigen entscheiden von Fall zu Fall.

Heterogene Haltung gegenüber Sanktionen sowohl bei den GSS als auch den Suchtberatungsstellen.

Auch bei den Suchtberatungsstellen existiert keine einheitliche Haltung gegenüber Sanktionen. 37,5% geben Verstöße gegen die

Eingliederungsvereinbarung und Mitwirkungspflichten grundsätzlich an die GSS weiter, 30,6% nur in bestimmten Fällen. Nur eine Minderheit (12,5%) gibt grundsätzlich keine Rückmeldung an die GSS, wenn dem Klienten/der Klientin Sanktionen drohen könnten, z.B. bei Nicht-Einhaltung von Terminen oder Abbruch der Beratung. 34,7% fassen Rückmeldungen so ab, dass Sanktionen möglichst vermieden werden (Mehrfachantworten). Diese Heterogenität im praktischen Vorgehen geht wohl im Wesentlichen auf die unterschiedliche fachliche Haltung zur Sanktionsbewehrtheit der Zuweisung zur Suchtberatung zurück. Zwar sehen die allermeisten Suchtberatungsstellen in der Freiwilligkeit der Beratung ein wichtiges Grundprinzip [3], doch immerhin stimmten 15,0% der Aussage zu, dass die Chancen für eine erfolgreiche Suchtberatung dadurch steigen, dass die Inanspruchnahme mit Sanktionsdrohungen verknüpft wird. 22,5% verneinten dies, und 62,5% verhielten sich ambivalent.

### Kooperation der GSS mit Suchtberatungsstellen

In der Fachliteratur wird betont, dass die Kooperation auch die Einbeziehung der Erkenntnisse der Suchtberatung in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung sowie gemeinsame Fallkonferenzen umfassen sollte, soweit dies für den Prozess der Integration ins Erwerbsleben nützlich und erforderlich ist [4,5]. Rund die Hälfte der GSS bezieht in der Regel die fachliche Stellungnahme einer Suchtberatungsstelle ein, ein Drittel jedoch in der Regel nicht und 12,3% nur in bestimmten Fällen. Gemeinsame Fallgespräche, die die kooperative Fallbetreuung vor allem bei komplizierten Problemlagen optimieren könnten, führt bislang regelmäßig nur eine Minderheit von 15,4% der GSS durch, aber weitere rund 42% zumindest in besonderen Fällen. Suchtberatung und Maßnahmen zur Integration in Arbeit sollten aufeinander abgestimmt ablaufen. Die GSS gehen dabei sehr unterschiedlich vor. Eine knappe Mehrheit (55,5%) tauscht entsprechende Informationen mit den Suchtberatungsstellen aus, aber nur bei 21,0% kommt es zu einer gemeinsamen Erarbeitung eines Hilfe- bzw. Eingliederungsplans. Ein Viertel (25,4%) verfolgt die Bemühungen zur Vermittlung in Arbeit unabhängig von der Betreuung durch die Suchtberatungsstelle, und in 9,1% der GSS übernimmt allein die Suchtberatungsstelle nach der Zuweisung die weitere Betreuung.

### Informationsaustausch und Schweigepflicht

Der gegenseitige Austausch von fallbezogenen Informationen zwischen den GSS und den Suchtberatungsstellen ist unabdingbar. Er sollte sich jedoch, so die einhellige Meinung auf dem Expertinnen/Experten-Workshop, möglichst strikt auf Informationen begrenzen, die für den Prozess der Integration ins Erwerbsleben erforderlich sind.

Art und Umfang der ausgetauschten Fallinformationen sind aber durch die gesetzlichen Normen zum Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) und zur Schweigepflicht (§ 67 SGB X, § 203 StGB) begrenzt. Ein Datenaustausch ist demnach ohne weiteres möglich, so lange es sich etwa darum handelt, der Suchtberatungsstelle anzukündigen, dass eine bestimmte Person eine Beratung nach § 16a SGB II in Anspruch nehmen soll; umgekehrt kann die Suchtberatungsstelle der GSS den Beginn und die Beendigung einer Beratung rückmelden. Denn ohne diese wesentlichen Informationen kann die Sozialleistung „Suchtberatung“ nach § 16a SGB II nicht erbracht werden.

Ein weitergehender Informationsaustausch setzt voraus, dass der Klient/die Klientin zum einen freiwillig und schriftlich in die Nutzung und Verarbeitung seiner/ihrer Sozialdaten einwilligt

**Tab. 4** Häufigkeit von Problemen in der Kooperation aus Sicht der Suchtberatungsstellen (SB).

	oft % der SB	manchmal % der SB	nie % der SB
zu wenig Einfluss auf Entscheidungen/Maßnahmen der GSS	22,4	53,9	23,7
Probleme mit der Finanzierung der von der GSS angeforderten Leistung	17,5	28,4	52,7
Probleme wegen des Umgangs der GSS mit Sanktionen	13,8	64,6	21,5
zu großer Zeitabstand zwischen dem Erstkontakt des Klienten/der Klientin bei der GSS und der Kontaktaufnahme mit der Suchtberatungsstelle	13,0	50,6	36,4
Probleme im Zusammenhang mit dem Datenschutz/der Schweigepflicht	10,1	41,8	48,1
Probleme wegen der geforderten Weitergabe fallbezogener Informationen seitens der GSS an die Suchtberatungsstelle z. B. über Entscheidungen oder Maßnahmen	7,7	37,2	55,1
Probleme wegen der geforderten Weitergabe fallbezogener Informationen an die GSS	5,0	49,4	45,6
längere Wartezeiten infolge der Zuweisungen zur Suchtberatung durch die GSS	5,0	33,8	61,3
Probleme hinsichtlich der Fallverantwortung zwischen der GSS und der Suchtberatungsstelle	1,3	40,0	58,8

und zum anderen die GSS bzw. die Suchtberatungsstelle von ihrer Schweigepflicht entbindet. Erfolgt dies nicht, muss der Informationsaustausch entweder unterbleiben oder kann nur durch den Klienten/die Klientin selbst erfolgen.

Den Freitextantworten und zugesandten Dokumenten ist zu entnehmen, dass Datenschutz- und Schweigepflichtsbestimmungen von einem Großteil der GSS nicht bzw. nicht genügend rechtskonform gehandhabt werden [3]. Auch jede zweite Suchtberatungsstelle bemängelte, dass es hinsichtlich des Datenschutzes bzw. der Schweigepflicht oft bzw. manchmal Probleme mit der kooperierenden GSS gab (◉ **Tab. 4**).

Verstöße gegen Datenschutz- und Schweigepflichtsbestimmungen kommen häufig vor.

### Beurteilung der Kooperation aus Sicht der Suchtberatungsstellen

◉ **Tab. 4** enthält weitere Probleme in der Kooperation mit den GSS aus Sicht der Suchtberatungsstellen. Betrachtet man die Oft-Antworten, so stehen an der Spitze der Nennungen: zu wenig Einfluss auf Entscheidungen bzw. Maßnahmen der GSS, Probleme mit der Finanzierung und mit dem Umgang der GSS mit Sanktionen. In der Gesamteinschätzung beurteilt aber fast jede zweite (47,4%) Suchtberatungsstelle die Kooperation mit der jeweiligen GSS als sehr gut bis gut, 46,2% als befriedigend bis ausreichend, allerdings 6,4% als mangelhaft bis ungenügend.

In der Kooperation mit den GSS gibt es eine Reihe von Problemen, aber sie wird von jeder zweiten Suchtberatungsstelle als sehr gut bis gut bewertet.

### Finanzierung der Suchtberatung

Die Finanzierung der Suchtberatung nach § 16a SGB II erfolgt in 86,1% der Suchtberatungsstellen pauschal, d.h. im Rahmen der Suchtberatung aller Bürgerinnen und Bürger. Nur 27,8% rechnen Leistungen für SGB II-Klientinnen/Klienten gesondert ab und 11,4% finanzieren sich (auch) auf andere Art, so z.B. aus kirchlichen Eigenmitteln, aus dem Europäischen Sozialfonds oder aus Regiekosten für Beschäftigungsprojekte. Wie ◉ **Tab. 4** zeigt, gibt es offensichtlich immer wieder Schwierigkeiten. So berichten 45,9% der Suchtberatungsstellen von oft oder manchmal auftretenden Problemen bei der Finanzierung der von den GSS angeforderten Leistung.

### Kooperation mit Einrichtungen der Suchtrehabilitation

In der medizinischen Suchtrehabilitation sind arbeitsbezogene Leistungen (z.B. Profiling, Bewerbungstraining, Arbeitsbelastungserprobungen in externen Betrieben) essentieller Bestandteil der Behandlung. Daher wäre es sinnvoll und nützlich, wenn die GSS Informationen über geplante bzw. durchgeführte arbeitsbezogene Maßnahmen an die Reha-Einrichtung übermitteln würden (z.B. Ergebnisse des Profilings oder Sachstandsberichte zur bisherigen Integrationsplanung), an denen die Reha-Einrichtung nahtlos anknüpfen könnte. Doch nur 12,3% der GSS geben entsprechende Informationen weiter, 63,4% nicht, und bei 24,3% gibt es dazu keine einheitliche Regelung. In der umgekehrten Richtung werden Informationen offenbar deutlich häufiger gegeben. Immerhin erhalten 22,7% der GSS von Reha-Einrichtungen Informationen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen in der Regel und 26,8% zumindest auf Nachfrage. Nahezu alle GSS, die solche Informationen bekommen, bewerten diese als hilfreich (66,0%) oder zumindest teilweise hilfreich (26,9%) für die Konzeptionierung ihrer Maßnahmen. Ein weiteres Indiz für die noch defizitäre Bearbeitung der Schnittstelle zur Suchtrehabilitation ist der Befund, dass es nur 36,9% der GSS meistens schaffen, die arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zeitlich nahtlos an die Suchtrehabilitation anzuschließen (41,3% manchmal, 11,0% selten bzw. nie, 10,7% haben dazu keine Erkenntnisse). Ein nahtloser Übergang, dessen Realisierung die frühzeitige Informierung der GSS durch die Reha-Einrichtung über den Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung voraussetzt, ist von hoher Bedeutung, da die Zeit nach Abschluss der Suchtbehandlung eine prekäre Übergangsphase darstellt, in der der Erhalt des suchtspezifischen Therapieerfolgs sehr gefährdet ist [17].

Schnittstellenmanagement mit der medizinischen Suchtrehabilitation noch defizitär.

### Integration in Arbeit und Förderung durch arbeitsmarktpolitische Maßnahmen

Ziel der Betreuung im SGB II ist letztlich die Überwindung der Hilfebedürftigkeit durch Integration in Existenz sichernde Beschäftigung. Wie viele Suchtkranke das erreichen, ließ sich nicht ermitteln, da die allermeisten GSS keine entsprechend differenzierte Fallstatistik führen. Nach ihrer bisherigen Erfahrung wird die Integration in den ersten Arbeitsmarkt nur ausnahmsweise erreicht (◉ **Tab. 5**). Die Ergebnisse offenbaren zudem eine große Skepsis der GSS-Fachkräfte in Hinblick auf mögliche zusätzliche

**Tab. 5** Bedingungen für ein Gelingen der Integration Suchtkranker in den ersten Arbeitsmarkt (Mehrfachantworten).

Eine Integration gelingt...	% der GSS
aufgrund der Suchterkrankung nur in Ausnahmefällen	85,9
nicht weniger häufig als bei Personen ohne Suchterkrankung	2,9
dann häufiger, wenn der (potenzielle) Arbeitgeber nichts von der Sucht weiß	15,1
dann häufiger, wenn die Suchtberatungsstelle dem Arbeitgeber gegenüber weitere Unterstützung für den/die suchtkranke Abeitnehmerin/Arbeitsnehmer zusichert	17,0
häufig unter sonstigen Bedingungen	10,9

**Tab. 6** Weitere Probleme (außer der Sucht), die die Erwerbsintegration Suchtkranker erschweren (Mehrfachantworten).

	oft % der GSS	manchmal % der GSS	nie % der GSS
Probleme im Bereich Bildung/Qualifikation/Brüche in der Erwerbsbiografie	88,7	11,0	0,3
Ver-/Überschuldung	74,2	25,8	0,0
unwirtschaftliches Verhalten	67,8	32,2	0,0
Probleme im Bereich sozialer Beziehungen	64,8	35,2	0,0
Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen	63,9	35,8	0,3
gesundheitliche Beeinträchtigungen	58,9	41,1	0,0
psychische Belastungen (z. B. Angstzustände)	47,7	52,0	0,3
Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden	42,1	57,6	0,3
Wohnprobleme	35,4	63,9	0,6
strafrechtliche Probleme (z. B. mit Bewährungsauflagen)	26,3	73,1	0,6
häusliche Gewalt	10,0	87,5	2,5

Bedingungen oder Anreize, die die Integrationsschancen erhöhen könnten. Die Skepsis verwundert nicht angesichts der zahlreichen weiteren Vermittlungerschwernisse, die die GSS bei Suchtkranken feststellen (☛ Tab. 6).

Integration in den ersten Arbeitsmarkt gelingt nur ausnahmsweise.

Im Rahmen der Fallbearbeitung nach dem SGB II können als Zwischenziele auf dem Weg der Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt unterschiedliche Fördermaßnahmen zum Einsatz kommen. Die damit verbundenen Zielsetzungen können je nach Einzelfall sehr verschieden sein, z. B. psychosoziale Stabilisierung, Stärkung der Erwerbsmotivation, Vermittlung von Kenntnissen und Fertigkeiten oder Vermittlung von Erfahrungen mit dem Arbeitsalltag. Solche Maßnahmen können auf unterschiedliche Art gestaltet sein. Man kann sie speziell für Suchtkranke konzipieren; oder Suchtkranke werden in allgemeinen Maßnahmen gefördert, in denen aber ihre besonderen Bedarfe gezielt berücksichtigt werden (z. B. durch angepasste Arbeitszeiten, Begleitung durch suchtspezifisch geschultes Personal). Beide Varianten kommen in der Praxis vor (☛ Tab. 7).

**Tab. 7** Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Suchtkranke. 1) Allgemeine Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, die aber die Bedarfe von Suchtkranken gezielt berücksichtigen 2) Spezielle Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Suchtkranke.

	% der GSS
sowohl 1) als auch 2)	20,3
nur 1)	32,4
nur 2)	21,6
weder 1) noch 2)	25,7

Angesichts des genannten Zielespektrums liegt es auf der Hand, dass es *die* typische Maßnahme für Suchtkranke nicht geben kann. Gute Praxis ist vielmehr, wenn für die im Einzelfall anzustrebenden Zielstellungen möglichst passgenaue Maßnahmen realisiert werden, und die Fachkräfte der Maßnahmeträger über besondere Kompetenzen im Umgang mit Suchtkranken verfügen. Als Ausdruck schlechter Praxis hingegen muss gelten, wenn die besonderen Bedarfe der Suchtkranken bei der Maßnahmegestaltung überhaupt nicht berücksichtigt werden, wie dies bei 25,7% der GSS der Fall ist (☛ Tab. 7).

Als problematisch ist ferner zu sehen, dass den Suchtkranken nahezu ausschließlich Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sog. „Ein-Euro-Jobs“) nach § 16d SGB II als Beschäftigungs- und Qualifizierungsinstrument angeboten werden. 82 von 101 GSS, die nähere Angaben zu ihrem Maßnahmenportfolio machten, nutzen diese Fördermöglichkeit, während andere arbeitsmarktpolitische Instrumente nur ausnahmsweise zur Anwendung kommen, z. B. der Beschäftigungszuschuss nach § 16e SGB II oder die Förderung der beruflichen Weiterbildung nach § 77 SGB III.

### Gute Praxis aus Sicht der GSS und der Suchtberatungsstellen

☛ Tab. 8 zeigt, dass die GSS vor allem folgende Faktoren als wichtige Voraussetzungen für die Realisierung einer guten Praxis ansehen: Eine enge Kooperation mit der Suchthilfe, die Verfügbarkeit bedarfsgerechter Angebote an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und sozial flankierenden Diensten (z. B. Schuldnerberatung) sowie Fachkräfte, die suchtspezifisch qualifiziert sind und mit ausreichend Zeit individuell beraten können (bessere Betreuungsrelation, größere Ermessensspielräume, hohe Kontaktdichte). Demgegenüber sehen die GSS die Schaffung von suchtspezialisierten Teams als nicht so wichtig an. Sie legen zwar großen Wert darauf, dass ihre Fachkräfte über suchtspezifisches Wissen verfügen, doch darüber hinaus geht es ihnen offenbar eher um die funktionierende Kooperation mit dem System der Suchthilfe und nicht darum, selbst Suchtexpertinnen/Suchtexperten zu werden. Die Sanktionierbarkeit wird von rund der Hälfte des GSS nicht als Erfolgsfaktor eingestuft.

Aus der Perspektive der Suchtberatungsstellen kann eine Suchtberatung nach § 16a SGB II vor allem unter folgenden Bedingungen gelingen: schriftliche und detaillierte Kooperationsvereinbarung mit der GSS, klare Abstimmung in der Fallbearbeitung und ausreichende suchtspezifische Qualifikation der GSS-Fachkräfte. Doch man muss auch sehen, dass viele Suchtberatungsstellen eine Beratung nach § 16a SGB II in Hinblick auf die Gewährleistung wichtiger Beratungsstandards kritisch einschätzen. Nur teilweise gegeben ist für 32,5% der befragten Beratungsstellen die Vertraulichkeit, für 49,4% die Ergebnisoffenheit und für 63,2% die Freiwilligkeit, die weitere 17,1% als gar nicht gegeben



Tab. 8 Voraussetzungen für eine gute Praxis bei der Betreuung/Integration Suchtkranker aus Sicht der GSS.

	sehr wichtig % der GSS	wichtig % der GSS	unwichtig % der GSS
enge Zusammenarbeit mit der Suchthilfe	74,1	25,3	0,6
breites und kurzfristig verfügbares Angebot sozial flankierender Dienste	69,0	29,1	1,9
Betreuungsrelation, die genug Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken sichert	64,9	32,2	2,9
suchtspezifische Qualifizierung des in Beratung/Vermittlung tätigen Personals	47,1	49,7	3,2
größere Ermessungsspielräume der Fachkräfte, um auf den individuellen Fall eingehen zu können	40,2	46,3	13,5
hohe Kontaktdichte bei der Betreuung Suchtkranker	39,1	51,4	8,7
breites und differenziertes arbeitsmarktpolitisches Angebot	34,6	54,5	10,9
Einrichtung spezialisierter Teams zur Betreuung Suchtkranker	8,3	36,6	45,1
Sanktionierbarkeit von „Fehlverhalten“ von Suchtkranken	6,8	41,3	51,9

ansehen. Hier aber ist ergänzend zu bemerken, dass Freiwilligkeit nur von 15,0% der Suchtberatungsstellen generell als unverzichtbare Voraussetzung für eine gute Beratung eingestuft wurde.

### Fazit

Die Ergebnisse geben einen Überblick über den aktuellen Umsetzungsstand, der jedoch aufgrund der überwiegend standardisierten Erhebung die tatsächliche Differenziertheit guter Praxis nur begrenzt widerspiegeln kann. Es ist zukünftigen Untersuchungen vorbehalten, diese Differenziertheit tiefer zu erfassen, was durch qualitative Methoden z.B. in Form von Fallstudien möglich ist. Zugleich sollte es darum gehen, die im Rahmen des SGB II praktizierten Maßnahmen nicht nur zu beschreiben sondern auch in Hinblick auf ihre Wirkungen zu analysieren, z. B.: Erfüllt die Suchtberatung die ihr im SGB II zugeordnete Aufgabe, d. h. werden Suchtkranke, die eine Suchtberatung erhalten, häufiger und besser integriert als andere? Wie wirkt sich die Verhängung von Sanktionen aus, z. B. auf die Beziehung zu den betreuenden Fachkräften oder auf die suchtspezifische Veränderungsmotivation des/der Suchtkranken? Unabdingbar ist auch die Frage zu untersuchen: Was ist gute Praxis aus der Perspektive der Betroffenen?

Daten aus verschiedenen Bundesländern zeigen eine kontinuierlich ansteigende Nutzung des Instruments der Suchtberatung nach § 16a SGB II [18, 19]. Umso notwendiger ist es, Verbesserungen in der Praxis möglichst bald zu erreichen. Vor allem folgende Vorschläge lassen sich dazu aus den Befragungsergebnissen ableiten: bessere Betreuungsrelationen, weitere Erhöhung des suchtspezifischen Qualifikationsniveaus der GSS-Fachkräfte, Bereitstellung eines ausreichenden und diversifizierten Angebots an suchtspezifischen bzw. die Bedarfe von Suchtkranken berücksichtigenden Qualifizierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen, Informierung der GSS-Fachkräfte über die einschlägigen Rechtsvorschriften im Bereich des Datenschutzes und der Schweigepflicht und vor allem eng und frühzeitige Kooperation mit der Suchthilfe.

### Zur Person



Jutta Henke, Dipl.-Sozialpädagogin, Leiterin einer integrierten Einrichtung nach § 67 SGB XII. Mitarbeit in Forschungsprojekten zu Leistungsprozessen im SGB II und der Vermittlungsberatung im SGB III.

### Literatur

- 1 Henkel D. Stand der internationalen Forschung zur Prävalenz von Substanzproblemen bei Arbeitslosen und zur Arbeitslosigkeit als Risikofaktor für die Entwicklung von Substanzproblemen: Alkohol Tabak, Medikamente, Drogen. In: Henkel D, Zemlin U, Hrsg. Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag; 2008; 10–69
- 2 Henkel D. Wie viele Suchtbehandelte sind arbeitslos, und welche Chancen haben sie, wieder Arbeit zu finden. Bundesweite empirische Daten zur beruflichen Integration vor und nach der Suchtbehandlung. In: Henkel D, Zemlin U, Hrsg. Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag; 2008; 163–188
- 3 Henke J, Henkel D, Nägele B, Pagels N, Wagner A. Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Abschlussbericht für das Bundesgesundheitsministerium Berlin: August 2009
- 4 Bürkle S. 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 und Einrichtungen der Suchthilfe in der Caritas. In: Henkel D, Zemlin U, Hrsg. Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag; 2008; 361–388
- 5 Deutscher Landkreistag. Leitlinien zur Umsetzung sozialer Leistungen nach dem SGB II. Schriften des Deutschen Landkreistages; Bd. 73 der Veröffentlichungen des Vereins für Geschichte der Deutschen Landkreise e.V. Berlin 2008
- 6 Fachverband Sucht e.V. Vorschläge zur Umsetzung des SGB II im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe, -behandlung. Sucht aktuell 2006; 85–86
- 7 Drogen- und Suchtrat. Beschluss vom 5. November 2007
- 8 Kern A. Herausforderungen für die Sucht- und Drogenhilfe durch Hartz IV. Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesstelle Baden-Württemberg, o.J.
- 9 Kern A. Zur Umsetzung von „Hartz IV“ und den Auswirkungen auf die Sucht- und Drogenhilfe. Sondernewsletter der DHS, des FDR und des Paritätischen. Stuttgart: 9. März 2005
- 10 Fachverband Drogen und Rauschmittel/Paritätischer Gesamtverband. Handreichung Leistungsvereinbarungen für Suchtberatung nach § 16 (2) SGB II (überarbeitete Fassung vom 18.12.2004. Hannover: 2004
- 11 LAG Freie Wohlfahrtspflege in Bayern/Koordinierungsstelle der bayrischen Suchthilfe Eckpunkte zur Konzeption der Leistungen Suchtberatung und psychosoziale Betreuung nach SGB II in Bayern. 2006 (2. Aufl.)



- 12 *Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland*. Rahmenkonzept zur Beteiligung der Suchtberatung der Diakonie an den Eingliederungsleistungen der Jobcenter nach SGB II. Eine Handreichung des GVS und des DW-EKD für die Einrichtungen der diakonischen Suchtkrankenhilfe. Berlin: 2004
- 13 *Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland*. Rahmenkonzept für eine Schulung der FallmanagerInnen nach SGB II für die Arbeit mit Menschen mit Suchtproblemen. Berlin: 2005
- 14 *Deutscher Bundestag*. Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt. Bundestagsdrucksache 15/1516 vom 5.9.2003.
- 15 *Bundesagentur für Arbeit*. Befragung zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Schreiben des Vorstands Grundsicherung an die Geschäftsführer Grundsicherung in den Regionaldirektionen. Nürnberg: Februar 2009
- 16 *Winkler U*. Sucht- und Arbeitslosen-, Rehabilitations- und Teilhaberecht. In: Henkel D, Zemlin U, Hrsg. Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag; 2008; 500–560
- 17 *Henkel D, Zemlin U, Dornbusch P*. Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projekts und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: Henkel D, Zemlin U, Hrsg. Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag; 2008; 214–241
- 18 *Sächsische Landesstelle für Suchtfragen*. Sucht 2008. Bericht der ambulanten Suchtkrankenhilfe in Sachsen. Dresden: 2009
- 19 *Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg*. Deutsche Suchthilfestatistik 2007. Ambulante Suchthilfe. Kommentierung der Landesauswertung Baden-Württemberg. Stuttgart: 2008

