



Prof. Dr.
Dieter Henkel



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

Endbericht



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



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

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



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

Berlin, Bremen, Frankfurt, Göttingen, Juni 2017

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	16
0 EINLEITUNG	17
1 DAS UNTERSUCHUNGSPROGRAMM	19
1.1 Bundesweite Online-Erhebung der Jobcenter	19
1.1.1 Durchführung der Online-Erhebung	19
1.1.2 Statistische Auswertung	21
1.1.3 Vergleiche der Befragungen 2009 und 2016 und im Längsschnitt	21
1.1.4 Kriterien zur Auswahl der Fallstudien-Kommunen	22
1.2 Die Fallstudien	25
1.2.1 Auswahl der Untersuchungsstandorte	25
1.2.2 Das Erhebungsprogramm	26
1.2.3 Auswertung der Fallstudien	27
1.3 Text- und Dokumentenanalyse	27
2 RAHMENBEDINGUNGEN FÜR DIE BERATUNG UND AKTIVIERUNG SUCHTKRANKER MENSCHEN IM RECHTSKREIS DES SGB II	29
2.1 Rechtliche und organisatorische Veränderungen in den Jobcentern seit 2009	30
2.1.1 Trägermodell	30
2.1.2 Instrumentenreformen	30
2.1.3 Ziele und Zielsteuerung	32
2.1.4 Erwerbsfähigkeitsprüfung	33
2.1.5 Veränderte Geschäftsprozesse und Beratung: 4PM und BeKo	34
2.1.6 Rechtsprechung, untergesetzliche Regelungen und Empfehlungen	35
2.1.7 Andere (rechtliche) Rahmenbedingungen	36
2.2 Arbeitslosigkeit und Sucht: Ergebnisse der Forschung	37
2.2.1 Suchtprävalenzen bei Arbeitslosen	37
2.2.2 Arbeitslosigkeit und Suchtmittelabstinenz	39
2.2.3 Integration in existenzsichernde Arbeit	40
2.3 Die Nutzung kommunaler Leistungen nach § 16a SGB II	41
2.3.1 Große Varianz bei der Ausgestaltung der kommunalen Leistungen	41
2.3.2 Zugänge in Suchtberatung – BA-Statistik und Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS)	42
2.3.3 Unterschiede zwischen Klienten und Klientinnen mit und ohne Vermittlung durch Jobcenter	43

2.3.4	Suchtdiagnostische Unterschiede.....	44
2.3.5	Arbeitslose in Suchtbehandlung	45
3	ZENTRALE BEFUNDE AUS DER ONLINE-ERHEBUNG	47
3.1	Rahmenbedingungen der Jobcenter für die Integrationsarbeit	47
3.1.1	Aufbauorganisation und Spezialisierungen	47
3.1.2	Betreuungsrelationen	49
3.1.3	Organisationsentscheidungen zur Betreuung suchtkranker Leistungsberechtigter	52
3.1.4	Suchtbezogene Qualifizierung der Fachkräfte	53
3.1.5	Regelungen, Vorgaben und Arbeitshilfen	58
3.1.6	Verträge und Vereinbarungen mit Trägern der Suchtberatung	59
3.1.7	Ausstattung mit Suchtberatung	62
3.2	Fallbearbeitung bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen	64
3.2.1	Profiling und Erkennen von Suchtproblemen	64
3.2.2	Sucht ist nur ein Teil des Problems	67
3.2.3	Prüfung der Erwerbsfähigkeit	70
3.2.4	Sucht als Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung und Umgang mit Sanktionen	73
3.2.5	Einschaltung einer Suchtberatung nach § 16a SGB II	80
3.2.6	Bearbeitung materieller Problemlagen	82
3.2.7	Beteiligung anderer Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft	84
3.3	Vernetzung und Kooperation mit der Suchtberatung	85
3.3.1	Kooperation während des Suchtberatungsprozesses	85
3.3.2	Leistungsberechtigte in Suchtberatung ohne Zuweisung nach § 16a SGB II	90
3.3.3	Wie erfolgreich ist die Suchtberatung?	91
3.4	Maßnahmeangebot und Integration in Arbeit	92
3.4.1	Allgemeine Maßnahmen der Gesundheitsförderung	92
3.4.2	Maßnahmen zur Aktivierung, Qualifizierung und Beschäftigung	93
3.4.3	Kooperationen bei der Maßnahmegestaltung und -durchführung	101
3.5	Kooperation mit dem lokalen Gesundheitssystem.....	102
3.6	Kooperation mit der medizinischen Suchtrehabilitation	108
3.6.1	Gegenseitige Information	109
3.6.2	Nahtlose Übergänge	111
3.6.3	Umgang mit § 7 Absatz 4 SGB II	113
3.7	Selbsteinschätzung, Erfolgskriterien und -faktoren aus Sicht der Jobcenter	115
3.7.1	Selbsteinschätzung der Jobcenter: Eigene Stärken und Defizite	115

3.7.2	Erfolgskriterien und -faktoren, Schwierigkeiten und Gelingensbedingungen.....	118
3.8	Sieben Jahre danach – was hat sich verändert?	125
3.8.1	Befunde der Jobcenterbefragung 2016	125
3.8.2	Befunde der Befragung der Grundsicherungsstellen 2009 und der Jobcenter 2016 im Längsschnittvergleich.....	127
3.8.3	Ein Drittel Jobcenter mit Verbesserungen gegenüber 2009.....	131
4	GUTE PRAXIS IN QUALITATIVER BETRACHTUNG	132
4.1	Aufgaben- und Problemverständnis der Jobcenter	133
4.1.1	Vermittlungsorientierung vs. soziale Teilhabe.....	133
4.1.2	Geschäftsprozess vs. Einzelfallhilfe.....	134
4.1.3	Erwerbsunfähigkeit vs. Rehabilitation	135
4.2	Beratung und Vermittlung suchtkranker Leistungsberechtigter im SGB II.....	136
4.2.1	Konzeptionelle Rahmung	136
4.2.2	Qualifikation und beruflicher Hintergrund der Fachkräfte.....	137
4.2.3	Interne Spezialisierung: Vermittlungsfachkräfte, Fallmanagement und Teams für einzelfallbezogene Arbeit	138
4.2.4	Diagnostik und Clearing	140
4.2.5	Zugang zu Fachkräften und Beratungsbeziehung.....	142
4.2.6	Eingliederungsvereinbarung und Sanktionen bei suchtkranken Leistungsberechtigten	143
4.2.7	Die Sicht der Leistungsberechtigten	145
4.3	Rolle der Jobcenter in den lokalen Netzwerken	147
4.3.1	Kooperation mit den Anbietern von Suchtberatung	148
4.3.2	Kooperation mit Maßnahmeträgern.....	151
4.3.3	Kooperation mit dem lokalen Suchtnetzwerk	152
4.4	Gute Praxis als Lern- und Veränderungsprozess	157
5	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER WESENTLICHEN BEFUNDE	159
5.1	Aufbauorganisation und strukturelle Rahmenbedingungen	159
5.2	Die Beratung suchtkranker Leistungsberechtigter	163
5.3	Organisation von Suchtberatung als Leistung nach § 16a SGB II.....	167
5.4	Beschäftigung, Aktivierung, Förderung.....	169
5.5	Kooperation in den lokalen Gesundheitssystemen	172
5.6	Kooperation der Jobcenter mit Einrichtungen der Suchtrehabilitation	174
5.7	Besonderheiten bei jungen Erwachsenen u25	177
5.8	Ausblick	178

LITERATURVERZEICHNIS	181
ANHANG.....	188
A1 - Anhangtabellen.....	188
A2 – Interviews mit den Geschäftsführern von vier Suchtfachverbänden zu den „Kriterien guter Praxis“ und zur Schnittstelle „Jobcenter-Suchtrehabilitation“	194
A3 – Fragebogen.....	199

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Trägermodelle der teilnehmenden Grundsicherungsstellen und Jobcenter 2009 und 2016.....	20
Tabelle 2:	Operationalisierung der Merkmale „Guter Praxis“	23
Tabelle 3:	Ausgewählte Fallstudien-Kommunen	26
Tabelle 4:	Zahl der Gesprächspartner/innen in den Fallstudien-Kommunen / Anzahl Hospitationen	27
Tabelle 5:	Zugänge in kommunale Eingliederungsleistungen: Suchtberatung 2005 bis 2015	42
Tabelle 6:	Verteilung der Suchtdiagnosen bei allen Klienten und Klientinnen, bei allen Alg-II-Beziehenden und allen von einem Jobcenter vermittelten Alg-II-Beziehenden in ambulanten Einrichtungen 2011	45
Tabelle 7:	Aufbauorganisation nach Trägermodell 2016: Zuständigkeit in den Jobcentern für Beratung, Betreuung und Vermittlung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und Arbeitgeberbetreuung.....	48
Tabelle 8:	Betreuungsschlüssel bei unter 25-jährigen erwerbsfähigen Leistungsberechtigten 2009 und 2016.....	50
Tabelle 9:	Betreuungsschlüssel bei über 25-jährigen erwerbsfähigen Leistungsberechtigten 2009 und 2016.....	50
Tabelle 10:	Durchschnittliche Betreuungsrelationen in Jobcentern differenziert nach Arbeitsmarktregionen und Alter der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, offizielle Statistik 2016 und Online-Befragung 2016.....	51
Tabelle 11:	Durchschnittliche Betreuungsrelation nach Trägermodell der Jobcenter 2016.....	51
Tabelle 12:	Zuweisung von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen zum Fallmanagement 2009 und 2016.....	52
Tabelle 13:	Zuständigkeiten im Jobcenter für das Thema Sucht 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	53
Tabelle 14:	Einschätzung, ob bisherige suchtspezifische Schulungen ausreichend waren 2009 und 2016.....	54
Tabelle 15:	Einschätzung zum Schulungsbedarf der Fachkräfte im Jobcenter 2009 und 2016.....	54
Tabelle 16:	Schulungsbedarf bei Fachkräften, die Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen beraten bzw. vermitteln, nach Beratungskonzeption 2016.....	55
Tabelle 17:	Wer hat Schulungen zu suchtspezifischen Fragen durchgeführt? Antworten 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	56
Tabelle 18:	Themen der suchtspezifischen Schulungen 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	57

Tabelle 19:	Anteil der suchtkranke Kund/inn/en betreuenden Fachkräfte, die mindestens einmal Supervision bzw. kollegiale Beratung erhielten, 2009 und 2016.....	58
Tabelle 20:	Vorgaben und Regelungen oder Arbeitshilfen/Empfehlungen für den Umgang mit Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen nach Verdichtungsgrad und Trägermodell 2016	58
Tabelle 21:	Inhalt der Vorgaben oder Empfehlungen 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	59
Tabelle 22:	Regelung der Kooperation zwischen Jobcentern und Einrichtungen der Suchthilfe 2009 und 2016.....	60
Tabelle 23:	In Kooperationsvereinbarungen festgelegte Inhalte 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	61
Tabelle 24:	Zur Weitergabe welcher Informationen sind Suchtberatungsstellen den Jobcentern gegenüber vertraglich verpflichtet? 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	62
Tabelle 25:	Einschätzung der Verfügbarkeit von Suchtberatungsangeboten vor Ort 2009 und 2016.....	63
Tabelle 26:	Einschätzung der Verfügbarkeit von Suchtberatungsangeboten vor Ort 2016 nach Verdichtungsgrad.....	63
Tabelle 27:	Verfügbarkeit besonderer Angebote der Suchtberatungsstelle(n) in der Region für Jugendliche bzw. junge Erwachsene u25 2016	64
Tabelle 28:	Hinweis auf Suchtberatung im Internetauftritt des Jobcenters nach Trägermodell 2016	65
Tabelle 29:	Ermittlung des Vorliegens einer Suchtproblematik bei erwerbsfähigen und anderen Leistungsberechtigten 2016 (Mehrfachnennungen)	66
Tabelle 30:	Genutzte Möglichkeiten, um festzustellen, ob bei einem bzw. einer arbeitslosen Leistungsberechtigten ein Suchtproblem vorhanden ist, nach Trägermodell 2016 (Mehrfachnennungen)	67
Tabelle 31:	Weitere Probleme, die die Integration suchtkranker Leistungsbeziehender in Erwerbsarbeit erschweren, nach u25 / ü25, 2016.....	68
Tabelle 32:	Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen 2009 und 2016.....	70
Tabelle 33:	Wen beauftragen die Jobcenter mit der Begutachtung von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen, wenn deren Erwerbsfähigkeit in Frage steht? 2016 (Mehrfachnennungen)	71
Tabelle 34:	Einbeziehung weiterer Dritter bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Personen mit Suchtproblemen 2009 und 2016	71
Tabelle 35:	Konsequenzen bei Einschätzung, dass ein Leistungsberechtigter bzw. eine Leistungsberechtigte nicht erwerbsfähig ist, sein/ihr Antrag auf Berentung aber von der Deutschen Rentenversicherung abgelehnt wird, 2016	72

Tabelle 36:	Ergebnisse der individuellen Beratung zum Thema Sucht werden in der EinV festgehalten, 2009 und 2016	73
Tabelle 37:	Welche Ergebnisse der individuellen Beratung zum Thema Sucht werden in der EinV festgehalten? 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen).....	74
Tabelle 38:	Wer Verpflichtungen aus der EinV nicht einhält, muss mit Sanktionen rechnen. Werden aus diesem Grund üblicherweise bestimmte Vereinbarungen mit Suchtkranken nicht in der EinV festgeschrieben? 2009 und 2016.....	75
Tabelle 39:	Wird in Fällen, in denen suchtkranke Menschen Verpflichtungen aus der EinV nicht einhalten, die Suchterkrankung als „wichtiger Grund“ bewertet, der das Verhängen einer Sanktion verhindert? 2009 und 2016	77
Tabelle 40:	Kommt es vor, dass suchtkranke Menschen sanktioniert werden, weil sie die Suchtberatungsstelle nicht aufgesucht haben? 2009 und 2016.....	78
Tabelle 41:	Nutzung der Expertise der Suchthilfe oder anderer Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung einer EinV mit suchtkranken Leistungsberechtigten 2009 und 2016	79
Tabelle 42:	Form der Einbindung der Suchthilfe oder anderer Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung der EinV von suchtkranken Leistungsberechtigten 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	79
Tabelle 43:	Fallkonstellationen für die Einschaltung einer Suchtberatung nach § 16a SGB II 2016.....	80
Tabelle 44:	Fallkonstellationen für die Einschaltung eine Suchtberatung nach § 16a SGB II 2009	81
Tabelle 45:	Gibt es in Ihrem Jobcenter bestimmte Verfahren für den Übergang von u25 in Suchtberatung nach § 16a SGB II? 2016.....	82
Tabelle 46:	Anzahl der Grundsicherungsstellen, die Angaben bzw. keine Angaben zur Anzahl der an Suchtberatung zugewiesenen Leistungsberechtigten gemacht haben, 2009 und 2016.....	82
Tabelle 47:	Häufigkeit des Einsatzes von spezifischen Maßnahmen bei Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen nach Trägermodell 2016	83
Tabelle 48:	Beteiligung anderer Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bei der Erarbeitung der Integrationsplanung nach Beratungskonzeption 2016.....	84
Tabelle 49:	Übliche Vorgehensweise bei Festlegung von Suchtberatung als flankierende Leistung in der Eingliederungsvereinbarung 2009 und 2016.....	86
Tabelle 50:	Wartezeiten zwischen Zuweisung zu [®] Suchtberatungsstelle(n) und Beginn der Suchtberatung 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	86
Tabelle 51:	Verteilung von Wartezeiten für Suchtberatung 2009 und 2016.....	87
Tabelle 52:	Übliches weiteres Verfahren nach Verweisung an Suchtberatungsstelle 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	88

Tabelle 53:	Durchführung gemeinsamer Fallgespräche mit der Suchtberatungsstelle 2009 und 2016.....	89
Tabelle 54:	Maßnahmen bei unplanmäßiger oder vorzeitiger Beendigung der Suchtberatung 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	90
Tabelle 55:	Geschätzter Anteil der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen, die ohne Vermittlung durch das Jobcenter Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle haben, 2016.....	90
Tabelle 56:	Bei Nutzung der Suchtberatungsstelle ohne Vermittlung durch das Jobcenter: Kontaktaufnahme des Jobcenters zur Suchtberatungsstelle mit Einverständnis der Leistungsberechtigten 2016.....	91
Tabelle 57:	Einschätzung des Erfolgs der Suchtberatung 2016	91
Tabelle 58:	Wie oft motivieren und unterstützen Sie Suchtkranke, an folgenden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens teilzunehmen? 2016	92
Tabelle 59:	Durchführung von Veranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen im Jobcenter 2016	93
Tabelle 60:	Arbeitsgelegenheiten für Menschen mit Suchtproblemen 2009 und 2016	94
Tabelle 61:	Spezielle Angebote für Menschen mit Suchtproblemen 2016	94
Tabelle 62:	Spezielle Aktivierungs-, Beschäftigungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen nach Region und Arbeitsmarktlage 2016 (Mehrfachnennungen)	95
Tabelle 63:	Gibt es in Ihrem Jobcenter Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen oder Projekte, die nicht speziell auf Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen ausgerichtet sind, aber deren Bedürfnisse gezielt berücksichtigen? 2009 und 2016	97
Tabelle 64:	Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Personen mit Suchtproblemen – allgemeine und spezielle Maßnahmen 2009 und 2016.....	100
Tabelle 65:	Organisation einer (Nach-) Betreuung/psychosoziale Begleitung durch eine Einrichtung der Suchthilfe oder andere komplementäre Dienste 2009 und 2016.....	100
Tabelle 66:	Andere Leistungsträger als Kooperationspartner bei der Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsangeboten für Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	101
Tabelle 67:	Gemeinsam mit Trägern oder Einrichtungen der Suchthilfe durchgeführte Beschäftigungsprojekte oder Aktivierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen 2016	102
Tabelle 68:	Externe Kooperationspartner/innen auf lokaler Ebene 2016 (Mehrfachnennungen)	103
Tabelle 69:	Lokale Kooperationspartner nach Trägermodell 2016 (Mehrfachnennungen)	104

Tabelle 70:	Gremien und Arbeitstreffen, an denen ein Vertreter bzw. eine Vertreterin des Jobcenters regelmäßig teilnahm, 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	105
Tabelle 71:	Existenz und Planung weiterer Kooperationsprojekte zwischen Trägern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und den Grundsicherungsstellen 2009 und 2016.....	106
Tabelle 72:	Weitere Kooperationsprojekte zwischen Grundsicherungsstellen und Trägern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe – realisierte und geplante Vorhaben 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	106
Tabelle 73:	Einschätzung der lokalen Vernetzung und Kooperation zu suchtbearbeiteten Themen insgesamt hinsichtlich folgender Merkmale (1 = sehr gut bis 10 = sehr schlecht)	108
Tabelle 74:	Weitergabe von Informationen der Fallbearbeitung (z.B. des Profilings) an die Einrichtungen der Suchtbehandlung 2009 und 2016.....	109
Tabelle 75:	Weitergabe von Informationen seitens der Einrichtungen der Suchtbehandlung über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen 2009 und 2016	109
Tabelle 76:	Gegenseitige Informationen zur Fallbearbeitung (z.B. des Profilings) an die Einrichtungen der Suchtbehandlung und Weitergabe von Informationen der Suchtbehandlungseinrichtungen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen an die Fachkräfte Ihres Jobcenters 2016	110
Tabelle 77:	Qualität der Informationen für die Fachkräfte Ihres Jobcenters für die weitere Planung/Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen der Integration in den 1. Arbeitsmarkt 2009 und 2016.....	110
Tabelle 78:	Schließen sich die durch Ihr Jobcenter eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zeitlich nahtlos an die Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung) an? 2009 und 2016.....	111
Tabelle 79:	Werden Ihnen im Rahmen des Entlassmanagements der Kliniken Vorschläge für die weitere berufliche Unterstützung suchtkranker Menschen gemacht? 2016	112
Tabelle 80:	Werden Ihnen im Rahmen des Entlass- bzw. Übergangsmagements von Justizvollzugsanstalten Vorschläge für die weitere berufliche Unterstützung suchtkranker Haftentlassener gemacht? 2016	113
Tabelle 81:	Einschätzung zur Häufigkeit der Einstellung von Leistungen auf der Grundlage von § 7 Absatz 4 SGB II aufgrund Beginn einer länger als sechsmonatigen stationären Suchttherapie 2016	114
Tabelle 82:	Geschätzte Häufigkeit der Einstellung von Leistungen auf der Grundlage von § 7 Absatz 4 SGB II aufgrund Beginn einer länger als sechs monatigen stationären Suchttherapie 2016.....	114
Tabelle 83:	Verfahren bei der Maßnahmeplanung bei Leistungsausschluss nach § 7 Absatz 4 SGB II 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	114

Tabelle 84:	Maßnahmen der Jobcenter bei Abbruch einer Aktivierungsmaßnahme mit Therapiebeginn 2009 und 2016	115
Tabelle 85:	Beurteilung der Tätigkeit des Jobcenters 2016.....	118
Tabelle 86:	Wichtigste Erfolgskriterien bei der Betreuung/Integration erwerbsfähiger Leistungsberechtigter mit Suchtproblemen insgesamt und nach Trägermodell 2016	119
Tabelle 87:	Wichtigste Erfolgsfaktoren bei der Betreuung von Personen mit Suchtproblemen im SGB II insgesamt und nach Trägermodell (Skala von 1=sehr wichtig bis 10=gar nicht wichtig) 2016.....	122
Tabelle 88:	Was in der Arbeit mit Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen besonders schwierig ist 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	123
Tabelle 89:	Bedingungen für ein Gelingen der Erwerbsintegration suchtkranker Leistungsberechtigter 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)	125
Tabelle 90:	Veränderungen bei Betreuung und Vermittlung von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen im Jobcenter in den letzten fünf Jahren 2016 (Mehrfachnennungen)	126
Tabelle 91:	Summenscore für Längsschnittvergleich: Themenscores und Operationalisierung.....	128
Tabelle 92:	Statistische Merkmale der Summenscores 2009 und 2016 und der Differenz	129
Tabelle 93:	Veränderung des Summenscores von 2009 bis 2016	129
Tabelle 94:	Statistische Merkmale der thematischen Scores im Vergleich 2009 und 2016....	130
Tabelle 95:	Veränderung des Summenscores zwischen 2009 und 2016 nach Verdichtungsgrad	130
Tabelle 96:	Veränderung des Summenscores zwischen 2009 und 2016 nach Arbeitsmarktlage	131
Tabelle 97:	Veränderung der Trägerstruktur: Jahr der Optierung für den Längsschnitt (JC, die sich 2009 und 2016 an der Befragung beteiligt haben)	188
Tabelle 98:	Zuständigkeiten im Jobcenter für das Thema Sucht (Mehrfachnennungen) nach Trägermodell, Arbeitsmarkt und Ost-/Westdeutschland 2016.....	188
Tabelle 99:	Einführung der Beratungskonzeption (BeKo SGB II) in den Jobcentern 2016	189
Tabelle 100:	Verbindliche Vorgaben, Regelungen oder Arbeitshilfen / Empfehlungen für den Umgang mit Suchterkrankten im Jobcenter 2016	189
Tabelle 101:	Vorgaben von Bundesagentur, Kommune oder Jobcenter 2016 (Mehrfachnennungen)	190
Tabelle 102:	Art der Vorgaben 2016 (Mehrfachnennungen)	190
Tabelle 103:	Leistungsvereinbarung mit Leistungskatalog mit Suchtberatungsstellen in der Region 2009 und 2016	190

Tabelle 104: Einbezogene weitere Dritte (Personen oder Institutionen außerhalb Ihres Jobcenters) bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Personen mit Suchtproblemen 2016	191
Tabelle 105: Einschätzung der lokalen Vernetzung und Kooperation zu suchtbezogenen Themen insgesamt hinsichtlich folgender Merkmale (1=sehr gut bis 10=sehr schlecht)	192
Tabelle 106: Gibt es in Ihrem Jobcenter Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen oder Projekte, die nicht speziell auf Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen ausgerichtet sind, aber deren Bedürfnisse gezielt berücksichtigen? Nach Ost- bzw. Westdeutschland 2016	193
Tabelle 107: Spezielle Aktivierungs-, Beschäftigungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen oder -projekte für suchtkranke eLb u25 und ü25, Anzahl der geförderten Plätze, Maßnahmen oder Gutscheine 2016 (Mehrfachnennungen)	193

Abkürzungsverzeichnis

4PM	4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit
AGH	Arbeitsgelegenheit nach § 16d SGB II
Alg I	Arbeitslosengeld I
Alg II	Arbeitslosengeld II
Alo-Quote	Arbeitslosenquote
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ARGE	Arbeitsgemeinschaft SGB II; Trägermodell im SGB II bis 2011
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
AVGS	Aktivierungs- und Vermittlungsgutschein
BA	Bundesagentur für Arbeit
BADO	Basisdokumentation
BG	Bedarfsgemeinschaft
BeKo SGB II	Beratungskonzeption für den Rechtskreis des Sozialgesetzbuchs Zweites Buch
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Bt.-Drs.	Bundestagsdrucksache
BUSS	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.
BuT	Leistungen zur Bildung und Teilhabe
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CaSu	Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband e.V.
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSHS	Deutsche Suchthilfestatistik
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
EinV	Eingliederungsvereinbarung
eLb	erwerbsfähige/r Leistungsberechtigte/r
ESF	Europäischer Sozialfonds
FM	Fallmanagement bzw. Fallmanager/in
FVS	Fachverband Sucht e.V.
gAw	getrennte Aufgabenwahrnehmung (mögliches SGB-II-Trägermodell bis 2011)
gE	gemeinsame Einrichtung
GG	Grundgesetz
GSS	Grundsicherungsstellen
GVS	Gesamtverband für Suchthilfe e.V.

HEGA	Handlungsempfehlung/Geschäftsanweisung der Bundesagentur für Arbeit
IFK	Integrationsfachkraft
IFT	Institut für Therapieforschung
IFK	Integrationsfachkraft
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten)
JC	Jobcenter
JVA	Justizvollzugsanstalt
LSG	Landessozialgericht
LzA	Langzeitarbeitslose
KdU	Kosten der Unterkunft
Reha	Rehabilitation
SB	Suchtberatung
SG	Sozialgericht
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch – Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Sozialgesetzbuch Drittes Buch – Arbeitsförderung
u25	unter 25 Jahre/n
ü25	über 25 Jahre/n
VHS	Volkshochschule
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
zkT	zugelassener kommunaler Träger, auch: Optionskommune

Danksagung

Das Projektteam möchte sich beim Bundesministerium für Gesundheit sowie beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales für die fachliche Beratung und die unterstützende Begleitung des Projekts bedanken. Besonderer Dank gilt Herrn Dr. Albert Kern und Herrn Dr. Jonathan Fahlbusch sowie Frau Jasmin Zorzetzki, die das Projekt seitens der Auftraggeber begleiteten und jederzeit für Fragen und erforderliche Entscheidungsfindung zur Verfügung standen.

Das Projektteam bedankt sich auch

- bei der Bundesagentur für Arbeit, beim Deutschen Städtetag und beim Deutschen Landkreistag für die konstruktiv-kritischen Hinweise und für die Förderung der Teilnahmebereitschaft der Jobcenter, insbesondere bei Frau Ina Pamperin, Frau Birgit Kwasniok, Frau Regina Offer, Frau Dr. Irene Vorholz und Herrn Markus Keller,
- beim Arbeitsstab der Drogenbeauftragten, persönlich bei Frau Isabella von der Decken und Herrn Dr. Ingo Michels,
- bei den 325 Jobcentern, die sich Zeit für die Bearbeitung der Fragebögen nahmen und teilweise darüber hinaus Zusatzinformationen aus ihrer Praxis bereitstellten,
- beim Umfragezentrum Bonn (uzbonn) für die technische Unterstützung bei der Durchführung der Online-Befragung, insbesondere bei Herrn Simon Riek,
- bei den Expertinnen und Experten und bei den Leistungsberechtigten, die im Rahmen der fünf qualitativen Fallstudien für Interviews zur Verfügung standen und wichtige Hinweise zur Interpretation der Befragungsergebnisse und zu fachlichen Kriterien guter Praxis bei der Betreuung Suchtkranker im SGB II gaben,
- bei den Vertretern der Verbände, die im Rahmen von Interviews Einschätzungen zu überregionalen Fragen der Betreuung von Leistungsberechtigten mit Suchtabhängigkeit im SGB II gaben, persönlich bei Herrn Stefan Bürkle (CaSu), Herrn Helmut Bunde (Diakonisches Werk Sachsen, Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren), Herrn Prof. Dr. Andreas Koch (BUSS), Herrn Dr. Volker Weissinger (FVS), Herrn Dr. Theo Wessel (GVS),
- beim Bundesverwaltungsamt und dem Projektträger DLR für die verwaltungs- und förder-technische Begleitung des Projekts, Frau Gabriele Spohn und Herrn Dr. Alexander Grundmann.

0 Einleitung

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) schrieb im Oktober 2015 das Forschungsvorhaben „Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II“ öffentlich aus. Es handelte sich um eine Folgestudie: Schon im Jahr 2007 ließ das BMG erstmals Ansätze guter Praxis bei der Integration abhängigkeitskranker Arbeitsuchender ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II untersuchen. Die Ergebnisse dieses ersten Forschungsvorhabens wurden 2009 vorgelegt (Henke et al. 2009). Im Rahmen einer weiteren wissenschaftlichen Studie sollten 2016 erneut Maßnahmen erhoben werden, welche die Jobcenter im Rahmen des SGB II für Menschen mit Suchtgefährdung oder Suchterkrankung getroffen haben. Dabei sollte auch erfasst werden, wie die Schnittstelle zum Gesundheitssystem durch die Jobcenter gestaltet wird und welche Angebote für junge Erwachsene unter 25 Jahren sie vorhalten. Die Forschungsfragen sollten durch eine möglichst vollständige Erhebung bei allen Jobcentern sowie Fallstudien an ausgewählten Standorten empirisch untersucht werden.

Im Ergebnis des wettbewerblichen Verfahrens wurden das Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt (FIA), die Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V. (GISS), die Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. (zoom) und Prof. Dr. Dieter Henkel vom Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt a.M. mit der Studie beauftragt. Das Projektteam führte in Umsetzung des Auftrags eine standardisierte Befragung aller 408 Jobcenter¹ und Fallstudien bei fünf Jobcentern durch. Das Projekt erfuhr breite Unterstützung, insbesondere von Seiten des BMG, des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) und der kommunalen Spitzenverbände, wodurch eine hohe Beteiligung der Jobcenter erreicht werden konnte. Im Rahmen der flächendeckenden Befragung der Jobcenter wurden neben dem konzeptionellen Vorgehen und der praktischen Umsetzung von Maßnahmen auch Einschätzungen zu Kriterien guter Praxis bei der Betreuung von Menschen mit Suchtgefährdung oder Suchterkrankung erfragt. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse konnten an fünf Fallstudienstandorten vertieft werden, wo neben den Jobcentern auch die Einrichtungen der örtlichen Gesundheitssysteme, zu denen die Jobcenter Kooperationsbeziehungen unterhielten, in die Erhebung einbezogen waren. Auf diesem Wege wurden Kenntnisse über lokale Netze an der Schnittstelle von Arbeitsmarktpolitik und Suchthilfe gewonnen. Darüber hinaus wurden Vertreter von mehreren Suchthilfeverbänden zu übergreifenden Fragen guter Praxis bei der Integration abhängigkeitskranker Arbeitsuchender ins Erwerbsleben und zur Kooperation von Jobcentern und Suchthilfeeinrichtungen befragt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Forschungsprojekts zusammengefasst. Der Bericht ist folgendermaßen gegliedert:

In Abschnitt 1 wird das Untersuchungsprogramm vorgestellt, und in Abschnitt 2 werden die wichtigsten Rahmenbedingungen für die Beratung und Aktivierung abhängigkeitskranker Personen im SGB II beschrieben. Es werden die wichtigsten rechtlichen und organisatorischen Veränderungen seit der Erstbefragung 2009 erläutert, da deren Kenntnis für die Interpretation der empirischen Ergebnisse wesentlich ist. Des Weiteren werden vorliegende Forschungsergebnisse zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Sucht zusammengefasst und eine Einführung zur Nutzung kommunaler Leistungen nach § 16a SGB II gegeben.

¹ Nach der Fusion zweier Landkreise sind es zum Zeitpunkt der Berichtslegung nur noch 407.

In Abschnitt 3 werden die Ergebnisse der Online-Befragung im Detail dargestellt. Dieser Abschnitt ist in mehrere Unterabschnitte gegliedert, die jeweils unterschiedliche Aspekte der Tätigkeit der Jobcenter behandeln:

- die Rahmenbedingungen für die Integrationsarbeit der Jobcenter, d.h. Aufbauorganisation und Organisationsentscheidungen, suchtsbezogene Qualifikationen der Fachkräfte, konzeptionelle Grundlagen der Arbeit mit abhängigkeitskranken Leistungsberechtigten sowie Regelungen zur Zusammenarbeit mit der Suchtberatung (3.1),
- die Fallbearbeitung, d.h. das Erkennen von Suchtproblemen und die ggf. erforderliche Prüfung der Erwerbsfähigkeit, der Umgang mit dem Thema Sucht bei der Erstellung der Eingliederungsvereinbarung (EinV), die ggf. notwendige Einschaltung einer Suchtberatung bzw. die Nutzung weiterer Maßnahmen und die Beteiligung anderer Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft (3.2),
- die Vernetzung und Kooperation mit der Suchtberatung (3.3),
- das Maßnahmeangebot und die Integration in Arbeit (3.4),
- die Kooperation mit dem lokalen Gesundheitssystem (3.5),
- die Kooperation mit der medizinischen Suchtrehabilitation (3.6),
- die Einschätzungen in Bezug auf Erfolgsbedingungen und Erfolgskriterien inklusive der Selbsteinschätzung der Jobcenter in Bezug auf eigene Stärken und Schwächen (3.7),
- eine Zusammenfassung der wichtigsten Veränderungen seit der Erstbefragung 2009 (3.8).

In Abschnitt 4 werden die interessantesten Eindrücke aus den qualitativen Fallstudien zusammengefasst und mit Beispielen aus der Praxis illustriert.

Abschnitt 5 ist dem Thema „Gute Praxis“ gewidmet. Hier werden die zentralen Befunde zusammenfassend dargestellt. Die bereits 2009 entwickelten Kriterien werden vor dem Hintergrund der Ergebnisse der aktuellen Untersuchung diskutiert und in Teilen präzisiert.

1 Das Untersuchungsprogramm

Das Untersuchungsprogramm bestand aus einer Literaturrecherche bzw. einer Internetrecherche, einer standardisierten Vollerhebung bei den Jobcentern, fünf qualitativen Fallstudien bei Jobcentern und der Befragung von überregionalen Experten. Den Kern des Projekts bildeten die flächendeckende Online-Erhebung und die Fallstudien.

1.1 Bundesweite Online-Erhebung der Jobcenter

Die Leistungsbeschreibung forderte, eine „möglichst vollständige Erhebung bei allen Jobcentern“ im Jahr 2016 durchzuführen. Diese Befragung hatte zwei zentrale Funktionen. Zum einen sollte sie für möglichst viele Jobcenter aktuelle Arbeitsansätze im Umgang mit suchtkranken Leistungsberechtigten abbilden und damit auch mögliche Veränderungen seit 2009 sichtbar machen. Zum anderen diente die Befragung dazu, Jobcenter mit vielversprechenden Handlungsansätzen zu identifizieren, die für eine eingehende Untersuchung im Rahmen der Fallstudien geeignet erschienen.

1.1.1 Durchführung der Online-Erhebung

Die Online-Befragung der Jobcenter wurde zwischen dem 9. Mai und dem 21. Juni 2016 durchgeführt. Per E-Mail wurden die 408 Jobcenter gebeten, sich an der Befragung zu beteiligen. In dem Schreiben wurden Webadresse und Zugangscode übermittelt; wer sich nicht einloggte, erhielt per Briefpost eine Einladung und später per E-Mail bzw. Telefon eine Erinnerung. Pro Jobcenter sollte jeweils ein Fragebogen ausgefüllt werden, der jedoch ggf. von mehreren Personen, die zu jeweils unterschiedlichen Fragen auskunftsfähig waren, bearbeitet werden konnte.

Das umfangreiche Befragungsinstrument² orientierte sich an der Befragung aus dem Jahr 2009, um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten. Geschlechtsbezogene Differenzierungen wurden, wo sinnvoll, beibehalten (z.B. geschlechterdifferenzierte Maßnahmen für Suchterkrankte); zudem wurden Aspekte erfragt, die in besonderem Maße für weibliche suchtkranke Leistungsberechtigte relevant sind (z.B. Betroffenheit von häuslicher Gewalt). Bezogen auf bestimmte Aspekte (z.B. die Zahl von an die Suchtberatungsstellen vermittelten Kund/inn/en) wurden geschlechtsbezogene Daten im Fragebogen nicht mehr erhoben, da die Befunde 2009 aufgrund der geringen Fallzahlen nicht auswertbar waren. Der Fragenkatalog wurde insgesamt an Entwicklungen angepasst, die zwischen 2009 und 2016 stattgefunden hatten, sowie um Fragen ergänzt, die sich aus dem Auftrag ergaben, bestimmte Schwerpunkte zu untersuchen. Der Fragebogen 2016 unterschied sich von dem 2009 genutzten Erhebungsinstrument wie folgt:

- Es wurden Fragen nicht mehr gestellt, die 2009 keine auswertbaren Ergebnisse erbracht hatten (z.B. Fragen zur Anzahl der suchtkranken Leistungsberechtigten).
- Einige Fragen wurden umformuliert bzw. in Bezug auf die Antwortvorgaben optimiert (z.B. Betreuungsschlüssel).
- Neue Fragen wurden aufgenommen:
 - zum Thema der unter 25-jährigen suchtkranken und suchtgefährdeten Personen im SGB II (Jugendliche und junge Erwachsene),

² Programmierung durch den Dienstleister uzbonn.

- zum Thema Schnittstellen und Kooperationen mit dem Gesundheitssystem,
- zu den Veränderungen auf Jobcenter-Ebene seit 2009.

Alle Fragen wurden mit der Bundesagentur für Arbeit (BA), dem Deutschen Landkreistag und dem Deutschen Städtetag abgestimmt und einem Pretest durch zwei Jobcenter unterzogen.

Der Rücklauf aus der Online-Befragung stellt sich wie folgt dar:

- 303 von 408 Jobcentern haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 74,3 Prozent.
- 325 von 408 Jobcentern haben mehr als die Hälfte der Fragen beantwortet. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 79,7 Prozent.
- Alle folgenden Auswertungen beziehen sich auf die Grundgesamtheit von 325 Jobcentern.

Es beteiligten sich 237 der 303 gemeinsamen Einrichtungen – dies entspricht 78 % der gE – und 88 der 105 zugelassenen kommunalen Träger (zKT); dies entspricht 84 % der zKT. (Zu den Veränderungen bei den Trägermodellen vgl. unten: 2.1.1)

Tabelle 1: Trägermodelle der teilnehmenden Grundsicherungsstellen und Jobcenter 2009 und 2016³

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
ARGE			260	80,5
Gemeinsame Einrichtung (gE)	237	72,9		
Zugelassener kommunaler Träger (zKT)	88	27,1	52	16,1
<i>davon seit 2005</i>	54	61,4		
<i>davon seit 2012</i>	33	37,5		
Arbeitsagentur bei getrennter Aufgabenwahrnehmung			11	3,4
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	325	100,0	323	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen A1 und A 1a.

308 Jobcenter machten Angaben dazu, wie viele Personen den Fragebogen bearbeitet hatten: Durchschnittlich steuerten 2,5 Mitarbeitende pro Jobcenter Informationen zu. Für 301 Jobcenter ist bekannt, in welchen Funktionen die Beteiligten tätig waren. In der Hälfte aller Fälle lag die Federführung bei Geschäftsführungen, Bereichs- oder Abteilungsleitungen, ebenso häufig waren Teamleitungen und Fachkräfte, überwiegend aus dem Fallmanagement, beteiligt. 32 Jobcenter bezogen Fachkräfte oder Teamleitungen mit Koordinationsaufgaben für die kommunalen Leistungen bzw. das Thema Sucht ein, 30 Jobcenter beteiligten ihr Controlling. In wenigen Jobcentern waren weitere Expertinnen und Experten wie die Beauftragten für Chancengleichheit, der

³ Zum Aufbau der Tabellen in diesem Bericht: Prozentangaben („In %“ im Spaltenkopf) beziehen sich bei Angaben für das Jahr 2016 immer auf den Anteil an allen antwortenden Jobcentern, 2009 auf den Anteil an allen antwortenden Grundsicherungsstellen. Waren Mehrfachnennungen möglich, wurde ebenfalls stets der Anteil an allen antwortenden Jobcentern/Grundsicherungsstellen ausgewiesen. Alle Abkürzungen vgl. oben Abkürzungsverzeichnis. Hellgrün hinterlegte Felder bedeuten, dass ein Item 2009 nicht abgefragt wurde.

Arbeitgeber-Service, der Ärztliche Dienst oder Reha-Fachkräfte beteiligt. Zwei Jobcenter hatten die Suchtberatung bei der Bearbeitung einbezogen.

1.1.2 Statistische Auswertung

Die Daten aus der Online-Befragung wurden in einer Datenbank erfasst, zur Auswertung exportiert und als SPSS-Datensatz aufbereitet. Im Anschluss wurden die Daten auf Konsistenz geprüft und offensichtlich falsche Eingaben aus der Auswertung ausgeschlossen. Die Jobcenter wurden Bundesländern und den jeweiligen SGB-II-Typen zugeordnet.

Alle Variablen wurden nach Häufigkeiten ausgewertet, Zahlenangaben nach Mittelwerten, Standardabweichungen, Maxima und Minima und Median. Korrelationsberechnungen zur Frage, welche Faktoren die Praxis der Jobcenter 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 vom IAB 2006 entwickelten und 2013 überarbeiteten Vergleichstypen im Rechtskreis des SGB II bilden die regionalen Disparitäten hinsichtlich der Rahmenbedingungen für die Arbeit der Jobcenter ab (Dauth et al. 2013). Auf der Grundlage dieser 15 SGB-II-Typen wurde als ein Auswertungsmerkmal die Arbeitsmarktlage (unterdurchschnittliche, durchschnittliche und überdurchschnittliche Quote von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten) in die vorliegende Untersuchung einbezogen. Weiter wurde das Merkmal „Verdichtungsgrad“ herangezogen; dafür wurden Jobcenter in verdichteten (städtischen oder großstädtischen Regionen) und in ländlichen Regionen unterschieden⁴. Schließlich wurde ein Ost-West-Vergleich gezogen⁵ und eine Auswertung nach den unterschiedlichen Trägermodellen vorgenommen (gE vs. zKT). Sofern dies sinnvoll erschien, wurden weitere Kreuztabellierungen vorgenommen.

1.1.3 Vergleiche der Befragungen 2009 und 2016 und im Längsschnitt

Die meisten Fragen in der Befragung 2016 waren gleichlautend auch in der Befragung der Grundsicherungsstellen 2009 gestellt worden. Daher lassen sich viele Befunde miteinander vergleichen. Allerdings nahmen an der Befragung 2016 Jobcenter teil, die 2009 nicht teilgenommen hatten, und umgekehrt beteiligten sich 2016 nicht alle Jobcenter, die 2009 teilgenommen hatten. Bei einigen Jobcentern hatten sich auch der räumliche Zuschnitt oder die Trägerschaft verändert. Um die Situation in der Gesamtheit der jeweils antwortenden Jobcenter bzw. Grundsicherungsstellen zu würdigen, wurde bei Fragen, bei denen der Vergleich 2009 und 2016 möglich und sinnvoll war, grundsätzlich der Vergleich zwischen allen antwortenden Jobcentern bzw. Grundsicherungsstellen gezogen und nicht der echte Längsschnitt.

Ein echter Längsschnitt zur Veränderung des Antwortverhaltens ließ sich für 221 Jobcenter berechnen, die an beiden Befragungen teilgenommen hatten. Eine Analyse der Veränderungen auf der Ebene von einzelnen Variablen erwies sich hier allerdings nicht als zielführend, da Veränderungen stets in mehrere Richtungen erfolgten und die Interpretation der Befunde daher schwierig war. Um Veränderungen über mehrere Variablen hinweg darstellen zu können, wurde daher

⁴ Als städtischer Verdichtungsgrad wurden die JC des SGB-II-Typs IIb, IIe, IIIb, IIIc, IIIe, als ländlicher Verdichtungsgrad die JC des Typs Ia, Ib, Ic, Id, Ie, IIa, IIc, IId, IIIa, IIId gewertet (Operationalisierung nach IAQ et al. 2017).

⁵ Hier wurden die ostdeutschen Bundesländer einschließlich Berlin zugrunde gelegt.

ein Summenscore aus Variablen errechnet, die in beiden Befragungen erhoben wurden. Die ausführliche Beschreibung dieses Summenscores findet sich in Abschnitt 3.8.2.

1.1.4 Kriterien zur Auswahl der Fallstudien-Kommunen

Die Online-Befragung wurde genutzt, um für die Fallstudienauswahl Jobcenter mit guter Praxis zu identifizieren. Dazu mussten Antworten der Jobcenter danach unterschieden werden, ob sie auf gute Praxis hindeuten oder nicht. Das Forschungsteam nahm dazu auf Basis der 2009 entwickelten Merkmale guter Praxis eine entsprechende Operationalisierung vor (Tabelle 2).

Tabelle 2: Operationalisierung der Merkmale „Guter Praxis“

Kriterienkatalog 2009 „Gute Praxis“	Eine positive Wertung erhalten Jobcenter,
Ausreichende personelle Ausstattung, günstiger Betreuungsschlüssel, Vorhandensein der notwendigen zeitlichen Ressourcen, um auf jeden Einzelfall bedarfsgerecht eingehen zu können	<ul style="list-style-type: none"> – die einen <i>Betreuungsschlüssel</i> von 1:150 bei den ü25-Jährigen – und von 1:75 bei den u25-Jährigen oder günstiger erreichen,
Suchtspezifische Qualifizierung des mit der Betreuung/Integration von Kund/inn/en mit Suchtproblemen befassten Personals, Unterstützung der Fachkräfte durch Supervision und kollegiale Beratung	<ul style="list-style-type: none"> – die suchtkranke Leistungsberechtigte ü25 und u25 durch <i>spezialisierte Fachkräfte</i> für diesen Personenkreis betreuen, – die Fachkräfte zu suchtspezifischen Inhalten breit geschult hatten (<i>suchtspezifische Qualifizierung</i>), – in denen alle Fachkräfte, die suchtkranke Menschen betreuen, <i>kollegiale Beratung und Supervision</i> erhalten/erhalten, – die die suchtspezifischen Kompetenzen ihrer Fachkräfte mit „sehr gut“ bewerten (<i>suchtspezifische Qualifizierung</i>),
Feststellung des regionalen Bedarfs an sozialen Leistungen/Suchtberatung in Kooperation mit den weiteren Akteuren/Fachkräften der Suchthilfe	Kein Auswahlkriterium, Schwerpunkterhebung in Fallstudien
Entwicklung eines Fachkonzepts zur Betreuung/Integration von Personen mit Suchtproblemen, Beauftragung einer Fachkraft als Koordinator/in für die fortlaufende Weiterentwicklung des Fachkonzepts	<ul style="list-style-type: none"> – die ein <i>Fachkonzept „Sucht“</i> haben und/oder auf der Grundlage verbindlicher Vorgaben, Arbeitshilfen oder Empfehlungen arbeiten, – deren Fachkonzept mindestens zu acht von zehn vorgegebenen Inhalten/Regelungen Aussagen enthält (Definition von Suchtproblemen, Beratung von Suchtkranken, Standortbestimmung / Profiling bei Suchtkranken, Zuordnung zu Profillagen, Zuweisung von eLb mit Suchtproblemen zu einem bestimmten Geschäftsbereich oder Team, Feststellung der Erwerbsfähigkeit, ärztliche Begutachtung, Umgang mit Fördermaßnahmen, Umgang mit Sanktionen, Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe) (<i>Regelungstiefe des Fachkonzepts</i>), – die eine/n <i>Koordinator/in</i> für einzelfallübergreifende Aufgaben (Kooperation, Vernetzung) zum Thema „Sucht“ eingesetzt haben,
Enge Kooperation mit dem System der Suchtkrankenhilfe, am besten vertraglich geregelt	<ul style="list-style-type: none"> – in denen die <i>Kooperation</i> mit der Suchthilfe vertraglich geregelt ist, – in denen die Suchtberatung einen Konsiliardienst im Jobcenter anbietet, – in denen die Suchtberatung ins Fallmanagement einbezogen wird, – in denen die Suchtberatung mit Einverständnis der eLb kontaktiert wird, wenn diese von sich aus eine Suchtberatung in Anspruch genommen haben, – in denen beim Übergang von eLb in Therapie und Behandlung kooperiert wird, – in denen <i>besondere Kooperationen</i> vereinbart wurden, – in denen beim Abbruch einer Suchtberatung durch eLb eine Rücksprache mit der Suchtberatung vorgesehen ist.

Kriterienkatalog 2009 „Gute Praxis“	Eine positive Wertung erhalten Jobcenter,
Beteiligung an lokalen oder regionalen Suchtnetzwerken unterschiedlicher Akteursgruppen	<ul style="list-style-type: none"> – die die <i>Kooperation und Netzwerkarbeit</i> auf lokaler Ebene durchgängig mit „sehr gut“ bewerten, – die die <i>Kooperation mit Einrichtungen des Gesundheitswesens</i> mit „sehr gut“ bewerten, – bei denen es „regelmäßig“ <i>Treffen mit der Suchtberatung</i> gibt,
Berücksichtigung eines breiten Indikationsspektrums bei der Zuweisung zur Suchtberatung nach § 16a SGB II	<ul style="list-style-type: none"> – die auf das Angebot der Suchtberatung im Internet aufmerksam machen und Interessierte zur Inanspruchnahme einladen (<i>Hinwirkung</i>), – die die Suchtberatung bei fünf von sieben vorgegebenen Fallkonstellationen „immer/oft“ einschalten (<i>breites Indikationsspektrum</i>), – die eLb „oft“ dazu motivieren, gesundheitsfördernde Angebote in Anspruch zu nehmen (Tabakentwöhnung, Fitness, Selbsthilfegruppen) (<i>Ergänzung / Alternativen zur Suchtberatung</i>),
frühe Einbeziehung der kooperierenden Suchtberatungsstelle in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung und die Hilfeplanung	<ul style="list-style-type: none"> – in denen die Suchtberatung „in der Regel“ in die Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung bei suchtkranken eLb einbezogen wird (<i>Beteiligung SB EV</i>), – in denen die Suchtberatung bei der Erarbeitung einer Eingliederungsstrategie für suchtkranke eLb einbezogen wird (<i>Beteiligung SB Integrationsplanung</i>), – bei denen (das Einverständnis der eLb vorausgesetzt) die <i>gegenseitige Information zwischen Jobcenter und Suchtberatung</i> vorgesehen ist, – in denen es „regelmäßig“ <i>Fallkonferenzen</i> zwischen Jobcenter und Suchtberatungsstelle gibt,
Sicherung von Nahtlosigkeit bei den Übergängen zwischen SGB-II-Stelle, Suchtberatungsstelle und Einrichtung der Suchtrehabilitation durch Informationsaustausch und Abstimmung von Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> – die mit mindestens fünf von sechs Partner/inne/n eng <i>kooperieren</i> (Sozialpsychiatrischer Dienst, Ärzte, Kliniken, Suchtambulanzen, Tageskliniken und Krankenkassen), – in denen der Kontakt zur Suchtberatung durch das Jobcenter aus einem Beratungsgespräch heraus hergestellt wird (<i>nahtlose Übergabe Suchtberatung</i>), – die von Kliniken „meistens“ Vorschläge zur beruflichen Förderung suchtkranker Patient/innen erhalten (<i>nahtloser Übergang nach Therapie</i>), – die von JVA „meistens“ Vorschläge zur beruflichen Förderung suchtkranker Haftentlassener erhalten (<i>nahtloser Übergang nach Haft</i>), – die im Anschluss an die Erwerbsintegration suchtkranker eLb <i>nachgehende Unterstützung am Arbeitsplatz</i> organisieren,
Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> – die arbeitsbezogene Maßnahmen vor einer Therapie mit den eLb vereinbaren und diese Planung unmittelbar nach Abschluss der Behandlung in Gang setzen (<i>Nahtlosigkeit</i>), – die bereits zum Ende einer Therapie wieder mit der Aktivierung beginnen (<i>Nahtlosigkeit</i>), – in denen Maßnahmen für suchtkranke eLb nahtlos an die medizinische Reha anschließen (<i>Nahtlosigkeit</i>), – bei denen ein <i>gegenseitiger Informationsaustausch</i> zwischen Jobcentern und Sucht-Reha-Einrichtungen die „Regel“ ist.

Kriterienkatalog 2009 „Gute Praxis“	Eine positive Wertung erhalten Jobcenter,
Ausstattung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen mit suchtspezifischer Kompetenz (Arbeitsdiagnostik, Belastungserprobung), gemeinsame Durchführung von Integrationsmaßnahmen durch Suchtberatungsstellen und Beschäftigungsträger	<ul style="list-style-type: none"> – die mindestens eine auf suchtkranke eLb zugeschnittene Aktivierungsmaßnahme (außer AGH) durchführen (<i>zielgruppenspezifische Aktivierung</i>), – die <i>Maßnahmen gemeinsam mit anderen Leistungsträgern</i> durchführen, – die <i>Maßnahmen gemeinsam mit der Suchtberatung</i> durchführen, – bei denen die Zahl suchtkranker eLb in Aktivierungsmaßnahmen gestiegen ist – und die davon ausgehen, dass die Teilnehmer/innen an ihren Maßnahmen „<i>verbesserte Arbeitsmarktchancen</i>“ haben.
strikte Beachtung der Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen	– Kein Auswahlkriterium, Schwerpunkterhebung in Fallstudien
Gute Praxis u25	<ul style="list-style-type: none"> – die Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bei der Integrationsplanung suchtkranker eLb u25 einbeziehen bzw. – die bei u25-Jährigen mit einem systemischen Beratungsansatz arbeiten (<i>ganzheitliches Konzept</i>), – die mit Einrichtungen der Jugendhilfe kooperieren (<i>rechtskreisübergreifende Kooperation</i>), – die spezialisierte Maßnahmeangebote für u25-Jährige vorhalten (<i>zielgruppenspezifische Aktivierung</i>).

1.2 Die Fallstudien

1.2.1 Auswahl der Untersuchungsstandorte

In fünf Fallstudien sollte die Praxis von Jobcentern und ihren Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern innerhalb des lokalen Gesundheitssystems für Suchtkranke genauer untersucht werden. Ansätze für eine Auswahl geeigneter Untersuchungsstandorte ergaben sich aus den 2009 vorgeschlagenen Kriterien guter Praxis (vgl. oben: 1.1.4). Anhand der Antworten auf 45 ausgewählte Fragen der Online-Erhebung wurde der Versuch unternommen, Jobcenter zu identifizieren, die möglichst viele der damals formulierten Anforderungen erfüllten. Hinzugenommen wurden einige Aussagen, die auf gute Praxis insbesondere für den Personenkreis der unter 25-Jährigen hindeuteten. Bei Jobcentern, die viele Kriterien erfüllten, durfte ein geklärtes Problemverständnis und ein höherer fachlicher Anspruch vorausgesetzt werden, und die Wahrscheinlichkeit, dort auch eine beispielhafte Praxis vorzufinden, war hoch. Zusätzlich sollten die fünf Fallstudieneinheiten nach weiteren Merkmalen ausgewählt werden, um eine möglichst breite Vielfalt zu erfassen:

- kreisfreie Städte und Flächenkreise,
- Standorte mit einem zugelassenen kommunalen Träger und solche mit gemeinsamen Einrichtungen,
- Regionen mit günstigem/ungünstigem Arbeitsmarkt, hoher und niedriger (Jugend-)Arbeitslosigkeit,

- Regionen mit einem ausdifferenzierten Hilfesystem und Regionen mit weniger ausdifferenzierten Strukturen,
- Standorte mit überregional zuständigen Kliniken.

Die maximale Punktzahl betrug 45. Aus den Jobcentern mit den höchsten Punktwerten (23 Jobcenter erfüllten zwischen 16 und 25 der Anforderungen an (sehr) gute Praxis) wurden unter Berücksichtigung der oben genannten weiteren Merkmale fünf Fallstudienorte ausgewählt. Es muss berücksichtigt werden, dass die Auswahl der Fallstudienstandorte nicht auf statistisch repräsentativen Merkmalen beruht und deshalb die tatsächliche Vielfalt der Jobcenter bei weitem nicht abbilden kann.

Alle fünf ausgewählten Jobcenter erklärten sich bereit, an der Untersuchung teilzunehmen. In Tabelle 3 sind Merkmale der fünf in die Fallstudien einbezogenen Jobcenter dargestellt.

Tabelle 3: Ausgewählte Fallstudien-Kommunen

	FS1	FS2	FS3	FS4	FS5
Trägermodell SGB II	gE	zkT	gE	gE	zkT
Gebietskörperschaft	Stadt	Landkreis	Stadt	Landkreis	Landkreis
Bundesland	Nordrhein-Westfalen	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Baden-Württemberg	Rheinland-Pfalz
SGB II-Typ	IIIc	IIIId	IIIe	Ic	Ie
Erfüllte Kriterien guter Praxis (OL)	16	20	25	16	15
Arbeitslose SGB II* in %	27.786	8.901	9.387	2.020	820
Alo-Quote SGB II* in %	9,1	6,9	8,1	1,8	2,5
Zahl Bedarfsgemeinschaften (BG)**	45.716	15.574	19.447	3.264	1.211
Zahl der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (eLb)**	61.836	20.007	24.371	4.224	1.595
eLb im Langzeitleistungsbezug**	41.503	15.372	16.553	2.312	968
eLb-Quote** in %	15,9	12,6	16,2	3,3	4,0
Zugang in Suchtberatung nach § 16a SGB II Januar bis Juni 2016***	49	102	50	24	-

* Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Daten für November 2016; ** Statistik der Bundesagentur für Arbeit, Daten für Juni 2016; *** Statistik der Bundesagentur für Arbeit

1.2.2 Das Erhebungsprogramm

Das Erhebungsprogramm an den Untersuchungsstandorten bestand aus leitfadengestützten Einzelinterviews und Gruppendiskussionen mit lokalen Expertinnen und Experten bei Jobcentern und von diesen in den Kontaktgesprächen benannten Kooperationspartnerinnen und -partnern im lokalen Hilfesystem für Suchtkranke. Einzelinterviews und Fokusgruppen mit suchtkranken Leistungsberechtigten sowie einzelne Hospitationen in Einrichtungen und bei Veranstaltungen rundeten das Gesprächsprogramm ab. Das Erhebungsprogramm war geschlechtersensibel gestaltet.

Insgesamt wurden 86 Gesprächspartnerinnen und -partner interviewt. Die dabei angefertigten Audioaufzeichnungen wurden im Anschluss abgehört, protokolliert und zu Memos, Inventaren und Fallanalysen verdichtet.

Tabelle 4: Zahl der Gesprächspartner/innen in den Fallstudien-Kommunen / Anzahl Hospitationen

	FS1	FS2	FS3	FS4	FS5
Jobcenter (Leitungsebene)	3	3	2	1	2
Jobcenter (Fachkräfte)	4	2	5	2	1
Suchtberatungsstellen (kommunal)	1			1	4
Suchtberatungsstellen (freie Träger)	3	2	2	1	1
Freie Träger (Leitung)	1		2		
Andere Beteiligte der Kommunen		3			
<i>Sozialpsychiatrischer Dienst</i>	1	1			
<i>Aufsuchende Sozialarbeit</i>				2	
Ärztlicher Dienst der AA	1			1	
Berufspsychologischer Service AA				1	
Maßnahmeträger		2	1		
Reha-Klinik	3			1	2
Adaptionseinrichtung	1				
Leistungsberechtigte	4	7	2	5	5
Anzahl Gesprächspartner/innen	22	20	14	15	15
Hospitation Fachveranstaltung	1				
Hospitation Beschäftigungsträger		1	1		

1.2.3 Auswertung der Fallstudien

Die Auswertung der Fallstudien wurde entlang der Fragestellung nach der guten Praxis vorgenommen. Aus diesem Grund wurden keine umfassenden Fallstudienprofile erstellt, sondern aus den Protokollen und schriftlichen Materialien vielmehr diejenigen Befunde extrahiert, die Hinweise auf entweder besonders erfolgreiche oder besonders innovative Praxis enthielten. Außerdem wurden solche Gesprächssequenzen herangezogen, die ein besseres Verständnis der Problematik und der Praxis ermöglichten. Für jeden Standort erstellte das Forschungsteam eine Zusammenfassung der wichtigsten Befunde zu erfolgreicher oder innovativer Praxis sowie dazugehörige Erläuterungen inklusiver der Hinweise auf Widersprüche, Hindernisse, Hemmschwellen usw. Dabei wurde Wert auf die unterschiedlichen Sichtweisen von Akteurinnen und Akteuren vor Ort gelegt, d. h. die verschiedenen Perspektiven wurden methodisch triangulierend aufeinander bezogen. Gute Praxis zeichnete sich dadurch aus, dass eine Praxis nicht nur von einem Akteur oder einer Akteurin positiv bewertet wurde, sondern mehrere involvierte Parteien in der Beurteilung übereinstimmten. Auch die Perspektive der Leistungsberechtigten als den Adressatinnen und Adressaten der Beratungs- und Unterstützungstätigkeit wurde hier einbezogen.

1.3 Text- und Dokumentenanalyse

Eine begleitende Literatur- und Internetrecherche war auf die Frage guter Praxis bei der Integration und Aktivierung suchtkranker SGB-II-Leistungsbeziehender fokussiert (Praxisbeispiele, Experten, Positionspapiere). Dabei wurden Dokumente aus zehn Jobcentern berücksichtigt, die im Rahmen der Online-Erhebung ergänzende Unterlagen zu ihrer Arbeit mit suchtkranken Leis-

tungsberechtigten übersandt hatten. Aktuelle Gesetzgebungsverfahren (z.B. Neuntes SGB-II-Änderungsgesetz, Bundesteilhabegesetz), die Einfluss auf die Betreuung Suchtkranker haben können, wurden einbezogen.

Weiterhin wurde eine gründliche EDV-gestützte textanalytische Aufbereitung, Systematisierung und Kategorisierung der 3.735 Freitextantworten unternommen. Diese Analyse wurde überall dort einbezogen, wo sie zum Verständnis der Auswertung der Online-Befragung beitragen konnte.

Zum Projektauftrag gehörte, Interviews mit überregional tätigen Expertinnen und Experten durchzuführen, um deren Positionen zu „guter Praxis“ und den Umsetzungsstand bei der Aktivierung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter im Rahmen des SGB II, insbesondere an der Schnittstelle zwischen Jobcenter und Suchtrehabilitation, zu erfahren. Hierzu wurden die Geschäftsführer der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (BUSS), des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) und des Gesamtverbandes für Suchthilfe e.V. (GVS) telefonisch interviewt. Mit dem Vorsitzenden der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. fand ein persönliches Gespräch, und im Rahmen einer Veranstaltung der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen fanden eine Reihe weiterer Hintergrundgespräche statt. Diese Befunde fließen in die Gesamtdarstellung ein.⁶

⁶ Eine Zusammenfassung der Befragung der überregional tätigen Expertinnen und Experten befindet sich im Anhang.

2 Rahmenbedingungen für die Beratung und Aktivierung suchtkranker Menschen im Rechtskreis des SGB II

Zu den Anlässen für die vorliegende Untersuchung gehörte die Einschätzung der Auftraggeber, *„dass sich die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für Menschen mit einer Abhängigkeits- bzw. Suchterkrankung im Rahmen des SGB II seit den 2009 vorgelegten Ergebnissen der Studie deutlich weiterentwickelt haben.“* (Ausschreibungsunterlagen im Vergabeverfahren)

Tatsächlich war der mit den Hartz-Reformen angestoßene Umbau der deutschen Arbeitsverwaltung 2009 noch nicht abgeschlossen. In einer „Organisationsphase“ aktivierender Arbeitsmarktpolitik hatten ab 2002⁷ zunächst grundsätzliche Fragen der Aufbau- und Ablauforganisation im Mittelpunkt gestanden: Eine neue Verwaltungsstruktur für die Grundsicherungsstellen und ihre Träger (die Arbeitsagentur jeweils gemeinsam mit einer Kommune bzw. eine Optionskommune allein) war aufzubauen. Im Rahmen der Neuorganisation wurde die Erbringung von Arbeitsmarktdienstleistungen als Geschäftsprozess vollständig neu geregelt. Arbeitsmarktpolitische Förderinstrumente wurden entwickelt, überprüft und verändert. Eine anhaltende Diskussion über die Trägerschaft der Jobcenter konnte durch eine Neuregelung 2011 beendet werden; seit 2012 nehmen 303 gemeinsame Einrichtungen (gE) und aktuell 104 zugelassene kommunale Träger die Aufgaben in der Grundsicherung für Arbeitsuchende wahr.

Bis zum Zeitpunkt der Erstbefragung 2009, viereinhalb Jahre nach Inkrafttreten des SGB II, hatten daher die wenigsten Grundsicherungsstellen Gelegenheit gehabt, besondere Beratungskonzepte und Strategien zum Umgang mit suchtkranken Leistungsberechtigten zu entwickeln bzw. Kooperationsbeziehungen in das lokale Gesundheitssystem aufzubauen.⁸ Erst ab dem Jahr 2010 rückte das sogenannte »Kerngeschäft« der Beratungs- und Vermittlungsarbeit wieder in den Vordergrund der geschäftspolitischen Aufmerksamkeit (vgl. Bartelheimer/Henke 2014; SOFI et al. 2013).

Ein Vergleich zwischen den Befragungsergebnissen der Jahre 2009 und 2016 muss die unterschiedlichen Bedingungen bei der Umsetzung des SGB II mit berücksichtigen. Für die Interpretation der aktuellen Befragungsergebnisse und die Analyse der Fallstudien ist deshalb zu fragen, wie sich veränderte Rahmenbedingungen für die Beratung und Aktivierung suchtkranker Menschen im Rechtskreis des SGB II auf die beobachtbare Praxis vor Ort auswirken (2.1). Aktuelle Studien der Suchtforschung sollen hinzugezogen werden, um zu fragen, ob sich Lebenslagen und Versorgungssituation der von Abhängigkeitserkrankungen betroffenen Menschen seit 2009 verändert haben (2.2). Dabei interessiert insbesondere, in welchem Umfang und mit welchen Wirkungen die kommunale Leistung der Suchtberatung nach § 16a SGB II seit der ersten Untersuchung zum Einsatz kam (2.3).

⁷ Im Februar 2002 wurde die Kommission für Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt (die sog. Hartz-Kommission) eingesetzt.

⁸ Eine Reihe qualitativer Studien u.a. im Rahmen der SGB-II-Wirkungsforschung hatten bis dahin etwa standardisierte Arbeitsweisen, direkte Rollengestaltung, einseitige Zielvorgaben und zu geringen Raum für die Leistungsberechtigten als „Koproduzenten“ kritisiert (Literaturüberblick: Rübner/Sprengard 2011: 19 ff.; Hofmann et al. 2014).

2.1 Rechtliche und organisatorische Veränderungen in den Jobcentern seit 2009

2.1.1 Trägermodell

2009 gab es für die Leistungsverwaltung im Rechtskreis des SGB II noch drei mögliche Trägermodelle: Arbeitsgemeinschaften zwischen Arbeitsagentur und Kommunen (ARGEn) waren im Gesetz als Regelmodell vorgesehen. Die sog. „Experimentierklausel“ (§ 6a SGB II) hatte es daneben 69 Optionskommunen⁹ in einem auf sechs Jahre befristeten Versuch ermöglicht, alle Aufgaben nach dem SGB II allein wahrzunehmen. In 23 Fällen war es zu einer getrennten Aufgabenwahrnehmung (gAw) gekommen, in der Kommunen und Arbeitsagenturen organisatorisch jeweils nur für ihren Teil der Grundsicherungsleistung zuständig waren, weil sie sich nicht auf eine gemeinsame Aufgabenerledigung verständigen konnten oder weil die Zusammenarbeit in einer ARGE gescheitert war.

Eine Grundgesetzänderung war erforderlich,¹⁰ um die Trägerschaft der Jobcenter abschließend zu regeln. Der 2010 neu eingefügte Artikel 91e GG erlaubte zwei alternative Modelle der Aufgabenwahrnehmung: Gemeinsame Einrichtungen in Trägerschaft der Arbeitsagenturen und Kommunen sowie zugelassene kommunale Träger, deren Zahl in § 6a Absatz 2 Satz 4 SGB II auf ein Viertel der Aufgabenträger zum 31.12.2010 begrenzt wurde.

Zum 01.01.2012 wechselte in 41 Regionen die Trägerschaft, weil weitere Kommunen für die alleinige Aufgabenwahrnehmung optierten. Darunter waren vier Kommunen, in denen vorher nach dem Modell der gAw verfahren worden war. In 19 Regionen kam es zu einem Wechsel der Trägerschaft, weil die bisher getrennte Aufgabenwahrnehmung zugunsten der Gründung einer gemeinsamen Einrichtung aufgegeben wurde.

Eine Reihe weiterer Veränderungen in den Trägermodellen zwischen 2009 und 2016 gingen sowohl auf kommunale Gebietsreformen (etwa die Zusammenlegung von Landkreisen) wie auf Neuorganisationen der SGB-II-Gebietsstruktur zurück.

Bei 69 der 325 Jobcenter, die 2016 insgesamt an der Befragung teilnahmen, hatte sich der Status nach 2009 verändert: Unter ihnen waren 33 der neuen Optionskommunen von 2012 und 30 Jobcenter mit Gebietsreformen.

Unter den 221 Jobcentern, die an beiden Untersuchungen beteiligt waren (vgl. oben: 1.1.3), befanden sich sechs Jobcenter gE und ein Jobcenter zKT, bei denen die Aufgaben vorher getrennt wahrgenommen worden waren. 20 frühere ARGEn hatten 2012 neu für die alleinige kommunale Aufgabenwahrnehmung optiert (vgl. Tabelle 97 im Anhang). Bei 13 der 221 Jobcenter, die sich an beiden Befragungen beteiligten, hatte sich 2016 der regionale Zuschnitt durch eine Gebietsreform verändert.

2.1.2 Instrumentenreformen

Zwei große „Instrumentenformen“ sind der Grund dafür, dass sich Befragungsergebnisse zum Einsatz arbeitsmarktpolitischer Instrumente 2009 und 2016 und zur Förderung suchtkranker Leistungsberechtigter nur begrenzt vergleichen lassen (vgl. unten: 3.4).

⁹ 2010 waren es infolge von Gebietsreformen in Sachsen und Sachsen-Anhalt nur noch 67.

¹⁰ Die Mischverwaltung in den ARGEn nach § 44b SGB II war 2007 durch das Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig bewertet worden.

Das „Gesetz zur Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente“ wurde zwar schon 2008 auf den Weg gebracht, aber erst nach Abschluss der Befragung beschlossen. Diese erste Instrumentenreform wurde zum einen mit einem starken „*Abbau der Arbeitslosigkeit*“, zum anderen mit der Unübersichtlichkeit des Instrumentenkatalogs, der begrenzten Wirksamkeit einiger Instrumente und daraus folgenden „*Effizienzverlusten*“ begründet (Deutscher Bundestag 2008: 1 f.). Ein neu eingeführtes Vermittlungsbudget (derzeit § 44 SGB III) sollte den Handlungsspielraum der Vermittlungsfachkräfte für individuelle Förderungen erhöhen. Eine Reihe von Instrumenten wurden in § 45 SGB III (Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung) zusammengefasst. Beide Regelungen galten über eine Verankerung in § 16 auch für das SGB II. Im SGB II wurde der Instrumentenkatalog ausdifferenziert; insbesondere eröffnete § 16f SGB II (Freie Förderung) den Grundsicherungsstellen eine „*weitere Möglichkeit zur flexiblen Leistungserbringung*“ (ebd.: 48).

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt vom 20.12.2011 wurde der Instrumentenkatalog des SGB II ein weiteres Mal überarbeitet. Diese Reform sollte einerseits die Passgenauigkeit des Instrumenteneinsatzes, vor allem aber die Effizienz der Mittelverwendung im Hinblick auf die Integration von geförderten Arbeitslosen in den ersten Arbeitsmarkt erhöhen – denn die Bundesagentur für Arbeit stand vor der Aufgabe, „*Effizienzsteigerungen und strukturelle Einsparungen*“ in Milliardenhöhe „*haushaltswirksam*“ werden zu lassen (Deutscher Bundestag 2011: 1 f.). Das Gesetz regelte in Absatz 5 den grundsätzlichen Vorrang der Vermittlung und aller anderen Ermessensleistungen vor den Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II, Regelungen zur Wettbewerbsneutralität (Absatz 4) und zu individuellen Zuweisungsdauern (Absatz 6) wurden ergänzt. Alle Formen der öffentlich geförderten Beschäftigung wurden in § 16e SGB II (Förderung von Arbeitsverhältnissen) gebündelt, Arbeitsgelegenheiten in der Mehraufwandsvariante wurden dafür gestrichen.

Für die Grundsicherungsstellen bedeuteten die Mittelkürzungen, dass ihnen im Jahr 2011 für die Förderung von Alg-II-Beziehenden rund 25 Prozent weniger Eingliederungsmittel zur Verfügung standen (Der Paritätische Gesamtverband 2012). Nach Angaben des Deutschen Gewerkschaftsbundes (2016) ging in den Folgejahren die Zahl der Teilnehmenden an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen um 46 % von 963.729 auf 520.732 zurück (ebd.). Nach der Förderstatistik der BA reduzierte sich die Zahl der geförderten Personen in Arbeitsgelegenheiten von 306.162 im Jahr 2010 (das entsprach 10 % der Arbeitslosen im SGB II einschließlich der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen) auf 87.120 im Jahr 2015 (was noch 4,7 % der Arbeitslosen im SGB II entsprach) (IAQ 2016).

Die Reduzierung der Kapazitäten und die Nachrangregelung ließen einerseits erwarten, dass die Jobcenter das Instrument der Arbeitsgelegenheiten 2016 insgesamt seltener nutzen würden, was sich auch auf die Möglichkeiten der Teilnahme von Suchtkranken auswirken würde. Andererseits war anzunehmen, dass chronisch erkrankte Langzeitarbeitslose unter Umständen einen leichteren Zugang zu Arbeitsgelegenheiten haben könnten als arbeitsmarktnähere Kundinnen und Kunden der Jobcenter und dass – anders als 2009 – auch andere Instrumente bei ihrer Förderung zum Einsatz kommen würden.

Positive Effekte einer Nutzung der Arbeitsmarktinstrumente für die Förderung von Suchtkranken waren auch davon zu erwarten, dass die SGB-II-Träger seit dem 1. Juli 2010 die Finanzierung von gesundheitsfördernden Elementen in arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen übernehmen konnten. Aktivitäten zur Stressbewältigung, Bewegung, Ernährung oder zum Umgang mit Suchtproblemen dürfen seither bis zu 20 Prozent der Dauer von Aktivierungsmaßnahmen (nach § 16 Ab-

satz 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III) umfassen. Darüber hinaus wurden in den letzten Jahren im Bereich der Arbeitsförderung eine Reihe von Modellprojekten zur Präventions- und Gesundheitsförderung Erwerbsloser durchgeführt: z.B. Amiga (Brandenburg), Aktiva (Sachsen), JobFit (NRW, Niedersachsen) und DiMa (Köln), in denen mit erfolversprechenden Ergebnissen eine enge Verzahnung von Gesundheits- und Arbeitsförderung praktiziert wurde. Auch bei der Umsetzung des Bundesprogramms Perspektive 50plus rückten gesundheitsbezogene Maßnahmen und Fragen der Suchterkennung und -bearbeitung zunehmend in den Fokus der Arbeit der Jobcenter mit erwerbsfähigen Leistungsbeziehenden der Altersgruppe ab 50 Jahren (Knuth et al. 2012).

2.1.3 Ziele und Zielsteuerung

Das heute geltende kaskadenartige System der SGB-II-Zielsteuerung wurde erst 2010 in § 48b Absatz 1 Satz 1 SGB II gesetzlich geregelt.¹¹ Danach vereinbaren sich (für die gE) das BMAS mit der BA und die BA und die kommunalen Träger mit den Geschäftsführerinnen und Geschäftsführern der gemeinsamen Einrichtungen. Vereinbarungen für die zkt sind zwischen BMAS und den zuständigen Landesbehörden sowie zwischen diesen und den zugelassenen kommunalen Trägern zu schließen. Hinzu kommen Vereinbarungen auf der Grundlage von § 18 SGB II (Kooperationsausschuss) zwischen dem BMAS und den jeweils zuständigen Länderministerien.

Seither wurden vielerorts und auf unterschiedlichen Ebenen die konzeptionellen Bemühungen verstärkt, kommunale Eingliederungsleistungen stärker zu nutzen und – wie in § 48b Absatz 1 Satz 2 SGB II vorgesehen – in das System der Zielsteuerung im SGB II einzubinden (Kaltenborn/Kaps 2012). Wie eine Auswertung von Vereinbarungen¹² des BMAS mit zwölf Bundesländern (elf für 2016, eine für 2017) „zur Erreichung der Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende durch zugelassene kommunale Träger“ sowie von 130 lokalen Vereinbarungen ergab, dürfte die Wirkung auf kommunaler Ebene bislang jedoch gering sein.

Zwar gehen vier der 12 Bundesländer, die ihre Vereinbarung mit dem BMAS veröffentlicht haben, nicht nur auf die Ziele ein, die für die zkt gelten sollen, sondern berücksichtigen die kommunalen Leistungen generell. In Hessen und im Saarland wird als Ziel festgelegt, bundesfinanzierte und kommunale Eingliederungsleistungen besser miteinander zu verzahnen (Zielvereinbarung Hessen 2016, Zielvereinbarung Saarland 2016). Niedersachsen will „die Prozesskette vom Verfahren zur Bedarfsermittlung über die Höhe der zur Bedarfsdeckung bereitstehenden Haushaltsmittel, dem Zugang zu den Leistungen, die Dokumentation der Leistungserbringung und die Verzahnung mit dem örtlichen Arbeitsmarkt- und Integrationsprogramm gem. § 44c Abs. 6 SGB II transparent“ gestalten (Zielvereinbarung Niedersachsen 2016: 8).

Am konkretesten formuliert Nordrhein-Westfalen den Anspruch, zu konkreten „trilateralen“ Vereinbarungen zu kommen, an denen auch die Kommunen beteiligt sind. Die Zielvereinbarung macht die kommunalen Leistungen zu einem „Fokusthema“ (Zielvereinbarung Nordrhein-Westfalen 2016: 8). Und auch eine „Vereinbarung zu den gemeinsamen Schwerpunkten in der Grundsicherung für Arbeitsuchende in NRW im Jahr 2016“ (MAIS 2016) zwischen dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und der Regionaldirek-

¹¹ Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisation der Grundsicherung für Arbeitsuchende vom 3. August 2010. BGBl. I S. 1112

¹² Über die BMAS-Serviceestelle SGB II (www.sgb2.info) können diese Zielvereinbarungen von den Jobcentern veröffentlicht und allgemein eingesehen werden. Zugriff für die Analyse aller dort veröffentlichten Dokumente: 18.2.2017.

tion NRW der Bundesagentur für Arbeit¹³ erklärt die Verbesserung der Nutzung kommunaler Leistungen zum „*Steuerungsschwerpunkt*“. Die Bedarfsplanung solle weiterentwickelt, die Transparenz bei der Inanspruchnahme erhöht werden (ebd.: 3).

Während die lokalen Zielvereinbarungen der gE bundesweit überwiegend nur zwischen der BA und den örtlichen Geschäftsführungen vereinbart wurden, waren in Nordrhein-Westfalen die kommunalen Träger systematisch in den Abschluss eingebunden. Entsprechend finden sich hier, anders als fast im gesamten übrigen Bundesgebiet, auch konkrete Vereinbarungen zu den kommunalen Leistungen. Allerdings gelten sie meist den Kosten der Unterkunft (KdU) und den Leistungen für Bildung und Teilhabe (BuT). Nur eine Handvoll Vereinbarungen zur Suchtberatung nach § 16a SGB II verschafft einen Eindruck, wie die vorgeschriebene Zielsteuerung in der Praxis wirken könnte: wenn nämlich z.B. die Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Gemeindepsychiatrischem Verbund bzw. den lokalen Netzwerken oder ein halbjährliches Berichtswesen der Suchtberatungsstellen vereinbart werden. In einem Jobcenter sollten Wartezeiten auf Suchtberatung minimiert werden, und es wurden konkrete Kapazitäten festgelegt, die die Kommune für die Suchtberatung zur Verfügung stellen wollte.¹⁴ Vereinbarungen der Länder mit den kommunalen Trägern waren dagegen nur selten konkreter als bei den gE, sie übernahmen in aller Regel den Wortlaut der zwischen BMAS und den Ländern vereinbarten Ziele und blieben damit auf einer eher programmatischen Ebene.¹⁵

Auf die Praxis der Jobcenter im Umgang mit der Zielgruppe der vermutlich besonders schwer zu vermittelnden Suchtkranken könnte auch Einfluss haben, dass im Zusammenhang mit der Einführung der Leistungen zur Bildung und Teilhabe 2011 ein viertes sozialpolitisches Wirkungsziel gesetzlich festgeschrieben wurde. Neben den drei Zielen „Verringerung der Hilfebedürftigkeit, Verbesserung der Integration in Erwerbstätigkeit und Vermeidung von langfristigem Leistungsbezug“ wurde in § 48b Absatz 3 SGB II das „Ziel der Verbesserung der sozialen Teilhabe“ normiert. Eine Operationalisierung dieses Ziels steht jedoch noch aus. Nach Einschätzung von Brülle et al. (2016), die eine Orientierung der wirkungsorientierten Steuerung am Capability Approach nach Amartya Sen vorschlagen, ist die „*Realisierung von Teilhabechancen*“ im Rechtskreis des SGB II „*nicht ohne zielgerichtete Verknüpfung der kommunalen, sozialintegrativen Leistungen mit den arbeitsmarktlichen Dienstleistungen möglich.*“ In die untersuchten Zielvereinbarungen hat soziale Teilhabe als Ziel aber bisher noch keinen Eingang gefunden.

2.1.4 Erwerbsfähigkeitsprüfung

Seit dem Inkrafttreten des SGB II war die Bundesagentur für Arbeit für die Feststellung der Erwerbsfähigkeit von Antragstellenden und Leistungsberechtigten zuständig. Die Ursprungsfassung des SGB II 2006 hatte im damaligen § 45 zudem eine „Gemeinsame Einigungsstelle“ vorgesehen, die strittige Entscheidungen zur Erwerbsfähigkeit – etwa zwischen Kommune und Arbeitsagentur oder zwischen den Trägern der Grundsicherung und anderen Leistungsträgern – einer möglichst einvernehmlichen Lösung zuführen sollte. Diese Einigungsstelle war durch die Träger paritätisch besetzt, konnte „*im notwendigen Umfang Sachverständige*“ einbeziehen und sollte eine Mehr-

¹³ Die Vereinbarung ist identisch mit der nordrhein-westfälischen Vereinbarung nach § 18b SGB II für 2016.

¹⁴ Vgl. etwa Zielvereinbarung Gelsenkirchen 2016, Zielvereinbarung Höxter 2016 und Zielvereinbarung Oberberg 2016.

¹⁵ Lediglich in Hessen verpflichtet sich das Land in den Vereinbarungen mit zKT – vermutlich zur Verbesserung der Datenqualität –, „*die Daten zu den vom Jobcenter veranlassten Inanspruchnahmen dieser Eingliederungsleistung*“ (nämlich der Suchtberatung) bei der BA-Statistik anzufordern und den zKT zur Verfügung zu stellen (vgl. etwa Zielvereinbarung Marburg-Biedenkopf 2016).

heitsentscheidung treffen (§ 45 Absatz 2 SGB II in der vor dem 01.08.2006 geltenden Fassung). Ab dem 1.8.2006 konnten auch Krankenkassen die Einigungsstelle anrufen und mitentscheidend an ihren Sitzungen teilnehmen, und ab 2007 durfte auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen Begutachtungen vornehmen.

Mit Wirkung zum 1.1.2011 wurde – ebenfalls durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisation der Grundsicherung für Arbeitsuchende (vgl. oben 2.1.3) – § 45 SGB II gestrichen, und die Verfahren zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit von Leistungsbeziehenden in § 44a SGB II wurden entscheidend verändert. Für die Feststellung der Erwerbsfähigkeit von Leistungsberechtigten blieb zwar die Arbeitsagentur zuständig. Ihrer Entscheidung können seither der kommunale Träger, ein anderer Träger, der bei voller Erwerbsminderung zuständig wäre, oder die Krankenkasse, die bei Erwerbsfähigkeit Leistungen der Krankenversicherung zu erbringen hätte, widersprechen. Die gutachterliche Stellungnahme, die im Widerspruchsfall einzuholen ist, erstellt nun immer der zuständige Träger der Rentenversicherung, und die Arbeitsagentur ist an dieses Gutachten gebunden. Es liegt auf der Hand, dass diese gesetzlichen Änderungen Auswirkungen auf die Begutachtungsverfahren der Jobcenter auch im Umgang mit suchtkranken Leistungsberechtigten haben mussten.

Sie haben darüber hinaus dazu beigetragen, das Prinzip „Reha vor Rente“ (§ 9 SGB VI Aufgaben der Leistungen zur Teilhabe; § 8 SGB IX Vorrang von Leistungen zur Teilhabe) zu stärken, nach dem stets vorrangig zu prüfen ist, ob eine Erwerbsfähigkeit durch medizinische oder berufliche rehabilitative Leistungen wiederhergestellt werden kann. Die vorrangig zuständigen Reha-Träger können chronisch Abhängigkeitserkrankte daher z.B. auffordern, dies in einer Reha-Maßnahme abklären zu lassen. Es ist Aufgabe der Jobcenter, für jede/n Suchtkranke/n grundsätzlich zu prüfen, ob Reha-Bedarfe vorliegen und ob Ansprüche auf Teilhabeleistungen bestehen.

2.1.5 Veränderte Geschäftsprozesse und Beratung: 4PM und BeKo

Veränderte Rahmenbedingungen gelten auch für die Beratung von suchtkranken oder suchtgefährdeten Leistungsberechtigten:

Im Jahr 2009 führten Arbeitsagenturen und die damaligen ARGE n (Arbeitsgemeinschaften SGB II) rechtskreisübergreifend das „4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit“ (4PM) ein.¹⁶ Es löste für den Rechtskreis des SGB II das bis dahin geltende Konzept der Betreuungsstufen (BA 2007) ab. Ab August 2009 wurde in den ARGE n auf der Grundlage dieses neuen und einheitlichen „Geschäftsprozessmodells“ (Schmitz 2009: 6) gearbeitet (BA 2009).

Innerhalb der definierten Phasen Profiling, Zielfestlegung, Strategieauswahl und Umsetzung sollte der Integrationsprozess systematischer und weniger defizitorientiert strukturiert werden. Kundinnen und Kunden werden seither sechs „*Profillagen*“ zugeordnet: Markt-, Aktivierungs- und Förderprofile beschreiben integrationsnahe Profillagen, Entwicklungs-, Stabilisierungs- und Unterstützungsprofile werden als komplexe Profillagen gewertet. Den im Profiling festgestellten Handlungsbedarfen werden Handlungsstrategien zugeordnet.

Flankiert wird das 4PM seit 2011/2012 in vielen Jobcentern durch die Anwendung der Beratungskonzeption (BeKo) (BA 2013, 2013a; vgl. SOFI et al. 2013). Das Konzept stellt eine Weiterentwicklung des für den Rechtskreis des SGB III 2009 entwickelten Konzepts der Bundesagentur

¹⁶ Für die Optionskommunen galt und gilt 4PM nicht. Zum Zeitpunkt der Berichtslegung befand sich das 4PM in einer Überarbeitung, die darauf zielte, den fachlichen Spielraum der Integrationsfachkräfte beim Profiling zu erhöhen.

dar. Den gemeinsamen Einrichtungen mit ihrer wesentlich heterogeneren Mitarbeiterschaft und vielen beruflichen Quereinsteigern bot BeKo SGB II erstmals ein potenziell verbindliches Grundverständnis von Beratung (SOFI et al. 2013), das den Fachkräften im Rahmen einer elftägigen Grundlagenschulung vermittelt wurde. Die BeKo-Einführung war für die gE aber nicht verbindlich.

In zweierlei Hinsicht war zu erwarten, dass sich 4PM und BeKo in den gemeinsamen Einrichtungen auch in einem veränderten Umgang mit suchtkranken Leistungsberechtigten bemerkbar machen würden. Weil insbesondere die BeKo-Einführung mit den beschriebenen umfangreichen Schulungen der Integrationsfachkräfte zu ressourcen- und lösungsorientierter Beratung einhergegangen war, durfte zum einen angenommen werden, dass sich die Qualität der Beratungsdienstleistung – insbesondere im Hinblick auf die Wahrnehmung individueller Ressourcen und Bedarfe bei unterschiedlichen Gruppen von Leistungsberechtigten – verbessert hatte. Dies könnte zu einer passgenaueren Beratung, Betreuung und Vermittlung geführt haben. Zum anderen sehen beide Konzepte vor, dass im Rahmen des Profilings in jedem Erstgespräch mit Neukundinnen und -kunden Handlungsbedarfe im Bereich „*Intellektuelle und gesundheitliche Leistungsfähigkeit*“ systematisch zu erheben sind.¹⁷ Dies lässt eine höhere Sensibilität der Fachkräfte für gesundheitliche Einschränkungen von Kundinnen und Kunden und eine häufigere Thematisierung von Suchtproblemen in Erstgesprächen erwarten, sodass die hier untersuchte Gruppe der suchtfährdeten und abhängigkeitskranken Leistungsberechtigten dadurch möglicherweise besser identifiziert werden kann. Allerdings leitet BeKo aus dem Auftrag der Grundsicherung für Arbeitssuchende auch eine Beschränkung des Beratungsauftrags auf Fragen der „*Vermittlung in Arbeit und Ausbildung*“ ab (BeKo SGB II). Beratungsanliegen, die keinen unmittelbaren Vermittlungsbezug haben, werden deshalb leicht auch übersehen bzw. übergangen (Bartelheimer/Henke 2016: 69).

2.1.6 Rechtsprechung, untergesetzliche Regelungen und Empfehlungen

Nicht nur Gesetzesänderungen können handlungsleitend wirken. Auch die Rechtsprechung prägt die Praxis der Integrationsarbeit in den Jobcentern. Das betrifft etwa richtungweisende Urteile zum Abschluss von Eingliederungsvereinbarungen, in denen mit suchtkranken oder psychisch erkrankten Menschen die Inanspruchnahme von therapeutisch orientierten Maßnahmen vereinbart wurde.

Zwei ältere Entscheidungen hatten schon vor 2009 formale Einwände formuliert: So verwarfen das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz (L 3 ER 175/07 AS vom 05.07.2007) und das Sozialgericht (SG) Braunschweig (S 21 AS 962/06 ER vom 11.09.2006) in zwei Fällen Eingliederungsvereinbarungen als unwirksam, in denen eine Pflicht zur Therapie vereinbart worden war. Eine Eingliederungsvereinbarung setze das Vorliegen von Erwerbsfähigkeit voraus, die durch die Therapie aber erst hergestellt werden solle. (In diesem Sinne beschrieben 2009 auch die befragten Jobcenter ihre Praxis des Abschlusses von sanktionsbewehrten Eingliederungsvereinbarungen mit suchtkranken Kundinnen und Kunden.)

Mit einem Beschluss vom 22.10.2013 (S 16 AS 158/13 ER) ging das SG Schleswig später noch weiter: Die Pflicht zur Therapie bei einer psychischen Erkrankung (zu denen auch Suchterkrankungen zählen) dürfe weder Bestandteil einer Eingliederungsvereinbarung noch eines Eingliederungsverwaltungsaktes des Jobcenters sein. Zum einen sei für eine erfolgreiche Behandlung „*die*

¹⁷ BeKo: Phase 1, Situationsanalyse, Standardsequenz I-02 Profiling

freiwillige Teilnahme und aktive Mitwirkung des Betroffenen Voraussetzung“. Zum anderen aber gebe es grundsätzlich keine allgemeine Pflicht zur Gesunderhaltung oder Gesundheit, auch nicht im Rahmen des Selbsthilfegebotes gem. § 2 Absatz 1 SGB II. Der Sozialleistungsträger könne daher lediglich „(Beratungs-)Angebote unterbreiten“.

Die Arbeitshilfe der BA zu § 15 SGB II weist die Integrationsfachkräfte denn auch zu einem behutsamen Umgang mit einer Verpflichtung zur Inanspruchnahme von kommunalen Leistungen an: Eine solche Verpflichtung soll nur „im Falle des Einverständnisses der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten Person“ in die Eingliederungsvereinbarung aufgenommen werden, und die Leistungserbringung soll mit dem „kommunalen Partner in der gemeinsamen Einrichtung“ abgestimmt werden (BA 2016c: 5).

Ähnlich vorsichtig formuliert der Deutsche Verein (2014) für öffentliche und private Fürsorge seine Empfehlungen zur Aufnahme kommunaler Leistungen in die Eingliederungsvereinbarung:

„Sanktionen wegen Pflichtverletzungen im Rahmen des Beratungsprozesses können den Erfolg kommunaler Eingliederungsleistungen gefährden. Allein die Vereinbarung der Inanspruchnahme einer Erstberatung in der Eingliederungsvereinbarung erscheint daher vertretbar, soweit sich der oder die Leistungsberechtigte für die Aufnahme dieser Verpflichtung in die Eingliederungsvereinbarung entschieden hat. Eine Sanktionierung von Unterbrechungen oder Abbrüchen von Beratungsprozessen ist in der Regel kein geeignetes Instrument, um den Beratungsprozess abzusichern.“ (DV 2014: 14)

2.1.7 Andere (rechtliche) Rahmenbedingungen

Veränderungen, die auf die Fallbearbeitung im SGB II rückwirken, haben sich seit 2009 schließlich auch in angrenzenden Rechtsgebieten vollzogen, wo die Bearbeitung von Schnittstellenproblemen enorm an Bedeutung gewinnt, um Rehabilitationserfolge nachhaltig abzusichern.

So wurde ergänzend zum Anspruch auf das Versorgungsmanagement gem. § 11 Absatz 4 SGB V und dem parallel auch im SGB IX geregelten Teilhabemanagement zuletzt 2013 der Anspruch von Patientinnen und Patienten auf ein Entlassmanagement als Regelangebot von Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken gestärkt (§ 39 Absatz 1 SGB V). Dazu gehört es, den Übergang aus einer Therapie in die ambulante Weiterbetreuung vor Ort zu gestalten. Und auch die materielle Existenz der Rehabilitanden zu sichern und ihre berufliche Eingliederung anzustoßen, kann Teil dieses Auftrags sein.

Von einigen aktuellen Entwicklungen könnten weitere Impulse auf die Integrationsarbeit der Jobcenter ausgehen – insbesondere im Hinblick auf die Sicherstellung nahtloser Übergänge in Beschäftigung nach Beendigung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme:

So ist auf die detaillierten „*Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker*“ vom 14. November 2014 hinzuweisen, die von der Arbeitsgruppe BORA („*Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker*“) entwickelt wurden. In wie vielen Sucht-Reha-Kliniken das BORA-Konzept bereits umgesetzt wird, ist nicht bekannt. Nach Informationen der im Rahmen dieser Untersuchung befragten Suchtfachverbände ist der Umsetzungsstand regional bislang sehr unterschiedlich (s. Anhang). Die BORA-Empfehlungen geben es der Sucht-Reha auf, für ein „*frühzeitiges, schnittstellenübergreifendes, abgestimmtes und vernetztes Handeln aller beteiligten Kooperationspartner*“ (AG BORA 2014: 22) zu sorgen. Bezogen auf die Jobcenter raten sie den Sucht-Reha-Kliniken zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Jobcentern, in denen „*möglichst einfache Beratungs- und Informationszugänge sowie feste Zuständigkeiten benannt werden*“ sollen (ebd.: 26).

Reha-Kliniken sollen Beratungsgespräche bei den Jobcentern an den Wohnorten der Rehabilitanden im Rahmen von Familienheimfahrten schon während der Behandlung und unmittelbar im Anschluss daran terminieren und vorbereiten und durch Informationen z.B. in Form eines vorläufigen Entlassberichts unterstützen (ebd.: 25).

Darüber hinaus gibt es weitere Ansätze, die darauf abzielen, frühzeitigere und schnellere Zugänge zur Suchtrehabilitation zu entwickeln. Davon würden SGB-II-Beziehende besonders profitieren, deren Behandlungsmotivation leicht erodiert, je aufwändiger sich für sie der Zugang zu Reha-Maßnahmen gestaltet. So praktiziert die DRV Mitteldeutschland schon seit längerer Zeit einen eigenen Ansatz zur Förderung eines nahtlosen Zugangs in Reha. Dieser sieht auch die Direktvermittlung „aus dem Jobcenter heraus“ vor nach Begutachtung durch den Ärztlichen Dienst und ohne Einschaltung einer Suchtberatungsstelle („Magdeburger Weg“).¹⁸

Mehrere Rentenversicherungsträger erprobten in den letzten Jahren neue Modelle der „Reha-Fallbegleitung“ (Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz) oder eines integrationsbezogenen „Fallmanagement Sucht“ (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover), und sie übernahmen erfolversprechende Ansätze zum Teil bereits in das Regel-Versorgungssystem. In diesen und ähnlichen Projekten ging es darum, reibungslose Eintritte in eine Rehabilitation abzusichern, Abbrüche zu reduzieren und die nahtlose Weiterbehandlung und Begleitung im Anschluss an eine Reha-Maßnahme zu erreichen. Damit bewegen sich auch die Institutionen der medizinischen Rehabilitation auf potenzielle Netzwerkpartnerinnen und -partner in den lokalen Gesundheitssystemen zu. Weil es sich als „sehr hilfreich“ erwiesen habe, empfiehlt z.B. das Manual zur „Reha-Fallbegleitung“, suchtkranke Rehabilitanden aus der Klinik heraus nach Möglichkeit zu ihren Terminen beim Jobcenter zu begleiten (DRV RP 2014).

2.2 Arbeitslosigkeit und Sucht: Ergebnisse der Forschung

Seit über 15 Jahren werden in Deutschland die Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Sucht wissenschaftlich untersucht. Die mit Blick auf die vorliegende Studie wichtigsten Befunde, die seit der Erhebung von 2009 (Henke et al. 2009) hinzugekommen sind, werden nachfolgend genannt.

2.2.1 Suchtprävalenzen bei Arbeitslosen

Unter den Alg-II-Beziehenden befindet sich eine relativ große Zahl von Personen mit Suchtproblemen. Das belegen die Ergebnisse epidemiologischer Studien. Eine Auswertung bundesweiter AOK-Daten zeigt, dass der Anteil der Suchtkranken unter den Patienten und Patientinnen der medizinischen Versorgung bei den Alg-II-Beziehenden im Vergleich zu den Alg-I-Beziehenden und noch mehr in Relation zu den sozialversicherungspflichtig Erwerbstätigen mit weitem Abstand am höchsten ist (Henkel/Schröder 2015, 2016). Bei etwa 10 % aller Alg-II-Fälle wurde ärztlicherseits mindestens eine suchtbetonte Diagnose (ICD-10 F10-19, 50, 63) gestellt; bei den Alg-I-Beziehenden und den Erwerbstätigen betragen die entsprechenden Anteile rund 6 % bzw. 4 %. Dieser deutliche Unterschied findet sich bei den Alkohol-, Opioid-, Cannabis-, Sedativa/Hypnotika- und Tabakdiagnosen. Auch in der jüngsten Altersgruppe der 19- bis 29-Jährigen zeigen die AOK-Daten dasselbe Ergebnismuster, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen. Stö-

¹⁸ Der „Magdeburger Weg“ erfüllt nach Einschätzung von Suchtexperten allerdings noch nicht die an ihn gerichteten Erwartungen (s. Suchtfachverbände im Anhang).

rungen durch Kokain (ICD-10 F14), andere Stimulantien (ICD-10 F15), Halluzinogene (ICD-10 F16), flüchtige Lösungsmittel (ICD-10 F18) oder durch das pathologische Glücksspiel (ICD-10 F63) haben die Ärzte und Ärztinnen kaum bzw. gar nicht kodiert. Ob es hier Unterschiede zwischen Alg-II-Beziehenden, Alg-I-Beziehenden und den sozialversicherungspflichtig Erwerbstätigen gibt, ist somit anhand der AOK-Daten nicht feststellbar.

In der ärztlichen Alltagspraxis wird eine suchtbetogene Diagnose regelhaft nur bzw. erst dann gestellt, wenn die Suchtproblematik mit einer behandlungsrelevanten Folgeerkrankung assoziiert ist, z.B. mit einer Atemwegserkrankung bei Rauchern und Raucherinnen. Daher ist anzunehmen, dass die kodierten Suchtdiagnosen in der AOK-Studie eher schwere und chronische Suchtprobleme zum Ausdruck bringen. Dafür spricht z.B. die Tatsache, dass die Häufigkeit der ICD-10-F17-Tabakdiagnose in den AOK-Daten mit dem Alter zunimmt, obwohl die Raucherquote in der Bevölkerung sowohl bei den Männern als auch den Frauen mit dem Alter stark abnimmt (Lampert et al. 2013). Analoge Zusammenhänge bestehen bei der ICD-10 F10-Alkoholdiagnose.

Die AOK-Daten zeigen eine hohe Kontaktdichte der suchtkranken Alg-II-Beziehenden zum medizinischen Versorgungssystem, die für Maßnahmen der Früherkennung und Kurzintervention genutzt werden kann, wie dies für den Bereich der primärmedizinischen Versorgung (Hausärzte und Hausärztinnen, Allgemeinkrankenhäuser) von Seiten der Suchthilfe generell gefordert wird (Behrendt et al. 2012).

Weitere Datenquellen aus repräsentativen bevölkerungsbasierten Erhebungen belegen:

- Rund 70 % der Männer bzw. 50 % der Frauen unter den arbeitslosen Alg-II-Beziehenden im Alter von 20 bis 64 Jahren sind Tabakraucher (Eggs et al. 2014; Henkel 2016). Nach den aktuellen Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2015a) sind fast die Hälfte (45 %) der 18- bis 25-jährigen Arbeitslosen (A) tägliche Zigarettenraucher im Vergleich zu 32 % der Erwerbstätigen (E).
- Fast jeder Zehnte (A 9,3 %, E 3,2 %) der 18- bis 25-jährigen Arbeitslosen konsumiert regelmäßig Cannabis (BZgA 2015b).
- Auch beim Binge Drinking (Rauschtrinken) liegen die Prävalenzraten der arbeitslosen Jugendlichen signifikant über denen der Erwerbstätigen, allerdings nur bei den jungen Männern: A 22 %, E 15 % (Henkel/Zemlin 2016).
- 25 % der Alg-II-Beziehenden sind, mit dem AUDIT (Bush et al. 1998) gemessen, riskante Alkoholkonsumenten (Pockrandt et al. 2007). Geschlechterdifferenzierende Daten gibt es nicht. Ebenso zeigt sich als hochkonsistenter Befund, dass bei den Alg-II-Beziehenden mit bis zu 34 % bzw. 45 % (Männer bzw. Frauen) hohe Raten an Alkoholabstinenten zu finden sind, weitaus höhere als z.B. bei Erwerbstätigen (Männer 12 %, Frauen 22 %) (Eggs et al. 2014).
- Darüber hinaus haben Arbeitslose im Vergleich zu Nicht-Arbeitslosen ein rund dreifach höheres Risiko, pathologische Glücksspieler zu werden (Meyer et al. 2011). Weitere Risikofaktoren sind: jung (unter 25 Jahre), männlich, höchstens Hauptschulabschluss und Migrationshintergrund (ebd.; Schmidt/Krähnert 2002). Die Gesamtprävalenz des problematischen und pathologischen Glücksspielens beträgt bei den Arbeitslosen nach Meyer et al. (2011) rund 9 %. Nach den Daten der BZgA (2013) sind rund 5 % der 16- bis 65-jährigen Arbeitslosen mindestens problematische Glücksspieler und rund 3 % pathologische Spieler nach den Kriterien des DSM-IV (Meyer et al. 2011). Auch nach dem internationalen Forschungsstand sind Armut

und Arbeitslosigkeit signifikante eigenständige Risikofaktoren für Spielsucht (Henkel/Zemlin 2016).

Selektive und kausale Effekte der Arbeitslosigkeit

Die hohen Suchtprävalenzen der Arbeitslosen erklären sich zum einen aus selektiven Effekten, d.h. daraus, dass Menschen mit ausgeprägten, sozial und gesundheitlich auffälligen, die Arbeitsleistung beeinträchtigenden Suchtproblemen häufig ihren Arbeits- oder Ausbildungsplatz verlieren bzw. keinen finden. Bei Jugendlichen kann ein problematischer Suchtmittelkonsum die Schul- bzw. Ausbildungsleistungen beeinträchtigen und u.U. zum Schul- bzw. Ausbildungsabbruch und in die Arbeitslosigkeit führen und so einen erfolgreichen Einstieg in das Berufsleben erschweren (Morgenstern et al. 2015).

Zum anderen gehen die hohen Prävalenzraten auf kausale Effekte der Arbeitslosigkeit zurück. Dazu gehören z.B. der Verlust sozialer Kontakte, Monotonie und die Erosion der Tagesstruktur; Arbeitslosigkeit kann aber auch zu Selbstwertminderungen und Depressivität führen. Dass länger anhaltende Arbeitslosigkeit ein Risikofaktor ist, der die Entwicklung bzw. Verschlimmerung von Suchtproblemen begünstigen kann, ist durch die Forschung gut belegt (Henkel 2011). Daher sind vor allem für Langzeitarbeitslose Maßnahmen der Früherkennung und Frühintervention notwendig, um einer Chronifizierung der Suchtprobleme und so weiteren Minderungen der Arbeitsmarktchancen vorzubeugen. Arbeitslosigkeitsbedingte Suchtrisiken bestehen für beide Geschlechter, jedoch deutlich ausgeprägter für Männer und auch für Jugendliche (ebd.). Neben den unmittelbaren Arbeitslosigkeitseffekten kommt bei Jugendlichen hinzu, dass Kinder in Arbeitslosenfamilien mit suchtkranken Eltern einem hohen Risiko unterliegen, selbst Suchtprobleme zu entwickeln (Köhler-Azara et al. 2013).

In der Gruppe der Alg-II-Beziehenden scheinen selektive Effekte deutlich zu dominieren. So ergab eine Studie von Scherbaum et al. (2016), dass die substanzbezogenen Störungen bei den allermeisten Alg-II-Beziehenden schon im Jugend- bzw. jungen Erwachsenenalter begonnen und sich nur bei rund acht Prozent erst im Verlauf der Arbeitslosigkeit entwickelt hatten.

2.2.2 Arbeitslosigkeit und Suchtmittelabstinenz

Ein wesentliches Ziel der Suchtberatung und der medizinischen Suchtrehabilitation ist die möglichst dauerhafte Suchtmittelabstinenz. Die Forschung weist nach, dass Arbeitslose dieses Ziel weitaus seltener erreichen als Erwerbstätige. So betrug z.B. die poststationäre Rückfallquote bei Arbeitslosen sechs Monate nach Behandlungsende rund 45 %, die der Erwerbstätigen hingegen nur 23 % (ARA-Projekt, Henkel et al. 2008). Ähnliche Differenzen werden aus dem ambulanten Bereich der Suchthilfe berichtet (Kipke et al. 2015). Auch die internationale Forschung zeigt, dass die Arbeitslosigkeit zu den zehn einflussreichsten Rückfallrisikofaktoren für Alkohol- und Drogenabhängige zählt, und dass dem Rückfall durch Maßnahmen zur Integration in Arbeit bzw. Ausbildung wirksam und nachhaltig vorgebeugt werden kann (Henkel 2011). Diese sollten sich möglichst nahtlos an die Beendigung der Suchtbehandlung anschließen, da ein großer Teil der rückfälligen Arbeitslosen (33 % vs. 19 % der Erwerbstätigen) bereits im ersten Monat nach der Suchtrehabilitation rückfällig wird (ebd.). Die Nahtlosigkeit wird seit langem schon von den großen Suchtfachverbänden gefordert (Weissinger 2012; s. Anhang).

2.2.3 Integration in existenzsichernde Arbeit

Suchtmittelabstinenz erhöht die Arbeitsmarktchancen, jedoch nur in einem begrenzten Umfang (Henkel et al. 2004; Missel et al. 2011). Die vorliegenden Datenquellen zeigen, dass eine Integration in eine existenzsichernde Arbeit bei Alg II beziehenden Suchtkranken nur selten erreicht wird.

Eine Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) untersuchte, welchen Einfluss multiple Vermittlungshemmnisse auf die Abgangschancen aus der Grundsicherung in eine reguläre Erwerbstätigkeit ausüben (Achatz/Trappmann, 2011). Der beobachtete Zeitraum betrug im Mittel 8,5 Monate. Die untersuchten Vermittlungshemmnisse waren: Alter, Geschlecht (weiblich), Familientyp (z.B. alleinerziehende Frauen), gesundheitliche Einschränkungen, geringe Schulbildung/Qualifikation, Migrationshintergrund, langer Alg-II-Bezug und schlechte regionale Arbeitsmarktlage. Es zeigte sich, dass 24 % der Alg-II-Beziehenden, die keines dieser Vermittlungshemmnisse aufwiesen, den Übergang aus der Grundsicherung in eine Erwerbsarbeit innerhalb des untersuchten Zeitraums schafften. Bestand ein Vermittlungshemmnis, halbierte sich die Quote bereits auf 12 %. Sie sank mit jedem weiteren Vermittlungshemmnis weiter ab und betrug ab sechs und mehr Vermittlungshemmnissen 0 %. Bei Suchtkranken liegen neben ihrer Suchtproblematik sehr häufig weitere Vermittlungshemmnisse vor (vgl. unten: 3.2.2). Daher kann mit Bezug auf die Studie von Achatz und Trappmann (2011) davon ausgegangen werden, dass die meisten Alg II beziehenden Suchtkranken bislang nur eine geringe Integrationschance haben.

Auch die Deutsche Suchthilfestatistik (IFT 2015) bietet einschlägige Informationen. Danach waren 2014 rund 90 % der Klienten und Klientinnen der ambulanten Suchtberatungsstellen, die zu Beginn der Betreuung Alg II bezogen, auch am Ende der im Mittel 35 Wochen andauernden Betreuung auf die Grundsicherung durch das SGB II angewiesen, und nur 5 % konnten ihren Hauptlebensunterhalt durch Erwerbseinkommen bestreiten. Bei den übrigen 5 % waren Krankengeld, Rente, Sozialhilfe u.a.m. die wesentlichen Quellen des Lebensunterhalts. Diese Quoten zeigen sich nahezu unverändert seit 2007, dem Jahr der erstmaligen Berücksichtigung von SGB-II-Kriterien in der DSHS (IFT, 2008 – 2015). Im stationären Bereich der Suchtrehabilitation sieht die Bilanz mit einer Arbeitsintegrationsquote von lediglich rund 2 % noch schlechter aus (Henkel/Zemlin 2013). Da diese Daten aber nur den Erwerbsstatus am Tag der Beendigung der Suchtberatung/Suchtrehabilitation abbilden und die suchtbehandelnden Institutionen (Beratungsstellen, Kliniken) keine Arbeitsvermittler sind, verweisen sie zunächst nur darauf, dass eine Suchtbehandlung noch wenig unmittelbare Effekte für die Arbeitsmarktintegration erzeugt.

Auswertungen bundesweiter Daten der Deutschen Rentenversicherung, die sich über einen Zeitraum von zwei Jahren vor und zwei Jahren nach der stationären medizinischen Suchtrehabilitation erstreckten, ergaben für die Gruppe der Alkoholabhängigen, dass diejenigen, die im ersten Monat nach Reha-Ende arbeitslos waren, dies im Mittel 12 bis 14 Monate lang ununterbrochen blieben (Henkel/Grünbeck 2005; Henkel 2008). Wer also aus der Behandlung als Arbeitsloser entlassen wurde, hatte ein hohes Risiko, in Langzeitarbeitslosigkeit bzw. in Alg-II-Bezug zu geraten oder zu verbleiben. Die schlechtesten Integrationsresultate hatten die über 50-Jährigen und diejenigen mit einer Arbeitslosigkeitsdauer von sechs bis zwölf Monaten bereits vor Reha-Beginn sowie die Rehabilitanden aus Gebieten mit ungünstiger regionaler Arbeitsmarktlage.

Differenzierungen nach verschiedenen Suchtmitteln liegen bislang kaum vor. Die bundesweiten Daten der Deutschen Rentenversicherung zeigen, dass die Arbeitsintegrationschancen von Drogenabhängigen im Verlauf von zwei Jahren nach der Suchtrehabilitation nur halb so hoch waren wie die von Alkoholabhängigen (Henkel 2008).

2.3 Die Nutzung kommunaler Leistungen nach § 16a SGB II

2.3.1 Große Varianz bei der Ausgestaltung der kommunalen Leistungen

Mit dem Inkrafttreten des SGB II wurde die Zuständigkeit der kommunalen Träger für bestimmte Eingliederungsleistungen festgelegt, die den beruflichen Integrationsprozess flankieren sollen. Hierzu zählen nach § 16a SGB II die Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder bzw. die häusliche Pflege von Angehörigen, die Schuldnerberatung, die psychosoziale Betreuung und die Suchtberatung. Da viele Kommunen diese und weitere Leistungen auch schon vor 2005 vorhielten, griffen sie bei der Bedarfsplanung und bei der Ausgestaltung der neuen Pflichtaufgabe meist auf die bestehenden Anbieter, Angebote, Strukturen und Verfahren zurück. Bei der Bereitstellung und Organisation von Suchtberatungsleistungen wirkte sich aus, dass an der (Regel-)Finanzierung dieser Angebote die Bundesländer teils beteiligt waren, teils nicht, und dass insbesondere die kirchlichen Wohlfahrtsverbände in dieses historisch bedeutsame Arbeitsfeld zum Teil beträchtliche Eigenmittel investierten. Mancherorts waren und sind die Kommunen selbst Leistungserbringer, mancherorts sind die Aufgaben an Dritte delegiert.

Weisen die Integrationsfachkräfte einen Kunden oder eine Kundin der Suchtberatungsstelle zu, dann bedienen sie sich also heterogener und wenig vergleichbarer Leistungsstrukturen. Bei der Vorgängeruntersuchung 2009 gaben nur etwa 28 % der 80 damals mitbefragten Suchtberatungsstellen an, es gebe (auch oder nur) eine spezifische Finanzierung für Klientinnen und Klienten, die auf der Rechtsgrundlage des SGB II zugewiesen würden. 86 % der Suchtberatungsstellen erhielten (wie vor dem Inkrafttreten des SGB II) pauschale Vergütungen und/oder rechneten auf anderer gesetzlicher Grundlage weitere Leistungen mit anderen Leistungsträgern ab (Henke et al. 2009: 41). Und ebenso wenig wie die Finanzierungsmodalitäten war das Leistungsportfolio der Suchtberatungsstellen vergleichbar.

Finanzieren Kommunen die Suchtberatung als Teil ihrer Leistungen zur Daseinsvorsorge ganz oder teilweise pauschal, dann stehen diese Angebote nicht nur den Leistungsberechtigten nach dem SGB II, sondern allen Bürgerinnen und Bürgern offen.¹⁹ Nach Auffassung des Deutschen Städtetags (2015) besteht wegen des Nachrangs der Grundsicherungsleistungen streng genommen kein Anspruch mehr auf Leistungen nach § 16a SGB II, wenn suchtkranke Leistungsbeziehende ein offenes Angebot von sich aus nutzen: *„Sofern erwerbsfähige Leistungsberechtigte eine Beratung über den offenen Zugang in Anspruch nehmen, ist davon auszugehen, dass auch ein möglicher Bedarf im Rahmen des SGB II gedeckt ist und eine kommunale Eingliederungsleistung nach § 16a SGB II nicht (mehr) erforderlich ist.“* (Städtetag 2015: 6) Eine Inanspruchnahme aus Eigeninitiative sei sinnvoll im *„Sinne einer individuellen Förderung der Leistungsberechtigten, welche den Aufgaben und Zielen der Grundsicherung für Arbeitsuchende aus § 1 SGB II gerecht wird“*, argumentiert auch der Deutsche Verein (DV 2014: 14). Breit gestreute Informationen sollten dazu beitragen, *„dass auch Leistungsberechtigte, die ihren persönlichen Unterstützungsbedarf nicht dem Jobcenter gegenüber offenbaren möchten, Beratungsangebote in Anspruch nehmen“* (ebd.). Jobcenter, so die Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände (Städtetag 2014, DLK 2014), sollen auf die Inanspruchnahme von Suchtberatung aktiv hinwirken, ob sie jedoch eine Zuweisung in der Eingliederungsvereinbarung festhalten, bleibt ihrer Professionalität in jedem einzelnen Fall überlassen.

¹⁹ Wohl auch aus diesem Grund konnten 2009 nur etwa ein Drittel der befragten Beratungsstellen verlässliche Angaben zu den Zahlen der von Grundsicherungsstellen zugewiesenen Fälle machen.

Die genannten Rahmenbedingungen erschweren statistische Auswertungen zur Nutzung von kommunalen Leistungen, weil nicht für jeden Fall eindeutig festgestellt werden kann, ob Alg-II-Beziehende Suchtberatung als Leistung der kommunalen Daseinsvorsorge oder als Leistung nach § 16a SGB II in Anspruch nehmen, und weil der aktive Einfluss der Jobcenter auf eine Inanspruchnahme von Beratung nicht sicher zu identifizieren ist.

2.3.2 Zugänge in Suchtberatung – BA-Statistik und Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS)

Nach einer Sichtung und Bewertung der verfügbaren epidemiologischen Daten kommen Kaltenborn und Kaps (2012) zu dem Schluss, dass, vorsichtig geschätzt, rund 10 % der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten im SGB II ein Suchtproblem haben (außer Tabakrauchen; so auch die Einschätzung der Bundesagentur für Arbeit 2009 zit. n. Kaltenborn/Kaps 2012: 88). Demnach wäre im Dezember 2015 bei rund 430.000 erwerbsfähigen Leistungsberechtigten von insgesamt rund 4,30 Millionen Leistungsempfängerinnen und -empfängern von Alg II (Statistik der BA 2015) die Erforderlichkeit einer Suchtberatung nach § 16a SGB II zu prüfen und im Fall dieser Erforderlichkeit eine Ermessensentscheidung zu treffen gewesen.

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit (Tabelle 5) lag demgegenüber die Zahl der von den Jobcentern gemeldeten Zugänge in eine Suchtberatung nach § 16a SGB II im Jahr 2015 bei 8.051. Diese Zahl basiert auf Angaben von 309 von insgesamt 408 Jobcentern. Rechnet man diese Zahl auf alle 408 Jobcenter hoch, ergeben sich ca. 10.630 Vermittelte. Von den nach Kaltenborn und Kaps (2012) geschätzten 430.000 SGB-II-Leistungsberechtigten mit einer Suchtproblematik erhielten demnach nur 2,5 % eine von einem Jobcenter vermittelte Suchtberatung nach § 16a SGB II.

Tabelle 5: Zugänge in kommunale Eingliederungsleistungen: Suchtberatung 2005 bis 2015

Jahr	Zugänge gemeldet	Gesamtzahl SGB-II-Träger	Anzahl meldender SGB-II-Träger
2005	-	-	-
2006	1.141	443	77
2007	3.884	444	137
2008	9.652	439	299
2009	10.603	438	309
2010	10.347	438	298
2011	8.754	425	287
2012	8.962	410	274
2013	8.463	408	264
2014	8.386	408	285
2015	8.051	408	309

Anmerkungen: Bis 31.12.2008 flankierende Leistungen nach § 16 Absatz 2 Nummer 4 SGB II. Quelle: Bundesagentur für Arbeit: Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderstatistik, Deutschland 2016.

Die große Differenz zwischen 430.000 und 10.630 hat vor allem zwei Gründe. Zum einen ist nicht jedes Suchtproblem per se ein Vermittlungshemmnis auf dem Arbeitsmarkt. Dies aber stellt eine wesentliche Voraussetzung für eine Zuweisung zu einer Suchtberatung nach dem § 16a SGB II

dar. Zum anderen ist bei der Ermittlung von Suchtproblemen im Jobcenter von einer erheblichen Untererfassung auszugehen, da Suchtprobleme von den Leistungsberechtigten relativ selten offenbart bzw. von den Fachkräften erkannt werden (vgl. oben: 2.3.1 und unten: 3.3.1).

Die präsentierten Zahlen können nur grobe Schätzungen sein, doch sie verweisen deutlich genug darauf, dass die Anwendung des § 16a SGB II bislang auf eine kleine Minderheit von Alg-II-Beziehenden mit einem Suchtproblem beschränkt blieb.

Tabelle 5 zeigt zudem, dass die Zahl der über den § 16a SGB II an eine Einrichtung der Suchtberatung vermittelten Leistungsberechtigten seit 2008 kontinuierlich zurückgegangen ist. Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass auch die Gesamtzahl der Alg-II-Beziehenden in der Bevölkerung von 5,3 (2007) auf 4,3 (2015) Mio. zurückgegangen ist (Statistik der BA 2015). Doch der Rückgang ist keine einfache Spiegelung der allgemeinen Abnahme der Alg-II-Zahlen, sondern könnte auch einen veränderten Umgang der Jobcenter mit verpflichtenden und sanktionsbewehrten Zuweisungen und nicht verpflichtenden Empfehlungen ausdrücken.

Daten der DSHS (IFT 2016: DSHS 2015) belegen, dass die von einem Jobcenter an eine Suchtberatungsstelle vermittelten Personen in Relation zur Gesamtheit der ambulant betreuten Alg II beziehenden Suchthilfeklienten und Suchthilfeklientinnen nur eine sehr kleine Minderheit darstellen (Henkel, Zemlin 2013). Sie machten im Jahr 2015 lediglich knapp 8 % aller 50.807 in der DSHS registrierten Alg II beziehenden und ambulant betreuten Klienten und Klientinnen mit einer Suchtdiagnose aus. Umgekehrt betrachtet sind in der DSHS rund 12-mal mehr Fälle dokumentiert, die die Suchtberatung ohne die Vermittlung durch ein Jobcenter in Anspruch nahmen. Bei diesen Daten muss man in Rechnung stellen, dass die DSHS die Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland nicht vollständig erreicht. Hochgerechnet auf der Basis der Erreichungsquote für den ambulanten Sektor des Jahres 2014 (s. Brand et al. 2015) ergeben sich insgesamt 72.581 Alg II beziehende Personen, die im Jahr 2015 Kontakt zu einer ambulanten Einrichtung der professionellen Suchthilfe hatten.

2.3.3 Unterschiede zwischen Klienten und Klientinnen mit und ohne Vermittlung durch Jobcenter

Ergebnisse aus der bundesweiten Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) und Daten aus der Hamburger Suchthilfestatistik (Martens et al. 2008) machen transparent, dass die Suchtkranken, die von einem Jobcenter über den § 16a SGB II an die Suchthilfe vermittelt werden, in vielerlei Hinsicht eine besondere Gruppe darstellen:

Schon die Befragung der Suchtberatungsstellen im Rahmen der im Jahr 2009 durchgeführten Studie von Henke et al. (2009) hatte ergeben, dass der Zugang zu Suchtberatungsangeboten durch das Instrument des § 16a SGB II für eine Gruppe deutlich geöffnet wurde, nämlich für Personen mit besonders schweren und chronifizierten Sucht- und Gesundheitsproblemen und wenig Behandlungserfahrung. Dies bestätigt die Hamburger Studie von Martens et al. (2008). Sie umfasst Daten aus den Einrichtungen der ambulanten Suchthilfe in Hamburg und weist zahlreiche Unterschiede zwischen den Klienten und Klientinnen ohne Jobcenter-Vermittlung und den durch Jobcenter vermittelten Alg-II-Klienten und -Klientinnen nach. Letztere sind wesentlich häufiger:

1. männlich,
2. allein lebend bzw. weniger sozial integriert,
3. ohne Schulabschluss,

4. in gesundheitlich erheblicher Weise eingeschränkt,
5. von prekären oder instabilen Wohnverhältnissen betroffen,
6. in problematischer Weise verschuldet,

sie waren häufiger

7. in suchtbelasteten Familien aufgewachsen,
8. in Heimen untergebracht,
9. im Laufe ihres Lebens körperlichen und psychischen Gewalterfahrungen ausgesetzt,
10. von erheblichen psychischen Problemen/Störungen (Komorbidität) betroffen

und haben

11. schwerere Suchtprobleme entwickelt,
12. in ihrer Biografie frühe erste Substanzprobleme gehabt,
13. haben aber viel seltener Suchtbehandlungsvorerfahrungen, was angesichts ihrer wesentlich höheren Problemdichte erstaunt und auf eine geringere Behandlungsmotivation bzw. Zugangshürden zu den medizinischen Versorgungssystemen schließen lässt,
14. was sich auch in der Tatsache zeigt, dass sie häufiger die aktuelle Suchtberatung unplanmäßig/vorzeitig abbrechen (61 % zu 47 % der Klienten und 58 % zu 45 % der Klientinnen²⁰).

Diese Unterschiede zeigten sich weitgehend durchgängig bei Männern und Frauen sowie den einzelnen Suchtmittelgruppen. Alles in allem erscheinen die von den Jobcentern Vermittelten als eine „hochbelastete Gruppe von suchtkranken Personen, die entsprechender Hilfe dringend bedürfen“ (Martens et al. 2008: 62). Darüber hinaus schließen die Autoren aus diesen Ergebnissen, dass es sich um Personen handelt, die ohne Zuweisung durch den § 16a SGB II keinen oder nur schwer Zugang zur Suchtberatung gefunden hätten bzw. die bisher durch das Suchthilfesystem nur ungenügend erreicht werden konnten. Den Jobcentern komme somit als vermittelnde Instanz eine bedeutsame Rolle zu, denn, so die Autoren, „sie verschaffen der Suchthilfe einen ersten Zugang zu den Hilfebedürftigen und ermöglichen so, diesen die dringend notwendige Hilfe zukommen zu lassen“ (ebd.).

2.3.4 Suchtdiagnostische Unterschiede

Eigene Berechnungen bundesweiter DSHS-Daten ergaben, dass sich die Gruppe der von einem Jobcenter vermittelten Alg II beziehenden Suchtkranken auch in suchtdiagnostischer Hinsicht stark selektiv zusammensetzt (Henkel, Zemlin 2013). In Tabelle 6 (Spalte 2 und 3) ist die suchtdiagnostische Verteilung (nach Substanztypen) aller ambulanten Klienten und Klientinnen des Jahres 2011 dargestellt, über die Angaben zu ihrem Lebensunterhalt vorliegen. Bei den Alg-II-Beziehenden (Spalte 4 und 5) ist zu sehen, dass deren suchtdiagnostische Verteilung derjenigen aller ambulanten Klienten und Klientinnen weitgehend entspricht (außer bei der Opiatgruppe). Vergleicht man aber die Gesamtheit der Alg-II-Beziehenden mit der Gruppe der Vermittelten (Spalte 6 und 7), so sind Differenzen erkennbar, die bei den ICD-10-F10- und -F11-Diagnosen (Al-

²⁰ Nach den Daten der DSHS im Jahr 2009 betrug die Abbruchquote in der Gesamtgruppe der Arbeitslosen (SGB II und SGB III) und bezogen auf alle Suchtdiagnosen rund 40 % und zum Vergleich bei den Erwerbstätigen rund 26% (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013).

kohol, Opioide) mit einer Größenordnung von jeweils rund 20 Prozentpunkten besonders augenfällig sind. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch die Studie von Martens et al. (2008). Offensichtlich fällt es den Fachkräften der Jobcenter leichter, Alkoholprobleme wahrzunehmen, und relativ schwer, Personen mit problematischem Opiatkonsum zu erkennen.

Tabelle 6: Verteilung der Suchtdiagnosen bei allen Klienten und Klientinnen, bei allen Alg-II-Beziehenden und allen von einem Jobcenter vermittelten Alg-II-Beziehenden in ambulanten Einrichtungen 2011

Suchtdiagnose	Alle Klient/inn/en aus 719 Einrichtungen		Alle Alg II beziehenden Klient/inn/en aus 719 Einrichtungen		Von Jobcenter vermittelte Alg II beziehende Klient/inn/en aus 728 Einrichtungen	
	N	In %	N	In %	N	In %
ICD 10 F10 Alkohol	76.003	50,3	24.565	46,3	3.559	66,3
ICD 10 F11 Opioide	24.734	16,2	14.503	27,3	389	7,2
ICD 10 F12 Cannabinoide	18.199	12,0	5.736	10,8	588	11,0
ICD 10 F13 Sedativa oder Hypnotika	1.191	0,8	346	0,7	19	0,4
ICD 10 F14 Kokain	3.163	2,1	1.115	2,1	21	0,4
ICD 10 F15 Stimulantien	5.715	3,8	2.264	4,2	189	3,5
ICD 10 F16 Halluzinogene	86	<0,1	29	<0,1	3	<0,1
ICD 10 F17 Tabak	1.486	1,0	188	0,4	38	0,7
ICD 10 F18 flüchtige Lösungsmittel	53	<0,1	18	<0,1	1	<0,1
ICD 10 F19 andere psych. Substanzen	739	0,5	313	0,6	26	0,5
ICD 10 F50 Essstörungen	1.291	0,9	182	0,3	37	0,7
ICD 10 F63 pathologisches Spielen	7.097	4,7	1.341	2,5	112	2,1
Polytoxikomanie	344	0,2	190	0,4	13	0,2
Riskanter Konsum	1.010	0,7	110	0,2	12	0,2
Sonstige/unbekannt	9.920	6,6	2.138	4,0	362	6,7
Gesamt	151.031	100	53.038	100	5.369	100

Anmerkung: Alg-II-Bezug in der Woche vor Betreuungsbeginn; Diagnosen: ICD 10 F10-19, 50, 63 sowie Polytoxikomanie, riskanter Konsum, sonstige/keine Angaben. Quelle: DSDS (2011). Tabellenbände Typ 2 bis 6 jeweils Tabelle 2.17 und 3.07. Verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de/download.html.

2.3.5 Arbeitslose in Suchtbehandlung

Unter den Klientinnen und Klienten der Suchthilfe ist der Anteil Arbeitsloser hoch. Von den Klienten und Klientinnen im Rechtskreis des SGB II oder III, die sich in Suchtberatung befanden, oder die eine ambulante oder stationäre Rehabilitation erhielten, waren nach Angaben der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS 2014, IFT 2015) im Jahr 2014 rund 40 % bzw. 52 % arbeitslos gemeldet, wobei der Anteil der SGB-II-Arbeitslosen an allen Arbeitslosen mit 85 % bzw. 77 % weit überwog. Auch zwischen den verschiedenen Substanzstörungen schwanken die SGB-II-Arbeitslosenquoten. So sind z.B. von allen ambulanten Klienten und Klientinnen mit einer Alko-

holproblematik jeweils rund 30 % Alg-II-Beziehende, und jeweils rund 60 % bei den Opiatklienten und -klientinnen.

3 Zentrale Befunde aus der Online-Erhebung

Der folgende Abschnitt fasst die wesentlichen Befunde aus der Online-Erhebung zusammen. Zunächst werden die aktuellen Rahmenbedingungen für die Integrationsarbeit in den Jobcentern genauer untersucht (3.1): Wie ist die Betreuung von Suchtkranken geregelt, welche speziellen Zuständigkeiten, Regeln und Vorgaben gibt es in den Jobcentern? Welche Vereinbarungen bestehen mit den Trägern der kommunalen Leistungen zur Suchtberatung? Abschnitt 3.2 betrachtet die Beratung und die konkrete Fallbearbeitung: Wie identifizieren Fachkräfte Suchtprobleme und weitere Vermittlungshemmnisse, und welche Schritte unternehmen sie bei der Bearbeitung? In welchen Fällen schalten sie die Suchtberatung ein? Wie die weitere Kooperation mit Suchtberatungsstellen im Fallverlauf organisiert ist, beschreibt Abschnitt 3.3. Vor den Hintergrund der oben (2.1.2) beschriebenen Veränderungen fragt Abschnitt 3.4 nach dem Einsatz der arbeitsmarktpolitischen Förderinstrumente für den Personenkreis der suchtkranken Leistungsberechtigten. Wegen der konkretisierten Fragestellung 2016 befassen sich die Abschnitte 3.5 und 3.6 ausführlich mit der Darstellung der unterschiedlichen Kooperationsstrukturen auf lokaler Ebene. Schließlich werden die Selbsteinschätzungen der Jobcenter dargestellt (3.7) und die wesentlichen Veränderungen im Längsschnittvergleich herausgearbeitet (3.8).

3.1 Rahmenbedingungen der Jobcenter für die Integrationsarbeit

3.1.1 Aufbauorganisation und Spezialisierungen

War in der Auswertung der Daten 2009 lediglich zwischen Jobcentern mit generalisiertem und solchen mit spezialisiertem Fallmanagementansatz unterschieden worden (30 % : 70 %), so zeigte sich 2016 insbesondere bei den gemeinsamen Einrichtungen, dass bestimmte Zielgruppen – Geflüchtete, Schwerbehinderte, Alleinerziehende, Ältere und andere – inzwischen sehr viel häufiger in spezialisierten Teams bzw. durch spezialisierte Fachkräfte betreut werden als seinerzeit. Da alle 325 Jobcenter Angaben machten, lassen sich Aufbauorganisation und Spezialisierungen relativ genau beschreiben.

Bei nur noch knapp einem Fünftel aller Jobcenter (18 %), unter denen sich aber 44 % aller zkt befanden, waren Fachkräfte ohne Differenzierung bzw. Spezialisierung für die Betreuung aller erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (eLb) im Jobcenter zuständig (Tabelle 7). Dagegen differenzierten 208 der 237 gemeinsamen Einrichtungen (ca. 88 % der gE), aber nur 28 der 88 Jobcenter in ausschließlich kommunaler Trägerschaft (32 %), zwischen Kundinnen und Kunden, die in der Arbeitsvermittlung betreut wurden, und besonderen und in der Regel schwerer vermittelbaren Kundengruppen, die eine spezialisierte Betreuung – z.B. im Fallmanagement – erhielten.

Über die Hälfte der Jobcenter gE (54 %) hatten die Betreuung langzeitarbeitsloser Kundinnen und Kunden mit mehreren Vermittlungshemmnissen organisatorisch von der „normalen“ Arbeitsvermittlung getrennt. Die gleiche Zielgruppe wurde dagegen nur von 18 % der zkt gesondert betreut. Aus den Freitextfeldern geht hervor, dass einige Jobcenter gE zudem je nach Arbeitsmarktnähe und Unterstützungsbedarf zwischen einem „*beschäftigungsorientierten*“ Fallmanagement und anderen Formen des Fallmanagements unterschieden („*sozialorientiertes*“ FM, „*unterstützendes*“ FM, „*FM Betreuung*“).

Tabelle 7: Aufbauorganisation nach Trägermodell 2016: Zuständigkeit in den Jobcentern für Beratung, Betreuung und Vermittlung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten (eLb) und Arbeitgeberbetreuung

Zuständigkeiten für Beratung, Betreuung und Vermittlung von eLb						
	gE		zkT		Gesamt	
	N	in %	N	in %	N	in %
Differenzierung nach Altersgruppen						
Unter 25-Jährige werden in eigenen Teams betreut.	195	82,3	67	76,1	262	80,6
Differenzierung nach Arbeitsvermittlung und Fallmanagement/Spezialisierungen						
Keine Differenzierung: Alle eLb werden entweder durch Arbeitsvermittler/innen oder durch Fallmanager/innen betreut.	20	8,4	39	44,3	59	18,2
Überwiegend Vermittlung: Nur eLb mit einem Marktprofil bzw. mit besonders guten Vermittlungsaussichten werden spezialisiert betreut.	3	1,3	9	10,2	12	3,7
Überwiegend Vermittlung: Bestimmte/Schwer vermittelbare Zielgruppen werden spezialisiert betreut.	208	87,8	28	31,8	236	72,6
<i>darunter: LzA mit mehreren Vermittlungshemmnissen</i>	127	53,6	16	18,2	143	44,0
<i>darunter: Geflüchtete</i>	159	67,1	24	27,3	183	56,3
<i>darunter: Reha-/SB-Fälle</i>	141	59,5	21	23,9	162	49,8
<i>darunter: Alleinerziehende</i>	102	43,0	15	17,0	117	36,0
<i>darunter: ältere eLb (ü50)</i>	70	29,5	9	10,2	79	24,3
<i>darunter: Überleitungsfälle in Rente oder ins SGB XII</i>	46	19,4	11	12,5	57	17,5
<i>darunter: Selbstständige</i>	22	9,3	5	5,7	27	8,3
<i>darunter: andere</i>	19	8,0	3	3,4	22	6,8
Andere Aufbauorganisation, keine nähere Erläuterung	6	2,5	12	13,6	18	5,5
Zuständigkeiten für die Arbeitgeberbetreuung						
Es gibt eine Arbeitgeberbetreuung / einen Arbeitgeber-Service ausschließlich für das Jobcenter.	22	9,3	65	73,9	87	26,8
Es gibt einen gemeinsamen Arbeitgeber-Service zusammen mit dem der Agentur für Arbeit (SGB III).	204	86,1	1	1,1	205	63,1
Arbeitgeberorientierte Fachkräfte sind in die (Vermittlungs-)Teams integriert.	5	2,1	8	9,1	13	4,0
Bewerberorientiert arbeitende Fachkräfte des Arbeitgeberteams / der Arbeitgeberbetreuung sind in die (Vermittlungs-)Teams integriert.	5	2,1	8	9,1	13	4,0
Ein Arbeitgeber-Service ist nicht vorhanden.	1	0,4	5	5,7	6	1,8
Keine Angabe zur Arbeitgeberbetreuung	0	0,0	1	1,1	1	0,3
Anzahl Jobcenter mit Angaben zur Aufbauorganisation	237	100	88	100	325	100

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Fragen A 2a und A 2b

Von den 236 Jobcentern mit Spezialisierungen wurden durchschnittlich je drei weitere Zielgruppen genannt, für die besondere interne Zuständigkeiten bestanden. Bei allen Zielgruppen überstieg der Anteil der Jobcenter gE den der zkT mit Spezialisierungen um das Zwei- bis Dreifache.

56 % aller Jobcenter betreuten Geflüchtete separat, genau die Hälfte hatten Teams oder spezialisierte Fachkräfte mit der Betreuung von Schwerbehinderten und Reha-Fällen beauftragt. Alleinerziehende wurden in 36 % der Jobcenter spezialisiert unterstützt. In knapp einem Viertel der Jobcenter (24 %) gab es Spezialistinnen und Spezialisten für die Betreuung älterer eLb ab 50 Jahren. 8 % der Jobcenter kümmerten sich spezialisiert um Personen, bei denen eine Überleitung in Berentung oder ein Rechtskreiswechsel ins SGB XII anstand, und eine weitere kleine Gruppe (7 %) hatte eigene Zuständigkeiten für Selbstständige geschaffen. Weitere Spezialisierungen, die auf eine gestiegene Sensibilität für unterschiedliche Bedarfe unterschiedlicher Zielgruppen hindeuten, wurden jeweils von einzelnen Jobcentern genannt: So gab es Spezialistinnen und Spezialisten für Minijobber/innen oder Bedarfsgemeinschaften mit geringen Leistungen, für Neufälle, für Migrantinnen und Migranten, für Hochschulabsolvent/innen, für Gründungswillige und für Ausbildungssuchende. Lediglich ein Jobcenter aber gab ausdrücklich an, Suchtkranke in einem hierauf spezialisierten Team zu betreuen.

Die geringsten Unterschiede zwischen gemeinsamen Einrichtungen und zugelassenen kommunalen Trägern gab es bei der Betreuung junger Erwachsener: Mehr als vier Fünftel aller Jobcenter (81 %), darunter 76 % der Jobcenter in kommunaler Trägerschaft und 82 % der gemeinsamen Einrichtungen, betreuten eLb unter 25 Jahren in eigenen Teams. In Erläuterungen wiesen weitere (kleinere) Jobcenter darauf hin, dass es zwar keine gesonderten Teams, aber spezialisierte Fachkräfte für die jungen Erwachsenen gebe. Bis auf wenige Ausnahmen konnten auch alle Jobcenter unterschiedliche Betreuungsrelationen für unter und für über 25-Jährige ausweisen (vgl. unten: 3.1.2). Nicht überall wurde aber die gleiche Altersgrenze gewählt: Einzelne Jobcenter orientierten sich eher an den für die Jugendhilfe geltenden Altersgruppen und hielten stattdessen Teams bzw. Fachkräfte für unter 27-Jährige vor. In einem Fall gab es ein Team für unter 30-Jährige.

Großen Einfluss hat die Trägerschaft des Jobcenters auf die Arbeitgeberbetreuung. Der sog. gemeinsame Arbeitgeber-Service (AG-S) von Jobcenter und Arbeitsagentur, der unter anderem den Vorteil eines unbeschränkten beidseitigen Zugangs zu Stellen- und Bewerberprofilen hat, ist nur für gemeinsame Einrichtungen vorgesehen. Die große Mehrheit, 86 % der befragten gE, kooperierte bei der Arbeitgeberbetreuung mit ihrer örtlichen Agentur, und nur ein kleiner Teil hatte die Ansprache von Arbeitgebern eigenständig organisiert. Dagegen verfügten 75 % der Jobcenter zKT über ein eigenes Arbeitgeberteam, und bei weiteren 18 % der zKT verstärkten arbeitgeber- oder bewerberorientiert arbeitende Fachkräfte der Arbeitgeberbetreuung die Fallmanagement- bzw. Vermittlungsteams. Bewerberorientiert arbeitende Fachkräfte sind zwar auf die Arbeitgeberansprache spezialisiert, orientieren sich aber vor allem am Bedarf der Bewerberinnen und Bewerber und versuchen, passgenaue Stellen für diese zu akquirieren (Bartelheimer et al. 2014).

3.1.2 Betreuungsrelationen

Die für das SGB II vorgesehenen Betreuungsschlüssel sind als Orientierungswerte in § 44c Absatz 3 SGB II normiert: Als „*Anteilsverhältnisse zwischen eingesetztem Personal und Leistungsberechtigten*“ gelten für die Betreuung der bis zu 25-Jährigen ein Schlüssel von 1 : 75 und für die Betreuung der über 25-Jährigen ein Schlüssel von 1 : 150.

Seit 2008 werden diese Betreuungsschlüssel für den Bereich „Markt und Integration“ der gemeinsamen Einrichtungen einheitlich ermittelt (BA 2013b): Die Zahl der Leistungsberechtigten wird in beiden Altersgruppen u25 und ü25 um die eLb bereinigt, die ein Einkommen über 800 € monatlich erzielen. In der Altersgruppe u25 werden 25 % der eLb mitberücksichtigt, für die gem.

§ 10 SGB II eine Arbeitsaufnahme derzeit nicht zumutbar ist. In die Ermittlung der zu berücksichtigenden Personalstellen werden alle im jeweiligen Bereich tätigen Fachkräfte, Assistenzkräfte, Anteile der Mitarbeitenden im Kundenportal sowie 50 % der Leitungskräfte einbezogen.

Die nachfolgend dargestellten Betreuungsschlüssel für 276 Jobcenter, deren Angaben auswertbar waren, wurden demgegenüber in vereinfachter und in vergleichbarer Weise zu den für 2009 errechneten Werten ermittelt. Jobcenter wurden gebeten, die Zahl aller eLb u25 und ü25 sowie der für ihre Beratung, Betreuung und Vermittlung zuständigen Fachkräfte zu nennen. In die Berechnung nicht einbezogen sind etwa Leitungskräfte und Fachkräfte aus der Eingangszone, berücksichtigt wurden Fachkräfte der Arbeitgeberbetreuung.

Tabelle 8: Betreuungsschlüssel bei unter 25-jährigen eLb 2009 und 2016

	2016		2009	
	u25		u25	
	1 zu ...	In %	1 zu ...	In %
Niedriger Betreuungsschlüssel (bis zu 1 : 75)	53	19,2	22	7,6
Mittlerer Betreuungsschlüssel (1 : 76 bis 1 : 150)	131	47,5	124	42,9
Hoher Betreuungsschlüssel (1 : 151 bis 1 : 225)	72	26,1	112	38,8
Sehr hoher Betreuungsschlüssel (über 1 : 225)	20	7,2	31	9,6
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	276	100,0	289	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen A 3a

Für die Betreuung junger Erwachsener stand 2016 offenbar mehr Personal zur Verfügung als 2009: Trotz der „ungünstigeren“ Berechnungsweise erfüllten inzwischen knapp 20 % der Jobcenter die gesetzlichen Orientierungswerte für die unter 25-Jährigen (2009 waren es lediglich 8 % gewesen). Die Zahl der Jobcenter mit hohen und sehr hohen Betreuungsschlüsseln war 2016 um 14 Prozentpunkte niedriger als 2009.

Tabelle 9: Betreuungsschlüssel bei über 25-jährigen eLb 2009 und 2016

	2016		2009	
	ü25		ü25	
	1 zu ...	In %	1 zu ...	In %
Niedriger Betreuungsschlüssel (bis zu 1 : 75)	0	0,0	20	7,0
Mittlerer Betreuungsschlüssel (1 : 76 bis 1 : 150)	98	35,5	96	33,4
Hoher Betreuungsschlüssel (1 : 151 bis 1 : 225)	138	50,0	134	46,7
Sehr hoher Betreuungsschlüssel (über 1 : 225)	40	14,5	37	12,9
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	276	100,0	287	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen A 3a

Fast 36 % der Jobcenter (Tabelle 9) erfüllten die Richtwerte für die über 25-Jährigen. 2009 waren es noch 40 % gewesen. Etwas erhöht hatte sich bei dieser Altersgruppe auch die Zahl der Jobcenter, die mit hohen oder sogar sehr hohen Betreuungsschlüsseln arbeiteten. Insgesamt hat sich die Betreuungsrelation bei den über 25-Jährigen damit verschlechtert.

Nach Bundesländern bzw. Regionen differenziert²¹ zeigt sich, dass der Online-Befragung zufolge insbesondere Sachsen-Anhalt und Thüringen vergleichsweise günstige Betreuungsschlüssel für beide Altersgruppen realisieren konnten. Besonders viele junge eLb betreuten die Integrationsfachkräfte in Hessen und Baden-Württemberg. Für die Altersgruppe der über 25-Jährigen waren die Relationen in Bayern und in Nordrhein-Westfalen am ungünstigsten.

Tabelle 10: Durchschnittliche Betreuungsrelationen in Jobcentern differenziert nach Arbeitsmarktregionen und Alter der eLb, offizielle Statistik 2016 und Online-Befragung 2016

	Betreuungsschlüssel gE 2016*		Betreuungsschlüssel nur für IFK in gE und zKT **	
	u25	ü25	u25	ü25
	1 zu ...	1 zu ...	1 zu ...	1 zu ...
Nord (Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Hamburg)	69	126	136	184
Niedersachsen-Bremen (Niedersachsen, Bremen)	74	133	130	174
Nordrhein-Westfalen	66	139	130	191
Hessen	77	131	159	183
Rheinland-Pfalz-Saarland (Rheinland-Pfalz, Saarland)	81	128	113	156
Baden-Württemberg	77	129	148	172
Bayern	64	125	137	192
Berlin-Brandenburg (Berlin, Brandenburg)	62	122	113	159
Sachsen-Anhalt-Thüringen (Sachsen-Anhalt, Thüringen)	58	121	95	158
Sachsen	58	130	97	178
Gesamt	70	129	126	177

Quellen: *Bt.-Drs. 18/10802, Vorabfassung v. 06.01.2017, enthalten sind Fachkräfte, Assistenzkräfte, Anteile der Mitarbeitenden im Kundenportal sowie 50 % der Leitungskräfte ** Befragung Jobcenter 2016, Frage A 3a (N = 268).

Differenziert nach dem Trägermodell erreichten die zugelassenen kommunalen Träger bei der Betreuung junger Erwachsener eine deutlich günstigere, bei der Betreuung der älteren eLb dagegen eine etwas ungünstigere Betreuungsrelation als die gemeinsamen Einrichtungen.

Tabelle 11: Durchschnittliche Betreuungsrelation nach Trägermodell der Jobcenter 2016

Trägermodell	1 IFK/eLb u25	1 IFK/eLb ü25
Gemeinsame Einrichtung (gE)	131	175
Zugelassener kommunaler Träger (zKT)	110	180

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage A 3a (N = 268).

²¹ Die Darstellung vergleicht die im Rahmen der Online-Erhebung ermittelten Betreuungsrelationen mit den offiziell berechneten Betreuungsrelationen der BA bzw. des BMAS lt. Bt.-Drs. 18/10802, die auch Assistenz- und Leitungskräfte mit berücksichtigt.

3.1.3 Organisationsentscheidungen zur Betreuung suchtkranker Leistungsberechtigter

Anders als etwa Alleinerziehende oder Geflüchtete stellten suchtkranke Menschen für die überwiegende Mehrheit der Jobcenter der Auswertung zufolge keine Zielgruppe für eine spezialisierte Betreuung dar. Obwohl der Anteil der Jobcenter, die Suchtkranke zumindest „grundsätzlich“ ins Fallmanagement zuweisen, seit 2009 leicht gestiegen ist, erreichte er für die Gruppe der unter 25-Jährigen nur etwa 20 % und blieb für die über 25-Jährigen noch unter diesem Wert.

Tabelle 12: Zuweisung von Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen zum Fallmanagement 2009 und 2016

	2016 u25		2016 ü25		2009	
	N	In %	N	In %	N	In %
Grundsätzliche Zuweisung ins Fallmanagement	65	20,1	60	18,6	34	15,3
Keine grundsätzliche Zuweisung ins Fallmanagement	156	48,3	160	49,5	100	45,0
Zuweisung ins Fallmanagement nur in besonderen Fällen	102	31,6	103	31,9	88	39,6
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	323	100,0	323	100,0	222	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen B 1a und B 1b.

Zudem gehörten zu den insgesamt 65 Jobcentern (28 gE und 37 zKT), die angaben, u25-Jährige grundsätzlich im Fallmanagement zu betreuen, auch 17 der zKT, bei denen das Fallmanagement keine besonders intensive Betreuungsform darstellt, weil regelhaft alle Kundinnen und Kunden im Fallmanagement betreut wurden.

Ein leicht gesunkener Teil der Jobcenter (2016: 32 %) machte die Zuweisung ins Fallmanagement sowohl für die Altersgruppe der unter wie für die der über 25-Jährigen jeweils von den gleichen Bedingungen abhängig. Für 65 Jobcenter kam eine Betreuung Suchtkranker im Fallmanagement nur in Frage, wenn neben der Suchterkrankung (mehrere) weitere Vermittlungshemmnisse vorlagen und wenn mit den Suchtkranken mit Aussicht auf eine Verbesserung ihrer Integrationschancen gearbeitet werden konnte. 25 Jobcenter (2009: N = 8, vgl. Henke et al. 2009: 17) machten „Motivation“ und „Veränderungsbereitschaft“ zur Bedingung und wiesen nur ins Fallmanagement zu, wenn dies auch von den Leistungsberechtigten gewünscht wurde.

Nur für eine kleine Gruppe der Jobcenter (N = 10) gab die Schwere einer Erkrankung den Ausschlag für eine Zuweisung ins Fallmanagement. Weitere Jobcenter entschieden einzelfallbezogen. In einer gemeinsamen Einrichtung bestanden Übereinkünfte innerhalb des Suchthilfesystems, dass Suchtkranke, die aus einer Therapie- oder Adaptionseinrichtung entlassen wurden, die in sog. „Clean-WGs“ betreut oder aus einer Klinik gemeldet wurden, ins Fallmanagement überführt wurden. Und in einem weiteren Jobcenter gab es zwar keine spezialisierten Fachkräfte für die Betreuung suchtkranker Kundinnen und Kunden, „es gibt aber in jedem Team Arbeitsvermittler mit der Zuständigkeit Sucht, um bei Fragen die weiteren Mitarbeiter im Team vertieft unterstützen zu können.“ (Freitextfeld)

Spezialisierte Zuständigkeiten

Nicht auf den Einzelfall bezogene spezialisierte Zuständigkeiten für das Thema Sucht gab es 2016 in knapp 75 % aller Jobcenter – wesentlich häufiger als 2009. Nur noch 25 % der Jobcenter gaben an, es gebe keine spezifisch suchtbezogenen Zuständigkeiten. 2009 war das noch doppelt so oft der Fall gewesen. Insbesondere hatten über 40 % der Jobcenter Zuständigkeiten für einzelfallübergreifende fachliche Fragen festgelegt, und fast zwei Drittel (65 %) hatten die Zuständigkeit für die Gestaltung von Kooperations- und Schnittstellenaufgaben geregelt.

Tabelle 13: Zuständigkeiten im Jobcenter für das Thema Sucht 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Einzelfallübergreifende Fragen zum Thema Sucht	131	40,6	80	25,5
Planung von suchtspezifischen Maßnahmeangeboten	96	29,7	93	29,2
Begleitung von suchtspezifischen Maßnahmeangeboten	58	18,0	73	23,0
Für die Gestaltung der Kooperation	210	65,0		
<i>mit dem lokalen Gesundheitssystem</i>	178	55,1		
<i>mit der medizinischen Suchtrehabilitation</i>	81	25,1		
<i>mit der Reha-Abteilung der Arbeitsagentur</i>	157	48,6		
Für Sonstiges	28	8,7	32	10,1
Es gibt keine spezifischen Zuständigkeiten	81	25,1	160	50,3
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	323		318	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Frage B 3.

Weitere Vergleiche ergaben, dass es in Regionen mit schlechter Arbeitsmarktlage häufiger geregelte Zuständigkeiten gab als in Regionen mit mittlerer und guter Arbeitsmarktlage. So unterschieden sich etwa die Regelungen zur Gestaltung der Kooperation mit Schnittstellenpartnerinnen und -partnern (gute/mittlere Arbeitsmarktlage: 61 %, schlechte Arbeitsmarktlage: 73 %). Deutliche Ost-West-Unterschiede zeigten sich beim Umgang mit Maßnahmen: 32 % der Jobcenter in Ostdeutschland, aber nur knapp 14 % der Jobcenter in Westdeutschland hatten Zuständigkeiten für die Begleitung von Integrationsangeboten für Suchtkranke festgelegt. Deutlich mehr zKT (41 %) als gE (26 %) hatten wiederum Zuständigkeiten für die Konzipierung solcher Maßnahmen eingerichtet (alle Angaben vgl. Tabelle 98 im Anhang).

3.1.4 Suchtbezogene Qualifizierung der Fachkräfte

Die bisherige Auswertung zeigt, dass etwa die Hälfte der befragten Jobcenter die Bedarfe suchtkranker Leistungsberechtigter ohne Spezialisierung im Regelbetrieb der Arbeitsvermittlung zu decken versucht. Suchtspezifische Qualifikationen benötigen daher nicht allein die Fachkräfte im Fallmanagement, sondern auch Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler sowie die Fachkräfte in spezialisierten Teams für andere Zielgruppen. Entsprechende Qualifikationen zu vermitteln, ist Aufgabe suchtspezifischer Schulungen.

Hatten 2009 erst 60 % der Jobcenter Fachkräfteschulungen zu suchtspezifischen Inhalten durchgeführt, so waren es 2016 bereits 77 % der Jobcenter, darunter 74 % der gemeinsamen Einrich-

tungen und sogar 83 % der zugelassenen kommunalen Träger (Tabelle 14). Deutlich, und zwar um 22 Prozent, erhöhte sich zwischen 2009 und 2016 der Anteil der Jobcenter, die diese bisherigen Schulungen für „völlig“ oder „eher ausreichend“ hielten: Knapp die Hälfte aller Jobcenter vertrat 2016 diese positive Einschätzung. Halbiert hatte sich dagegen der Anteil der Jobcenter, die die Schulungen als „eher nicht“ bzw. als „nicht ausreichend“ beurteilten.

Tabelle 14: Einschätzung, ob bisherige suchtspezifische Schulungen ausreichend waren 2009 und 2016

Schulungen waren ...	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Völlig ausreichend	11	4,5	8	4,2
Eher ausreichend	108	44,6	43	22,6
Teils/teils	82	33,9	75	39,5
Eher nicht ausreichend	32	13,2	37	19,5
Nicht ausreichend	9	3,7	27	14,2
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	242	100,0	190	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen J 10e (N = 190) und J 11b (N = 242 - Grundsicherungsstellen, die bereits suchtspezifische Schulungen durchgeführt hatten).

Trotz der relativ positiven Einschätzung sahen viele Jobcenter aber offenbar noch „Luft nach oben“, was den Ertrag der Schulungen anging. Zwar stieg gegenüber der Befragung 2009 der Anteil der Jobcenter, die ihre Fachkräfte für ausreichend geschult hielten, von ca. 5 auf fast 15 %. Und auch die Zahl der Jobcenter, die ihre Fachkräfte ohne suchtspezifische Schulungen für qualifiziert genug hielten, lag ca. 4 % höher als 2009. 62 % der Jobcenter (2009: 55 %) sahen aber weiteren Schulungsbedarf auch bei den Fachkräften, die bereits geschult worden waren.

Tabelle 15: Einschätzung zum Schulungsbedarf der Fachkräfte im Jobcenter 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Die Fachkräfte sind auch ohne suchtspezifische Schulung qualifiziert genug, um Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen angemessen beraten und vermitteln zu können.	45	14,2	33	10,4
Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten noch nicht geschult, allerdings sehen wir diesbezüglich Schulungsbedarf.	29	9,2	93	29,4
Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten bereits geschult, es besteht aber noch weiterer Schulungsbedarf.	196	62,0	173	54,7
Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten bereits ausreichend geschult.	46	14,6	17	5,4
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	316	100,0	316	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen J 10 und J 9.

Dies galt auch für Jobcenter, die erst vor einiger Zeit die Beratungskonzeption für das SGB II (Be-Ko SGB II) eingeführt hatten. Insgesamt waren das 210 gemeinsame Einrichtungen (Tabelle 99 im

Anhang), hinzu kam ein Jobcenter zKT, das erst im Jahr 2012 für die alleinige Aufgabenwahrnehmung durch die Kommune optiert hatte. 6 gE und 13 zKT arbeiteten nach einem anderen Beratungskonzept als BeKo – ausweislich der Freitextfelder waren dies u.a. ressourcen- oder sozialraumorientierte Beratungs- und Vermittlungsansätze. Mehrere Jobcenter ließen Fachkräfte auch extern, z.B. zu zertifizierten Fallmanager/innen (Deutsche Gesellschaft für Care- und Casemanagement, DGCC) schulen. Die übrigen 86 Jobcenter (27 %) arbeiteten ohne Beratungskonzept.

Integrationsfachkräfte der Jobcenter, die BeKo eingeführt hatten, waren in diesem Zusammenhang elf Tage lang intensiv zu Beratungsthemen geschult worden. Suchterkrankungen standen zwar nicht im Mittelpunkt der BeKo-Trainings, doch spielte der Umgang mit „schwierigen“ Kundengruppen eine wichtige Rolle in Gesprächsübungen und den Reflexionen der Beratungsarbeit (SOFI et al. 2013: 89 ff.).

Unter den Jobcentern, die weiteren Schulungsbedarf sahen (Tabelle 16), war der Anteil der gemeinsamen Einrichtungen geringer als der der zugelassenen kommunalen Träger (60 gegenüber 69 %), was für eine Verbesserung der suchtspezifischen Beratungskompetenz durch BeKo sprechen könnte. Allerdings werteten über ein Viertel aller Jobcenter, die BeKo bereits eingeführt hatten (27 %), die BeKo-Qualifizierung nicht als „suchtspezifische Schulung“. Möglicherweise hatten die BeKo-Schulungen aber auch Schulungsinteressen und -bedarfe aufgedeckt: Denn 80 der 211 Jobcenter, die die Beratungskonzeption eingeführt hatten und die zudem der Ansicht waren, dies habe die suchtspezifische Beratungskompetenz der Fachkräfte erhöht, kamen zur Einschätzung, es bestehe weiterer Schulungsbedarf zu Suchtfragen.

Tabelle 16: Schulungsbedarf bei Fachkräften, die Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen beraten bzw. vermitteln, nach Beratungskonzeption 2016

	Jobcenter mit BeKo		Jobcenter mit BeKo: Kompetenz erhöht		Jobcenter mit BeKo: Kompetenz nicht erhöht		JC o. A.
	N	In %	N	In %	N	In %	
Die Fachkräfte sind auch ohne suchtspezifische Schulung qualifiziert genug, um Leistungsberechtigte angemessen beraten und vermitteln zu können.	34	16,1	19	14,1	14	19,2	1
Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten noch nicht geschult, allerdings sehen wir diesbezüglich Schulungsbedarf.	22	10,4	13	9,6	9	12,3	
Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten bereits geschult, es besteht aber noch weiterer Schulungsbedarf.	125	59,2	80	59,3	44	60,3	1
Die Fachkräfte wurden zu suchtspezifischen Inhalten bereits ausreichend geschult.	30	14,2	23	17,0	6	8,2	1
Gesamtzahl der antwortenden JC	211	100,0	135	100,0	73	100,0	3

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage J 9 nach J 10, J 10a.

Kooperationen bei der Durchführung von Schulungen

Auch 2016 waren es überwiegend die kooperierenden Suchtberatungsstellen, die Schulungen zu suchtspezifischen Fragen durchgeführt hatten (2016: 64 %, 2009: 80 %; vgl. Tabelle 17). In die Schulungen waren etwas häufiger andere Suchtexpertinnen und -experten, z.B. aus Kliniken oder Suchtfachverbänden, einbezogen als 2009. Seltener hatten dagegen der Ärztliche Dienst der Arbeitsagentur oder der Berufspsychologische Service Schulungsaufgaben übernommen. Es könnte mit der BeKo-Einführung zu tun haben, dass sich der Anteil der Jobcenter, die auf bereits geschulte eigene Fachkräfte zurückgriffen, von 11 % auf 25 % mehr als verdoppelte. Denn bei der BeKo-Implementation war nach einem Train-the-Trainer-Modell verfahren worden: BeKo-Expertinnen und -Experten aus den Regionaldirektionen bzw. der Führungsakademie der BA hatten Integrationsfachkräfte geschult, die ihr Wissen anschließend an die Kolleginnen und Kollegen ihres Jobcenters weitergaben (SOFI et al. 2013). Trainerinnen und Trainer der Regionaldirektion oder der Führungsakademie selbst waren in 12 % der Jobcenter an suchtspezifischen Schulungen beteiligt.

Tabelle 17: Wer hat Schulungen zu suchtspezifischen Fragen durchgeführt? Antworten 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Trainer/innen der Regionaldirektion oder der Führungsakademie der BA	28	11,6		
Der Ärztliche Dienst bzw. der Berufspsychologische Service der BA	31	12,8	53	27,9
Die mit dem Jobcenter kooperierende/n Suchtberatungsstelle/n	155	64,0	153	80,5
Andere externe Suchtexperten/Suchtexpertinnen (z.B. einer Suchtklinik, eines Suchtfachverbands)	108	44,6	76	40,0
Bereits geschulte Fachkräfte des Jobcenters	61	25,2	21	11,1
Sonstige	38	15,7	30	15,8
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	242		190	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen J 10b und J 11.

Gegenüber 2009 verschoben sich die Themenschwerpunkte der Schulungen nur geringfügig. Nach wie vor legte ein Großteil der Jobcenter Wert darauf, den Fachkräften zu vermitteln, wie sich Suchtprobleme in der praktischen Arbeit erkennen lassen und auf welche Weise Kundinnen und Kunden darauf angesprochen werden können. Auch der grundsätzliche Überblick zu einzelnen Substanzen und ihren Wirkungen spielte eine wichtige Rolle in Schulungen.

Auffällig mehr Jobcenter als 2009 machten Gesprächsführungstechniken zum Gegenstand ihrer Schulungen: 62 % der Jobcenter (gegenüber 41 % 2009) schulten zu „Motivierender Gesprächsführung“ und 52 % zu Deeskalationsstrategien (2009: 40 %). Weil auch Informationen zu den Inhalten der medizinischen Rehabilitation in mehr Jobcenter-Schulungen eine Rolle spielten als 2009, kann vorsichtig auf eine strategische Schwerpunktsetzung mit dem Ziel geschlossen werden, suchtkranke Menschen vor allem zur Inanspruchnahme einer Therapie zu motivieren. Weniger Jobcenter schulten dagegen zu nicht-institutionellen Netzwerken oder zu den Rückfallrisiken nach einer abgeschlossenen Behandlung.

Tabelle 18: Themen der suchtspezifischen Schulungen 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Erkennen von Suchtproblemen in der praktischen Arbeit mit Kund/inn/en	218	90,1	181	95,8
Ansprechen von Kunden/Kundinnen auf ihre Suchtproblematik	198	81,8	156	82,5
Überblick über legale und illegale Drogen: Wirkweise und Risiken	170	70,2	144	76,2
Bedeutung der sozialen Netzwerke für die Überwindung von Suchtproblemen	113	46,7	103	54,5
Rückfallrisiken für Arbeitslose nach der Suchtbehandlung	90	37,2	95	50,3
Ziele und Methoden der Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung)	124	51,2	80	42,3
Methode der „motivierenden Gesprächsführung“	149	61,6	78	41,3
Überblick über spezifische Behandlungsangebote für suchtkranke Arbeitslose	101	41,7	77	40,7
Deeskalationsstrategien im Beratungsprozess	126	52,1	76	40,2
Suchtdiagnostische Tests	33	13,6	15	7,9
Erarbeitung von Integrationsstrategien mit erwerbslosen Suchtkranken	71	29,3		
Gesamtzahl der antwortenden JC / GSS	242		190	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen J 10d und J_11a; N = 190 und N = 242 (Grundsicherungsstellen/Jobcenter, die bereits suchtspezifische Schulungen durchgeführt hatten).

Offenbar vertrauten die befragten Jobcenter für die Kompetenzentwicklung ihrer Fachkräfte stärker auf Schulungen als auf Gelegenheiten zur regelmäßigen Reflexion der Beratungstätigkeit im Alltag. Hatten 2009 noch durchschnittlich 44 % der Fachkräfte, die mit Suchtkranken arbeiteten, mindestens einmal Supervision erhalten, so waren es 2016 nur noch 33 %. Und der Anteil der Fachkräfte, die nach Angaben der Jobcenter mindestens einmal kollegiale Beratung nutzen konnten, ging von 63 % auf 45 % zurück.

Tabelle 19: Anteil der suchtkranke Kund/inn/en betreuenden Fachkräfte, die mindestens einmal Supervision bzw. kollegiale Beratung erhielten, 2009 und 2016

Anteil der Fachkräfte	Supervision				Kollegiale Beratung			
	2016		2009		2016		2009	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
1 – 20 %	116	47,5	36	40,4	63	23,5	22	20,6
21 – 40 %	36	14,8	7	7,9	27	10,1	13	12,1
41 – 60 %	23	9,4	11	12,4	47	17,5	13	15,9
61 – 80 %	18	7,4	12	13,5	31	11,6	15	14,0
81 – 100 %	51	20,9	23	25,8	100	37,3	38	35,5
Gesamt	116	47,5	89	100,0	268	100,0	107	100
Mittelwert	33,4		43,8		45,1		62,6	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen J 11a und J 12.

3.1.5 Regelungen, Vorgaben und Arbeitshilfen

Ebenso viele Jobcenter wie 2009 machten den Integrationsfachkräften Vorgaben für den Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen und die Beratung von suchtkranken Leistungsberechtigten. Eine deutliche Minderheit, nämlich nur etwa ein Fünftel der Jobcenter, gab an, über entsprechende Vorgaben oder Arbeitshilfen zu verfügen (vgl. Tabelle 100 im Anhang).

Unter den Jobcentern mit Vorgaben (N = 68) überwog der Anteil der Jobcenter im städtischen Raum, während in ländlichen Regionen etwas weniger Jobcenter mit Vorgaben arbeiteten. Im Vergleich zwischen GE und zKT überwog der Anteil der zKT mit Vorgaben und Konzepten (28 % zKT gegenüber nur 19 % gE).

Tabelle 20: Vorgaben und Regelungen oder Arbeitshilfen/Empfehlungen für den Umgang mit Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen nach Verdichtungsgrad und Trägermodell 2016

	Verdichtungsgrad nach SGB II Typ				Es handelt sich bei unserem Jobcenter um...			
	städtisch		ländlich		eine gE		einen zKT	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja	24	29,6	44	18,7	45	19,3	23	27,7
Nein	57	70,4	191	81,3	188	80,7	60	72,3
Gesamt	81	100,0	235	100,0	233	100,0	83	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage K 1 nach Verdichtungsgrad und A 1a.

Zu den Inhalten bestehender Vorgaben machten die Jobcenter gegenüber 2009 leicht veränderte Angaben, die u.a. auf insgesamt veränderte Geschäftsprozessvorgaben verweisen. Häufiger als 2009 sind der suchtspezifische Beratungsverlauf/die Beratung von suchtkranken Menschen geregelt, und deutlich häufiger gehören Profiling und Kundengruppendifferenzierung bzw. die Zuordnung zu Profillagen zu den Regelungsinhalten (Tabelle 21). Die kleinen Fallzahlen sind kaum interpretierbar, vermutlich aber machen sich in den Antworten der Jobcenter auch Effekte der Einführung des 4PM bemerkbar.

Wenn weniger Jobcenter als 2009 angaben, die Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe über interne Vorgaben zu steuern (2016: 77 % gegenüber 2009: 92 %), so kann dies auch bedeuten, dass diese Kooperationen inzwischen auf institutioneller Ebene durch grundsätzliche Vereinbarungen geregelt wurden (vgl. unten: 3.3.1). Seltener als 2009 gab es Vorgaben zur ärztlichen Begutachtung, häufiger zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit. Überwiegend dürften auch diese Sachverhalte aufgrund der eindeutigeren gesetzlichen Vorgaben (vgl. z.B. oben: 2.1.4) eigenständig und nicht in gesonderten Handlungsanweisungen für die Beratung von Suchtkranken geregelt sein (z.B. BA 2016a zur Feststellung von Erwerbsfähigkeit).

Tabelle 21: Inhalt der Vorgaben oder Empfehlungen 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Kooperation mit Einrichtungen der Suchthilfe	52	76,5	57	91,9
Suchtspezifischer Beratungsverlauf (2009) Beratung von Suchtkranken (2016)	43	63,2	29	46,8
Die ärztliche Begutachtung	23	33,8	26	41,9
Definition, was unter Suchtproblemen verstanden wird	20	29,4	23	37,1
Die (Feststellung) der Erwerbsfähigkeit	29	42,6	20	32,3
Zuweisung von Kund/inn/en zu einem bestimmten Geschäftsbereich oder Team	13	19,1	16	25,8
Umgang mit Sanktionen	10	14,7	16	25,8
Suchtspezifisches Profiling (2009) Standortbestimmung und Profiling von Suchtkranken (2016)	18	26,5	10	16,1
Umgang mit Fördermaßnahmen	7	10,3	9	14,5
Kundengruppendifferenzierung (2009) Zuordnung zu Profillagen (2016)	16	23,5	5	8,1
Sonstiges	8	11,8	8	12,9
Gesamtzahl der antwortenden JC / GSS	68		62	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen K 1c.

3.1.6 Verträge und Vereinbarungen mit Trägern der Suchtberatung

Es gilt als Zeichen guter Praxis, wenn die Jobcenter ihre Kooperation mit der Suchthilfe klar und verbindlich regeln und sich z.B. darin abstimmen, wer welche Aufgaben mit welcher Verantwortlichkeit und Zielsetzung arbeitsteilig übernimmt. Auch die Suchtfachverbände halten eine genaue und verbindliche Vereinbarung für erstrebenswert (s. Anhang). Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Zusammenarbeit in 28 % der Jobcenter nicht geregelt war (Tabelle 22). Bei

18 % wurde sie nicht generell, sondern einzelfallbezogen geklärt. Bei gut einem Drittel war die Zusammenarbeit in Form einer Kooperationsvereinbarung oder eines Vertrags geregelt. Hier sind im Vergleich zu 2009 wesentliche Veränderungen eingetreten: Die Quote der Jobcenter, deren Kooperation mit der Suchtberatung nicht geregelt war, ist von 45 % auf 28 % deutlich gesunken.

Tabelle 22: Regelung der Kooperation zwischen Jobcentern und Einrichtungen der Suchthilfe 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Die Kooperation ist nicht geregelt.	87	27,6	140	44,9
Es gibt eine Kooperationsvereinbarung.	102	32,4	65	20,8
Es gibt einen Vertrag nach § 17 SGB II.	15	4,8	13	4,2
Einzelfallbezogene Kooperation	56	17,8		
In anderer Form geregelte Kooperation	40	12,7	98	31,4
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	315	100	312	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen I 5 und I 6.

Zu den „anderen Formen“ der Kooperation überwogen in den Freitextantworten (N = 40) Hinweise, dass die Zusammenarbeit mit der Suchtberatung nur in einer „formlosen Vereinbarung“ oder nur „mündlich“ geregelt, in „gemeinsamen Leitfäden“ oder in „Arbeitsprotollen von Teamsitzungen“ beschrieben war. In einem Jobcenter war eine schriftliche Kooperationsvereinbarung geplant (N = 1).

Darüber hinaus wurden folgende Kommentare (N = 15) zur Art der Kooperation übermittelt: Die Kooperation basiere auf einem „formulargestützten Verfahren“; eine Kooperationsvereinbarung sei entbehrlich, weil Jobcenter und Suchtberatungsstelle auch so „sehr gut“ kooperieren würden. Ein Jobcenter beklagte, die Suchtberatungsstelle habe eine Vereinbarung über eine „feste“ Kooperation abgelehnt. Und ein weiteres Jobcenter räumte selbstkritisch ein, dass die Kooperation nach „altem Gewohnheitsrecht“ vor Inkrafttreten des SGB II und „individueller Motivation“ erfolge.

Von den Jobcentern, die nähere Angaben zu den Inhalten der Kooperation mit der Suchtberatung machten, berichteten 62 %, dass in den Vereinbarungen einzelne Leistungen der Suchtberatungsstelle geregelt seien, und jeweils etwas mehr als die Hälfte gab an, dass die Aufgaben und Verantwortlichkeiten in der Fallbearbeitung und die Verfahren zum fachlichen Austausch festgelegt seien (Tabelle 23). Qualitätsvereinbarungen, Regelungen zur Finanzierung und zur Falldokumentation hatten dagegen nur 18 % bzw. jeweils rund ein Drittel der Jobcenter mit der Suchtberatung getroffen.

Tabelle 23: In Kooperationsvereinbarungen festgelegte Inhalte 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Art der Leistung der Suchtberatungsstelle	132	62,9	107	67,7
Regelungen zum Austausch von Informationen zur Fallsteuerung zwischen der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle	123	58,6	88	55,7
Festlegung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle	118	56,2	93	58,9
Verfahren zum fachlichen Austausch zwischen der Grundsicherungsstelle und der Suchtberatungsstelle (z.B. Fallkonferenzen)	114	54,3	77	48,7
Festlegungen von Dokumentationspflichten	71	33,8	70	44,3
Regelungen zur Finanzierung und Abrechnung	69	32,9	56	35,4
Qualitätsvereinbarungen (z.B. Qualifikation des eingesetzten Personals, Arbeitsbedingungen, Wartezeiten)	37	17,6	42	26,6
Verfahren bei Kündigung der Kooperationsvereinbarung	41	19,5	35	22,2
Umfang des eingesetzten Personals und weiterer Ressourcen	34	16,2	33	20,9
Verfahren zur Novellierung der Kooperationsvereinbarung	30	14,3	26	16,5
Sonstiges	24	11,4	20	12,7
Gesamtzahl der antwortenden JC / GSS	210		158	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen I 5a und I 6a.

In den Freitexten (N = 24) finden sich Hinweise zu weiteren Inhalten der Kooperation. Jedes fünfte Jobcenter ging hier einzelfallbezogen vor. Andere Jobcenter hatten mit der Suchtberatungsstelle vereinbart: regelmäßiger Austausch von Info-Materialien, jährlicher Informationsaustausch zu Kooperationsfragen, Rückmeldungen über die erfolgte Teilnahme der Leistungsberechtigten an der Suchtberatung, Fragen der Finanzierung der Suchtberatung, regelmäßige Kooperationsgespräche, Durchführung von suchtspezifischen Schulungen der Fachkräfte des Jobcenters durch die Suchtberatungsstelle. In einem Jobcenter fand einmal jährlich eine „große Dienstbesprechung“ mit der Suchtberatungsstelle statt, auf der Fragen der Kooperation detailliert besprochen und geklärt wurden.

In der Befragung von 2009 hatten rund 25 % der damaligen Grundsicherungsstellen mit der lokalen bzw. regionalen Suchtberatung eine Leistungsvereinbarung mit konkretem Leistungskatalog vertraglich abgeschlossen. Dieser Anteil war 2016 um fünf Prozentpunkte auf 30 % gestiegen (Tabelle 103 im Anhang).

In den Leistungskatalogen, die die Jobcenter mit den Suchtberatungsstellen vertraglich vereinbarten, hatten sich die Suchtberatungsstellen zur Weitergabe verschiedener Informationen an die Jobcenter verpflichtet. Die meisten Jobcenter (74 %, Tabelle 24) gaben an, dass die Suchtberatungsstellen Rückmeldungen über die Einhaltung von Terminen geben müssten. Am zweithäu-

figsten wurden Informationspflichten über die Beendigung der Suchtberatung vereinbart, gefolgt von z.B. Pflichten zur Unterrichtung über das Ergebnis der Beratung, geplante Hilfemaßnahmen und Ziele des Beratung. An der Rückmeldung zur Suchtdiagnose schienen nur wenige Jobcenter (12 %) interessiert gewesen zu sein; 2009 betrug dieser Anteil 24 % (Tabelle 24). Ansonsten hat es im Vergleich zu der Erhebung von 2009 nur wenige Ergebnisverschiebungen gegeben.

Tabelle 24: Zur Weitergabe welcher Informationen sind Suchtberatungsstellen den Jobcentern gegenüber vertraglich verpflichtet? 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Einhaltung von Terminen	72	74,2	63	79,7
Abschluss der Beratung	62	63,9	52	65,8
Ergebnis der Beratung	53	54,6	52	65,8
Geplante Hilfemaßnahmen	43	44,3	45	57,0
Ziele des Beratungsprozesses	42	43,3	34	43,0
Voraussichtliche Dauer der Beratung	33	34,0	29	36,7
Suchtdiagnose	12	12,4	19	24,1
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	97		79	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen G 8b und G 12a.

3.1.7 Ausstattung mit Suchtberatung

Gute Praxis kann sich dort nicht entfalten, wo keine bedarfsgerechten Suchtberatungsangebote bestehen. Rund 60 % der befragten Jobcenter urteilten, dass die Angebote in ihrem Einzugsgebiet „vollkommen oder weitgehend“ ausreichend seien, 11 % weniger als 2009 (Tabelle 25). Rund 30 % (darunter deutlich mehr gE als zKt) konnten das nicht beurteilen, und etwas mehr als jedes achte Jobcenter schätzte die Angebote als „nicht ausreichend“ ein. Die in den Freitextfeldern genannten Gründe waren vielfältig: Es gebe lange Wartezeiten, und weil keine gemeinsame Leistungsvereinbarung bestehe, sei die Zusammenarbeit mit der Suchtberatung erschwert. Es fehle aufsuchende Sozialarbeit („street work“) und es gebe keine bzw. zu wenige Angebote für Spielsüchtige, Substituierte und Arbeitslose mit Essstörungen. Der Bedarf an Suchtberatung sei gestiegen, besonders von Klienten und Klientinnen mit komplexeren Problemen wie Mehrfachabhängigkeit und Komorbiditätsstörungen. Darüber hinaus wurde am häufigsten darauf hingewiesen, dass Suchtberatungsstellen in ländlichen Gebieten entweder fehlen oder infolge schlechter Anbindung an den Öffentlichen Nahverkehr oder eingeschränkter Mobilität der Klienten und Klientinnen schwer erreichbar seien. Dem entspricht, dass 13 % Jobcenter in ländlichen Regionen, aber nur 8 % der Jobcenter in städtischen Regionen die Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung als nicht ausreichend beurteilten.

Tabelle 25: Einschätzung der Verfügbarkeit von Suchtberatungsangeboten vor Ort 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Die Angebote sind vollkommen oder doch weitgehend ausreichend.	188	58,9	220	69,6
Die Angebote sind nicht ausreichend.	38	11,9	45	14,2
Das können wir nicht beurteilen.	93	29,2	51	16,1
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	319	100,0	316	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen G 11 und G 15.

Tabelle 26: Einschätzung der Verfügbarkeit von Suchtberatungsangeboten vor Ort 2016 nach Verdichtungsgrad

	Städtische Region		Ländliche Region	
	N	In %	N	In %
Die Angebote sind vollkommen ausreichend oder weitgehend ausreichend.	52	61,2	136	58,1
Die Angebote sind nicht ausreichend.	7	8,2	31	13,2
Das können wir nicht beurteilen.	26	30,6	67	28,6
Gesamtzahl antwortende JC	85	100,0	234	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage G 15 nach Verdichtungsgrad

Knapp ein Viertel der befragten Jobcenter gab an, dass die lokalen bzw. regionalen Suchtberatungsstellen besondere Angebote für u25-Jährige vorhalten (Tabelle 27). Auch dabei zeigte sich, dass die Ausstattung mit Angeboten im ländlichen Raum kritischer beurteilt wurde als in den Städten: Nur 18 % der Jobcenter in ländlichen Gebieten wussten von besonderen Angeboten für junge Erwachsene, in städtisch geprägten Regionen waren es dagegen 35 %. Und umgekehrt kannten 43 % der ländlich gelegenen, aber nur 30 % der Jobcenter in Städten keine spezialisierten Angebote. Diejenigen, die von speziellen Angeboten wussten, nannten in den Freitextangaben insgesamt 71 Beispiele konkreter Maßnahmen und Projekte, die sich speziell an Jugendliche und junge Erwachsene richteten, darunter: Kurs „Rauchfrei“, Suchtberatung und/oder aufsuchende Sozialarbeit in der JVA, spezielle Aktions- bzw. Informationstage z.B. zu Cannabis und Crystal Meth, Information und Beratung zu „safer use“ bzw. „harm reduction“, Präventionsangebote (Projekte) in Schulen, eigene Beratungsstelle für Jugendliche finanziert aus Landesmitteln, Angebote für Kinder und Jugendliche mit suchtblasteten Eltern.²²

²² Ein Beispiel dafür ist das Projekt „Feuervogel“ <http://www.suchthilfe-aachen.de/feuervogel.php>, wo Kinder in altersgerechten Gruppen einmal wöchentlich mit Gleichgesinnten und Experten über das „Familiengeheimnis“ sprechen und Therapeuten mit den Eltern an ihrer Erziehungskompetenz arbeiten. Ein anderes Beispiel ist das Projekt FITKIDS, wo Kinder lernen, dass die Sucht eine Erkrankung der Eltern ist, die nicht durch sie, die Kinder verursacht wurde, und Unterstützung für Eltern geboten wird, die u. a. lernen, dass schlechtes Gewissen und Schuldgefühle eine schlechte Grundlage für eine gesunde Erziehung sind.

Tabelle 27: Verfügbarkeit besonderer Angebote der Suchtberatungsstelle(n) in der Region für Jugendliche bzw. junge Erwachsene u25 2016

	N	In %
Ja	72	22,6
Nein	126	39,6
Dies ist uns nicht bekannt.	120	37,7
Gesamtzahl antwortende JC	318	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage G 13.

3.2 Fallbearbeitung bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen

Hinsichtlich der Fallbearbeitung bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten interessierte vor allem: Wie und mit welchen Verfahrensweisen versuchen die Jobcenter, Suchtprobleme bei ihren Kundinnen und Kunden zu erkennen? Wie häufig treten nach Einschätzung der Jobcenter-Fachkräfte bei suchtkranken Alg-II-Beziehenden weitere Problemlagen (außer der Sucht) auf, die Vermittlungshemmnisse auf dem Arbeitsmarkt darstellen können? Welches Indikationsspektrum legen die Jobcenter 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 suchtgefährdeten und abhängigkeitskranken Leistungsberechtigten fest, wie gehen sie mit Sanktionen um, und mit welchen Verfahrensweisen reagieren sie im Fall der Verschuldung von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen?

3.2.1 Profiling und Erkennen von Suchtproblemen

Für eine erfolgreiche Betreuung suchtkranker und abhängigkeitsgefährdeter Leistungsberechtigter ist entscheidend, dass ein eventuell durch die Suchtproblematik bestehendes Vermittlungshemmnis im Beratungsprozess überhaupt erkannt wird. Nur dann kann die Suchtkrankheit auch Gegenstand der Fallbearbeitung werden, nur dann können die Fachkräfte zielgenaue unterstützende Maßnahmen zur Überwindung des suchtbedingten Vermittlungshemmnisses und zur Integration in Arbeit anbieten.

Ein Hinweis auf das Angebot einer Suchtberatung im Internetauftritt des Jobcenters ist ein nützliches Instrument, um über diese Unterstützungsleistung zu informieren und auf eine Inanspruchnahme durch die Leistungsberechtigten hinzuwirken. Die Jobcenter erweitern ihre Öffentlichkeitsarbeit, klären Alg-II-Beziehende über riskante Formen des Suchtmittelkonsums auf und informieren sie darüber, was Suchtberatung bedeutet, welche Angebote es vor Ort gibt und welche Rolle in diesem Kontext das Jobcenter spielt. Solche Informationen können die Eigenmotivation erhöhen und die Hemmschwelle gegenüber der Suchtberatung senken. Möglicherweise werden dadurch mehr suchtkranke Leistungsberechtigte erreicht. Doch nur etwas mehr als ein Viertel der befragten Jobcenter hatte einen Internetauftritt, der auf die Möglichkeit einer Suchtberatung, vermittelt über das Jobcenter, hinwies.

Tabelle 28: Hinweis auf Suchtberatung im Internetauftritt des Jobcenters nach Trägermodell 2016

	gE		zkT		Gesamt	
	N	In %	N	In %	N	In %
Ja	57	24,3	29	33,7	85	26,6
Nein	81	34,5	43	50,0	123	38,6
Unser Jobcenter hat keine eigene Internetpräsenz.	97	41,3	12	14,0	109	34,2
Gesamtzahl der antwortenden JC	235	100,0	86	100,0	319	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage G 1.

Der erste Prozessschritt in der Fallbearbeitung durch die fallzuständigen Integrationsfachkräfte ist in aller Regel das Erstgespräch. Frühestens hier gäbe es für sie die Möglichkeit zu klären, ob bei der Kundin bzw. dem Kunden eine Suchtproblematik besteht und ob und in welchem Maße sich diese für den Integrationsprozess als problematisch erweisen könnte. In der Erhebung wurden zum einen die Zeitpunkte bzw. Anlässe erfragt, zu denen die Jobcenter dem Vorliegen eines Suchtproblems üblicherweise nachgehen, und zum anderen die genutzten Möglichkeiten zur weiteren Abklärung bzw. Absicherung der suchtdiagnostischen Vermutung. Tabelle 29 zeigt, wie eine ggf. vorliegende Suchtproblematik durch die Fachkräfte der Jobcenter ermittelt werden soll. Die Angaben dürften sich auf vorliegende Fachkonzepte, Handlungsanweisungen oder Verabredungen in den Jobcentern beziehen, die sich in der Praxis entsprechend niederschlagen.

In 60 % der Jobcenter sollen im Erstgespräch regelmäßig gesundheitliche Probleme angesprochen werden, darunter auch mögliche Suchtprobleme. Am häufigsten wurde mit 86 % angegeben, dass nach einer Suchtproblematik dann gefragt werden soll, wenn es bei den arbeitslosen Leistungsberechtigten Auffälligkeiten bzw. Anhaltspunkte dafür gibt. In rund 71 % der Jobcenter sollten die Fachkräfte das Suchtproblem thematisieren, wenn der Kunde bzw. die Kundin dies selbst anspricht. Mehr als die Hälfte der Jobcenter (58 %) legte die Entscheidung, wann ein Suchtproblem angesprochen werden soll, ins Ermessen ihrer Fachkräfte.

Ein Ansprechen gesundheitlicher Probleme im Erstgespräch wurde 2009 vergleichsweise selten (24 %) angegeben.²³ Dass inzwischen mehrheitlich schon im Erstgespräch eine Abhängigkeit thematisiert werden kann, dürfte darauf zurückzuführen sein, dass in vielen Jobcentern Schulungen stattgefunden haben, bei denen ein Regelverfahren mit umfassender Bestandsaufnahme zu Beginn des Beratungsprozesses vermittelt wurde. Im Kontext einer sorgfältigen Situationsanalyse²⁴ können Suchtprobleme unaufdringlich und mit dem nötigen Respekt den Kundinnen und Kunden gegenüber ermittelt werden. Für eine solche Erklärung spricht, dass in Jobcentern, die angaben, dass ihre Fachkräfte zu suchtspezifischen Inhalten bereits ausreichend geschult seien (vgl. oben 3.1.4), der Anteil mit 70 % überdurchschnittlich hoch war, d.h., dass hier ein Suchtrisiko überwiegend bereits im Erstgespräch thematisiert werden kann. Demgegenüber war dies in Jobcentern ohne suchtspezifische Qualifizierung und mit weiterem Qualifizierungsbedarf der Fachkräfte unterdurchschnittlich häufig der Fall. Jobcenter, die ihre Fachkräfte auch ohne suchtspezifische Schulungen für qualifiziert genug hielten, gaben mit 69 % überdurchschnittlich häufig

²³ Die Ergebnisse 2009 und 2016 sind hier nicht direkt vergleichbar, da sich die Frageformulierung leicht verändert hat.

²⁴ Dies ist im 4PM vorgesehen und eine Standardsequenz in der Beratungskonzeption (BeKo).

an, es solle im Einzelfall entschieden werden, wann ein Suchtproblem thematisiert wird. „Sonstige“ Anlässe zur Thematisierung eines Suchtproblems waren Hinweise von externen Dritten wie z.B. den Maßnahmeträgern.

Tabelle 29: Ermittlung des Vorliegens einer Suchtproblematik bei erwerbsfähigen und anderen Leistungsberechtigten 2016 (Mehrfachnennungen)

	Arbeitslose eLb		Andere eLb	
	N	In %	N	In %
In jedem Erstgespräch im Bereich Beratung/Vermittlung sollen gesundheitliche Probleme, darunter mögliche Suchtprobleme, thematisiert werden.	193	59,9	181	56,6
Die Fachkräfte sollen nach einem Suchtproblem dann fragen, wenn es Auffälligkeiten bzw. Anhaltspunkte dafür gibt.	276	85,7	264	82,5
Die Fachkräfte sollen dann ein Suchtproblem thematisieren, wenn der/die Leistungsberechtigte es selbst anspricht.	229	71,1	224	70,0
Die Fachkräfte entscheiden im Einzelfall, wann sie Suchtprobleme thematisieren.	188	58,4	188	58,8
Sonstiges	9	2,8	8	2,5
Gesamtzahl der antwortenden JC	322		320	

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Fragen C 1a und C 1b.

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 Kundinnen und Kunden überprüfen zu lassen. Gab es Hinweise auf ein Suchtproblem, wurde dies in 91 % der Jobcenter in der Beratung offensiv thematisiert – in gemeinsamen Einrichtungen mit 92 % etwas häufiger als in Optionskommunen (85 %). In beiden Trägermodellen geschah dies bei arbeitslosen eLb nur geringfügig häufiger als bei anderen Leistungsberechtigten.

Zur Klärung der Diagnose bei arbeitslosen Leistungsberechtigten wurde in 82 % der Jobcenter der Ärztliche Dienst der BA bzw. das Gesundheitsamt der Kommune, in 32 % der Jobcenter der Berufspsychologische Service der BA und von 63 % der Jobcenter auch eine Suchtberatungsstelle eingeschaltet. Bei nicht-arbeitslosen eLb geschah dies seltener. Gemeinsame Einrichtungen nutzen diese Möglichkeiten deutlich häufiger als zKT (87 % zu 65 % und 41 % zu 8 %). In ostdeutschen Jobcentern wurde überdurchschnittlich häufig der Ärztliche Dienst der BA bzw. das Gesundheitsamt der Kommune herangezogen; städtische Jobcenter nutzen diese Möglichkeiten häufiger als Jobcenter im ländlichen Raum.

Tabelle 30: Genutzte Möglichkeiten, um festzustellen, ob bei einem bzw. einer arbeitslosen Leistungsberechtigten ein Suchtproblem vorhanden ist, nach Trägermodell 2016 (Mehrfachnennungen)

	gE		zkT		Gesamt	
	N	In %	N	In %	N	In %
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird dies in der Beratung offensiv thematisiert und nachgefragt.	218	92,4	75	85,2	293	90,4
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird zur Klärung der Diagnose der Ärztliche Dienst der BA/das Gesundheitsamt der Kommune eingeschaltet.	206	87,3	57	64,8	263	81,2
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird zur Klärung der Diagnose der Berufspsychologische Service der BA eingeschaltet.	96	40,7	7	8,0	103	31,8
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird zur Klärung der Diagnose eine Suchtberatungsstelle eingeschaltet.	145	61,4	58	65,9	203	62,7
Sonstiges	25	10,6	14	15,9	39	12,0
Gesamtzahl der antwortenden JC	236		88		324	

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage C 2a nach A 1a.

Im Vergleich zur Erstbefragung 2009 waren es deutlich mehr Jobcenter, die fachliche Stellen zur Klärung der Diagnose heranzogen, was sich durch die inzwischen veränderten Verfahren (vgl. oben: 2.1.4) ergeben haben dürfte. Bei der Nutzung des Ärztlichen Dienstes der BA bzw. des Gesundheitsamts der Kommune stieg der Anteil von 50 % 2009 auf 82 % 2016 und bei der Nutzung des Berufspsychologischen Services der BA von 12 % auf 32 %. Demgegenüber gab es in Bezug auf die Häufigkeit der Einschaltung von Suchtberatungsstellen, die durch die Verfahrensveränderungen nicht berührt wurden, keine Veränderung im Zeitverlauf: 2009 gaben 65 % der Grundversicherungsstellen, 2016 63 % der Jobcenter an, zur Klärung der Diagnose eine Suchtberatungsstelle einzuschalten.

Im Einzelfall gaben Jobcenter (Freitextfeld) an, dass bei Einverständnis der Leistungsberechtigten Drogenscreenings durchgeführt würden. Darüber hinaus wurden mitunter alternative Wege zur Klärung der Diagnose gegangen: Verweis an den Hausarzt, Einschaltung des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPDI), Zuweisung in eine spezifische Maßnahme zur Feststellung suchtbedingter Vermittlungshemmnisse bzw. zur Prüfung der Kontrollfähigkeit. Einige Jobcenter gaben an, dass sie die Suchtberatung nur zur Unterstützung bei der Bearbeitung von Suchtproblemen einschalteten, nicht aber zur Klärung der Diagnose.

3.2.2 Sucht ist nur ein Teil des Problems

Viele Jobcenter betreuen suchtkranke Leistungsberechtigte im Fallmanagement, wenn außer der Sucht mehrere weitere Probleme vorliegen, die Vermittlungshemmnisse darstellen können. Tabelle 31 zeigt, dass diese Fallkonstellation aus Sicht der Jobcenter der Regelfall war. In der Befragung wurde eine Liste mit 19 Problemen vorgegeben, die mit Sucht und/oder Arbeitslosigkeit oft

assoziiert sind. Die Fachkräfte wurden gebeten, nach ihrer Erfahrung einzuschätzen, wie häufig die einzelnen Probleme die Integration in Arbeit erschweren, getrennt für die u25- und ü25-Jährigen.

Tabelle 31: Weitere Probleme, die die Integration suchtkranker Leistungsbeziehender in Erwerbsarbeit erschweren, nach u25/ü25, 2016

	u25						ü25					
	Oft		Manchmal		Nie		Oft		Manchmal		Nie	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
Probleme bei Bildung/Qualifikation	261	81,8	58	18,2	0	0,0	214	67,1	106	33,2	0	0,0
Brüche in der Erwerbsbiografie	192	60,2	121	37,9	6	1,9	256	80,3	62	19,4	1	0,3
Fehlende (Ausbildungs-)Reife	234	73,4	84	26,3	1	0,3	62	19,4	219	68,7	38	11,9
Schwierigkeiten i. Umgang mit Behörden	151	47,3	166	52,0	2	0,6	112	35,1	205	64,3	3	0,9
Weigerung, Unterstützung anzunehmen	187	58,8	131	41,2	0	0,0	156	49,1	164	51,6	0	0,0
Ver-/Überschuldung	157	49,2	162	50,8	0	0,0	166	52,0	154	48,3	0	0,0
Unwirtschaftliches Verhalten	164	51,4	153	48,0	2	0,6	137	42,9	180	56,4	3	0,9
Wohnprobleme/Wohnungslosigkeit	104	32,7	212	66,7	2	0,6	97	30,5	218	68,6	5	1,6
Entzug der Fahrerlaubnis	81	25,4	224	70,2	14	4,4	162	50,8	158	49,5	0	0,0
Probleme in sozialen/fam. Beziehungen	228	71,5	90	28,2	1	0,3	191	59,9	129	40,4	0	0,0
Häusliche Gewalt	27	8,4	281	87,8	12	3,8	29	9,1	286	89,4	5	1,6
Strafrechtliche Probleme	150	46,9	169	52,8	1	0,3	75	23,4	243	75,9	2	0,6
Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen	225	70,3	93	29,1	2	0,6	155	48,4	164	51,3	1	0,3
Psychische Belastungen wie z.B. Ängste	172	53,8	148	46,3	0	0,0	191	59,7	129	40,3	1	0,3
Antriebslosigkeit	232	72,7	87	27,3	0	0,0	208	65,2	112	35,1	0	0,0
Fehlende Tagesstruktur	257	80,3	63	19,7	0	0,0	231	72,2	90	28,1	0	0,0
Gestörter Tag-Nacht-Rhythmus	182	57,1	130	40,8	7	2,2	128	40,1	183	57,4	7	2,2
Wartezeiten auf Therapie	114	35,6	193	60,3	13	4,1	126	39,4	181	56,6	13	4,1
And. gesundheitliche Beeinträchtigungen	88	27,5	230	71,9	2	0,6	167	52,2	152	47,5	1	0,3
Weitere Probleme	32	41,0	18	23,1	11	14,1	33	44,0	20	26,7	22	29,3

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage F 1.

Betrachtet man in Tabelle 31 die mit „oft“ angekreuzte Antwortkategorie, so waren es bei den u25-Jährigen vor allem Probleme im Bereich Bildung/Qualifikation, die knapp 81 % der Jobcenter als Probleme sahen, welche die Integration in eine Erwerbsarbeit erschweren. Mit rund 70 % und mehr Nennungen folgten: Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen, fehlende Tagesstruktur, Antriebslosigkeit, fehlende (Ausbildungs-)Reife und Probleme im Bereich sozialer/familiärer Beziehungen. Im mittleren Prozentbereich (40 % – 60 %) bewegen sich folgende Probleme: Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden, strafrechtliche Probleme, die wahrscheinlich oft im Zusammenhang mit dem Konsum bzw. Handel illegaler Drogen stehen, psychische Belastungen, gestör-

ter Tag-Nacht-Rhythmus und unwirtschaftliches Verhalten sowie Probleme im Bereich der Verschuldung bzw. Überschuldung, die bei Suchtkranken häufig im Zusammenhang mit den Kosten des Suchtmittelkonsums stehen (Pfeiffer-Gerschel et al. 2013), wodurch unter Umständen eine negative Wirkung auf die Erwerbsmotivation und die Integrationschancen ausgehen kann. 32 % der Jobcenter sahen in Wohnproblemen bzw. Wohnungslosigkeit, 27 % in gesundheitlichen Beeinträchtigungen, 25 % im Entzug der Fahrerlaubnis, 8 % in häuslicher Gewalt und 35 % in den Wartezeiten bis zum Beginn der (Sucht-)Therapie Hindernisse bei der Integration in Arbeit. Insgesamt ist davon auszugehen, dass bei u25-jährigen SGB-II-Leistungsbeziehenden mit Suchtproblemen häufig eine multiple Problemlage vorliegt.

Multiple Problemlagen als Regelfall zeigten sich auch bei den ü25-Jährigen (Tabelle 31). Allerdings gibt es in einigen Problemkategorien auffallende Abweichungen im Vergleich zur jüngeren Altersgruppe. Betrachtet man auch hier wiederum die „oft“-Antwortkategorie, so waren Brüche in der Erwerbsbiografie mit 79 % Spitzenreiter in der Problemliste der Erwachsenen, was sich im Wesentlichen aus ihrer im Vergleich zu den u25-Jährigen längeren Erwerbsbiografie erklären dürfte. Demgegenüber wurden Probleme im Bereich Bildung/Qualifikation, die zwar auch hier mit 66 % hoch gelistet sind, in Relation zu den Jugendlichen und jungen Erwachsenen seltener als Integrationshemmnisse genannt. Ebenso seltener wurden Probleme im Bereich sozialer/familiärer Beziehungen, gestörter Tag-Nacht-Rhythmus, Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen und Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden als Vermittlungshemmnisse gesehen. Besonders deutlich fielen die Differenzen zwischen den u25- und ü25-Jährigen bei drei Problemen aus: Bei den strafrechtlichen Problemen, wobei die Differenzen mit 23 % zu 46 % zu Ungunsten der Jüngeren ausfielen, was sich aus der stärkeren Verbreitung der illegalen Drogenproblematik in der u25-Altersgruppe erklären dürfte. Hingegen wurde der Entzug der Fahrerlaubnis viel häufiger bei den Erwachsenen als Vermittlungshemmnis gesehen (u25 zu ü25: 25 % zu 50 %) und ebenso die weiteren (außer der Sucht) gesundheitlichen Beeinträchtigungen (u25 zu ü25: 27 % zu 51 %). Darin schlägt sich wahrscheinlich ein Alterseffekt nieder. Sehr häufig, nämlich von über 70 % der Jobcenter, wurde auch bei den ü25-Jährigen die fehlende Tagesstruktur genannt, die für den Arbeitslosenalltag generell typisch ist und speziell bei arbeitslosen Suchtkranken hohe Rückfallrisiken impliziert (Henkel et al. 2008). Ähnlich hoch wie bei den u25-Jährigen fielen die Ergebnisse bei den ü25-Jährigen bei der Verschuldung/Überschuldung, dem unwirtschaftlichen Verhalten, bei psychischen Belastungen, Wohnproblemen/Wohnungslosigkeit, Wartezeiten in Bezug auf die Suchttherapie und bei der häuslichen Gewalt aus.

Bei den im Freitext von den Jobcentern genannten Problemen, die bei suchtkranken Leistungsberechtigten vorkommen und eine Integration in Arbeit erschweren können, handelte es sich zum einen um Wiederholungen der in Tabelle 31 aufgeführten Problemlagen und zum anderen um Spezifizierungen bzw. neue Probleme. Insgesamt gab es folgende Nennungen: fehlende Veränderungsbereitschaft/Krankheitseinsicht (N = 17), soziale Isolation, fehlendes Netzwerk oder Einsamkeit (N = 7), eingeschränkte Mobilität/Führerscheinentzug (N = 5), Sucht und Gewalt/Aggressivität/ Kriminalität (N = 5), psychische Probleme wie z.B. Komorbidität, Traumata, Konzentrations- und Gedächtnisschwächen (N = 5), Verwahrlosung/ungepflegte äußere Erscheinung (N = 3), Probleme im Bereich der Suchthilfe/Wartezeiten (N = 3), familiäre Probleme/Ko-Abhängigkeit (3), unrealistische Arbeitsmarkt- und Gehaltsvorstellungen (N = 2), unter Alkohol- oder Drogeneinfluss während der Beratung (1), Wohnungsverlust (N = 1) Schwangerschaft (N = 1).

3.2.3 Prüfung der Erwerbsfähigkeit

Als erwerbsfähig im Sinne des SGB II gilt, „wer nicht wegen Krankheit oder Behinderung auf absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein.“ (§ 8 Absatz 1 SGB II) Danach ist eine Person stets als erwerbsfähig anzusehen, wenn sie die Voraussetzungen einer vollen Erwerbsminderung nicht erfüllt (BA 2016a: 1). Dieser sehr weite Erwerbsfähigkeitsbegriff führt dazu, dass eine Suchterkrankung im Kontext des SGB II zwar unter Umständen als gravierendes Vermittlungshemmnis angesehen wird, eine Vermittlung auf dem Arbeitsmarkt aber trotz dieser Schwierigkeit verfolgt werden muss. Wenn die Fachkräfte der Jobcenter die Abhängigkeitskrankheit als sehr stark beeinträchtigend für die Vermittlung einschätzen, haben sie einerseits die Verpflichtung zu prüfen, ob ein Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben besteht. Andererseits gibt es die Möglichkeit, eine Überprüfung der Erwerbsfähigkeit einzuleiten, sodass für die betroffenen Leistungsberechtigten gegebenenfalls ein Systemwechsel in das SGB XII und/oder eine Berentung möglich wird.

Nur eine Minderheit der Jobcenter (5 %) ging davon aus, dass bei abhängigkeitskranken Kundinnen und Kunden Erwerbsunfähigkeit vermutet werden muss, sodass in allen Fällen eine Überprüfung sinnvoll ist (Tabelle 32). Der überwiegende Teil der Jobcenter überprüfte die Erwerbsfähigkeit nur in bestimmten Fällen (67 %) oder entschied einzelfallbezogen (28 %). Für die Überprüfung der Erwerbsfähigkeit in bestimmten Fällen sind in der Mehrheit der Fälle (Freitexte) Zweifel der Vermittlungsfachkraft an der Erwerbsfähigkeit der bzw. des eLb ausschlaggebend bzw. Indizien, die darauf hinweisen, dass eine Erwerbsfähigkeit – auch unabhängig von der Suchterkrankung – nicht gegeben sein könnte. Im Vergleich zu 2009 hat sich wenig verändert, allerdings wird eine routinemäßige Überprüfung der Erwerbsfähigkeit inzwischen seltener vorgenommen. Nur ein sehr kleiner Anteil der Jobcenter (5 %) gab an, dass sie zur Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen besondere Verfahren nutzen.

Tabelle 32: Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Die Entscheidung wird nur im Einzelfall getroffen.	90	28,0	93	29,7
In allen Fällen	17	5,3	30	9,6
Nur in bestimmten Fällen	215	66,8	190	60,7
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	322	100,0	313	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016 und Jobcenter, Frage D 1.

Wenn eine Überprüfung der Erwerbsfähigkeit vorgenommen wird, dann beauftragen die Jobcenter in ihrer Mehrheit (72 %) damit den Ärztlichen Dienst der BA, zu einem Drittel (34 %) das Gesundheitsamt des kommunalen Trägers und zu einem Fünftel andere Akteure. Hier gibt es deutliche Unterschiede zwischen gE und zKT: Bei den gemeinsamen Einrichtungen wird der Ärztliche Dienst der BA von 97 % der Jobcenter genannt (zKT 4 %), das Gesundheitsamt des kommunalen Trägers hingegen nur von 24 %, während die kommunalen Träger dies in 63 % der Fälle angaben. Auch schalteten zKT häufiger weitere Akteure ein (52 %) als gE (11 %). Sonstige Akteure, die zur Überprüfung der Erwerbsfähigkeit herangezogen werden, sind u.a.: Rentenversicherungsträger,

vertraglich gebundene Arbeitsmediziner, gutachterlich tätige Fachärzte, der eigene psychologische Dienst des Jobcenters, ein spezieller Fachdienst für wohnungslose Suchtkranke.

Tabelle 33: Wen beauftragen die Jobcenter mit der Begutachtung von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen, wenn deren Erwerbsfähigkeit in Frage steht? 2016 (Mehrfachnennungen)

	gE		zKT		Gesamt	
	N	In %	N	In %	N	In %
Den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit	119	97,0	3	3,5	232	72,0
Das Gesundheitsamt des kommunalen Trägers	57	24,2	54	62,8	111	34,5
Sonstige, und zwar:	26	11,0	45	25,3	71	22,0
Gesamtzahl antwortende JC	236		68		322	

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage D 2 nach A 1a.

Im Zeitverlauf zeigte sich eine deutliche Verschiebung bei den Antworten auf die Frage, ob weitere Dritte, d.h. Akteure außerhalb des Jobcenters, bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Personen mit Suchtproblemen herangezogen werden: 2009 bejahten dies mehr als drei Viertel der Grundsicherungsstellen, 2016 nur noch ein reichliches Drittel der Jobcenter. Dies lässt darauf schließen, dass sich inzwischen in größerem Umfang interne Strukturen etabliert haben, die diese Aufgaben übernehmen (können). Zusätzlich dürften sich hier auch die Strukturveränderungen in der Grundgesamtheit (mehr zKT als 2009) auswirken.

Tabelle 34: Einbeziehung weiterer Dritter bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Personen mit Suchtproblemen, 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Nein	208	64,6	76	23,8
Ja	114	35,4	243	76,2
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	322	100,0	319	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016 und Jobcenter, Fragen D 2 und D 3.

Sofern Dritte herangezogen werden, sind es überwiegend Ärzte, Fachkräfte der Suchtberatung und rechtliche Betreuer/innen (vgl.

Tabelle 104). In einem Fall wurde berichtet, dass der kommunale Träger die ärztlichen Gutachten der BA zur Feststellung von Erwerbsunfähigkeit i.d.R. nicht akzeptiere und deshalb zusätzlich eine ärztliche Begutachtung in eigener Zuständigkeit vornehme, „um das tatsächliche Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit aus kommunaler Sicht zu prüfen.“ Im Anschluss werden die Fälle bilateral abgestimmt.

In der Praxis ergibt die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit häufig, dass diese trotz Suchterkrankung weiterhin gegeben ist (vgl. unten: 4.1.4). Außerdem werden Anträge auf Berentung der Leistungsberechtigten, die nach Gutachten als nicht erwerbsfähig eingestuft worden sind, von der Deutschen Rentenversicherung nach einer erneuten eigenen Begutachtung nicht selten abgelehnt. In diesen Fällen verbleiben die Personen im SGB II, d. h. in der Zuständigkeit der Jobcenter. Mit diesen Leistungsberechtigten gingen die Jobcenter unterschiedlich um: Ein knappes Drittel (31 %) setzte die Betreuung durch Vermittlung und Fallmanagement mit dem Ziel der Integration in Arbeit fort. Ein weiteres Drittel (32 %) schränkte die Vermittlungsbemühungen angesichts geringer Erfolgsaussichten ein, d.h. die Leistungsberechtigten wurden nur noch in großen Abständen zu Beratungsgesprächen eingeladen. Hintergrund ist z.B., dass in diesen Fällen keine aussichtsreichen Handlungsoptionen zur Verfügung stehen, die Personalkapazitäten der Jobcenter begrenzt sind und die Verbleibdauer im Fallmanagement häufig nur für einen bestimmten Zeitraum (oft maximal zwei bis drei Jahre) vorgesehen ist. Dies war in städtischen Jobcentern (39 %) häufiger der Fall als in ländlichen (30 %) und wurde in zkt etwas häufiger praktiziert als in gE (36 % vs. 30 %). In anderen Jobcentern gibt es kein einheitliches Vorgehen.

Im Freitextfeld unter „Sonstiges“ wurde mehrfach eine Überleitung in das SGB XII bzw. an das Sozialamt bzw. den Grundsicherungsträger benannt, wenn die Ablehnung der DRV aufgrund mangelnder Anwartschaften erfolgte. Sofern die DRV zur Begründung der Ablehnung des Rentenantrags eine weiterbestehende Erwerbsfähigkeit anführte, wurde in den meisten Fällen das Hauptaugenmerk auf die Stabilisierung der eLb gelegt, und es wurden ggf. individuell angepasste Integrationsbemühungen vorgenommen. In mehreren Fällen wurde berichtet, dass der Kunde bzw. die Kundin dabei unterstützt werde, gegen die Entscheidung des Rentenversicherungsträgers Widerspruch einzulegen, bzw. dass weitere Gutachten in Auftrag gegeben werden. Ein Jobcenter schrieb z.B.: „Die Einschätzung des Rententrägers erfolgt oftmals nach Aktenlage, ist jedoch bindend! Durch gezielte Maßnahmeangebote in dem Bereich können Erkenntnisse über den Kunden gesammelt werden und dann erneut dem Rententräger dargestellt werden. Hier werden dann die Fachexperten der Leistungsabteilung hinzugezogen.“

Tabelle 35: Konsequenzen bei Einschätzung, dass ein Leistungsberechtigter bzw. eine Leistungsberechtigte nicht erwerbsfähig ist, sein/ihr Antrag auf Berentung aber von der Deutschen Rentenversicherung abgelehnt wird, 2016

	N	In %
Die Person wird weiter durch die Arbeitsvermittlung oder ein Fallmanagement betreut und mit Vermittlungs- und Maßnahmeangeboten dabei unterstützt, Arbeit zu finden.	100	31,2
Die Person erhält weiter Leistungen durch das Jobcenter, Vermittlungsbemühungen werden jedoch eingeschränkt.	103	32,0
Es gibt kein einheitliches Vorgehen.	59	18,4
Sonstiges	59	18,4
Gesamt	321	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage D 5.

3.2.4 Sucht als Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung und Umgang mit Sanktionen

Nach § 15 SGB II sollen die Jobcenter mit den eLb auf Basis der Feststellung der für die Eingliederung erforderlichen persönlichen Merkmale und beruflichen Fähigkeiten einerseits und des Ist-Standes andererseits (Potenzialanalyse) in einer Eingliederungsvereinbarung festhalten, welche Leistungen zur Eingliederung der oder die eLb erhält, welche Bemühungen die Leistungsberechtigten unternehmen sollen und welche Leistungen anderer Leistungsträger in den Eingliederungsprozess einbezogen werden. Die EinV soll im weiteren Prozess regelmäßig überprüft und fortgeschrieben werden. Auf diese Weise soll eine transparente und verbindliche Betreuung und Beratung gewährleistet werden. Die aktuelle Rechtsprechung (vgl. oben: 2.1.6) legt nahe, dass insbesondere die Inanspruchnahme therapeutischer Maßnahmen nicht Gegenstand der EinV sein darf. Außerdem verweist die BA darauf, dass vom Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung abgesehen werden kann, wenn besondere Umstände im Einzelfall vorliegen (BA 2016c: 2).

Die Jobcenter gingen bei der Beratung von Leistungsberechtigten mit Abhängigkeitsproblemen in Bezug auf die Aufnahme von Verabredungen in die EinV unterschiedlich um (vgl. Tabelle 36): Ca. 30 % nahmen Verabredungen, die als Ergebnis einer Beratung zum Thema Sucht feststanden, grundsätzlich auch in die EinV auf, 12 % taten dies grundsätzlich nicht. Ein reichliches Fünftel der Jobcenter gab an, dies nur in bestimmten Fällen zu tun. Genannt wurde vor allem die Verpflichtung zur Wahrnehmung eines Erstberatungstermins bei der lokalen Suchtberatungsstelle bzw. – bei Einverständnis seitens der Kundin/des Kunden – auch die Verpflichtung, regelmäßig Termine bei der Suchtberatungsstelle wahrzunehmen. Der Vorteil einer Aufnahme in die EinV bestehe u.a. auch darin, dass dies die Grundlage für die Erstattung der entstehenden Fahrtkosten sei.

In der Mehrheit der Freitexte wurde dabei das notwendige Einverständnis der Leistungsberechtigten genannt, teilweise wurde explizit auf den Datenschutz verwiesen. Die Formulierung müsse neutral erfolgen, sodass keine Rückschlüsse auf eine Suchterkrankung gezogen werden können. Mitunter wurde nur „die Einschaltung von kommunalen Eingliederungsleistungen“ festgehalten. 38 % der Jobcenter gaben an, dass das Vorgehen diesbezüglich nicht einheitlich sei. Die Entscheidung wurde offenbar oft in Abhängigkeit vom Einzelfall getroffen und dürfte überwiegend von der Sichtweise und dem Einverständnis der Leistungsberechtigten abhängen.

Im Vergleich zur Befragung 2009 war der Anteil der Jobcenter kleiner, der angab, dass eine Festbeschreibung in der EinV grundsätzlich vorgenommen werde; umgekehrt gaben etwas mehr Jobcenter als 2009 an, dies sei grundsätzlich nie der Fall. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Veränderung auf eine inzwischen eindeutiger geklärte Rechtsauffassung zurückzuführen ist.

Tabelle 36: Ergebnisse der individuellen Beratung zum Thema Sucht werden in der EinV festgehalten, 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Das Vorgehen ist diesbezüglich nicht einheitlich.	121	37,5	121	37,5
Grundsätzlich ja	96	29,7	130	40,2
Grundsätzlich nein	37	11,5	20	6,2
Grundsätzlich nur in bestimmten Fällen	69	21,4	52	16,1
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	323	100,0	323	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstelle und Jobcenter, Fragen E 1 und E 1.

Die Antworten auf die Frage, welche Ergebnisse der individuellen Beratung zum Thema Sucht ggf. in der EinV festgehalten werden, haben sich ebenfalls seit 2009 leicht verändert (vgl. Tabelle 37). Mit Abstand am häufigsten und mit 89 % nur wenig seltener als 2009 wurde zwar wieder die Zuweisung zu einer Suchtberatungsstelle genannt, allerdings wurden alle suchtspezifischen Vereinbarungen seltener angegeben als in der Erstbefragung. Ca. ein Drittel der Jobcenter gaben an, dass Teilnahme an einer suchtspezifischen Fördermaßnahme bzw. die Entbindung von Beratungsstellen und/oder Ärzten bzw. Ärztinnen von der Schweigepflicht in die EinV aufgenommen werden. Letzteres war 2009 deutlich häufiger – in 45 % der Fälle – berichtet worden. Alle anderen Ergebnisse wurden deutlich seltener in der EinV festgehalten. Mit 5 % gab nur ein kleiner Teil der Jobcenter an, die Verpflichtung zur Abstinenz während der Teilnahme an einer Maßnahme in der Eingliederungsvereinbarung zu fixieren.

Aus den Anmerkungen in den Freitextfeldern ist in vielen Fällen ersichtlich, dass eine Reihe der festgehaltenen Schritte ausdrücklich nicht als Verpflichtung, sondern lediglich als Empfehlung in die EinV aufgenommen werden. Damit sollen daraus resultierende Rechtsfolgen (Sanktionen) vermieden werden.

Tabelle 37: Welche Ergebnisse der individuellen Beratung zum Thema Sucht werden in der EinV festgehalten? 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
die Zuweisung zu einer Suchtberatung nach § 16a SGB II und eine dementsprechende Verpflichtung, sich bei einer Suchtberatungsstelle zu melden	252	88,7	279	93,3
Die Teilnahme an einer suchtspezifischen Fördermaßnahme	95	33,5		
Die Entbindung von Beratungsstellen und/oder Ärzten bzw. Ärztinnen von der Schweigepflicht	93	32,7	134	44,8
Die Verpflichtung, sich bei einem Facharzt/einer Fachärztin vorzustellen	71	25,0	94	31,4
Die Verpflichtung, eine Entgiftung oder eine Therapie zu beantragen	60	21,1	83	27,8
Die Verpflichtung, sich mit dem Suchtproblem auseinander zu setzen	50	17,6	114	38,1
Der Besuch einer Suchtselbsthilfegruppe	47	16,5		
Die Verpflichtung zur Abstinenz während der Teilnahme an einer Maßnahme	14	4,9	25	8,4
Andere individuelle Ziele, die gemeinsam mit dem suchtkranken Menschen festgelegt werden	184	64,8		
Sonstiges	34	12,0	28	9,4
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	284		299	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016 und Jobcenter, Fragen E 1a und E 1a.

Umgang mit Sanktionen

Für den Fall, dass in den Eingliederungsvereinbarungen mit suchtkranken Personen Festlegungen getroffen werden, die mit Verpflichtungen der eLb verbunden sind, sind diese verbindlich und können im Fall der Nichteinhaltung durch Sanktionen – d. h. Minderungen der Geldleistungen – bestraft werden. Sanktionen sind allerdings an bestimmte Voraussetzungen gebunden. So kann von Sanktionen abgesehen werden, „wenn erwerbsfähige Leistungsberechtigte einen wichtigen Grund für ihr Verhalten darlegen und nachweisen.“ (BA 2014: 1) Eine Suchterkrankung kann einen solchen wichtigen Grund darstellen (DLK 2014: 14). Aus suchtwissenschaftlicher Sicht ist ein Suchtproblem zumindest dann regelmäßig ein solcher wichtiger Grund, wenn es sich um eine Abhängigkeit handelt, die als Krankheit anerkannt ist (z. B. WHO ICD 10, Kapitel F1). Integrationsfachkräfte üben ihr Ermessen aus, wenn sie einen „wichtigen Grund“ zur Rechtsfolgenvermeidung anerkennen.

Ca. ein Viertel der Jobcenter gaben an, dass bestimmte Vereinbarungen mit suchtkranken Personen nicht in die Eingliederungsvereinbarung aufgenommen werden, um die üblichen Rechtsfolgen im Falle der Nichteinhaltung (Sanktionen) zu vermeiden. In der Mehrheit der Jobcenter war dies – ebenso wie schon 2009 – jedoch nicht der Fall (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 38: Wer Verpflichtungen aus der EinV nicht einhält, muss mit Sanktionen rechnen. Werden aus diesem Grund üblicherweise bestimmte Vereinbarungen mit Suchtkranken nicht in der EinV festgeschrieben? 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Nein	237	73,8	237	74,5
Ja	84	26,2	81	25,5
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	321	100,0	318	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016 und Jobcenter, Fragen E 2 und E 2.

Sofern suchtkranke Personen Vereinbarungen aus der Eingliederungsvereinbarung nicht einhielten, gingen die Jobcenter unterschiedlich damit um: 38 % der Jobcenter erkannten die Suchterkrankung als wichtigen Grund an, der es möglich machte, vom Verhängen einer Sanktion abzuweichen. Dies waren deutlich mehr als 2009, als nur 28 % der Grundsicherungsstellen ein solches Vorgehen praktizierten. Städtische Jobcenter gaben mit 45 % häufiger als ländliche (35 %) an, dass die Suchtkrankheit als wichtiger Grund akzeptiert wird.

Der Anteil der Jobcenter, die eine Suchterkrankung in der Regel nicht als wichtigen Grund zur Vermeidung von Sanktionen akzeptierten, ist mit 34 % genauso groß wie in der Erstbefragung. Weitere 28 % gaben 2016 an, die Suchtkrankheit nur in bestimmten Fällen zur Vermeidung der Rechtsfolgen anzuerkennen. Dies sei häufig dann der Fall, wenn die Suchterkrankung ärztlich attestiert ist, wenn die Pflichtverletzung in Zusammenhang mit der Sucht steht, wenn der bzw. die Leistungsberechtigte die Bereitschaft zur Mitwirkung zeigt oder die Suchtkrankheit selbst als wichtigen Grund angibt, sich in einer akuten Krise befindet oder einen Rückfall erlebt. In einzelnen Fällen geschieht dies nach Absprache mit der Suchtberatung. Der hohe Anteil der Jobcenter, die die Suchtkrankheit nur in bestimmten Fällen als wichtigen Grund zur Vermeidung von Sank-

tionen akzeptierten, zeigt, dass sich Entscheidungen häufig sehr stark am Einzelfall orientieren, was in den Freitextfeldern umfassend beschrieben wurde.

Tabelle 39: Wird in Fällen, in denen suchtkranke Menschen Verpflichtungen aus der EinV nicht einhalten, die Suchterkrankung als „wichtiger Grund“ bewertet, der das Verhängen einer Sanktion verhindert? 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
In der Regel nicht	111	34,5	108	34,4
In der Regel ja	121	37,6	89	28,3
In bestimmten Fällen	90	28,0	117	37,3
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	322	100,0	314	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen F 4 und F 4.

Wenn Jobcenter feststellten, dass suchtkranke Leistungsberechtigte die Suchtberatungsstelle nicht aufgesucht hatten, wurden unter Umständen Sanktionen ausgesprochen. 13 % der Jobcenter gaben an, dass in diesen Fällen in der Regel sanktioniert wird. Ein Fünftel der Jobcenter berichtete, dass bei diesem Sachverhalt nur in bestimmten Fällen Sanktionen ausgesprochen würden. Die Mehrheit der Jobcenter (67 %) würde dies in der Regel jedoch nicht sanktionieren.

Die Antworten konnten in Freitextfeldern näher erläutert werden. Dabei wurden u.a. folgende Begründungen für eine Sanktionierung angeführt:²⁵

„Unsere Erfahrungen zeigen, dass die Erhöhung des Leidensdrucks der suchtkranken Menschen durch konsequentes Handeln aller Partner sehr zielführend ist. Die Sanktionsmöglichkeit spielt dabei eine wichtige Rolle in der Arbeit mit dem suchtkranken Menschen.“

„Die Anforderung, ein Erstgespräch bei der Suchtberatungsstelle zu vereinbaren und zu führen, wird in der Eingliederungsvereinbarung festgehalten und wird damit bei Ausbleiben des Kontaktes sanktioniert.“

„Verpflichtend wird die Wahrnehmung eines Erstberatungstermins bei der Suchtberatungsstelle in der Eingliederungsvereinbarung festgeschrieben; die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung wird dann auch sanktioniert, wenn kein wichtiger Grund für das Versäumen des Termins vorliegt. Bezüglich weiterer Teilnahme an den Suchtberatungsterminen liegt grundsätzlich das Prinzip der Freiwilligkeit vor; bei jedem Einzelfall wird die weitere Vorgehensweise (je nach Krankheitsgrad) individuell abgestimmt.“

„30 % wird in der Regel sanktioniert. Weitere Sanktionen hängen vom Einzelfall ab, weil dann Zweifel bestehen, ob der Kunde die Konsequenz seiner Handlungen versteht bzw. sein Verhalten steuern kann.“

„Wir befragen die Kunden konkret nach den Gründen. Meist wird hier überhaupt nicht auf die Anhörung reagiert und die Sanktion auch widerspruchslos akzeptiert.“

„Niedrigschwellige Suchtberatung/Erstkontakt erfolgt bei uns im Haus: hier kommt es zu Sanktionen nach § 32 SGB II, wenn für das Terminversäumnis kein wichtiger Grund vorliegt. Nicht-Wahrnehmung von Suchtberatungsangeboten bei Trägern werden nicht sanktioniert, da zu einer Therapie nicht verpflichtet werden kann und i.d.R. keine Eingliederungsleistung damit verknüpft ist.“

Als Erläuterung dazu, warum keine Sanktionen ausgesprochen werden, wurde u.a. ausgeführt:

²⁵ Die hier aufgeführten Zitate stehen exemplarisch für eine größere Zahl von Angaben der Jobcenter, die sich in ähnlicher Weise geäußert hatten.

„Wir sehen die Sanktionierung nicht als geeignetes Mittel an, eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Stattdessen bieten wir im Fallmanagement ggf. die Begleitung zum Erstgespräch bei der Suchtberatung an.“

„Die Sozialgerichtsbarkeit hat hier eine Entscheidungspraxis, welche die verpflichtende Behandlung des Suchtproblems als Sanktionstatbestand erschwert, daher wird in der Regel von Sanktionen abgesehen.“

„Grundsätzlich wird nicht sanktioniert, da eine Krankheit nicht sanktioniert werden kann.“

„Der Besuch einer Suchtberatungsstelle ist freiwillig. Ein ‚Zwang‘ kann und sollte nicht ausgeübt werden.“

„In der Eingliederungsvereinbarung darf verpflichtend nur die erste Kontaktaufnahme und Beratung festgelegt werden. Bei Kunden die Notwendigkeit dessen transparent zu machen, ist Aufgabe an die beraterische Kompetenz der Vermittler und Fallmanager. Dieser Verpflichtung kommen die meisten Kunden, wenn auch teilweise widerwillig, nach. Jede weitere Inanspruchnahme der Suchtberatung ist freie Entscheidung des zu Beratenden.“

„Die Beratung von Leistungen gemäß § 16a sind freiwilliger Natur und können somit nicht sanktioniert werden. Wenn ein gemeinsames Arbeitsbündnis (hier besonders im Fallmanagement) vorliegt und eine Einsicht des Leistungsberechtigten, sind Beratungen und Therapien zielführend!“

Tabelle 40: Kommt es vor, dass suchtkranke Menschen sanktioniert werden, weil sie die Suchtberatungsstelle nicht aufgesucht haben? 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
In der Regel nicht	215	66,8	115	36,2
In der Regel ja	41	12,7	104	32,7
In bestimmten Fällen, und zwar	66	20,5	99	31,1
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	322	100,0	318	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen F 3 und F 3.

Nutzung der Expertise der Suchthilfe bei der Eingliederungsvereinbarung

Knapp zwei Fünftel aller Jobcenter bezogen in der Regel die fachliche Expertise von Einrichtungen der Suchthilfe oder anderen Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung ein. Das waren weniger als 2009, wo dies mehr als die Hälfte der Grundsicherungsstellen angegeben hatten. 45 % der Jobcenter – deutlich mehr als 2009 – nutzen diese Möglichkeit nicht und 16 % nur in bestimmten Fällen. Aus den Antworten in den Freitextfeldern war ersichtlich, dass eine Nutzung der Expertise externer Dritter nur unter der Bedingung möglich ist, dass eine Schweigepflichtsentbindung vorliegt. Der im Vergleich geringere Anteil von Jobcentern mit Einbindung der fachlichen Stellungnahme Dritter könnte ein Hinweis darauf sein, dass zum einen aufgrund von Schulungen die fachliche Kompetenz der eigenen Fachkräfte seit 2009 zugenommen hat (vgl. oben: 3.1.4), zum anderen mit Fragen des Sozialdatenschutzes vorsichtiger umgegangen wird. In den Fallstudien (vgl. unten: 4) gab es Hinweise auf ein stärker arbeitsteiliges Vorgehen von Jobcentern und Suchtberatung, bei dem zwar die wechselseitige Information wichtig ist, nicht unbedingt aber ein gemeinsames Handeln.

Tabelle 41: Nutzung der Expertise der Suchthilfe oder anderer Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung einer EinV mit suchtkranken Leistungsberechtigten 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
In der Regel nicht	145	45,0	110	34,6
In der Regel ja	126	39,1	169	53,1
In bestimmten Fällen	51	15,8	39	12,3
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	322	100,0	318	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016 und Jobcenter, Fragen E 3 und E 3.

Sofern Suchtberatungsstellen oder andere Beratungseinrichtungen in bei der inhaltlichen Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung eingebunden wurden, geschah dies auf unterschiedliche Weise. Am häufigsten gaben die Jobcenter an, dass die Suchthilfe um Rat gefragt werde (67 %). Seltener wurden die in der EinV festgelegten Verpflichtungen gemeinsam formuliert (46 %). Ein knappes Drittel der Jobcenter gab an, dass die Suchthilfe einen Vorschlag für die Eingliederungsplanung macht, in einem Fünftel der Fälle übernahm die Suchthilfe bestimmte Aufgaben, die gemeinsam festgelegt wurden. Selten – in ca. 6 % der Fälle – wurden die Fristen zur Einhaltung der Verpflichtungen von der Suchthilfe bestimmt.

Tabelle 42: Form der Einbindung der Suchthilfe oder anderer Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung der EinV von suchtkranken Leistungsberechtigten 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Die in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Verpflichtungen werden gemeinsam formuliert.	80	46,0	92	44,2
Die Suchthilfe übernimmt bestimmte Aufgaben, diese werden gemeinsam festgelegt.	37	21,3	65	31,3
Die Suchthilfe macht einen Vorschlag für eine Eingliederungsplanung.	55	31,6	66	31,7
Fristen zur Einhaltung der Verpflichtungen werden von der Suchthilfe bestimmt.	10	5,7	33	15,9
Die Suchthilfe wird um Rat gefragt.	117	67,2	137	65,9
Sonstiges	25	14,4	24	11,5
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	174		208	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016 und Jobcenter, Fragen E 3a und E 3a.

Aus den Freitextfeldern ging hervor, dass die Suchthilfe in manchen Fällen an Fallkonferenzen teilnahm. Teilweise wurden den Leistungsberechtigten „Pendelkarten“ über Vorsprachen übergeben, auf denen die Wahrnehmung von Vorsprachen bei der Suchthilfe dokumentiert wird. Einzelne Jobcenter gaben an, die Suchthilfe in speziellen Fällen um Rat zu fragen, insbesondere dann, wenn zu entscheiden ist, ob Verstöße gegen Vereinbarungen in der EinV krankheitsbe-

dingt aufgetreten sind. Der Vergleich mit der Erstbefragung zeigte, dass die Suchthilfe in etwa genauso häufig wie 2009 um Rat gefragt wurde, einen Vorschlag zur Eingliederungsplanung machte oder an der Formulierung der Verpflichtungen beteiligt war. Erheblich seltener als 2009 wurde jedoch angegeben, dass die Suchthilfe bestimmte Aufgaben übernimmt oder Fristen zur Einhaltung der Verpflichtungen bestimmt.

3.2.5 Einschaltung einer Suchtberatung nach § 16a SGB II

Suchtprobleme unterscheiden sich nach Art, Schweregrad oder ihren Auswirkungen auf die Arbeits- und Vermittlungsfähigkeit (vgl. oben: 2.3), 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 die Jobcenter eine Suchtberatung nach § 16a SGB II einschalten, zeigte sich ein heterogenes Bild (Tabelle 47). Die beiden am häufigsten genannten Indikationen für eine Suchtberatung (Suchtberatung wird „immer/oft“ eingeschaltet) waren die Bedarfsanmeldung durch die Leistungsberechtigten selbst (88 % der gE und 92 % der zKT) und das Vorliegen einer Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis (83 % der gE und 80 % der zKT). Bei der Erstbefragung waren die Anteile mit 94 % und 88 % etwas höher gewesen.

Tabelle 43: Fallkonstellationen für die Einschaltung einer Suchtberatung nach § 16a SGB II 2016

	Oft		Manchmal		Nie		Weiß nicht		Gesamt	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
Wenn bei den Leistungsberechtigten eine Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis vorliegt	259	81,2	55	17,2	3	0,9	1	0,3	319	100
Wenn Leistungsberechtigte diesen Bedarf selbst anmelden	280	88,1	34	10,7	1	0,3	3	0,9	318	100
Im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnung)	92	28,9	172	54,1	19	6,0	35	11,0	318	100
Wenn die Fahrerlaubnis wegen Alkohol- oder Drogenkonsums entzogen wurde	94	29,6	180	56,6	16	5,0	28	8,8	318	100
Wenn Vermittlungshemmnisse infolge von Suchtproblemen von Angehörigen bestehen	31	9,7	168	52,8	59	18,6	60	18,9	318	100
Wenn eine Suchtgefährdung besteht (es besteht keine Abhängigkeit, aber die Gefahr, dass sich eine Suchterkrankung entwickelt)	45	14,2	184	57,9	35	11,0	54	17,0	318	100
Nur bei Leistungsberechtigten mit einer spezifischen Profillage	13	4,3	9	3,0	95	31,3	187	61,5	304	100
In sonstigen Fällen	9	7,0	1	0,8	20	15,5	99	76,7	129	100

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage G 2.

Mit weitem Abstand folgen mit ca. einem Drittel die Indikationen „im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Suchtbehandlung“ und bei Entzug der Fahrerlaubnis infolge des Alkohol- oder Drogenkonsums. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Suchtberatungsstellen meist bereits eingeschaltet sind, wenn eine Suchtbehandlung endet, und häufig ohnehin die Suchtnachsorge übernehmen. Noch seltener wurde eine Suchtberatung eingeschaltet, wenn (nur) ei-

ne Suchtgefährdung oder ein Vermittlungshemmnis infolge von Suchtproblemen Angehöriger bestand. Für letztere Fälle gab ein relevanter Anteil der Jobcenter an, die Suchtberatung „nie“ einzuschalten. Im Vergleich zur Befragung in 2009 zeigten die Antworten eine stärkere Nutzung der Suchtberatung im Fall von Suchtproblemen bei Angehörigen und bei Entzug der Fahrerlaubnis.

Seltener als 2009 wurde angegeben, dass die Suchtberatung nur bei eLb mit einer spezifischen Profillage eingeschaltet wird (10 % der gE, 17 % der zkT). Wenn dies angegeben wurde, nannten die Jobcenter u.a. eine Empfehlung des Ärztlichen Dienstes bzw. des Berufspsychologischen Services, eine integrationsnahe Profillage oder die Situation, dass über den Träger einer Maßnahme nach § 45 oder einer AGH eine Notwendigkeit festgestellt wurde. In 27 % der gemeinsamen Einrichtungen und bei 33 % der zugelassenen kommunalen Träger wählten Fachkräfte individuell unterschiedliche Vorgehensweisen für die Einschaltung der Suchtberatung.

Nur eine Minderheit der Jobcenter (15 % der gE und 18 % der zkT) gab an, dass es bestimmte Verfahren für den Übergang von u25 in Suchtberatung nach § 16a SGB II gibt. Sofern sich diese von den Verfahren für ü25 unterschieden, ging dies vor allem auf die Nutzung spezialisierter Fachkräfte für die Suchtberatung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Jugend suchtberatung) zurück bzw. auf spezielle Sprechstunden der Suchtberatung für die Zielgruppe der u25, die teilweise an spezifischen Orten (Jugendhaus des Jobcenters) stattfinden. Genannt wurde auch die Jugendberufsagentur als zentrale Schnittstelle für die Betreuung Jugendlicher und junger Erwachsener, über die die Vermittlung in Sucht- (und andere) Beratung erfolgt. Mehrere Jobcenter verwiesen auf gemeinsame Fallkonferenzen und damit verbundene „warme Übergaben“. Entsprechende Verfahren sind häufig in Kooperationsvereinbarungen geregelt.

Tabelle 44: Fallkonstellationen für die Einschaltung einer Suchtberatung nach § 16a SGB II 2009

	Oft		Manchmal		Nie	
	N	In %	N	In %	N	In %
Wenn Leistungsberechtigte diesen Bedarf selbst anmelden	261	92,9	16	6,0	2	1,7
Wenn bei den Leistungsberechtigten eine Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis vorliegt	248	88,3	33	12,4	0	0,0
Im Anschluss an eine ambulante oder stationäre Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnung)	76	27,0	165	61,8	23	19,3
Wenn die Fahrerlaubnis wegen Alkohol- oder Drogenkonsums entzogen wurde	50	17,8	190	71,2	22	18,5
Wenn eine Suchtgefährdung besteht (es besteht keine Abhängigkeit, aber die Gefahr, dass sich eine Suchterkrankung entwickelt)	39	13,9	166	62,2	57	47,9
Wenn Vermittlungshemmnisse infolge von Suchtproblemen von Angehörigen bestehen	14	5,0	168	62,9	79	66,4
Nur bei Leistungsberechtigten mit einer spezifischen Profillage	3	1,1	0	0,0	8	6,7
In sonstigen Fällen	3	1,1	1	0,4	4	3,4

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009, Frage G 1.

Tabelle 45: Gibt es in Ihrem Jobcenter bestimmte Verfahren für den Übergang von u25 in Suchtberatung nach § 16a SGB II? 2016

	N	In %
Nein	269	84,3
Ja	50	15,7
Gesamtzahl der antwortenden JC	319	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage G 3.

Die Frage nach der Anzahl der in Suchtberatung zugewiesenen Leistungsberechtigten lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht verlässlich beantworten. Das gilt sowohl für die u25- als auch ü25-Jährigen. Denn 79 % bzw. 83 % der Jobcenter haben keine Angaben dazu gemacht, wie viele Leistungsberechtigte insgesamt und wie viele arbeitslose Leistungsberechtigte sie an eine Einrichtung der Suchthilfe verwiesen haben (Tabelle 46). Bei 87 % bzw. 88 % der befragten Jobcenter fehlten auch Angaben darüber, wie viele der Zugewiesenen nachweislich den Kontakt zur Suchthilfeeinrichtung aufgenommen haben, und 95 % bzw. 78 % verfügten über keine Informationen, wie viele davon wiederum die Suchtberatung unplanmäßig/vorzeitig beendet bzw. abgebrochen haben. Alle diese Fragen erhellen jedoch Daten aus anderen Quellen (vgl. oben: 2.3).

Tabelle 46: Anzahl der Grundsicherungsstellen, die Angaben bzw. keine Angaben zur Anzahl der an Suchtberatung zugewiesenen Leistungsberechtigten gemacht haben, 2009 und 2016

	Altersgruppe	2016		2009	
		Mit Angabe N	Ohne Angabe N	Mit Angabe N	Ohne Angabe N
Angaben zur Anzahl der Leistungsberechtigten gesamt, die an eine Suchtberatungsstelle verwiesen wurden	U25	70	255	76	247
	Ü25	70	255		
Angaben zur Anzahl / zum Anteil der arbeitslosen erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die an eine Suchtberatungsstelle verwiesen wurden	U25	54	271	56	267
	Ü25	55	270		
Angaben zum Anteil der Leistungsberechtigten, die an Suchtberatungsstellen verwiesen wurden und nachweislich Kontakt zur Beratungsstelle aufgenommen haben (in %)	U25	39	286	45	278
	Ü25	41	284		
Angaben zum Anteil der Leistungsberechtigten, die an Suchtberatungsstellen verwiesen wurden und Suchtberatung unplanmäßig/vorzeitig abgebrochen haben (in %)	U25	16	309	21	302
	Ü25	70	255		

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen G 6, 6a, 6b und G7, 7a und 7b.

3.2.6 Bearbeitung materieller Problemlagen

Mit einer Suchterkrankung können materielle Probleme einhergehen (vgl. oben: 3.2.2). In der Fallbearbeitung können die Fachkräfte der Jobcenter zusätzlich zur Unterstützung mit Suchtberatung oder Maßnahmen der Aktivierung (vgl. unten: 3.4) unterschiedliche Instrumente bzw. Leistungen nutzen, um solche Problemlagen zu bearbeiten. In Tabelle 47 ist dies nach Trägermodell dargestellt. Ca. zwei Drittel der Jobcenter – sowohl bei gE als auch bei zKt – gaben an, die Kund/inn/en mit Suchtproblemen oft an eine Schuldnerberatungsstelle zu verweisen, ein weite-

res Drittel der Jobcenter tut dies manchmal. Die darlehensweise Übernahme von Mietschulden wurde von 14 % der gE und zKT als „oft“ benannt. Es gaben nur wenige Jobcenter – etwas mehr gE als zKT – an, dass sie dies „nie“ tun.

Tabelle 47: Häufigkeit des Einsatzes von spezifischen Maßnahmen bei Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen nach Trägermodell 2016

	Gemeinsame Einrichtung (gE)							
	Oft		Manchmal		Nie		Gesamt	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
Verweis an eine Schuldnerberatungsstelle	156	66,4	79	33,6	0	0,0	235	100,0
Darlehensweise Übernahme von Energieschulden	43	18,4	181	77,4	10	4,3	234	100,0
Darlehensweise Übernahme von Mietschulden	32	13,7	189	80,8	13	5,6	234	100,0
Gewährung des ALG II als Sachleistung	15	6,4	188	80,7	30	12,9	233	100,0
	Zugelassenen kommunale Träger (zKT)							
	Oft		Manchmal		Nie		Gesamt	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
Verweis an eine Schuldnerberatungsstelle	53	62,4	32	37,6	0	0,0	85	100,0
Darlehensweise Übernahme von Energieschulden	13	15,7	69	83,1	1	1,2	83	100,0
Darlehensweise Übernahme von Mietschulden	12	14,5	69	83,1	2	2,4	83	100,0
Gewährung des ALG II als Sachleistung	9	10,8	57	68,7	17	20,5	83	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage F2 nach A01a.

Ähnlich antworteten die Jobcenter in Bezug auf die darlehensweise Übernahme von Energieschulden: 18 % der gE und 16 % der zKT ergriffen solche Maßnahmen „oft“, und gE taten dies häufiger als zKT „nie“. Etwas größer waren die Unterschiede bei der Gewährung von Alg II als Sachleistung (z.B. in Form von Lebensmittelgutscheinen): 13 % der gemeinsamen Einrichtungen und 20 % der zugelassenen kommunalen Träger nutzten diese Möglichkeit „nie“, 6 % der gE und 11 % der zKT machten hingegen „oft“ davon Gebrauch.

Darüber hinaus wurden in den Freitextfeldern folgende Maßnahmen genannt, die bei Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen ergriffen wurden:²⁶ die Splittung des Leistungsanspruches, d.h. eine 14-tägige oder wöchentliche Auszahlung der Geldleistung und die Gutscheinausgabe zur Gewährung von Alg II als Sachleistung in Folge von Sanktionen bzw. an obdachlose Personen, die „häufig von Sucht betroffen sind“. Auf Grundlage einer Abtretungserklärung für die Leistungen

²⁶ Außer den hier genannten Maßnahmen bezog sich eine Vielzahl von Anmerkungen auf Schritte zur sozialen Stabilisierung und Aktivierung, die an dieser Stelle nicht referiert werden.

für Miete und Strom an den Anbieter (besonders im Bereich u25) erfolge eine Überweisung des Jobcenters direkt an den Vermieter bzw. das Versorgungsunternehmen. Jobcenter regten auch Betreutes Wohnen oder eine rechtliche Betreuung an. Sie arbeiteten mit der Bewährungshilfe, der Wohnungslosenhilfe, dem Fachbereich Jugend u.ä. zusammen. Ein Jobcenter merkte an, dass die Schuldnerberatung Personen mit großen Suchtproblemen häufig ablehne, da bei diesen keine kontinuierliche Mitarbeit möglich sei.

3.2.7 Beteiligung anderer Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft

Zur Frage der Einbeziehung von anderen Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft bei der Erarbeitung der Integrationsplanung für Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen gab mehr als ein Drittel der Jobcenter (35 %) an, dies werde regelmäßig angeboten, 38 % boten es nur dann an, wenn die eLb dies von sich aus ansprachen, und weitere 18 % taten dies in bestimmten Fällen (vgl. Tabelle 48). Nur 9 % der Jobcenter erklärten, dass andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft nicht einbezogen würden. Dies waren deutlich weniger als 2009, als noch 33 % der Grundsicherungsstellen eine entsprechende Praxis verneinten. 2009 gaben zudem mit nur 11 % deutlich weniger Grundsicherungsstellen an, dass die Einbeziehung der Bedarfsgemeinschaft regelmäßig angeboten werde. In diesem Punkt hat sich die Praxis der Jobcenter im Zeitverlauf ganz offensichtlich erheblich verbessert. Dies dürfte u.a. auf die breite Einführung der Beratungskonzeption zurückzuführen sein, die ein solches Vorgehen ausdrücklich vorsieht (SOFI et al. 2013). Jobcenter, die angaben, BeKo eingeführt zu haben, berichteten überdurchschnittlich häufig, dass die Einbeziehung der Bedarfsgemeinschaft in die Integrationsplanung regelmäßig angeboten wird.

Tabelle 48: Beteiligung anderer Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bei der Erarbeitung der Integrationsplanung nach Beratungskonzeption 2016

	Gesamt	
	N	In %
Ja, dies wird regelmäßig angeboten	109	34,6
Ja, aber nur, wenn die Leistungsberechtigten dies von sich aus ansprechen	120	38,1
Ja, in bestimmten anderen Fällen	58	18,4
Nein	28	8,9
Gesamt	315	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage F 5.

Eine Reihe von Jobcentern gab weitere Informationen zu diesem Thema an. Aus den Angaben wurde deutlich, dass die Hinzuziehung weiterer Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft häufig im u25-Bereich praktiziert wird. Voraussetzung ist in jedem Fall, dass der Kunde bzw. die Kundin das Einverständnis dazu erklärt hat. Häufig werden die Partner/innen mit eingeladen, vor allem dann, wenn diese von der Planung mit betroffen sind und/oder diese unterstützen sollen oder wenn die Suchtproblematik die Integration eines anderen Mitglieds der Bedarfsgemeinschaft beeinträchtigt. Sofern der Partner/die Partnerin auch Suchtprobleme hat oder bei einem Familienmitglied eine „Co-Abhängigkeit“ besteht, wird die Beratung der Bedarfsgemeinschaft für sinnvoll erachtet. Häufig wurde geschrieben, dass Familienmitglieder dann hinzugezogen werden, wenn dadurch eine Verbesserung der Einsicht erhofft wird. Tendenziell scheint eine ganzheitli-

che Betreuung der Bedarfsgemeinschaft aber nur im Fallmanagement praktiziert zu werden, da dafür ausreichend Zeit benötigt wird, die in der Arbeitsvermittlung oft nicht zur Verfügung steht.

3.3 Vernetzung und Kooperation mit der Suchtberatung

Eine gute institutionelle Vernetzung und Kooperation mit der lokalen bzw. regionalen Suchtberatung kann die Aktivierung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter unterstützen. In diesem Abschnitt geht es um fallbezogene Vereinbarungen zwischen Jobcentern und Suchtberatungsstellen sowie um Verfahrensabläufe, die einsetzen, nachdem die Zuweisung in eine Suchtberatung nach § 16a SGB II per Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II erfolgt ist: Wie wird der Kontakt zur Suchtberatungsstelle hergestellt? Haben Leistungsberechtigte einen relativ schnellen Zugang zur Suchtberatung oder bestehen längere Wartezeiten? Wie ist der gegenseitige Informationsfluss zwischen dem Jobcenter und der Suchtberatungsstelle geregelt? Wie gehen die Jobcenter mit der Sanktionsbewehrtheit der Zuweisung zur Suchtberatung um? Wie wird in den Fällen verfahren, in denen Leistungsberechtigte von sich aus, d.h. ohne Zuweisung durch ein Jobcenter, eine Suchtberatung in Anspruch nehmen?

3.3.1 Kooperation während des Suchtberatungsprozesses

Kontaktaufnahme

Die nach Zuweisung in eine Suchtberatung folgende Kontaktaufnahme mit einer Suchtberatungsstelle wurde sehr unterschiedlich gehandhabt (Tabelle 49). Bei einem Viertel der Jobcenter war es übliche Praxis, dass die zuständige Fachkraft Kontakt mit der Suchtberatungsstelle aufnahm und dann die Leistungsberechtigten an eine konkrete Stelle bzw. Person vermittelte. Bei rund der Hälfte der Jobcenter war es gängige Praxis, den Leistungsberechtigten ohne vorherige Kontaktaufnahme mit der Suchtberatungsstelle lediglich eine Adressenliste von Suchtberatungsstellen (31 %), einen Beratungsschein (20 %) oder auch gar keine weiteren Hinweise (3 %) auszuhandigen. Für rund 6 % der Jobcenter traf die Frage nicht zu, weil sie die Vermittlung in Suchtberatung nicht in der Eingliederungsvereinbarung festhielten. Beim Vergleich mit den Daten von 2009 fällt auf, dass die direkte Vermittlung durch Fachkräfte der Jobcenter um etwas mehr als 11 Prozentpunkte abgenommen hat.

In den Freitextantworten (N = 50) teilten sieben Jobcenter mit, dass sie bei der Erstkontaktaufnahme zur Suchtberatung einzelfallbezogen vorgehen. Fünf Jobcenter betonten explizit, dass eine Zuweisung zur Suchtberatung grundsätzlich nur mit Zustimmung der leistungsberechtigten Person erfolge. Bei den übrigen Jobcentern bewegten sich die praktizierten Vorgehensweisen bei der Zuweisung zur Suchtberatung zwischen den Polen „Unterstützung und Kontrolle seitens der Jobcenter“ und „Eigenaktivität und Selbstverantwortung seitens der Leistungsberechtigten“. In aller Regel aber wurden Mischformen praktiziert.

Tabelle 49: Übliche Vorgehensweise bei Festlegung von Suchtberatung als flankierende Leistung in der Eingliederungsvereinbarung 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Der bzw. die Leistungsberechtigte erhält eine Adressliste von Suchtberatungsstellen und soll sich dort selbst melden.	98	30,7	84	26,4
Die zuständige Fachkraft nimmt Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle auf und vermittelt Leistungsberechtigte direkt.	77	24,1	112	35,2
Der bzw. die Leistungsberechtigte erhält einen „Beratungsschein“ und die Aufforderung, sich selbst bei einer Suchtberatungsstelle zu melden.	63	19,7	74	23,3
Der bzw. die Leistungsberechtigte erhält ohne weitere Hinweise die Aufforderung, sich bei einer Suchtberatungsstelle zu melden.	11	3,4	13	4,1
Frage trifft nicht zu, da dies grundsätzlich nicht Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung ist.	20	6,3		
Sonstiges	50	15,7	35	11
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	319	100	318	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen G 2 und G 4.

Wann nach der Zuweisung zur Suchtberatung der erste Termin in der Suchtberatungsstelle stattfinden kann, hängt wesentlich davon ab, wie groß deren Aufnahmekapazitäten sind bzw. wie flexibel die Beratungsstelle ist, neue Klienten und Klientinnen aufzunehmen. Gerade für den Bereich der Sucht wird immer wieder die Bedeutung der möglichst nahtlosen Übergänge zu Beratung und Therapie betont, unter anderem, weil sich Motivationslagen schnell verändern können.

Tabelle 50: Wartezeiten zwischen Zuweisung zu[®] Suchtberatungsstelle(n) und Beginn der Suchtberatung 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Es vergeht (in der Regel) keine Wartezeit zwischen der Zuweisung durch das Jobcenter und dem Beginn der Beratung.	166	51,7	144	45,9
Personen, die durch unser Jobcenter vermittelt werden, werden durch die Suchtberatungsstelle zeitlich vorrangig betreut.	72	22,4	49	15,6
Ja, es vergeht eine Wartezeit.	61	19,0	98	31,2
Uns liegen dazu keine Informationen vor.	51	15,9	39	12,4
Jugendliche bzw. junge erwachsene Leistungsberechtigte werden durch die Suchtberatungsstelle zeitlich vorrangig betreut.	25	7,8		
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	319		314	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen G 9 und G 14.

Rund jedes zweite Jobcenter teilte mit, dass es in der Regel keine Wartezeiten gebe (Tabelle 50). Bei 22 % wurden Suchtkranke nach der Vermittlung durch ein Jobcenter sogar zeitlich vorrangig in die Suchtberatung aufgenommen. Rund 8 % der Jobcenter berichteten eine Vorrangigkeit speziell für die Gruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 16 % der befragten Jobcenter

machten zu den Wartezeiten keine Angaben, da sie keine entsprechenden Informationen hätten, 19 % der Jobcenter gaben an, dass es Wartezeiten gebe. Bei knapp 30 % dieser Jobcenter betrug die Wartezeiten mehr als vier Wochen; 2009 lag dieser Anteil lediglich bei rund 8 %. Allerdings hatten in 2016 nur 58 der befragten Jobcenter konkrete Angaben zu Wartezeiten gemacht.

Tabelle 51: Verteilung von Wartezeiten für Suchtberatung 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
1 Woche	7	12,1	10	10,3
2 Wochen	18	31,0	41	42,3
3 Wochen	3	5,2	19	19,6
4 Wochen	13	22,4	18	18,6
5 Wochen	5	8,6	1	1
6 Wochen	6	10,3	4	4,1
8 Wochen	3	5,2	1	1
10 Wochen	-	-	1	1
12 Wochen	2	3,4	2	2,1
15 Wochen	1	1,7	-	-
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	58	100,0	97	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen G 9 (N = 97) und G 14 (N = 58); (Die Grundsicherungsstellen und Jobcenter, die von Wartezeiten berichteten).

Rückmeldeverfahren und Fallzuständigkeit

Nach einer Einmündung der Leistungsberechtigten in die Suchtberatung beziehen sich die üblichen weiteren Schritte zum einen auf den Informationsfluss über die Kontaktherstellung zur Suchtberatung und zum anderen auf verschiedene Modi der kooperativen versus arbeitsteiligen Fallbearbeitung im weiteren Betreuungsprozess. Die Jobcenter waren sehr daran interessiert zu erfahren, ob die zugewiesenen Leistungsberechtigten bei einer Suchtberatungsstelle vorstellig geworden waren. Die Prozentverteilung in Tabelle 52 lässt darauf schließen, dass die meisten Jobcenter hier verschiedene Vorgehensweisen praktizierten. In den meisten Fällen (rund 80 %) wurden die Leistungsberechtigten selbst gefragt, ob sie sich bei einer Suchtberatungsstelle gemeldet hatten. Aber auch die gegenseitige Informierung zwischen den Fachkräften des Jobcenters und der Suchtberatungsstelle kam mit 66 % der Nennungen häufig vor.

Tabelle 52: Übliches weiteres Verfahren nach Verweisung an Suchtberatungsstelle 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Die bzw. der Leistungsberechtigte wird bei Folgegesprächen gefragt, ob sie/er sich bei der Suchtberatungsstelle gemeldet hat.	254	79,1		
Gegenseitige Information der Fachkräfte der Grundsicherungsstelle/Jobcenter und der Suchtberatungsstelle	212	66,0	177	55,5
Die Fachkraft im Jobcenter erkundigt sich bei der Suchtberatungsstelle, ob die bzw. der Leistungsberechtigte vorstellig geworden ist.	137	42,7		
Die Fachkraft der Grundsicherungsstelle/Jobcenter versucht, unabhängig von der Betreuung durch die Suchtberatungsstelle Kundin/Kunden in eine Arbeit bzw. Maßnahme zu vermitteln.	91	28,3	81	25,4
Gemeinsame Erarbeitung eines Hilfe-/Eingliederungsplans durch Fachkraft der Grundsicherungsstelle/Jobcenter und Fachkraft der Suchtberatungsstelle	89	27,7	67	21
Betreuung des Leistungsberechtigten/der Leistungsberechtigten im Wesentlichen durch Fachkraft bei Suchtberatungsstelle	33	10,3	29	9,1
Es gibt kein einheitliches Vorgehen	113	35,2	48	15
Sonstiges	49	15,3	53	16,6
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	321		319	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen G 3 (N = 319) und G 5 (N = 321).

Darüber hinaus waren auch die Vorgehensweisen zur Erarbeitung eines Hilfe- und Integrationsplans unterschiedlich. Jedes zehnte Jobcenter berichtete, dass die weitere Betreuung im Wesentlichen die Suchtberatungsstelle übernahm. In gut einem Viertel der Fälle war die Fachkraft des Jobcenters federführend, und 28 % der Jobcenter gaben an, dass sie bei der Entwicklung einer Integrationsstrategie mit der Suchtberatung kooperierten.

In den Freitextantworten (N = 49) wurden vor allem vier Aspekte hervorgehoben: die Kontrolle über den weiteren Verlauf des Suchtberatungsprozesses durch formulargestützte Systeme (z.B. „Laufzettel“) oder durch Berichte seitens der Suchtberatung oder Rückmeldungen durch die Leistungsberechtigten selbst (N = 14), die Notwendigkeit, die Vorgehensweise vom je konkreten Einzelfall abhängig zu machen (N = 9), die Durchführung gemeinsamer Fallgespräche unter Beteiligung der Leistungsberechtigten (schon zu Beginn der Suchtberatung) (N = 7) und die strikte Beachtung von Datenschutz und Schweigepflicht (6).

Gemeinsame Fallgespräche mit Beteiligung der Leistungsberechtigten

Gemeinsame Fallgespräche mit Beteiligung der Leistungsberechtigten sind Ausdruck für ein relativ hohes Maß an Kooperation zwischen Jobcenter und Suchtberatungsstelle. Tabelle 52 zeigt, dass sie von gut einem Drittel der Jobcenter nicht durchgeführt wurden, von 14 % regelmäßig und von weiteren rund 50 % in besonderen Fällen.

Tabelle 53: Durchführung gemeinsamer Fallgespräche mit der Suchtberatungsstelle 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Nein	113	35,4	130	40,6
Ja, regelmäßig	44	13,8	32	10,0
Ja, in besonderen Fällen	162	50,8	158	49,4
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	319	100,0	320	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen und Jobcenter, Fragen G 4 und G 6.

Die Freitexterläuterungen (N = 159) zu den „*besonderen Fällen*“ machen klar, dass gemeinsame Fallgespräche auf Wunsch (N = 18) und mit Einverständnis (N = 30) der Leistungsberechtigten erfolgten oder auf Wunsch der Jobcenter, zumeist im Rahmen des Fallmanagements (N = 21), oder auf Anregung der Suchtberatungsstelle (N = 14). In 56 Nennungen heißt es pauschal, dass solche Fallgespräche „*anlassbezogen*“ stattfanden oder „*bei Bedarf*“ oder in „*Ausnahmefällen*“. Wurden Einzelfälle näher beschrieben, so handelte es sich zumeist um „*knifflige*“, krisenhaft verlaufende oder „*komplexere*“ Fallkonstellationen (N = 20), z.B. wenn zur Sucht noch eine psychische Störung hinzukam (Komorbidität) oder wenn Fortschritte im Betreuungsprozess für längere Zeit ausblieben oder Konflikte zwischen allen drei beteiligten Akteuren, dem Jobcenter, der Suchtberatung und den Leistungsberechtigten zu bearbeiten waren.

Maßnahmen bei Abbruch der Suchtberatung

Nahezu alle Jobcenter reagierten auf Abbrüche der Suchtberatung konstruktiv, indem sie die Leistungsberechtigten zur erneuten Aufnahme der Suchtberatung motivierten (91 %) und/oder den Rat der Suchtberatungsstelle einholten (60 %) (Tabelle 54). Im Vergleich zu 2009 hat sich das Verhalten der Jobcenter deutlich verändert. Damals sanktionierten 2,5-mal mehr Jobcenter den Abbruch der Suchtberatung.

In den Freitextantworten (N = 43) überwogen folgende Reaktionsweisen: den Grund des Abbruchs aufklären, gegebenenfalls auch in Dreiergesprächen zwischen Jobcenter, Suchtberatung und den Leistungsberechtigten (N = 14), nach Alternativen suchen (z.B. Wechsel der Suchtberatungsstelle, Vorbereitung auf eine Sucht-Reha-Maßnahme) (N = 13), Sanktionierungen nur in Ausnahmefällen (N = 10), z.B. wenn der in der Eingliederungsvereinbarung festgelegte Erstkontakt zur Suchtberatung nicht wahrgenommen wurde. Vereinzelt veranlassten Jobcenter eine Prüfung der Erwerbsfähigkeit durch den Ärztlichen Dienst der Agentur für Arbeit, gegebenenfalls beendeten sie das Fallmanagement und betreuten Suchtkranke in der allgemeinen Arbeitsvermittlung weiter.

Tabelle 54: Maßnahmen bei unplanmäßiger oder vorzeitiger Beendigung der Suchtberatung 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Keine	11	3,4	46	14,8
Im Fall des Abbruchs der Suchtberatung durch den Leistungsberechtigten oder die Leistungsberechtigte werden in der Regel Maßnahmen ergriffen,	308	96,6	264	85,2
<i>und zwar: Motivierung zur erneuten Aufnahme der Suchtberatung</i>	292	91,0		
<i>und zwar: Sanktionierung des Abbruchs</i>	30	9,3	74	23,8
<i>und zwar: Rat der Suchtberatungsstelle wird eingeholt</i>	194	60,4		
<i>Sonstiges</i>	43	13,4		
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	319		310	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Frage G 7 und G 10.

3.3.2 Leistungsberechtigte in Suchtberatung ohne Zuweisung nach § 16a SGB II

Wie in Abschnitt 2.3 dargelegt, nimmt nur eine kleine Minderheit aus der Gesamtheit aller suchtkranken Alg-II-Beziehenden eine Suchtberatung in Anspruch, und nochmals nur eine kleine Minderheit davon ist über den § 16a SGB II an die Suchtberatung vermittelt worden. Der Befragung der Jobcenter ist zu entnehmen, dass rund 57 % keine Angaben zu der Frage machen konnten, wie hoch der Anteil an Suchtkranken war, die ohne eine Zuweisung durch das Jobcenter eine Suchtberatungsstelle aufsuchen. 27 % schätzten die Verhältnisse mehrheitlich falsch ein (Tabelle 55).

Tabelle 55: Geschätzter Anteil der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen, die ohne Vermittlung durch das Jobcenter Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle haben, 2016

	N	In %
Es handelt sich um die Mehrzahl der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen.	50	15,7
Es handelt sich um einen kleinen Teil der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen.	87	27,4
Dazu können wir keine Angaben machen.	181	56,9
Gesamtzahl der antwortenden JC	318	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage G 8.

Angesichts der großen Zahl der für die Jobcenter als Suchtkranke „unsichtbaren“ Leistungsberechtigten ist die Frage bedeutsam, was die Jobcenter tun, wenn sie erfahren, dass Leistungsberechtigte ohne eine Zuweisung Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle haben. Knapp ein Viertel antwortete, dass sie sich, das Einverständnis der Leistungsberechtigten vorausgesetzt, mit der

Beratungsstelle in Verbindung setzen, um mit dieser dann zu kooperieren (Tabelle 56). 71 % machten dies vom Einzelfall abhängig.

Tabelle 56: Bei Nutzung der Suchtberatungsstelle ohne Vermittlung durch das Jobcenter: Kontaktaufnahme des Jobcenters zur Suchtberatungsstelle mit Einverständnis der Leistungsberechtigten 2016

	N	In %
Kontaktaufnahme erfolgt grundsätzlich.	75	23,6
Dies ist abhängig vom Einzelfall.	228	71,7
Nein	15	4,7
Gesamtzahl der antwortenden JC	318	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage G 9.

3.3.3 Wie erfolgreich ist die Suchtberatung?

Die Bereitschaft der Integrationsfachkräfte, suchtkranke Leistungsberechtigte an die lokale bzw. regionale Suchthilfe zu vermitteln und mit dieser zusammenzuarbeiten, hängt sicherlich auch davon ab, wie erfolgreich sie die Suchtberatung aufgrund ihrer Erfahrungen einschätzen.

Tabelle 57: Einschätzung des Erfolgs der Suchtberatung 2016

Durch die Betreuung der Suchtberatungsstelle wird bzw. werden	Meist		Häufig		Selten		Eher nicht	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
Vermittlungshemmnisse abgebaut oder reduziert. (N = 318)	18	5,7	134	42,1	153	48,1	13	4,1
der Einstieg in eine beschäftigungsbezogene Maßnahme ermöglicht. (N = 318)	6	1,9	110	34,6	175	55,0	27	8,5
der Einstieg in eine Therapie gefördert. (N = 317)	44	13,9	223	70,3	49	15,5	1	0,3
die Abstinenzbereitschaft erhöht. (N = 318)	19	6,0	199	62,6	97	30,5	3	0,9
Abstinenz erreicht. (N = 317)	1	0,3	55	17,4	224	70,7	37	11,7
eine psychische Stabilisierung erreicht. (N = 318)	10	3,1	184	57,9	121	38,1	3	0,9
mit der Sucht verbundene Folgeprobleme bearbeitet. (N = 318)	18	5,7	161	50,6	116	36,5	23	7,2

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage G 11.

Tabelle 57 zeigt, dass die Jobcenter den Erfolg der Suchtberatung in Bezug auf verschiedene Erfolgskriterien überwiegend positiv beurteilten. 84 % sagten, der Einstieg in eine Suchtbehandlung, d.h. eine medizinische Suchtrehabilitation, werde meistens bzw. häufig gefördert. 61 % wa-

ren der Meinung, dass genauso häufig eine psychische Stabilisierung erreicht wurde. Knapp die Hälfte schätzte, dass durch die Suchtberatung meistens bzw. häufig Vermittlungshemmnisse abgebaut würden. Und etwas mehr als ein Drittel der Jobcenter war der Ansicht, dass der Einstieg in eine beschäftigungsbezogene Maßnahme ermöglicht wurde. Erheblich skeptischer, wenngleich erwartungsgemäß, fiel das Urteil in Hinblick auf das Erreichen einer Suchtmittelabstinenz aus.

3.4 Maßnahmeangebot und Integration in Arbeit

Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, mit denen sich Vermittlungshemmnisse feststellen oder Zwischenziele auf dem Weg der Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt erreichen lassen, können erhebliche Bedeutung für die persönliche Stabilisierung oder die Aufrechterhaltung einer Erwerbsmotivation bei suchtkranken Leistungsberechtigten erlangen. Solche Maßnahmen können speziell für Suchtkranke konzipiert sein, oder Suchtkranke werden in allgemeinen Maßnahmen gefördert, in denen aber ihre besonderen Bedarfe berücksichtigt werden (z.B. durch angepasste Arbeitszeiten, Begleitung durch suchtspezifisch geschultes Personal).

3.4.1 Allgemeine Maßnahmen der Gesundheitsförderung

In der Online-Befragung wurde zunächst ermittelt, zur Teilnahme an welchen Maßnahmen der Gesundheitsförderung die Jobcenter ihre suchtkranken Kundinnen und Kunden motivierten, wobei dies natürlich auch vom lokal verfügbaren Angebot abhängig ist (Tabelle 58). „Oft“ wiesen Jobcenter eigentlich nur auf Selbsthilfegruppen zur Unterstützung von Abstinenz hin (33 %). Jeweils über 90 % aller Jobcenter motivierten jedoch „oft“ oder „manchmal“ zu Selbsthilfegruppen, zur Ernährungsberatung oder zu Sportangeboten. Lediglich die Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Tabakentwöhnungsmaßnahmen kam nur bei einer Minderheit der Jobcenter „oft“ oder „manchmal“ vor, während 53 % der Jobcenter „nie“ dazu motivierten.

Tabelle 58: Wie oft motivieren und unterstützen Sie Suchtkranke, an folgenden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens teilzunehmen? 2016

	Oft		Manchmal		Nie		Gesamt	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
Tabakentwöhnungsmaßnahmen	16	5,1	132	41,8	168	53,2	316	100
Ernährungsberatung, z.B. bei Adipositas/Fettleibigkeit	49	15,5	247	78,2	20	6,3	316	100
Sport- bzw. Fitnessmaßnahmen	43	13,6	245	77,5	28	8,9	316	100
Selbsthilfegruppen zur Unterstützung von Abstinenz	103	32,6	197	62,3	16	5,1	316	100
Sonstige	8	17,4	15	32,6	23	50,0	46	100

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage H 1.

In einigen Jobcentern wurden Suchtkranke auch auf weitere Angebote hingewiesen. Aus den erläuternden Einträgen in den Freitextfeldern geht hervor, dass es sich dabei vor allem um (Präventions-)Angebote der Krankenkassen, Beratungsangebote von Netzwerkpartnerinnen und

-partnern sowie um Angebote aus dem örtlichen Gesundheitssystem (z.B. psychiatrische Ambulanzen) handelte.

Die große Mehrheit der Jobcenter (71 %) führte keine eigenen Veranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen durch, an denen suchtkranke Leistungsberechtigte hätten teilnehmen können. Jobcenter mit eigenen Veranstaltungen thematisierten Gesundheitsfragen mehrheitlich im Rahmen von ein- oder mehrtägigen Angeboten: zumeist waren dies Aktionstage, Vorträge oder Informationsveranstaltungen, an deren Gestaltung und Durchführung sich auch Krankenkassen, Gesundheits- oder Sportämter, die Arbeitsagentur, Suchtberatungsstellen, ein Psychosoziales Zentrum oder die VHS beteiligten (N = 49; 53 % der JC mit Angeboten).

Tabelle 59: Durchführung von Veranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen im Jobcenter 2016

	2016	
	N	In %
JC führt keine Veranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen durch.	226	70,8
JC bietet Veranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen an.	93	29,2
Gesamtzahl der antwortenden JC	319	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage H 2 und Auswertung der Freitextantworten

Wenn weitere Veranstaltungen angeboten wurden, handelte es sich um Module, die als Bestandteil von Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 16 Absatz 1 SGB II i.V.m. § 45 SGB III (N = 29; 31 % der JC mit Angeboten) oder als Bestandteil kofinanzierter ESF- oder Bundesprogramme konzipiert waren (N = 7; 8 % der JC mit Angeboten) und damit nur für die Teilnehmenden bestimmter Maßnahmen zugänglich waren.

3.4.2 Maßnahmen zur Aktivierung, Qualifizierung und Beschäftigung

Der überwiegende Teil der Jobcenter, die spezialisierte Aktivierungs- und Beschäftigungsangebote für Suchtkranke vorhielten, nutzte wie 2009 das Instrument der Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II. Der Anteil der Jobcenter mit solchen AGH (68 %) war jedoch erwartungsgemäß (vgl. oben 2.1.2) deutlich geringer als 2009 (81 %) – offenbar wirkte sich einerseits das Nachrangprinzip aus (vgl. oben: 2.1.2), andererseits stand den Jobcentern auch ein ausdifferenziertes Repertoire alternativer Instrumente zur Verfügung.

Tabelle 60: Arbeitsgelegenheiten für Menschen mit Suchtproblemen 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In % der JC mit Maßnahmen (154)	N	In % der GSS (N = 101)
Arbeitsgelegenheiten mit Plätzen für Menschen mit Suchtproblemen 2009: in der Mehraufwandsvariante nach § 16 Absatz 3 SGB II* oder § 16 d SGB II; 2016: nach § 16d SGB II	105	68,2	82	81,0

*Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen H 1a (N = 101) und H 3 (N = 154) (nur die Grundsicherungsstellen, die spezielle Maßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen im Maßnahmenportfolio haben und eine Angabe zur Rechtsgrundlage/Finanzierung gemacht haben.) *bis 31.12.2008 geltende Rechtsgrundlage, auf der auch 2008 begonnene Maßnahmen im Jahr 2009 beendet wurden.*

Nach wie vor machte jedoch eine Mehrheit der Jobcenter suchtkranken Leistungsberechtigten gar kein spezialisiertes Maßnahmeangebot (52 %).

Tabelle 61: Spezielle Angebote für Menschen mit Suchtproblemen 2016

	N	In %
Wir halten spezielle Angebote für Menschen mit Suchtproblemen vor.	157	48,8
Wir halten keine speziellen Angebote für Menschen mit Suchtproblemen vor.	165	51,2
Gesamtzahl der antwortenden JC	322	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage H 3.

Eine kleine Zahl der Jobcenter hielt spezialisierte Gruppenmaßnahmen nach § 45 SGB III i. V. m. § 16 SGB II vor, und knapp 20 % arbeiteten auf der gleichen gesetzlichen Grundlage mit dem Instrument des Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheins (AVGS). Von relativ großer Bedeutung für die berufliche Förderung von Suchtkranken waren auch über die EU bzw. die aktuellen Förderprogramme des Bundes kofinanzierte Maßnahmen, die in 10 % der Jobcenter durchgeführt wurden.

Die nachfolgende Auswertung ist aufgrund der geringen Fallzahlen nur begrenzt aussagefähig; doch vermittelt sie Hinweise auf deutliche Unterschiede, denen genauer nachzugehen es sich lohnen würde. Denn durchweg scheint es einen Zusammenhang zwischen Maßnahmeangebot und Arbeitsmarktlage zu geben, der sich auch im Ost-West-Vergleich niederschlägt. In den Regionen mit einer schlechten Arbeitsmarktlage war der Anteil der Jobcenter, die AGH oder Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung für Suchtkranke durchführten, höher als in Regionen mit guter oder mittlerer Arbeitsmarktlage; und mit diesem Befund korrespondiert, dass ein deutlich höherer Anteil der ostdeutschen Jobcenter entsprechende Maßnahmeangebote vorhielt. Dass nur eine Minderheit aller Jobcenter spezialisierte Maßnahmen anbot, geht, wie sich nun zeigt, vor allem auf die westdeutschen Jobcenter zurück. In Ostdeutschland war der Anteil der Jobcenter ohne spezialisierte Angebote nämlich wesentlich geringer (32 %), eine Mehrheit aber nutzte arbeitsmarktpolitische Instrumente zur Förderung von suchtkranken Leistungsberechtigten.

Tabelle 62: Spezielle Aktivierungs-, Beschäftigungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen nach Region und Arbeitsmarktlage 2016 (Mehrfachnennungen)

	Arbeitsmarktlage nach SGB-II-Typ						Ost/West			
	Gute Arbeitsmarktlage		Mittlere Arbeitsmarktlage		Schlechte Arbeitsmarktlage		Ost		West	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ja, wir haben eine Maßnahme/Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III i. V. m. § 16 SGB II für Menschen mit Suchtproblemen vergeben.	4	3,9	14	12,4	22	21,4	13	18,1	27	10,9
Ja, wir stellen Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheine für eine zertifizierte Maßnahme nach § 45 SGB III i. V. m. § 16 SGB II für Menschen mit Suchtproblemen aus.	20	19,4	15	13,3	28	27,2	24	33,3	39	15,8
Ja, wir bieten Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II an und halten darin Plätze für Menschen mit Suchtproblemen vor.	26	25,2	28	24,8	51	49,5	37	51,4	68	27,5
Ja, wir nutzen die Freie Förderung für Projekte auf der Grundlage von § 16f SGB II und halten hier Plätze für Personen mit Suchtproblemen vor.	2	1,9	2	1,8	5	4,9	2	2,8	7	2,8
Ja, wir führen in eigener Regie und mit eigenem Personal Angebote für Menschen mit Suchtproblemen (z.B. ein Gruppencoaching) durch.	0	0,0	2	1,8	3	2,9	2	2,8	3	1,2
Ja, wir beteiligen uns an kofinanzierten Modellprojekten (der EU, des Bundes, des Landes, einer Stiftung etc.) und bieten Menschen mit Suchtproblemen eine Teilnahme an Maßnahmen.	7	6,8	13	11,5	13	12,6	11	15,3	22	8,9
Ja, wir führen weitere Maßnahmen/Projekte durch.	5	4,9	8	7,1	14	13,6	12	16,7	15	6,1
Nein, wir halten keine speziellen Angebote für Menschen mit Suchtproblemen vor.	63	61,2	68	60,2	34	33,0	23	31,9	142	57,5
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	103		113		103		72		247	

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage H 03 nach Verdichtungsgrad und Arbeitsmarktlage.

Allgemeine Maßnahmen, die die besonderen Bedarfe von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen berücksichtigen und entsprechend gestaltet wurden, waren nicht die Regel. Knapp die Hälfte der Jobcenter sowohl in Ost-, als auch in Westdeutschland (49 %; vgl.

Tabelle 106 im Anhang) verfügte aber über solche Maßnahmen. 2009 waren es noch mehr als die Hälfte gewesen.

Tabelle 63: Gibt es in Ihrem Jobcenter Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen oder Projekte, die nicht speziell auf Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen ausgerichtet sind, aber deren Bedürfnisse gezielt berücksichtigen? 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Nein	163	50,9	149	47,3
Ja	157	49,1	166	52,7
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	320	100,0	315	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen H 2 und H 5.

Die 157 Jobcenter, die allgemeine Maßnahmen u.a. zur Aktivierung von Suchtkranken nutzten, wurden in einem offenen Textfeld um nähere Angaben gebeten. In 46 Jobcentern war es möglich, Kundinnen und Kunden mit Suchtproblemen in allgemeinen Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II zu betreuen. Nicht wenige Jobcenter wiesen dabei ausdrücklich darauf hin, es handle sich um Maßnahmen „mit sozialpädagogisch hohem Betreuungsanteil“ oder spezieller „psychosozialer Beratung und Betreuung“ (Freitextantworten).

Bei vielen der Maßnahmen, die Jobcenter explizit auf der Rechtsgrundlage von § 45 SGB III i.V.m. § 16 SGB II realisierten, handelte es sich um „Gruppencoachings“ oder „individuelle Einzelcoachings“²⁷ (insgesamt N = 25). Diese könnten „sehr individuell auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden eingehen“ und wurden etwa mit dem Ziel der „Heranführung an eine Verhaltensänderung (Beratung, Therapie)“ oder der „Klärung der gesundheitlichen Situation“ (Freitextantworten) durchgeführt.

Nur wenige Jobcenter erläuterten in Freitextfeldern, dass an der Maßnahmedurchführung die Reha-Abteilung des Jobcenters oder der Agentur beteiligt war oder dass Maßnahmen speziell für Reha-Fälle bzw. Schwerbehinderte durchgeführt wurden.

Von Angeboten, die auf junge Erwachsene zugeschnitten waren, war nur selten die Rede. Nur zehn der Jobcenter, die Suchtkranke in allgemeinen Maßnahmen förderten, berichteten ausdrücklich von Maßnahmen (AGH, Aktivcenter oder Einzelcoachings) für suchtkranke oder -gefährdete junge Erwachsene. Immerhin gab es Hinweise auf gute Praxis im Hinblick auf nahtlose Übergänge: „Das Jobcenter integriert junge Erwachsene aus der Therapie sofort in Jugendmaßnahmen zur Vorbereitung einer Arbeits- oder Ausbildungsaufnahme – nach einer Bewährungsphase können z.B. überbetriebliche Ausbildungen finanziert werden.“ (Freitexteintrag)

Die Auswertung zeigte, dass unter „allgemeinen“ Maßnahmen oft Angebote verstanden wurden, die dem Grunde nach für einen anderen Personenkreis konzipiert worden waren, aber auch für suchtkranke eLb zugänglich waren. 15 Jobcenter hatten etwa Maßnahmen für psychisch kranke Personen oder „Menschen mit seelischen Schwierigkeiten“ auch für Suchtkranke geöffnet, sechs Jobcenter nutzten Angebote für Wohnungslose oder Haftentlassene – auch in anderen Hilfesystemen – zur Aktivierung von suchtkranken Leistungsberechtigten. Auch bei der Beschreibung

²⁷ Dies erklärte auch den hohen Anteil der AVGS-Maßnahmen für Suchtkranke. Sehr oft dürfte es sich dabei um Einzelcoachings handeln.

solcher Maßnahmen war von „*psychologischer*“ Betreuung oder der Begleitung durch qualifizierte Fachkräfte die Rede.

In einer ergänzenden Frage wurden die Jobcenter gebeten zu beschreiben, in welcher Form ihre „*allgemeinen*“ Maßnahmen die Bedürfnisse Suchtkrankter berücksichtigten. Diese Frage wurde von allen 157 Jobcentern mit teils sehr ausführlichen Beschreibungen gründlich bearbeitet, aus denen u.a. hervorging, dass z.B. die Fallzahlen zu niedrig für spezifische Maßnahmen waren.

Aufgrund der Größe unseres Jobcenters (rd. 2.900 BGs insgesamt) können wir mangels Masse keine spezifischen Eingliederungsmaßnahmen allein für Kunden mit Suchterkrankung durchführen. Die Eingliederungsmaßnahme für eLb mit gesundheitlich Beeinträchtigten richtet sich alle Kd. mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ist mit mehreren Ärzten belegt, die somit auch die Suchterkrankten spezifisch mitbetreuen können. Kontakte zu Therapiepartnern werden hergestellt und Unterstützung bei Kontaktaufnahme etc. geleistet.

An konzeptionellen Ansätzen fehlte es hingegen nicht, sodass aus den Antworten ein breites Spektrum „*guter Praxis*“ und das deutliche Profil einer auf Suchtkranke zugeschnittenen aktivierenden Hilfe hervorgeht. Insbesondere nannten die Jobcenter folgende Aspekte:

1. Akzeptierende Haltung und Ausgestaltung: Kennzeichnend für die beschriebenen Maßnahmen war eine unterstützende Haltung, die auch mögliche Rückfälle konstruktiv begleitete und es ermöglichen sollte, Probleme „*angstfreier*“ zu kommunizieren. „*Kleine Vergehen*“ sollten nicht zum Ausschluss führen. In der Maßnahme werde „*ohne Sanktionsdruck*“ gearbeitet, schrieb ein Jobcenter, ein anderes: „*Eine Ausgrenzung findet nicht statt und bei Fehlzeiten wird zunächst versucht, Kontakt zum Kunden zu bekommen, um weitere Hilfen anzubieten.*“
2. Ausrichtung auf therapeutische Ziele: Viele der genannten Maßnahmen verfolgten neben dem Ziel der Stabilisierung und der Heranführung an den Arbeitsmarkt eine Strategie, die Teilnehmende zur Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfen oder „*eine Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht*“ motivieren sollte. Als auf Suchtkranke zugeschnittene Besonderheiten der Maßnahmen hoben Jobcenter z.B. hervor, die „*Motivation zur Krankheitseinsicht und Therapiebereitschaft*“ werde gefördert.
3. An das individuelle Arbeitsvermögen angepasste Arbeitszeiten: Die von den Jobcentern beschriebenen Maßnahmen waren vielfach gekennzeichnet durch „*flexible Arbeitszeiten*“, die Möglichkeit zur „*stufenweisen Erhöhung der Arbeitszeiten*“ (z.B. beginnend bei zwei Stunden pro Woche), eine „*teilnehmerorientierte, bedarfsorientierte Zeitgestaltung*“, die „*Freistellungen*“ für den Besuch der Suchtberatung vorsah oder eine „*Berücksichtigung*“ von Substitutensterminen. Die allmähliche Erlangung von „*Tagesstruktur*“ sollte unterstützt werden.
4. Für geeignet hielten einige Jobcenter daher auch „*langfristige Maßnahmen (in der Regel für 12 Monate)*“, um einen „*gleitenden Einstieg*“ zu ermöglichen und Teilnehmende „*kleinschrittig an den Arbeitsmarkt heranzuführen*“.
5. Spezialisiertes, qualifiziertes, multiprofessionelles Personal: Die Jobcenter wiesen oft auf eine „*intensive sozialpädagogische Begleitung*“ hin, die sicher zum Standard der Maßnahmengestaltung für Personen mit besonderen Vermittlungshemmnissen gehört. Darüber hinaus gab es eine Reihe von Nennungen, die zum einen deutlich machten, dass in den beschriebenen Maßnahmen nicht nur Sozialarbeiter/innen oder Sozialpädagog/inn/en arbeiteten, sondern auch „*medizinisches Personal*“, „*Ärzte*“, „*Psychologen*“ oder Mitarbeitende mit hauswirtschaftlichen Kenntnissen. Zum anderen wurde auf „*spezielle*“, „*suchttherapeutische*“ Zu-

satzqualifikationen und die Erfahrung der Träger und ihrer Fachkräfte mit dem Personenkreis hingewiesen.

6. Vermeidung von Überforderung: „Überlastung“, „Zeitdruck“, „Leistungsdruck“ oder zu hohe Anforderungen in Maßnahmen galt es für die Jobcenter zu vermeiden. In den beschriebenen Maßnahmen stand z.B. die „Vereinbarung von niedrighschwelligigen Teilzielen“ im Zentrum der Gespräche mit Teilnehmenden. Maßnahmeinhalte wurden „dem Leistungsvermögen der Suchtkranken angepasst“.
7. Praktische Unterstützung: Qualitätsmerkmal der beschriebenen Maßnahmen war eine auf praktische Unterstützungsangebote ausgerichtete Beratung. Hierzu gehörten etwa aufsuchende Angebote („Die Jugendlichen sollen in ihrer Lebenswelt aufgesucht werden.“) und sehr häufig die Begleitung durch Fachkräfte aus der Maßnahme etwa zu „Untersuchungsterminen“, zu „Ärzten“, zu Beratungsstellen und „den entsprechenden Einrichtungen“ außerhalb. Zu den „praktischen Handlungsansätzen“ gehörte auch „Hilfestellungen z. Bsp. In der Beantragung von medizinischen Maßnahmen, Rentenverfahren“ oder „zu den Themen Finanzen, Wohnen“.
8. Vernetzung: „Eine enge Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern“ gehörte für viele Jobcenter zu den wichtigen Voraussetzungen sowohl für das Gelingen von Maßnahmen wie von individuellen Integrationsprozessen. Genannt wurden die lokalen Netzwerke im Allgemeinen, „Fachdienste“, „Suchtberatungsstellen“, Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände, „Kliniken“, „Ärzte“, „Arbeitsagentur“, die „Reha“ oder „Substitutionseinrichtungen und Therapiezentren“.

Wie die Erläuterungen zeigten, handelte es sich bei einer ganzen Reihe der „allgemeinen“ Aktivierungsmaßnahmen also durchaus um spezialisierte Angebote mit einem etwas weiteren Zielgruppenverständnis. Sie richteten sich nicht an Suchtkranke allein, sondern an eLb mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen aller Art und an „Fallmanagementkunden“ mit multiplen Vermittlungshemmnissen.

Der Anteil der Jobcenter, die suchtkranke Leistungsberechtigte sowohl in allgemeinen wie in spezialisierten Maßnahmen förderten, stieg von 20 % im Jahr 2009 auf 26 % im Jahr 2016 (Tabelle 64). Dies und der sehr positive Befund zur konzeptionellen Vielfalt und einer fachlich anspruchsvollen Ausgestaltung vieler Maßnahmen darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es zugleich eine relativ sichtbare Gruppe von Jobcentern gab, die Suchtkranken weder spezialisierte Aktivierungsangebote machte noch ihnen den Zugang in allgemeine Arbeitsförderungsmaßnahmen ermöglichte. Ihr Anteil stieg zwischen 2009 und 2016 ebenfalls geringfügig an, nämlich von 26 % auf immerhin 29 %.

Tabelle 64: Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Personen mit Suchtproblemen – allgemeine und spezielle Maßnahmen 2009 und 2016

			Spezielle Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen				Gesamt	
			Ja		Nein			
			N	In Prozent der antwortenden JC/GSS	N	In Prozent der antwortenden JC/GSS		
Allgemeine Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, die die Bedürfnisse von Menschen mit Suchtproblemen gezielt berücksichtigen	2009	Ja	64	20,3	102	32,4	166	315
		Nein	68	21,6	81	25,7	149	
	2016	Ja	83	26,0	74	23,2	157	319
		Nein	71	22,2	91	28,5	162	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen H 1 und H 2 (N = 315) und H 3 und H 5 (N = 319).

Die Ausstattung vieler Maßnahmen mit psychologischer, psychiatrischer und suchtspezifischer Kompetenz könnte ein Grund sein, dass nur ein kleiner und zudem im Zeitvergleich sinkender Teil der Jobcenter eine (Nach-)Betreuung von Leistungsberechtigten bei Eintritt in eine Maßnahme umsetzte. Da sich eine diesbezügliche Frage (Tabelle 65) aber auch auf eine Nachbetreuung nach einer Arbeitsaufnahme bezog, bedeutet dies, dass ein Übergang suchtkranker eLb in Arbeit nur selten durch eine Begleitung abgesichert wird. Vor dem Hintergrund einer hohen Rückfallgefährdung bei biografisch einschneidenden Veränderungen gefährdet dies vermutlich die Nachhaltigkeit der ohnehin nur selten gelingenden Integrationen (Henke et al. 2009, 2010).²⁸

Tabelle 65: Organisation einer (Nach-)Betreuung/psychosoziale Begleitung durch eine Einrichtung der Suchthilfe oder andere komplementäre Dienste 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Ja	81	25,6	100	32,5
Nein	235	74,4	208	67,5
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	319	100,0	308	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen J 6 und J 5.

²⁸ Es konnte nicht mehr untersucht werden, ob eine Neuregelung des § 16g (2) Satz 1 SGB II, die mit dem „Neunten Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Rechtsvereinfachung – sowie zur vorübergehenden Aussetzung der Insolvenzantragspflicht“ (BGBl. 2016 Teil I Nr. 37) in Kraft trat, hieran etwas ändert: Seit dem 01.08.2016 können Leistungen nach § 45 SGB III, nach § 16a oder § 16f bis zu sechs Monate nach Beschäftigungsaufnahme auch erbracht werden, wenn die Hilfebedürftigkeit der oder des Erwerbsfähigen aufgrund des zu berücksichtigenden Einkommens entfallen ist.

3.4.3 Kooperationen bei der Maßnahmegestaltung und -durchführung

Auf struktureller Ebene pflegten die Jobcenter eine enge Kooperation mit vielen anderen Akteurinnen und Akteuren in ihrem jeweiligen Zuständigkeitsbereich (vgl. oben: 3.5), und sie kooperierten mit etlichen anderen Institutionen bei der Durchführung von (gesundheitsbezogenen) Informationsveranstaltungen oder Aktionstagen. Für die Planung und Umsetzung von Beschäftigungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen fühlen sie sich aber eindeutig allein zuständig.

Nur 25 Jobcenter – wenig mehr als 2009 und nur knapp 8 % aller befragten Jobcenter – kooperierten bei der Durchführung von Maßnahmen mit anderen Sozialleistungsträgern. Am häufigsten war dies der örtliche Sozialhilfeträger.

Tabelle 66: Andere Leistungsträger als Kooperationspartner bei der Durchführung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsangeboten für Leistungsbeziehende mit Suchtproblemen 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Gemeinsam mit einem anderen Träger	25	62,5	19	50,0
Örtliche Sozialhilfeträger	13	32,5	11	28,9
Agentur für Arbeit	8	20,0	8	21,1
Rentenversicherungsträger	0	0,0	5	13,2
Krankenversicherungsträger	4	10,0	2	5,3
Überörtliche Sozialhilfeträger	4	10,0	2	5,3
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	40		38	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Frage H 1c und H 4.

Nur acht Jobcenter kooperierten bei der Maßnahmedurchführung mit der Agentur für Arbeit. Nach den Erläuterungen zu sonstigen Kooperationspartnern und -partnerinnen arbeiteten fünf Jobcenter mit Trägern der Jugendhilfe und zwei mit weiteren Jobcentern zusammen. Eine Nennung bezog sich auf ein Kooperationsprojekt mit dem örtlichen und dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Nicht einmal ein Fünftel der befragten Jobcenter führte Maßnahmen gemeinsam mit Trägern der Suchthilfe durch. Am häufigsten waren Suchtberatungsstellen beteiligt, auch einige wenige Fachkrankenhäuser oder Reha-Einrichtungen wurden als kooperierende Träger genannt.

Tabelle 67: Gemeinsam mit Trägern oder Einrichtungen der Suchthilfe durchgeführte Beschäftigungsprojekte oder Aktivierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen 2016

	2016		
	N	In % der antwortenden JC	In % der JC mit gemeinsamen Maßnahmen (N = 60)
Nein	260	81,3	
Ja, und zwar mit (Mehrfachnennungen)	60	18,7	
<i>Fachklinik/-krankenhaus für Suchtkranke</i>	9		15,0
<i>medizinischer Sucht-Reha/Adaptionseinrichtung</i>	4		6,7
<i>Suchtberatungsstelle</i>	35		58,3
<i>Einrichtung der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII</i>	7		11,7
<i>einem anderen Träger/einer anderen Einrichtung</i>	22		36,7
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	320	100,0	

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Fragen H 6 und H 6a.

3.5 Kooperation mit dem lokalen Gesundheitssystem

Der Netzwerkgedanke steht für ein integratives Gesamtkonzept der Betreuung und Integration, und dabei vor allem für ganzheitliche Unterstützung, Bündelung verschiedener Kompetenzen und verzahntes Vorgehen bei effizientem Ressourceneinsatz. Die Planung und Bereitstellung abgestimmter und ausreichender Angebote für suchtkranke Leistungsberechtigte erfordert strukturelle Kooperationen über die Ebene des Einzelfalls hinaus, damit die vielen einzelnen Beratungs- und Unterstützungsangebote zu einem integrativen Vorgehen gebündelt werden können.

Die Befragungsergebnisse zeigen (Tabelle 68), dass die Jobcenter über breit gefächerte Netzwerke verfügen und zum Thema Sucht mit einer Vielzahl an externen Akteuren kooperierten, am häufigsten mit über 90 % der Nennungen mit den lokalen bzw. regionalen Suchtberatungsstellen, gefolgt von den Sozialpsychiatrischen Diensten und Gesundheitsämtern der Kommunen (87 %), den Maßnahmeträgern (85 %) und rechtlichen Betreuern und Betreuerinnen (81 %). Demgegenüber kooperierten jeweils weniger als 30 % der Jobcenter z.B. mit Einrichtungen der Sucht-Reha, Suchtambulanzen in Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, Krankenkassen und Arbeitgebern.

In den Freitextnennungen (N = 15) wurden weitere Kooperationspartnerinnen und -partner genannt: Justizbehörden/Bewährungshilfe (N = 4), sozialpädagogische Familienhilfe/Träger der psychosozialen Betreuung (N = 3), Anbieter der ambulanten Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII (N = 2), Arbeitskreis Sucht (N = 1).

Tabelle 68: Externe Kooperationspartner/innen auf lokaler Ebene 2016 (Mehrfachnennungen)

	N	In %
Sucht-/Drogenberatungsstelle(n)	297	93,4
Sozialpsychiatrische Dienste und Gesundheitsämter der Kommunen	275	86,5
Maßnahmeträger	271	85,2
Rechtliche Betreuerinnen und Betreuer	259	81,4
Beratungsstellen der freien Träger der Wohlfahrtspflege	221	69,5
Jugendhilfeträger und Jugendhilfeeinrichtungen (SGB VIII)	213	67,0
Sozialhilfeträger (SGB XII)	203	63,8
Ärzte (Hausärzte, substituierende Ärzte, Fachärzte)	88	27,7
Teilstationäre Suchtrehabilitation (Tageskliniken)	86	27,0
Sucht-Reha-Kliniken	83	26,1
Arbeitgeber	81	25,5
Suchtambulanzen in Allgemein- oder Fachkrankenhäusern	67	21,1
Krankenkassen	51	16,0
Selbsthilfegruppen	31	9,7
Sonstige	15	4,7
Gesamtzahl der antwortenden JC	318	

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage I 1.

Als Vorteile von Optionskommunen gelten u.a. eine höhere Kompetenz im sozialen Bereich und die bessere Kenntnis der lokalen Strukturen (DLK 2011). Im Vergleich zwischen zugelassenen kommunalen Trägern und gemeinsamen Einrichtungen (Tabelle 69) deuten die Befragungsergebnisse aber auf nur unwesentlich eingespieltere Kontakte der optierenden kommunalen Träger in die lokalen Hilfesysteme. Ein kaum größerer Teil der zKT als der gE kooperierte mit den Suchtberatungsstellen (95 % ggü. 93 %) und mit anderen Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände (73 % ggü. 69 %). Ihr Anteil war auch bei der Zusammenarbeit mit Maßnahmeträgern (92 % ggü. 84 %), mit den Sozialpsychiatrischen Diensten und Gesundheitsämtern (92 % ggü. 85 %) sowie mit den für die Sozialhilfegewährung zuständigen Stellen (67 % ggü. 63 %) höher als bei den gE. Doch der Vorsprung der zKT ist gering, und bei den Kontakten ins System der medizinischen Suchtrehabilitation (insb. zu den Sucht-Reha-Kliniken) waren es sogar mehr gemeinsame Einrichtungen, die den Kontakt regelmäßig pflegten, als zKT.

Tabelle 69: Lokale Kooperationspartner nach Trägermodell 2016 (Mehrfachnennungen)

	gE		zkT	
	N	In %	N	In %
Sucht-/Drogenberatungsstelle(n)	217	93,1	80	95,2
Sozialpsychiatrische Dienste und Gesundheitsämter der Kommunen	198	85,0	77	91,7
Maßnahmeträger	194	83,3	77	91,7
Rechtliche Betreuerinnen und Betreuer	191	82,0	68	81,0
Beratungsstellen der freien Träger der Wohlfahrtspflege	160	68,7	61	72,6
Jugendhilfeträger und Jugendhilfeeinrichtungen (SGB VIII)	156	67,0	57	67,9
Sozialhilfeträger (SGB XII)	147	63,1	56	66,7
Sucht-Reha-Kliniken	65	27,9	18	21,4
Teilstationäre Suchtrehabilitation (Tageskliniken)	64	27,5	22	26,2
Ärzte (Hausärzte, substituierende Ärzte, Fachärzte)	61	26,2	27	32,1
Arbeitgeber	56	24,0	25	29,8
Suchtambulanzen in Allgemein- oder Fachkrankenhäusern	50	21,5	17	20,2
Krankenkassen	41	17,6	10	11,9
Selbsthilfegruppen	26	11,2	5	6,0
Sonstige	15	6,4	0	0,0
Gesamtzahl der antwortenden JC	233		84	

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage I 1.

Wie Tabelle 70 zeigt, wurden von den Jobcentern auch verschiedene Gremien und Arbeitskreise zur Netzwerkarbeit genutzt, erwartungsgemäß am häufigsten Arbeitskreise mit Suchtberatungsstellen, mit denen sich 70 % der Jobcenter regelmäßig zu Arbeitsgesprächen treffen, gefolgt von örtlichen „Arbeitskreisen Sucht“ oder „Netzwerken Sucht“ und den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG). In Relation zu den Daten aus der Erhebung im Jahr von 2009 zeigt sich 2016, dass der Anteil der Jobcenter, die an den in Tabelle 70 aufgelisteten Gremien und Arbeitskreisen teilnahmen, teils zugenommen (GPV), teils abgenommen hat (PSAG).

Tabelle 70: Gremien und Arbeitstreffen, an denen ein Vertreter bzw. eine Vertreterin des Jobcenters regelmäßig teilnahm, 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Örtlicher Arbeitskreis Sucht/„Netzwerk Sucht“	162	50,9		
Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)	127	39,9	118	50,9
Arbeitskreis der Jugendhilfe	64	20,1		
Hilfeplankonferenzen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII	58	18,2		
Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)	42	13,2	20	8,6
Örtliche Gesundheitskonferenz	28	8,8	19	8,2
Sonstige	32	10,1	125	53,9
Es gibt Arbeitstreffen zwischen dem Jobcenter und der/den Suchtberatungsstelle(n).	223	70,1		
Es gibt Arbeitstreffen zwischen dem Jobcenter und anderen Akteuren.	64	20,1		
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	318		232	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Frage I 2 und I 2.

Zu diesem Fragenkomplex konnten die Jobcenter in drei Freitextfeldern weitere Gremien und Arbeitskreise nennen, mit denen sie regelmäßig zusammenarbeiteten. Insgesamt wurden 158 (2009: N = 125) Nennungen notiert. Davon entfielen 62 auf Kooperationspartner und Kooperationspartnerinnen im Bereich Jugend und Jugendhilfe. Genannt wurde z.B. Arbeitsgruppen zu den Themen „Jugend, Schule, Beruf“, „Bündnis Jugend in Arbeit“, die Mitarbeit in Jugendhilfeausschüssen und Arbeitsgruppen im Jugendamt zur Kindeswohlgefährdung. In der Erhebung von 2009 gab es hier lediglich sechs Nennungen.

Es zeichnete sich ab, dass Jugendberufsagenturen, die zum Zeitpunkt der Befragung vielerorts im Aufbau waren, zunehmend Bedeutung erlangen.²⁹ Dass sich dort alle Leistungen für junge Erwachsene „unter einem Dach“ befänden, wurde von einem Jobcenter als neue Qualität der Vernetzung „mit den Trägern der kommunalen Eingliederungsleistungen“ beschrieben. Auch andere der 16 Jobcenter, die in Jugendberufsagenturen bereits mit anderen lokalen Akteuren kooperierten, hoben hervor, dass die Suchtberatung beteiligt sei, oder dass Termine mit der Suchtberatung aus dem Beratungsgespräch bei der Jugendberufsagentur heraus vereinbart würden.

96 Nennungen umfassten Arbeitskreise zu den Themenbereichen Suchtprävention, Suchtberatung, Suchtrehabilitation, Substitution, „Streetwork“ (N = 46), gefolgt von Kooperationen mit So-

²⁹ Im Koalitionsvertrag der Bundesregierung für die 18. Legislaturperiode wurde die flächendeckende Einrichtung von Jugendberufsagenturen vereinbart, die Leistungen nach den SGB II, III und VIII für junge Erwachsene bündeln sollen (Bundesregierung 2013).

zial- und Gesundheitsämtern (N = 20), mit Agenturen für Arbeit und Arbeitskreisen „Arbeit und Beschäftigung“ (N = 15), Schuldnerberatungsstellen (N = 5), Trägern und Einrichtungen des betreuten Wohnens (N = 5), Arbeitstreffen mit JVA zum Entlassmanagement/Bewährungshilfe (N = 4) und mit einer Beratungsstelle für Migranten und Migrantinnen (N = 1).

Ein gutes Drittel der Jobcenter teilte mit, dass weitere Kooperationsprojekte mit Trägern und Einrichtungen der Suchthilfe existierten; 19 % der Jobcenter planten solche Projekte (Tabelle 72).

Tabelle 71: Existenz und Planung weiterer Kooperationsprojekte zwischen Trägern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und den Grundsicherungsstellen 2009 und 2016

	2016				2009			
	Bereits realisiert		Geplant		Bereits realisiert		Geplant	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
Nein	206	65,0	258	81,4	211	66,8	237	75,7
Ja	111	35,0	59	18,6	105	33,2	76	24,3
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	317	100,0	317	100,0	316	100,0	313	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen I 3, I 4 und I 3, I 5.

Tabelle 72: Weitere Kooperationsprojekte zwischen Grundsicherungsstellen und Trägern und Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe – realisierte und geplante Vorhaben 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016				2009			
	Bereits realisiert		Geplant		Bereits realisiert		Geplant	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
Fortbildungen zu suchtspezifischen Themen	99	89,2	42	71,2	98	89,1	56	74,7
Vorhalten eines suchtbefindlichen Konsiliardienstes	8	7,2	7	11,9	8	7,3	3	4
Auslagerung des Fallmanagements bei Suchtkranken an die Suchtkrankenhilfe	2	1,8	0	0,0	4	3,6	-	-
Übernahme von Aufgaben im Rahmen der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit durch Träger der Suchtberatung/Suchtkrankenhilfe	0	0,0	1	1,7	2	1,8	3	4
Kooperationsprojekte zu schnelleren Zugängen zu Entgiftung und Suchtbehandlung	3	2,7	-	-	-	-	-	-
Sonstiges	11	9,9	21	35,6	14	13,3	18	24
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	111		59		105		76	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen und Jobcenter, Frage I 3, I 4 und I 3, I 5.

Tabelle 72 schlüsselt im Einzelnen auf, welche weiteren Kooperationsprojekte existierten, und welche in Planung waren. Nahezu alle Jobcenter (90 %) nannten hier Fortbildungen zu suchtspezifischen Themen, die 71 % der Jobcenter auch fortsetzen möchten. Hingegen berichteten nur acht (7 %), dass eine Suchtberatungsstelle einen Konsiliardienst in ihrem Jobcenter unterhielt. Sieben Jobcenter planten einen Konsiliardienst. Eine Auslagerung des Fallmanagements an die Suchthilfe wurde so gut wie von keinem Jobcenter praktiziert und geplant. Auch waren nur rund 3 % in Projekten aktiv, die auf einen schnelleren Zugang zur Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung (medizinische Suchtrehabilitation) abzielten.

In den Freitextfeldern wurden weitere bereits existierende Kooperationsprojekte genannt (N = 11). Ein Jobcenter verfügte bereits über ein Konzept für einen Konsiliardienst, und drei weitere planten Ähnliches: Eine „14-tägige offene Sprechstunde der Suchtberatungsstelle im Jobcenter“, „Beratungssprechstunden der Suchtberatungsstelle im Jobcenter“ und eine „Suchtberatungsstelle im Haus“. Berichtet wurden ferner mit jeweils einer Nennung: Ein Integrationsprojekt für substituierte Drogenabhängige, Kooperationsvereinbarungen mit einer Sucht-Reha-Klinik zur besseren Sicherung des Reha-Erfolgs, Kooperation mit einer Schuldnerberatungsstelle. Darüber hinaus gab es 59 Nennungen für weitere Zukunftsvorhaben, von denen 50 auf suchtspezifische Fortbildungen entfielen (Kurse, Fachtagungen, gegenseitige Hospitationen), gefolgt von jeweils einzelnen Nennungen für: mehr Arbeitsprojekte, Erhöhung der Zahl der gemeinsamen Fallgespräche mit der Suchtberatung, Weiterentwicklung von Praktiken der gemeinsamen Fallbetreuung, Projekte zur Realisierung von nahtlosen Anschlüssen von arbeitsbezogenen Maßnahmen an die Beendigung der Sucht-Reha sowie an die Entlassung aus Justizvollzugsanstalten.

Zudem wurden die Jobcenter gefragt, wie gut oder schlecht sie die aktuelle Zusammenarbeit mit ihren externen Kooperationspartnerinnen und -partnern anhand einer 10-stufigen Benotungsskala bewerteten (Tabelle 73). Von den acht vorgegebenen Kooperationsmerkmalen wurde das Statement „es besteht Vertrauen und wechselseitige Wertschätzung zwischen den Akteuren“ mit einem Skalenmittelwert von 3,0 am besten beurteilt. Das Schlusslicht mit einem Wert von 5,5 bildete die „gemeinsame Planung von Projekten“.

Tabelle 73: Einschätzung der lokalen Vernetzung und Kooperation zu suchtbezogenen Themen insgesamt hinsichtlich folgender Merkmale (1 = sehr gut bis 10 = sehr schlecht)

	Mittelwert		SD	Min	Max	Median	Angaben für N JC
Verbindlichkeit der Beteiligung an Netzwerktreffen	3,85		2,19	1	10	3	313
Einbindung aller wesentlichen Akteure vor Ort	3,97		2,12	1	10	3	315
Einhaltung von Absprachen und Umsetzung in der Praxis	3,77		1,89	1	10	3	314
Gemeinsame Planung von Projekten	5,52		2,51	1	10	5	312
Kurze Wege in der alltäglichen Arbeit	3,59		2,14	1	10	3	316
Vertrauen zwischen den Akteuren und wechselseitige Wertschätzung	3,02		1,83	1	10	3	314
Koordination der Vernetzung	4,13		2,20	1	10	4	314
Personelle und zeitliche Ressourcen für Netzwerkarbeit auf Seiten des Jobcenters	4,59		2,33	1	10	4	315

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage I 4.

3.6 Kooperation mit der medizinischen Suchtrehabilitation

Auf die Schnittstelle zwischen den Jobcentern und der medizinischen Suchtrehabilitation (im Folgenden kurz Sucht-Reha) beziehen sich drei in der Leistungsbeschreibung für das vorliegende Forschungsprojekt vorgegebene Fragestellungen: 1) Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen den Jobcentern und den Akteuren der Sucht-Reha? 2) Welche Faktoren fördern oder behindern den Erwerbszugang nach Abschluss einer Sucht-Reha-Maßnahme? 3) Welche Auswirkungen darauf hat ein vorübergehender Trägerwechsel aufgrund der 6-Monatsregelung nach § 7 Absatz 4 SGB II?

Die Zielsetzung der medizinische Rehabilitation, zunehmend auch beruflich-orientierte medizinische Rehabilitation genannt, ist auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben durch Wiederherstellung der Gesundheit gerichtet, hier durch Behandlung der Sucht und der gesundheitlichen Folgen. In dieser Hinsicht gibt es also eine bedeutsame gemeinsame Schnittmenge mit den Zielsetzungen des SGB II. Demzufolge besteht zwischen Jobcentern und Reha-Kliniken ein objektives Kooperationsinteresse. Bedeutsam ist, dass die Sucht-Reha-Einrichtungen schon seit Langem und zunehmend selbst arbeitsbezogene Maßnahmen entwickelt haben und anbieten, z.B. Bewerbungscoaching, PC- und EDV-Kurse, Umgang mit Belastungen am Arbeitsplatz, Belastungserprobungen in externen Betrieben. Es liegt auf der Hand, dass es sinnvoll wäre, diese Maßnahmen mit denen der Jobcenter im Rahmen des SGB II abzustimmen, um mehr positive Effekte zu erzielen, Redundanz zu vermeiden und Ressourcen zu sparen.

3.6.1 Gegenseitige Information

Kooperation setzt einen funktionierenden gegenseitigen Austausch von Informationen voraus. Kooperationsprobleme an der Schnittstelle zur Sucht-Reha können sich vor allem zu zwei Zeitpunkten im Fallverlauf ergeben: zum einen beim Übergang eines Suchtkranken in eine Reha-Maßnahme, zum anderen nach Abschluss der Maßnahme.

Im ersten Fall kann es hilfreich sein, wenn die Reha-Einrichtung Informationen über die bisherige Fallbearbeitung durch das Jobcenter erhielte. Hierzu könnten etwa die Ergebnisse des Profilings, Einschätzungen der Jobcenter-Fachkräfte zur aktuellen Belastbarkeit der suchtkranken Leistungsberechtigten oder ein Sachstandsbericht zur bisherigen Integrationsplanung nützlich sein, z.B. um begonnene arbeitsbezogene Fördermaßnahmen seitens der Klinik fortzusetzen. Tabelle 74 zeigt aber, dass nur rund jedes achte Jobcenter diesbezügliche Informationen an die Reha-Klinik weiter gab, und bei etwas mehr als jedem Vierten keine einheitliche Regelung existierte.

Tabelle 74: Weitergabe von Informationen der Fallbearbeitung (z.B. des Profilings) an die Einrichtungen der Suchtbehandlung 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Ja	42	13,2	39	12,3
Nein	188	59,1	201	63,4
Hierzu gibt es kein einheitliches Vorgehen.	88	27,7	77	24,3
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	318	100,0	317	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen H 6 und H 11.

Im zweiten Fall benötigen die Integrationsfachkräfte Informationen der entlassenden Klinik, um den für die Dauer der Rehabilitationsmaßnahme unterbrochenen Integrationsprozess zeitnah wieder aufnehmen und gegebenenfalls die von der Klinik durchgeführten bzw. eingeleiteten arbeitsbezogenen Maßnahmen fortsetzen oder sinnvoll ergänzen zu können. Hier zeigt sich, dass die Reha-Einrichtungen häufiger Informationen der arbeitsbezogenen Fallbearbeitung an die Jobcenter übermittelten als umgekehrt (Tabelle 75). 21 % gaben regelhaft entsprechende Informationen an die Jobcenter weiter; weitere 30 % der Jobcenter erhielten solche Informationen aber nur, wenn sie dies von der Reha-Einrichtung erfragten.

Tabelle 75: Weitergabe von Informationen seitens der Einrichtungen der Suchtbehandlung über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
In der Regel ja	67	21,1	72	22,7
Nur dann, wenn wir dies erfragen	95	29,9	85	26,8
In der Regel nein	123	38,7	128	40,4
Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.	33	10,4	32	10,1
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	318	100,0	317	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Jobcenter 2016, Fragen H 7 und H 12.

Ein tatsächlich gegenseitiger Informationsfluss fand relativ selten statt. Tabelle 76 zeigt, dass lediglich 21 Jobcenter (= rund 7% aller 317) Informationen der Fallbearbeitung regelmäßig an die Suchtbehandlungseinrichtungen weitergaben und von diesen solche Informationen erhalten haben. Nimmt man die Kategorie „auf Nachfrage“ hinzu, so erfolgte eine beidseitige Informierung in 34 Jobcentern (= 11 % aller 317).

Tabelle 76: Gegenseitige Informationen zur Fallbearbeitung (z.B. des Profilings) an die Einrichtungen der Suchtbehandlung und Weitergabe von Informationen der Suchtbehandlungseinrichtungen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Maßnahmen an die Fachkräfte Ihres Jobcenters 2016

	In der Regel ja		Nur auf Nachfrage		In der Regel nein		Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
Ja	21	31,3	13	13,8	4	3,3	4	12,1
Nein	25	37,3	49	52,1	95	77,2	18	54,5
Hierzu gibt es kein einheitliches Vorgehen.	21	31,3	32	34,0	24	19,5	11	33,3
Gesamtzahl der antwortenden JC	67	100,0	94	100,0	123	100,0	33	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Fragen H 11 nach H 12.

Auf die Frage, ob die Informationen für die weitere Planung und Durchführung von Maßnahmen der Aktivierung und Integration in den 1. Arbeitsmarkt hilfreich waren, antworteten 162 Jobcenter. Von diesen beantworteten rund 90 % die Frage mit „hilfreich“ bzw. „teilweise hilfreich“ (Tabelle 77).

Tabelle 77: Qualität der Informationen für die Fachkräfte Ihres Jobcenters für die weitere Planung/Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen bzw. Maßnahmen der Integration in den 1. Arbeitsmarkt 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.	14	8,6	10	6,4
In der Regel hilfreich	107	66,0	103	66,0
In der Regel teilweise hilfreich	37	22,8	42	26,9
In der Regel nicht hilfreich	4	2,5	1	0,6
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	162	100,0	156	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen H 7a und H 12a.

Zusammenfassend zeigt sich, dass in den präsentierten Befunden des Jahres 2016 zur gegenseitigen Informierung zwischen Jobcenter und Sucht-Reha keine substantiellen Veränderungen bzw. Verbesserungen im Vergleich zum Jahr 2009 stattgefunden haben.

3.6.2 Nahtlose Übergänge

Wie in Abschnitt 2.2.2 bereits dargelegt, ist die Zeit nach Beendigung einer Sucht-Reha generell eine kritische Phase, in der sich Rückfälle häufig ereignen, besonders bei Arbeitslosen. Daher sollten sich die vom Jobcenter bereitgestellten arbeitsbezogenen Fördermaßnahmen zeitlich möglichst nahtlos an die Beendigung der Sucht-Reha anschließen, um eine nachhaltige Stabilisierung des Reha-Erfolgs, insbesondere die Sicherung der Suchtmittelabstinenz zu erreichen. Nahtlosigkeit hatte bereits im Jahr 2007 der damalige Drogen- und Suchtrat gefordert (Beschluss vom 5.11.2007).

Die Realität im Jahr 2016 gibt Tabelle 79 wieder. Danach gelang es rund einem Drittel der Jobcenter in den „meisten“ Fällen, nahtlose Übergänge herzustellen. Bei weiteren 43 % war dies zumindest „manchmal“ der Fall. Dass sich trotz gestiegenen Problembewusstseins seit der Erstbefragung keine messbare Verbesserung der Situation zeigt, verweist aber auf Umsetzungsprobleme in der Praxis. Im Vergleich zur Erhebung von 2009 zeigen sich diesbezüglich keine Fortschritte.

Tabelle 78: Schließen sich die durch Ihr Jobcenter eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zeitlich nahtlos an die Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung) an? 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.	45	14,2	34	10,7
Meistens	96	30,2	117	36,9
Manchmal	138	43,4	131	41,3
Selten	24	7,5	20	6,3
In der Regel nicht	15	4,7	15	4,7
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	321	100,0	317	100

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen H 8 und H 13.

Auf die weitergehende Frage, ob die Reha-Kliniken in ihrem Entlassmanagement den Jobcentern konkrete Vorschläge für die weitere berufliche Unterstützung Suchtkranker unterbreiteten, antwortete mit „meistens“ nur eine kleine Minderheit von 6 % der Jobcenter (Tabelle 79).

Die zu dieser Frage gehörende Kommentierungsmöglichkeit nutzten einige Jobcenter, um zu unterstreichen, dass eine solche Kooperation aus ihrer Sicht „sinnvoll“ und „sehr wünschenswert“ sei. Wenige (N = 17) wiesen auf tatsächlich bestehende Kooperationen zu Kliniken, nur sechs von ihnen ausdrücklich auf Kooperationsvereinbarungen hin, die sie mit bestimmten Kliniken abgeschlossen hatten. Drei Jobcenter bereiteten Kooperationsvereinbarungen vor. Zwei Jobcenter beschrieben Kooperationsprojekte, in denen sie die Betreuung von Rehabilitanden verbesserten: durch wöchentliche Sprechstunden in der Klinik und durch ein „Beratungsprojekt ... zusammen mit dem Reha-Team und der Arbeitsvermittlung der Agentur für Arbeit“.

Ein Jobcenter berichtete von Meinungsverschiedenheiten: „Das Jobcenter bemüht sich um eine gute Zusammenarbeit mit den sozialpädagogischen Diensten der umliegenden Kliniken zur Sicherstellung eines reibungslosen Übergangs. Es gibt allerdings hier gelegentlich unterschiedliche Vorstellungen. So verlangt das Jobcenter vor Beginn einer beruflichen überbetrieblichen Ausbil-

„*dung im Anschluss an eine Suchtherapie eine Bewährungsphase in einer niederschweligen Aktivierungsmaßnahme um die Stabilität des Kunden und seine/ihre Durchhaltefähigkeit zu testen.*“ Ein Jobcenter hatte die Erfahrung gemacht, dass den Kliniksozialdiensten oder dem ärztlichen Personal „*der Einblick in unsere Arbeit und der Überblick über unsere Möglichkeiten*“ fehle. Sei dies den Kliniken aber bekannt, „*arbeiten sie gern zusammen.*“

Daneben gab es weitere Hinweise auf Gründe, die eine Kooperation aus Sicht der Jobcenter erschwerten. So enthalte z.B. der Abschlussbericht der Kliniken zu wenige oder nicht die richtigen Informationen („*nur die körperliche Verfassung*“, nicht aber den „*beruflichen*“ Unterstützungsbedarf, „*Vorschläge werden nur in der Form: ‚...als arbeitsfähig/arbeitsunfähig entlassen‘ unterbreitet*“) „*Hilfreich wäre eine Aussage zur Erwerbsfähigkeit des Kunden und/ oder eine ergotherapeutische Aussage über das Leistungsvermögen (was steht im Vordergrund? Aktivierung, Stabilisierung, Weiterbildung oder Integration in Arbeit)*“. Berichtet wurde, dass statt des Jobcenters eher die vermittelnde Suchtberatungsstelle über den Ausgang der Behandlung informiert werde und dass Datenschutzprobleme die Weitergabe wichtiger Informationen erschwerten.

Tabelle 79: Werden Ihnen im Rahmen des Entlassmanagements der Kliniken Vorschläge für die weitere berufliche Unterstützung suchtkranker Menschen gemacht? 2016

	2016	
	N	In %
Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.	54	16,9
Meistens	19	6,0
Manchmal	106	33,2
Selten	62	19,4
In der Regel nicht	78	24,5
Gesamtzahl der antwortenden JC	319	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage H 14.

Die gleiche Frage nach dem Entlassmanagement wurde auch in Hinblick auf Suchtmittelabhängige gestellt, die aus Justizvollzugsanstalten entlassen wurden. Hier zeigt sich, dass Vorschläge für die weitere berufliche Unterstützung von Inhaftierten nur 5 % der Jobcenter „*meistens*“ erhielten (Tabelle 80). Bei allen anderen war dies nicht bzw. höchstens „*manchmal*“ der Fall .

Tabelle 80: Werden Ihnen im Rahmen des Entlass- bzw. Übergangsmanagements von Justizvollzugsanstalten Vorschläge für die weitere berufliche Unterstützung suchtkranker Haftentlassener gemacht? 2016

	2016	
	N	In %
Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.	61	19,1
Meistens	17	5,3
Manchmal	42	13,2
Selten	53	16,6
In der Regel nicht	146	45,8
Gesamtzahl der antwortenden JC	319	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage H 15.

3.6.3 Umgang mit § 7 Absatz 4 SGB II

Der § 7 Absatz 4 SGB II schließt SGB-II-Leistungen bei Personen aus, die länger als sechs Monate in einer „stationären Einrichtung“ untergebracht sind, sofern sie dort nicht mindestens fünfzehn Stunden pro Woche erwerbstätig sind. Daraus resultiert ein besonderes Problem an der Schnittstelle zwischen dem SGB II und den Trägern und Einrichtungen der Sucht-Reha. Gehen Suchtkranke in eine länger als sechs Monate dauernde medizinische Sucht-Reha, so endet damit in aller Regel die Zuständigkeit des Jobcenters für die Sicherung des Lebensunterhalts und die aktive Arbeitsförderung, und für die Dauer des stationären Aufenthalts erhalten die Betroffenen Leistungen der Sozialhilfe nach dem SGB XII. Nach Beendigung der stationären Maßnahme ist ein Neuantrag auf Leistungen nach dem SGB II zu stellen. Diese gesetzlich vorgegebene Schnittstelle führt damit sowohl beim Übergang in die Sucht-Reha als auch bei ihrem Abschluss zu nahezu unvermeidbaren Brüchen in der Fallbearbeitung und stellt hohe Anforderungen an Kooperationsstrukturen, die nahtlose Übergänge in und aus der Sucht-Reha zum Ziel haben.

Auf die Frage, wie häufig Suchtkranke eine Aktivierungsmaßnahme mit Beginn der Sucht-Reha gemäß § 7 Absatz 4 SGB II abbrechen mussten, antworteten 35 % der Jobcenter, dass dies zu meist gar nicht vorkam, weil in der Regel die Kosten für eine Therapie zunächst für sechs Monate übernommen wurden (Tabelle 81). Hingegen sagten 27 % „Abbrüche kommen vor“ (Tabelle 81), wobei allerdings nur 10 Jobcenter Angaben dazu machten, wie viele Fälle das pro Jahr gewesen waren (Tabelle 81 und Tabelle 82). 62 % hatten dazu keine Daten bzw. 38 % keine Erkenntnisse (Tabelle 81 und Tabelle 84).

Eindeutiger hingegen ist, dass der Anteil der Jobcenter, die von Abbrüchen berichteten, von 2009 nach 2016 deutlich gesunken war von 41 % auf 27 % (Tabelle 84).

Tabelle 81: Einschätzung zur Häufigkeit der Einstellung von Leistungen auf der Grundlage von § 7 Absatz 4 SGB II aufgrund Beginn einer länger als sechsmontatigen stationären Suchttherapie 2016

	2016	
	N	In %
In der Regel werden die Kosten für eine Therapie für max. sechs Monate übernommen, so dass meist kein Leistungsausschluss greift.	110	34,5
Uns liegen keine genauen Kenntnisse vor, aber wir schätzen die Zahl der Fälle jährlich.	10	3,1
Hierzu liegen uns keine Daten vor.	199	62,4
Gesamtzahl der antwortenden JC	319	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage H 9a.

Tabelle 82: Geschätzte Häufigkeit der Einstellung von Leistungen auf der Grundlage von § 7 Absatz 4 SGB II aufgrund Beginn einer länger als sechs monatigen stationären Suchttherapie 2016

N	Min.	Max.	Median	Mittelwert	Standardabweichung
10	1	30	4	8,50	9,79

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage H 9a.

Tabelle 83: Verfahren bei der Maßnahmeplanung bei Leistungsausschluss nach § 7 Absatz 4 SGB II 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Wir stimmen die Planung so mit den Leistungsberechtigten ab, dass keine Maßnahme mehr begonnen wird, wenn ein Therapiebeginn in Aussicht steht, bzw. dass laufende Maßnahmen zu diesem Zeitpunkt beendet sind.	155	48,4	184	69,4
Wir versuchen, arbeitsbezogene Maßnahmen bereits vor einer Therapie mit dem/der Leistungsberechtigten zu vereinbaren, und setzen diese Planung unmittelbar nach Abschluss der Behandlung in Gang.	57	17,8	123	46,4
Es kommt vor, dass suchtkranke Menschen eine Aktivierungsmaßnahme mit Therapiebeginn abbrechen müssen.	86	26,9	109	41,1
Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.	120	37,5	50	13,9
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	320		265	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen H 4 und H 10.

Welche Maßnahmen die Jobcenter initiierten, um diese Brüche zu vermeiden, zeigt Tabelle 83. Rund die Hälfte versuchte es dadurch, dass die Jobcenter-Fachkräfte vor einer geplanten Sucht-Reha keine Maßnahme mehr begannen, und 18 % dadurch, dass sie eine Maßnahme schon vor

der Therapie mit den Leistungsberechtigten vereinbaren, aber erst nach Abschluss der Reha-Maßnahme umsetzen. Solche Initiativen ergriffen erheblich weniger Jobcenter als im Jahr 2009.

Wie die Jobcenter auf einen Maßnahmeabbruch mit Sucht-Reha-Beginn gemäß § 7 Absatz 4 SGB II reagierten, gibt Tabelle 84 wieder. Danach begannen 28 % der Jobcenter bereits zum Ende der Therapie wieder mit der Aktivierung, und gut ein Viertel stellte sicher, dass die Betroffenen in dieselbe oder zumindest in eine ähnliche Maßnahme zurückkehren konnten. Bei 28 % der Jobcentern gab es keine einheitliche Regelung. Das waren deutlich weniger als in Jahr 2009 (51 %).

Tabelle 84: Maßnahmen der Jobcenter bei Abbruch einer Aktivierungsmaßnahme mit Therapiebeginn 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Keine eindeutige Regelung	30	28,3	56	51,4
Rückkehr in gleiche oder ähnliche Maßnahme	28	26,4	34	31,2
Wiederaufnahme der Aktivierung bereits zum Ende der Therapie	30	28,3	33	30,3
Sonstiges	18	17,0	9	8,3

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen H 4 a (N = 109) und H 10 a (N = 106)

3.7 Selbsteinschätzung, Erfolgskriterien und -faktoren aus Sicht der Jobcenter

3.7.1 Selbsteinschätzung der Jobcenter: Eigene Stärken und Defizite

Die Jobcenter wurden gefragt, wie sie ihre eigene Praxis bei der Beratung und Betreuung suchtkrank Menschen einschätzen. Eine positive Selbsteinschätzung gaben sie insbesondere in Bezug auf die Bereitschaft der Fachkräfte ab, sich dem Thema Sucht zu widmen (Mittelwert 2,65) und der Verfügbarkeit von kommunalen Dienstleistungen für flankierende Leistungen (2,72). Etwas kritischer fiel die Bewertung der suchtspezifischen Kompetenzen der Fachkräfte aus, wo offensichtlich noch Nachholbedarf gesehen wird (vgl. oben: 3.1.4). Dies trifft in – in vergleichsweise stärkerem Ausmaß – auch auf die Kooperation mit Einrichtungen des örtlichen Gesundheitssystems und auf die finanziellen Ressourcen zur Betreuung von Suchtkranken zu. Relativ kritisch wurden hingegen das Angebot an speziell für Suchtkranke zugeschnittene Beschäftigungsmaßnahmen (allgemein und für u25) sowie die Vermittlung von Suchtkranken in ungeforderte Beschäftigung bewertet. Diese Einschätzung entspricht in der Tendenz den Ergebnissen aus der Erstbefragung. In Bezug auf diese Frage gab es große Übereinstimmung zwischen den Antworten aus gE und zKT.

Das Bild wurde durch Erläuterungen der Jobcenter in den Freitextfeldern ergänzt.

- In Bezug auf die *Stärken* der Jobcenter wurden vor allem die Qualifikationen und Kompetenzen der Fachkräfte sowie deren z.T. langjährige Erfahrung hervorgehoben. Dadurch gelinge es, eine „gute Beziehung und Vertrauensbasis“ im Beratungsprozess herzustellen. Die Mehrzahl der Vermittlungsfachkräfte verfüge „über eine gute Mischung aus Empathie und Stringenz, ohne dabei zu vergessen, dass jede Form der Sucht eine Erkrankung ist.“ Neben den persönlichen Kompetenzen wurde häufig auch das persönliche Engagement der Integrations-

fachkräfte hervorgehoben. Im Kontext der Qualifizierung wurden einige Male die Beratungskonzeption der BA, die offene und motivierende Gesprächsführung, Transparenz und Wertschätzung sowie der stärkenorientierte Ansatz explizit genannt. Zentral seien die *„Offenheit dem Kunden gegenüber, d.h. Hilfe zur Selbsthilfe und nicht Sanktion“* stünden im Vordergrund. *„Akzeptanz und Achtung der Person ist das Wichtigste in dieser besonderen Beratung.“*

- Mehrfach wurde auf den Vorteil von Spezialisierungen und eine kundenzentrierten Ablauforganisation im Jobcenter hingewiesen: *„spezialisiertes Fallmanagement“*, *„ausreichend Zeit für die Gespräche“*, *„individuelle Terminplanung“*, *„kundenbezogener Beratungsansatz“*, *„Möglichkeit für Hausbesuche“*, *„themenbezogene Spezialisierung“* usw. Zentral sei ein entsprechend geringer Betreuungsschlüssel. Die betroffenen Personen stünden im Mittelpunkt: *„Kein Hilfebedürftiger wird aufgegeben, es werden immer wieder Hilfsangebote unterbreitet.“* Eine kontinuierliche und engmaschige Betreuung bei jeweils konstanten Ansprechpartnern sei gewährleistet. Weil *„Flexibilität/Ermessensspielraum der Fallmanager hoch“* sei, seien *„individuelle Lösungen möglich.“* In mehreren Fällen wurden zuständige Ansprechpersonen für Suchtfragen benannt, die regelmäßig an Fachtagungen oder anderen Veranstaltungen teilnahmen und die Informationen in die Teams trugen. Fachspezifisches Wissen werde in vielen Jobcentern für die Fachkräfte aufbereitet, z.B. *„auf einer internen Wissensmanagement-Plattform (WIS)“*, worauf *„alle Mitarbeiter jederzeit zugreifen“* können.
- Auch die Kooperation mit Suchtberatungsstellen und Gesundheitsämtern wurde häufig genannt: *„ein sehr engmaschiges Netzwerk“*, in das das Fallmanagement eingebunden sei sowie Kenntnis und Nutzung der lokalen Netzwerke. Dazu gehörten auch die geregelten Verfahren und sehr kurze Kommunikationswege. Durch diese Kooperationen würden auch die Qualifikationen der Fachkräfte kontinuierlich verbessert, z.B. durch regelmäßige Schulungen oder Informationsveranstaltungen der Suchtberatung. Vorzüge werden auch in Sprechstunden der Suchtberatung im Jobcenter gesehen.
- Mehrere Jobcenter nannten erfolgreiche spezifische Projekte zur Betreuung von Kunden und Kundinnen mit multiplen Vermittlungshemmnissen.
- In einem Fall wurde berichtet, dass eine *„Motivationsgruppe Sucht“* von Betroffenen gut angenommen würde.
- Im Einzelfall – insbesondere bei kleinen Jobcentern – wurden enge Kontakte zu den örtlichen Arbeitgebern hervorgehoben.

Die Beschreibung der Schwächen kreist um ähnliche Themen:

- Viele Jobcenter benannten *Defizite* im Bereich des Erkennens der Sucht, insbesondere bei *„nicht auffälligen Suchtproblemen (Spielsucht, Drogen, usw).“* Ausschlaggebend dafür sei in manchen Fällen eine zu geringe suchtspezifische Qualifikation der Fachkräfte, häufig aber fehlten auch zeitliche Ressourcen in der Vermittlung. Teilweise haben Jobcenter suchtspezifische Qualifizierungen nur für bestimmte Fachkräfte – meist im Bereich Fallmanagement – durchgeführt. *„Sinnvoll wäre, wenn alle Vermittler suchtspezifische Schulungen erhalten würden; im Jobcenter sind aktuell 4 Vermittlungsfachkräfte ausreichend geschult.“* Insbesondere die Bearbeitung des Problems *„mangelnde Krankheitseinsicht“* erfordere ein professionelles Vorgehen, wozu es mitunter an Kompetenzen fehle. Einschränkend wurde allerdings auch angemerkt: *„Integrationsfachkräfte sind keine Psychologen oder Ärzte.“* Als Defizit wurde auch benannt, es gebe *„kein einheitliches Vorgehen der IFK“*, da die *„Kenntnisse über die Krankheit Sucht in zu unterschiedlichen Maße ausgeprägt“* seien.

- Kritisch wurde von mehreren Jobcentern die Ressourcenlage eingeschätzt. Personelle und finanzielle Ausstattung der Jobcenter seien defizitär. *„Die hohen Betreuungszahlen verhindern häufige und ausführliche Beratungsgespräche, was das Erkennen einer Suchterkrankung oder das Motivieren zur Aufnahme einer Behandlung sehr schwierig macht.“* Es gebe häufig *„zu wenig Zeit für den Kunden“*. Durch *„hohe Personalfuktuation im Jobcenter“* sei es *„nicht immer möglich, alle Mitarbeiter regelmäßig und umfassend zum Thema zu schulen bzw. zu sensibilisieren.“* Dies sei insbesondere dann kritisch, wenn es auch *„keine Freistellung eines Mitarbeiters für den Themenbereich Sucht“* gibt, über den die Kontinuität gesichert werden könnte. Auch der Eingliederungstitel sei zu gering ausgestattet. *„Es fehlt die finanzielle Ausstattung, um mehr passgenaue Angebote vorhalten zu können.“* In Einzelfällen wurde eingeschätzt, dass die *„personelle Ausstattung der Suchtberatungsstelle zu knapp bemessen“* sei, was zu *„ungünstigen Wartezeiten auf Termin in Suchtberatung“* führe.
- Weitere Themen waren Planung und Steuerung. Für eine langfristige Beratung und Begleitung fehle es häufig an der dafür notwendigen Planungssicherheit. *„Viel zu geringe Mittel- und Personalausstattung und dabei keine längerfristige Finanzplanung und Planungssicherheit wg. der Jährlichkeit des Haushalts und stetig steigender Overheadabzüge durch die BA; kurzfristige Mittelzuteilungen wie im Moment bringen nichts; ein Langzeitprojekt musste deshalb vor Jahren aufgegeben werden.“* Die Zielsteuerung im SGB II führe mitunter dazu, dass die Ressourcen auf leichter vermittelbare Zielgruppen gelenkt würden: *„Der hohe Fallzahlenschlüssel der einzelnen Fachkräfte, der Erfolgsdruck in Bezug auf zu erreichende Integrationsquoten und die Besetzung von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmeangeboten... Dies führt oftmals dazu, dass schwächere Kunden, hier besonders Suchtkranke, nicht in dem Umfang betreut werden können, wie es erforderlich wäre.“*
- Defizite gebe es auch bei Maßnahmen, es fehlten *„speziell für Suchtkranke initiierte Maßnahmen“*, aber auch *„spezielle Maßnahmeangebote und Kooperationen mit Kliniken (z.B. Modell Magdeburger Weg)“*. Die Jobcenter benannten als kritisch, dass es *„keine ausreichenden Plätze in Einrichtungen wie Tagesklinik zur Stabilisierung von Gesundheit, nach Entgiftung / Entziehungskur“* sowie *„keine spezifischen Angebote nach Abschluss einer Therapie“* gebe.
- Die Jobcenter nannten mehrfach die begrenzten Möglichkeiten kleiner Jobcenter und teilweise ungünstige Bedingungen im ländlichen Raum. *„Unser Jobcenter ist zu klein für Spezialisierung pro Team“*. Aufgrund der Größe des Jobcenters und der ländlichen Struktur gebe es teilweise *„wenig Anbieter und damit ein geringes Maßnahme-Angebot für dieses Kundenkreis“*, auch seien Beratungsstellen trotz dezentraler Strukturen für Kunden oft mit öffentlichen Verkehrsmitteln nur sehr schwer zu erreichen.
- Mitunter wurde auch eine *„derzeit unzureichende Kooperation auf lokaler Ebene“* benannt. Jobcenter wünschten sich eine *„Verbesserung der Schnittstelle den Suchtberatungsstellen“*, mehr *„Fallkonferenzen mit den Netzwerkpartnern“* und eine bessere Zusammenarbeit mit Fachkliniken während und nach Therapie. Schwierigkeiten wurden häufig *„auf Grund von datenschutzrechtlichen Bestimmungen“* gesehen.
- Schließlich benannte eine Reihe von Jobcentern die geringen Möglichkeiten, die der Arbeitsmarkt für Menschen mit Einschränkungen bietet. Auch sei die *„Sensibilität für Akzeptanz von Suchtproblemen bei Arbeitgebern“* nicht sehr ausgeprägt.

Tabelle 85: Beurteilung der Tätigkeit des Jobcenters 2016

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Bereitschaft von Fachkräften im Jobcenter, sich dem Thema Sucht zu widmen	317	1	8	2,65	1,268
Kompetenzen der Fachkräfte im Jobcenter für den Umgang mit suchtkranken Leistungsberechtigten	317	1	9	3,44	1,383
Finanzielle Ressourcen, die zur Betreuung von Suchtkranken erforderlich sind	314	1	10	4,50	2,355
Kooperation mit Einrichtungen des örtlichen Gesundheitssystems	317	1	10	4,01	2,036
Verfügbarkeit von kommunalen Angeboten für flankierende Leistungen (z.B. Suchtberatung usw.)	317	1	10	2,72	1,593
Angebot von speziell für Suchtkranke zugeschnittenen Beschäftigungsmaßnahmen	315	1	10	5,75	2,481
Angebot von speziell für junge Suchtkranke u25 zugeschnittenen Beschäftigungsmaßnahmen	313	1	10	6,01	2,494
Vermittlung von Suchtkranken in ungeforderte Beschäftigung	315	1	10	6,19	2,186

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage J 6.

3.7.2 Erfolgskriterien und -faktoren, Schwierigkeiten und Gelingensbedingungen

Erfolgskriterien

Wie schon in der Erstbefragung 2009 wurden die Jobcenter gebeten, die Wichtigkeit bestimmter Erfolgskriterien bei der Betreuung/Integration erwerbsfähiger Leistungsberechtigter mit Suchtproblemen auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 10 (gar nicht wichtig) zu bewerten. In Tabelle 8 sind die Mittelwerte dieser Bewertungen dargestellt. Danach waren aus Sicht der Jobcenter die wichtigsten Erfolgsfaktoren das richtige Ansprechen der Suchtproblematik (Mittelwert 1,67), die Motivierung der eLb, eine Suchtberatung zu beginnen (1,71) und das sichere Erkennen von Suchtproblemen (1,87). Mit Werten zwischen 2,0 und 2,3 folgten die soziale Stabilisierung der Betroffenen, die Überwindung der Suchtproblematik und eine hohe Inanspruchnahme der Suchtberatung bei niedrigen Abbruchquoten. Etwas weniger wichtig (Werte zwischen 2,6 und 2,9) waren aus Sicht der Jobcenter die wechselseitige Information zwischen Jobcentern und Suchtberatung, die Klärung einer evtl. nicht gegebenen Erwerbsfähigkeit, der nahtlose Anschluss einer Aktivierungs- bzw. Beschäftigungsmaßnahme nach einer Suchtbehandlung und die regelmäßige bzw. kontinuierliche gesundheitliche Betreuung der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen. Von allen genannten Faktoren bewerteten die Jobcenter die Förderung in speziell auf Suchtkranke zugeschnittenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen (3,91), die nachhaltige Vermittlung eines hohen Anteils Suchtkranker in Beschäftigung und Ausbildung (3,39) sowie die Einbeziehung der Bedarfsgemeinschaft in den Beratungs- und Betreuungsprozess (3,19) als am wenigsten wichtig.

Die Antworten der Jobcenter entsprechen im Wesentlichen denen, die bereits 2009 gegeben wurden. Die Unterschiede zwischen gE und zKT sind vergleichsweise gering. Interessant ist, dass es im Hinblick auf die Bewertung einzelner Erfolgskriterien eine breite Streuung der Antworten gibt, was die Unterschiedlichkeit der Sichtweisen widerspiegelt. Der größte Konsens besteht bei den Kriterien „Sicheres Erkennen von Suchtproblemen“, „Richtiges Ansprechen der Suchtproble-

matik“, „Motivierung der Leistungsberechtigten, eine Suchtberatung zu beginnen“, „Soziale Stabilisierung der Betroffenen“ und „Überwindung der Suchtproblematik“. In diesen Fällen liegt die Standardabweichung zwischen 0,97 und 1,2. Bei allen anderen Kriterien differieren die Antworten relativ stark, und die Bewertungen der Jobcenter schwankt zwischen 1 und 9/10 auf der zehnstufigen Skala. Dies zeigt, dass das Erkennen und Bearbeiten der Sucht aus Sicht der Jobcenter die wichtigste Erfolgsbedingung bei der Betreuung bzw. Integration erwerbsfähiger Leistungsberechtigter mit Suchtproblemen ist.

In den Anmerkungen im Freitextfeld wurde durch ein Jobcenter explizit formuliert, was sich in den Antworten deutlich zeigt: Die nachhaltige Integration in Erwerbsarbeit ist nur eines – und nicht das wichtigste – der Erfolgskriterien für eine gute Betreuung suchtkranker eLb.

„Erfolg im Zusammenhang mit dieser Zielgruppe sollte nicht immer nur in der Integration in den 1. Arbeitsmarkt gesehen werden, die Fortschritte auf dem Weg dorthin müssen auch als Erfolg wertgeschätzt werden, leider sieht das die BA anders.“

Tabelle 86: Wichtigste Erfolgskriterien bei der Betreuung/Integration erwerbsfähiger Leistungsberechtigter mit Suchtproblemen insgesamt und nach Trägermodell 2016

	Insgesamt	gE	zkT	Gesamt
	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	N
Sicheres Erkennen von Suchtproblemen	1,87	1,92	1,75	319
Richtiges Ansprechen der Suchtproblematik	1,67	1,71	1,57	319
Motivierung der Leistungsberechtigten, eine Suchtberatung zu beginnen	1,71	1,67	1,86	319
Hohe Inanspruchnahme der Suchtberatung durch die Leistungsberechtigten bei gleichzeitig niedrigen Abbruchquoten bei der Suchtberatung	2,32	2,18	2,70	318
Einbeziehung der gesamten Bedarfsgemeinschaft bei der Betreuung der Suchtkranken	3,19	3,14	3,35	318
Hoher Anteil an nachhaltig in Beschäftigung bzw. Ausbildung vermittelten Suchtkranken	3,39	3,37	3,45	318
Soziale Stabilisierung der Betroffenen	2,00	2,02	1,94	319
Förderung in speziell auf Suchtkranke zugeschnittenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen	3,91	3,87	4,04	318
Überwindung der Suchtproblematik	2,04	2,00	2,14	319
Regelmäßige/kontinuierliche gesundheitliche Betreuung der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen	2,94	2,82	3,28	319
Klärung nicht gegebener Erwerbsfähigkeit und Übergang aus dem SGB II in andere Leistungs-/Hilfesysteme	2,78	2,72	2,95	319
Gegenseitige Information über den Maßnahmenverlauf zwischen Jobcenter und Suchthilfe	2,62	2,59	2,70	319
Der nahtlose Anschluss einer Aktivierungs- bzw. Beschäftigungsmaßnahme nach einer Suchtbehandlung	2,78	2,77	2,82	319
Weiteres	1,76	1,86	1,33	17

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage J 1.

Erfolgsfaktoren

Neben den Erfolgskriterien sind auch die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine erfolgreiche Betreuung von Personen mit Suchtproblemen im SGB II von Bedeutung. Die Jobcenter haben eine Reihe von vorformulierten Erfolgsfaktoren auf einer Skala von 1 (sehr wichtig) bis 10 (gar nicht wichtig) bewertet. Als wichtigste Erfolgsfaktoren wurden von den Jobcentern benannt:

- Eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen und den anderen Einrichtungen der Suchthilfe (Mittelwert 2,06),
- Eine Betreuungsrelation, die genug Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken sichert (2,07),
- Ein breites und kurzfristig verfügbares Angebot sozial flankierender Dienste (2,30),
- Die suchtspezifische Qualifizierung des in der Vermittlung/Beratung tätigen Personals (2,45).

Diese Antworten sind nahezu identisch mit denen in der Erstbefragung 2009. Die vier Faktoren sind unabdingbare Voraussetzungen für eine qualitativ gute Beratung und Betreuung und korrespondieren inhaltlich mit den oben beschriebenen wichtigsten Erfolgsfaktoren.

Im Urteil der Jobcenter etwas weniger wichtig, aber gleichwohl bedeutsam sind eine hohe Kontaktdichte bei der Betreuung der suchtkranken Personen, größere Ermessensspielräume der Fachkräfte und ein breites und differenziertes Angebot von arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen. Demgegenüber sind Sanktionierbarkeit von Fehlverhalten der suchtkranken Leistungsberechtigten und die Einrichtung spezialisierter Teams aus Sicht der Jobcenter eher keine wichtigen Erfolgsfaktoren.

In den Freitextantworten wurden darüber hinaus „Mittel für Maßnahmen und Personal“ und darauf verwiesen, dass die Jobcenter generell an die Grenzen kämen, wenn es um gesundheitsbezogene Themen wie Sucht geht: *„Hierfür stehen weder ausreichend zeitliche Ressourcen noch Rechtsmittel/Finanzmittel zur Verfügung.“* Erforderlich sei zudem die *„Akzeptanz der Führung, dass die Beratung von suchtkranken Menschen sehr zeitaufwendig, langwierig ist und dass Rückfälle normal sind. Hier ist der Erfolg nicht immer linear messbar.“*

In der Arbeit mit suchtkranken Menschen identifizierten die befragten Jobcenter drei entscheidende Schwierigkeiten (Tabelle 88). Das größte Problem besteht aus Sicht der befragten Jobcenter darin, eine Suchterkrankung überhaupt zu erkennen (94 %) (vgl. 3.2.1). Mit etwas Abstand folgt im Ranking der größten Schwierigkeiten die Aufgabe, suchtkranke Kund/inn/en zu motivieren, eine Suchtberatung zu beginnen, und die Herausforderung, Leistungsberechtigte nachhaltig in Ausbildung oder Beschäftigung zu integrieren (je 75 %). Diese Rangfolge entspricht vollständig dem Ergebnis der Erstbefragung.

Tabelle 87: Wichtigste Erfolgsfaktoren bei der Betreuung von Personen mit Suchtproblemen im SGB II insgesamt und nach Trägermodell (Skala von 1 = sehr wichtig bis 10 = gar nicht wichtig) 2016

	gE		zkT		Gesamt	
	Mittelwert	N	Mittelwert	N	Mittelwert	N
Die suchtspezifische Qualifizierung des in der Vermittlung/Beratung tätigen Personals	2,45	236	2,59	83	2,49	319
Eine Betreuungsrelation, die genug Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken sichert	2,07	236	2,53	83	2,19	319
Die Einrichtung von spezialisierten Teams zur Betreuung der suchtkranken Hilfebedürftigen	5,49	236	6,31	83	5,70	319
Eine hohe Kontaktdichte bei der Betreuung der suchtkranken Personen	3,09	236	3,63	83	3,23	319
Eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen und den anderen Einrichtungen der Suchthilfe	2,06	236	2,23	83	2,11	319
Ein breites und differenziertes arbeitsmarktpolitisches Maßnahmenangebot	3,48	236	3,89	83	3,59	319
Ein breites und kurzfristig verfügbares Angebot sozial flankierender Dienste	2,30	236	2,49	83	2,35	319
Die Sanktionierbarkeit von Fehlverhalten der suchtkranken Leistungsberechtigten	6,31	236	7,05	83	6,50	319
Größere Ermessensspielräume der Fachkräfte, um auf den individuellen Fall eingehen zu können	3,25	236	3,51	82	3,32	318
Weiteres	4,00	12	7,50	2	4,50	14

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage J 2 nach A 1a.

Was das Erkennen einer Suchterkrankung betrifft, so bereiteten die verschiedenen Suchtformen unterschiedlich große Schwierigkeiten. Als schwierig zu identifizieren beschrieben:

- 28 % der Jobcenter Alkoholprobleme
- 41 % der Jobcenter suchtförmige Essstörungen (Magersucht, Bulimie)
- 53 % der Jobcenter Drogenprobleme
- 89% der Jobcenter Probleme mit psychoaktiven Medikamenten (z.B. Beruhigungs- oder Schlafmittel)
- 92 % der Jobcenter Spielsucht.

Die anderen in Tabelle 88 aufgeführten Aufgaben wurden von den Jobcentern seltener als schwierig bewertet: die Leistungsberechtigten auf ihre Suchtprobleme anzusprechen (48 %), guten Kontakt zu den Leistungsberechtigten aufzubauen und zu halten (48 %), die Bedarfsgemeinschaft bei der Betreuung der Leistungsberechtigten einzubeziehen (34 %), speziell auf Suchtkranke zugeschnittenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zu entwickeln (34 %), die Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen zu sanktionieren (24 %), sich in der Fallsteuerung und Fallverantwortung mit der Suchthilfe abzustimmen (25 %). Als am wenigsten schwierig empfan-

den die Jobcenter gute Kooperationsbeziehungen zur kommunalen Suchthilfe aufzubauen, dies gaben nur 18 % der Jobcenter als schwierig an.

Tabelle 88: Was in der Arbeit mit Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen besonders schwierig ist 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Suchtprobleme zu erkennen, und zwar vor allem...	299	93,7	288	91,1
Die Leistungsberechtigten zu motivieren, eine Suchtberatung zu beginnen	241	75,5	251	79,4
Die Leistungsberechtigten nachhaltig in Ausbildung / Beschäftigung zu vermitteln	240	75,2	265	83,9
Die Leistungsberechtigten auf ihre Suchtprobleme anzusprechen	153	48,0	116	36,7
Guten Kontakt zu den Leistungsberechtigten aufzubauen und zu halten	153	48,0	122	38,6
Die Einbeziehung der Bedarfsgemeinschaft bei der Betreuung der Leistungsberechtigten	108	33,9	110	34,8
Die Entwicklung bzw. Verfügbarkeit von speziell auf Suchtkranke zugeschnittenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen	107	33,5	121	38,3
Die Abstimmung mit der Suchthilfe in der Fallsteuerung und Fallverantwortung	78	24,5	62	19,6
Die Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen zu sanktionieren	77	24,1	108	34,2
Gute Kooperationsbeziehungen zur kommunalen Suchthilfe aufzubauen	56	17,6	44	13,9
Sonstiges	9	2,8	7	2,2
Gesamtzahl antwortende JC / GSS	319		316	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016 und Jobcenter, Frage J3.

Aus den offenen Antworten ist ersichtlich, dass einige Jobcenter vor dem Problem standen, einerseits spezifische Aktivierungsmaßnahmen für ihre suchtkranken Kund/inn/en zu benötigen, andererseits aber kein ausreichendes Teilnehmerpotenzial zu haben, um entsprechender Maßnahmen einzurichten. Dies ist umso schwieriger, als die Maßnahmen zu den unterschiedlichen Problemlagen der Leistungsberechtigten passen müssen. Insbesondere kleinen Jobcentern sei es kaum möglich, eigene Maßnahmen für Suchtkranke zu installieren.

Bedingungen für ein Gelingen der Erwerbsintegration suchtkranker Leistungsberechtigter

Auch für suchtkranke Leistungsbeziehende sollen die Jobcenter eine Erwerbsintegration erreichen. Da die Suchtkrankheit nicht zwingend auch ein Vermittlungshemmnis darstellt³⁰, kann dies durchaus gelingen. Gleichwohl sind mit der Suchterkrankung sehr häufig Probleme verbunden, die eine Vermittlung erschweren. Nur 5 % der Jobcenter waren der Auffassung, dass die Erwerbsintegration bei Suchtkranken nicht weniger häufig gelingt als bei Kundinnen und Kunden ohne Suchterkrankung (vgl. Tabelle 89). Fast alle Jobcenter sahen große Schwierigkeiten bei der Eingliederung Suchtkranker in eine Beschäftigung. Mehr als zwei Drittel (67 %) gaben an, eine

³⁰ Auch unter den Erwerbstätigen gibt es ja Personen mit Suchtkrankheiten.

Erwerbsintegration suchtkranker eLb gelinge nur in Ausnahmefällen. Allerdings sei dafür nicht immer primär die Suchtkrankheit ausschlaggebend, sondern die häufig auftretenden komplexen Problemlagen.

Drei Antwortmöglichkeiten bezogen sich auf Möglichkeiten, die Probleme bei der Erwerbsintegration suchtkranker Leistungsbeziehender zu mindern. Nur etwa ein Sechstel der Jobcenter meinte, dass es für die Eingliederung in Arbeit nützlich sein kann, wenn ein Arbeitgeber gar nichts von einer Suchterkrankung weiß. Ein reichliches Fünftel sah bessere Integrationschancen, wenn eine Suchtberatungsstelle weitere Unterstützung für den/die suchtkranke Arbeitnehmer/in zusicherte. Eine deutliche Mehrheit der Jobcenter (59 %) stimmte der Aussage zu, dass eine Erwerbsintegration dann häufiger gelingt, wenn der/die suchtkranke Arbeitnehmer/in nach der Vermittlung weiter persönlich unterstützt wird. Dies kann als eindeutiges Plädoyer für eine Nachbetreuung (§ 16g SGB II) interpretiert werden (vgl. Tabelle 65).

In den offenen Antworten haben Jobcenter unterschiedliche Aspekte hinzugefügt:

Generell könne die Erwerbstätigkeit selbst dazu beitragen, einen Effekt der sozialen Stabilisierung weiter zu festigen.

- Die Integration gelinge dann besser, wenn die Arbeit einen „*quasi-therapeutischen Beitrag*“ für den Betreffenden leisten kann, z.B. durch Herstellung einer Tagesstruktur, die Herstellung sozialer Kontakte mit nicht süchtigen Menschen usw. Dazu sollte allerdings eine grundsätzliche Motivation zur Abstinenz vorliegen und zusätzlich die Unterstützung der Suchtberatung, einer Selbsthilfegruppe o. ä. in Anspruch genommen werden.

Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit sollte durch Lohnkostenzuschüsse bzw. Förderung von Qualifizierung unterstützt werden.

- Zielführend seien die finanzielle Förderung der Arbeitsaufnahme durch Zahlung von Subventionen wie z.B. EGZ sowie eine passgenaue, auf den lokalen Arbeitsmarkt zugeschnittene, Ausbildung, sofern bereits ein Praktikum beim potenziellen AG absolviert wurde.

Eine zentrale Voraussetzung sei die Motivation der Leistungsberechtigten zur Erwerbsaufnahme sowie die Fähigkeit zur Abstinenz und dabei Unterstützung – am Arbeitsplatz (durch betriebliche Akteure) und durch das bereits vorher genutzte Netzwerk.

- Die Integration könne nur dann gelingen, „*wenn der Suchtkranke SELBST Arbeit / Beschäftigung aufnehmen will*“, „*wenn ausreichend Motivation hinsichtlich Arbeitsaufnahme beim Suchtkranken aufgebaut wurde*“.
- Generell sei „*Abstinenz oder (aufgrund der Suchtgenese nur in ganz geringen Fällen möglich) ein kontrollierter nicht missbräuchlicher Konsum*“ erforderlich. Es sei notwendig, dass keine Ausfallerscheinungen aufgrund der Sucht vorliegen.
- Die Betroffenen benötigten ein stabiles Umfeld, auch am Arbeitsplatz. Um Überforderungen vorzubeugen, sei es sinnvoll, zunächst in Teilzeit einzusteigen.
- Bewährt habe sich eine „*direkte Vermittlung an persönlich bekannte Arbeitgeber nach der Absolvierung eines Praktikums*“.
- Im Betrieb müsse eine gewisse „*Akzeptanz für die Suchterkrankung*“ vorliegen und „*geeignetes Personal für die Betreuung*“ vorhanden sein.

- Nach einer Gesamtstabilisierung sei die „*Beibehaltung der Netzwerkpartner auch nach erfolgter Arbeitsaufnahme*“ wichtig, wie z.B. „*eine gute Anbindung an die Suchtberatung oder Selbsthilfegruppen, um Rückfälle schnell auffangen zu können.*“

Allerdings gab es im Einzelfall auch Plädoyers für mehr Druck:

- Eine Herstellung der Motivation durch „*Leidensdruckerhöhung*“ sei unter Umständen förderlich, allerdings aufgrund der gängigen Rechtsprechung nur sehr schwer möglich.

Darüber hinaus wurde angemerkt, dass die Vermittlungsquote bei den jüngeren Suchtkranken im u25-Bereich deutlich höher sei, bei denen die schädlichen körperlichen Auswirkungen eines langen Suchtmittelkonsums noch nicht eingetreten seien.

Tabelle 89: Bedingungen für ein Gelingen der Erwerbsintegration suchtkranker Leistungsberechtigter 2009 und 2016 (Mehrfachnennungen)

Eine Erwerbsintegration suchtkranker Kund/inn/en...	2016		2009	
	N	In %	N	In %
gelingt aufgrund der Suchterkrankung nur in Ausnahmefällen.	215	67,4	268	85,9
gelingt dann häufiger, wenn der/die suchtkranke Arbeitnehmer/in nach der Vermittlung weiter persönlich unterstützt wird.	187	58,6		
gelingt dann häufiger, wenn die Suchtberatungsstelle dem Arbeitgeber gegenüber weitere Unterstützung für den/die suchtkranke Arbeitnehmer/in zusichert.	73	22,9	53	17,0
gelingt nur in Ausnahmefällen, die Gründe dafür liegen aber nicht primär in der Suchterkrankung.	66	20,7		
gelingt dann häufiger, wenn der (potenzielle) Arbeitgeber nichts von der Suchterkrankung weiß.	52	16,3	47	15,1
gelingt nicht weniger häufig als bei Kund/inn/en ohne eine Suchterkrankung.	17	5,3	9	2,9
gelingt häufig unter sonstigen Bedingungen, nämlich ...	17	5,3	34	10,9
Gesamtzahl der antwortenden JC/GSS	316		312	

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen J 5 und J 4.

3.8 Sieben Jahre danach – was hat sich verändert?

Es war eine wichtige Frage für die zweite Onlineerhebung, ob es in den Jobcentern im Jahr 2016, sieben Jahre nach der ersten Erhebung, zu einem veränderten Umgang mit Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen gekommen war. Im Fragebogen wurde zum einen standardisiert, zum anderen offen nach solchen wesentlichen Veränderungen gefragt. Zugleich lässt sich für die Jobcenter, die an beiden Befragungen teilgenommen hatten, das Antwortverhalten zu den beiden Befragungszeitpunkten vergleichen, und so können Veränderungen nachvollzogen werden. Die diesbezüglichen Befunde werden im Folgenden dargestellt.

3.8.1 Befunde der Jobcenterbefragung 2016

Mit 62 % gab die Mehrzahl der Jobcenter an, dass sich aus ihrer Sicht in den vergangenen fünf Jahren keine wesentlichen Veränderungen bei der Betreuung und Vermittlung von Leistungsbe-

rechtigten mit Suchtproblemen ergeben haben. 38 % der Jobcenter beschrieben dagegen solche Veränderungen. Diese lagen für drei Viertel der Jobcenter in den Bereichen Beratung und Betreuung und für etwa 60 % im Bereich der Kooperation. Knapp 44 % gaben auch an, dass es zu Veränderungen im Bereich der Maßnahmegestaltung gekommen war. Seltener wurden Veränderungen am Arbeitsmarkt benannt. (vgl. Tabelle 90)

Tabelle 90: Veränderungen bei Betreuung und Vermittlung von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen im Jobcenter in den letzten fünf Jahren 2016 (Mehrfachnennungen)

	N	In %	In % der JC, die Veränderungen angaben (N = 121)
Nein	197	61,9	
Ja, und zwar in den folgenden Bereichen	121	38,1	
			N = 121
... im Bereich der Beratung/Betreuung	90	28,3	74,4
... im Bereich der Maßnahmegestaltung	53	16,7	43,8
... im Bereich der Kooperation mit Dritten	72	22,6	59,5
... am Arbeitsmarkt	17	5,3	14
Gesamtzahl der antwortenden JC	318		

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage L 1.

Nach den wesentlichen Veränderungen gefragt, die sich aus Sicht der Jobcenter seit der ersten Befragung 2009 ergeben haben, wiesen diese überwiegend auf positive und nur selten auf negative Entwicklungen hin. Wenn negative Entwicklungen beschrieben wurden, bezogen diese sich auf die Entwicklung von Fallzahlen Suchtkranker und die Einstellungsbereitschaft der Betriebe. In 19 Jobcentern³¹ nahm man eine steigende Zahl an Suchtkranken im Fallbestand wahr, oder ihre Problemlagen waren nach Einschätzung der Jobcenter deutlicher sichtbar geworden. Trotz positiver Entwicklung am Arbeitsmarkt fanden viele auch, es gebe „noch weniger Bereitschaft der Arbeitgeber, Menschen mit Suchtproblemen einzustellen.“ (Freitextantwort)

63 Jobcenter gaben an, ihre Beratung habe sich durch interne oder von externen Kooperationspartnern durchgeführte Schulungen (z.B. zur BA-Beratungskonzeption „BeKo“ für das SGB II) oder die Einführung des beschäftigungsorientierten Fallmanagements verbessert. Insbesondere seien die Fachkräfte sensibler, professioneller und sicherer bei der Ansprache der betroffenen Leistungsberechtigten geworden.

39 Jobcenter wiesen auf ein verbessertes Maßnahmeangebot hin. Entweder waren sie inzwischen in der Lage, spezialisierte Angebote für Suchtkranke zu machen, oder sie urteilten, die Betreuung suchtkranker Menschen sei in den Maßnahmen besser als früher – weil Maßnahmeträger sich für diese Zielgruppe sensibilisiert hatten, oder weil sie deren Belange stärker und passgenauer als früher berücksichtigten. Acht Jobcenter berichteten hingegen von einem reduzierten oder verschlechterten Maßnahmeangebot.

³¹ Die Zahlen beruhen auf einer Auswertung von Freitextfeldern, die nicht alle Jobcenter bedienten. Sie können daher keinen Eindruck über Größenordnungen vermitteln.

Für 65 Jobcenter hatte sich die Kooperation mit lokalen Netzwerkpartnern deutlich verbessert. Zum Teil waren Kooperationen verbindlicher vereinbart worden, und dies hatte sich auch auf die praktische Zusammenarbeit ausgewirkt. Der regelmäßige Austausch im Rahmen von Arbeitskreisen und Gremien habe zum Abbau von „Vorurteilen“ gegenüber dem Jobcenter beigetragen. Auch die gemeinsame Fallbearbeitung („Dreiergespräche statt Beratungsgutscheine“) habe durch neue Kooperationen erheblich gewonnen.

3.8.2 Befunde der Befragung der Grundsicherungsstellen 2009 und der Jobcenter 2016 im Längsschnittvergleich

Die beschriebenen verbesserten Einschätzungen des eigenen Leistungsprofils im Bereich der Beratung, der Kooperationsbeziehungen und des Maßnahmeangebots lassen sich auch für die 221 Jobcenter rechnerisch nachvollziehen, die an beiden Onlineerhebungen 2009 und 2016 teilgenommen haben. Für diese Jobcenter lässt sich im Längsschnitt analysieren, wie sich das Antwortverhalten verändert hat.

Um Veränderungen über mehrere Variablen hinweg darstellen zu können, wurde ein Summenscore gebildet (vgl. oben: 1.1.3). Dieser enthält nur Variablen, die in beiden Befragungen erhoben wurden. Die Auswahl der Variablen und ihre Operationalisierung orientierten sich an Kriterien guter Praxis, die im Bericht 2009 als fachlicher Konsens herausgearbeitet wurden und auch angesichts der Befunde der Erhebungen 2016 als weiterhin gültig gelten konnten (so auch das Urteil der Suchtfachverbände, s. Anhang). Zugrunde gelegt wurde der gleiche Summenscore, der auch für die Auswahl der Fallstudieneinheiten gebildet worden war (vgl. oben: 1.1.4). In den Score gingen Variablen zur personellen Ausstattung, suchtbezogenen Spezialisierung und Konzeption im Jobcenter ein, zur Kooperation mit und Indikationen für das Einschalten der Suchtberatung, zur Organisation der Übergänge zwischen Suchthilfe und Jobcenter, zu suchtspezifischen Maßnahmen und zur Einbeziehung der Bedarfsgemeinschaft. Tabelle 91 weist die Operationalisierung des Summenscores differenziert nach diesen Themen aus.

Tabelle 91: Summenscore für Längsschnittvergleich: Themenscores und Operationalisierung

Thematischer Score	Operationalisierung	Frage-Nr. 2016	Mögliche maximale Punktzahl
Gute personelle Ausstattung (Integrationsfachkräfte)	Betreuungsschlüssel u25 bis einschließlich 1/75 – Anzahl Integrationsfachkräfte (Vollzeitäquivalente) im Verhältnis zu erwerbsfähigen Leistungsberechtigten Betreuungsschlüssel ü25 bis einschließlich 1/150 – Anzahl Integrationsfachkräfte (Vollzeitäquivalente) im Verhältnis zu erwerbsfähigen Leistungsberechtigten	A 3	2
Suchtbezogene Verantwortlichkeit / Fachkonzept im Jobcenter	Geregelte Zuständigkeit im Jobcenter für einzelfallübergreifende suchtbezogene Fragestellungen Verbindliche Vorgaben für den Umgang mit Suchterkrankten Fachkonzept mit vielen Regelungsinhalten (wenn sieben von 10 Aspekten im Konzept geregelt sind)	B 3, 1 K 1 K 1c	3
Strukturelle Kooperation mit der Suchtberatung	Kooperationsvereinbarung oder Vertrag mit Suchtberatung nach §17 SGB II Konsiliardienst durch Suchtberatung Fallmanagement durch Suchtberatung Sonstige Kooperationen mit der Suchtberatung	I 6 I 3a, 1 I 3a, 3 I 3a, 6	4
Breites Indikationsspektrum für Einschaltung der Suchtberatung	Suchtberatung wird in vielen Konstellationen „oft“ eingeschaltet (wenn mindestens bei 5 von 8 Items „oft“ angekreuzt wurde)	G 2	1
Sicherung von Nahtlosigkeit beim Systemübergang Jobcenter – Suchthilfe	Bei Abbruch von Aktivierungsmaßnahmen mit Therapiebeginn: Zusicherung der Rückkehrmöglichkeit Gegenseitige Information (nur, wenn in beide Richtungen) Zeitlich nahtloser Anschluss der arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen an Therapie	H 10a, 2 H 11, H12 H13	3
Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit suchtspezifischer Kompetenz	Mindestens eine suchtspezifische Maßnahme (2009 mit AGH, 2016 ohne AGH; eine von 6 Maßnahmetypen) Maßnahmen gemeinsam mit anderem Leistungsträger Maßnahmen gemeinsam mit Suchthilfe Nachgehende Betreuung bei Maßnahmen	H 3 H 4 H 6 J 6	4
Einbeziehung der Bedarfsgemeinschaft	Einbezug von Mitgliedern der Bedarfsgemeinschaft bei der Integrationsplanung	F 5	1
Gesamt			18

Quelle: Befragung Jobcenter 2016 und Befragung Grundsicherungsstellen 2009.

Es waren maximal 18 Punkte erreichbar. Dieser Wert wurde in beiden Jahren nicht annähernd erreicht (Tabelle 92). Der höchste erzielte Wert lag im Jahr 2016 bei 11 Punkten, im Jahr 2009 bei 9 Punkten. Im Durchschnitt erreichten die Jobcenter, die sich sowohl 2009 als auch 2016 an der Befragung beteiligten, im Jahr 2016 3,2 Punkte. Dies sind 0,6 Punkte mehr als 2009; damals lag der Durchschnitt bei 2,6 Punkten. Im Längsschnittvergleich lässt sich also eine leichte Erhöhung des Summenscores und damit eine verbesserte Praxis der Jobcenter bei der Beratung und Betreuung von suchtkranken Personen nachweisen.

Tabelle 92: Statistische Merkmale der Summenscores 2009 und 2016 und der Differenz

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Summenscore 2009	221	,00	7,00	2,6154	1,83440
Summenscore 2016	221	,00	11,00	3,2308	2,13758
Differenz zwischen summenscore 2009 und 2016 (2009 – 2016)	221	-9,00	5,00	-,6154	2,25056

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016.

Der Vergleich der Werte für 2009 und 2016 auf Ebene der einzelnen Jobcenter zeigt, dass fast 50 % der Jobcenter im Jahr 2016 eine höhere Punktzahl erreichten als 2009. Bei etwa 30 % ging die Punktzahl zurück und bei knapp 23 % der Jobcenter veränderte sich die Punktzahl nicht (Tabelle 93).

Tabelle 93: Veränderung des Summenscores von 2009 bis 2016

	N	In %
Summenscore 2009 ist höher als 2016	64	29,0
Summenscore 2009 ist genauso groß wie 2016	50	22,6
Summenscore 2009 ist kleiner als 2016	107	48,4
Gesamtzahl der JC	221	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016.

Bei den meisten Jobcentern sind die Differenzen zwischen den beiden Befragungszeitpunkten gering. Bei 54 % der Jobcenter veränderte sich der Summenscore nicht bzw. nur um einen Punkt, bei 77 % veränderte er sich nicht oder um bis zu zwei Punkte. Große Differenzen sind selten: Nur bei sieben Jobcentern hat sich der Summenscore um 5 bis 9 Punkte erhöht, die maximale Verringerung mit 5 Punkten lässt sich bei drei Jobcentern beobachten.

Der Vergleich der Werte zu den einzelnen Themenbereichen, die in den Summenscore einfließen, zeigt, dass es Bereiche gibt, in denen der Zuwachs deutlicher ist als in anderen. Die höchsten Zuwächse gibt es bei den Mittelwerten zur personellen Ausstattung, bei den Maßnahmen und bei der Einbeziehung der Bedarfsgemeinschaft.

Tabelle 94: Statistische Merkmale der thematischen Scores im Vergleich 2009 und 2016

	Befragungsjahr	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Maximal erreichbare Punktzahl	Standardabweichung
Ausreichende personelle Ausstattung	2009	221	,00	2,00	,1991	2	,50109
	2016	221	,00	2,00	,4208	2	,65319
Planung/Fachkonzept	2009	221	,00	3,00	,4615	3	,65686
	2016	221	,00	3,00	,5792	3	,73813
Strukturelle Kooperation mit der Suchtberatung	2009	221	,00	2,00	,3077	4	,51820
	2016	221	,00	2,00	,4163	4	,56287
Breites Indikationsspektrum für Überweisung an Suchtberatung	2009	221	,00	1,00	,0136	1	,11598
	2016	221	,00	1,00	,0543	1	,22712
Sicherung von Nahtlosigkeit beim Systemübergang	2009	221	,00	3,00	,4570	3	,64962
	2016	221	,00	3,00	,4842	3	,67148
Maßnahmen mit suchtspezifischer Kompetenz	2009	221	,00	1,00	,0995	4	,30008
	2016	221	,00	3,00	,8959	4	1,01937
Einbezug der Bedarfsgemeinschaft	2009	221	,00	1,00	,0995	1	,30008
	2016	221	,00	1,00	,3484	1	,47755

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016.

Es wurde geprüft, ob die Verteilung in Tabelle 93 (Veränderung des Summenscores von 2009 bis 2016) bei Betrachtung nach bestimmten Merkmalen variiert. Im Hinblick auf Trägerschaft und Ost/Westdeutschland gibt es keine auffälligen Differenzen. Dagegen ergaben die Kreuztabellen mit den Merkmalen Verdichtungsgrad und Arbeitsmarktlage einige aufschlussreiche Befunde.

Im Hinblick auf den Verdichtungsgrad zeigt sich, dass Jobcenter in städtischen Regionen häufiger als die in ländlichen Bereichen die Punktzahl hielten. Jobcenter in ländlichen Regionen haben dagegen sowohl etwas häufiger Punktezuwächse zu verzeichnen, aber auch etwas häufiger einen Rückgang der Punkte von 2009 auf 2016.

Tabelle 95: Veränderung des Summenscores zwischen 2009 und 2016 nach Verdichtungsgrad

	Städtische Region		Ländliche Region		Gesamt	
	N	In %	N	In %	N	In %
Summenscore 2009 ist höher als 2016	14	23,3	50	31,1	64	29,0
Summenscore 2009 ist genauso groß wie 2016	19	31,7	31	19,3	50	22,6
Summenscore 2009 ist kleiner als 2016	27	45,0	80	49,7	107	48,4
Gesamtzahl der JC	60	100,0	161	100,0	221	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016.

Jobcenter in Jobcenterbezirken mit schlechter Arbeitsmarktlage verzeichneten häufiger als solche aus Regionen mit guter Arbeitsmarktlage einen Zuwachs an Punkten und hielten auch häufiger die Punktzahl konstant. Dagegen lässt sich bei Jobcentern aus Regionen mit guter Arbeitsmarktlage häufiger ein Rückgang der Punktzahl konstatieren.

Tabelle 96: Veränderung des Summenscores zwischen 2009 und 2016 nach Arbeitsmarktlage

	Gute Arbeitsmarktlage		Mittlere Arbeitsmarktlage		Schlechte Arbeitsmarktlage		Gesamt	
	N	In %	N	In %	N	In %	N	In %
Summenscore 2009 ist höher als 2016	26	37,1	22	27,2	16	22,9	64	29,0
Summenscore 2009 ist genauso groß wie 2016	12	17,1	21	25,9	17	24,3	50	22,6
Summenscore 2009 ist kleiner als 2016	32	45,7	38	46,9	37	52,9	107	48,4
Gesamtzahl der JC	70	100,0	81	100,0	70	100,0	221	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016.

3.8.3 Ein Drittel Jobcenter mit Verbesserungen gegenüber 2009

Die Auswertungen zu Veränderungen im Zeitvergleich bestätigen die anderen in diesem Bericht präsentierten Ergebnisse. Während die Mehrzahl der Jobcenter keine wesentlichen Veränderungen der Arbeit und der Rahmenbedingungen wahrnahm³², zeigten sich für mehr als ein Drittel der Jobcenter Verbesserungen bei der Betreuung und Beratung von suchtkranken Leistungsberechtigten, in den Kooperationsbeziehungen mit der Suchthilfe und beim Maßnahmeangebot. Ein kleinerer Teil der Jobcenter berichtete hingegen auch Verschlechterungen, die aus Sicht der Jobcenter sowohl auf die Veränderungen in der Zusammensetzung der zu betreuenden Gruppe als auch auf veränderte Rahmenbedingungen zurückgingen.

Mithilfe eines groben Messverfahrens konnten diese Ergebnisse bestätigt werden. Allerdings ist auf die methodischen Limitationen beim Vergleich der Summenscores 2009 und 2016 hinzuweisen. So sind nur Kriterien und Einschätzungen auf Seiten der Jobcenter berücksichtigt. Die suchtbezogene Praxis der Jobcenter ist jedoch in hohem Maße auch von Kooperationspartnerinnen und -partnern im Bereich der Suchthilfe und deren Tätigkeit abhängig (z.B. Angebot der Suchtberatung, Wartezeiten). Diesbezügliche Veränderungen konnten mit dem Messverfahren nicht abgebildet werden. Außerdem basiert der Vergleich zwischen 2009 und 2016 nur auf den zu beiden Zeitpunkten identisch erhobenen Fragen. Es ist nicht auszuschließen, dass sich bedeutsame Veränderungen in den 2016 erstmals erfragten Bereichen vollzogen haben, die aber unerkannt bleiben. Ebenso dürften sich eine Reihe von Veränderungen in der Umsetzungspraxis vollzogen haben, die sich mit den Befragungsergebnissen deshalb nicht abbilden lassen, weil die Fragen eher allgemeiner Art waren und viele Detailunterschiede nicht erfassen konnten.

³² Dies bedeutet nicht, dass es keinerlei Veränderungen gegeben hat. Bei gleicher oder ähnlicher strategischer und konzeptioneller Ausrichtung kann sich im Detail und bei der Umsetzung vieles verändert haben.

4 Gute Praxis in qualitativer Betrachtung

Im Rahmen von fünf Fallstudien hat das Forschungsteam die Tätigkeit der Jobcenter bei der Beratung und Aktivierung abhängigkeitskranker Leistungsberechtigter qualitativ untersucht (vgl. Abschnitt 1.2). Die fünf Fallstudienjobcenter gehörten zu denjenigen, die – soweit aus der standardisierten Befragung ersichtlich – bereits in mehreren Aspekten das umsetzten, was das Forschungsteam 2009 als Merkmale guter Praxis identifiziert hatte. Außerdem sollten sie sich aber in vielen anderen Merkmalen (Arbeitsmarktlage, gE/zkT, Stadt/Land, Ost/West usw.) voneinander unterscheiden. Entsprechend unterschiedlich waren die vor Ort vorgefundenen Rahmenbedingungen und Akteurskonstellationen. Das Erhebungsprogramm orientierte sich an den jeweiligen spezifischen Bedingungen, d.h., es wurden diejenigen Akteure interviewt, die in den jeweiligen Jobcentern bzw. bei deren Kooperationspartnerinnen und -partnern für die Beratung, Betreuung und Integration suchtkranker Leistungsbeziehender zuständig und praktisch damit befasst waren. Außerdem fanden jeweils Interviews mit Leistungsberechtigten statt, um die lokale Praxis auch aus der Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern beschreiben und bewerten zu können.³³ Das zentrale Erkenntnisinteresse bestand darin, die vorgefundene örtliche Praxis daraufhin zu prüfen, ob sie interessante, empfehlenswerte und verallgemeinerbare Elemente aufwies, die in die weitere fachliche Diskussion eingespeist werden konnten.

Für das Projekt boten die Fallstudien gleichzeitig die Möglichkeit, den bisherigen Kriterienkatalog guter Praxis auf den Prüfstand zu stellen und gegebenenfalls zu ergänzen, zu präzisieren oder zu korrigieren. Aus diesem Grund wurde bei den Erhebungen ein besonderes Augenmerk auf die Beispiele guter Praxis und ihren Begründungszusammenhang gelegt. Gleichwohl widerspiegeln sich in den Erhebungen auch kontroverse fachliche Diskussionen und widersprüchliche Praxis. Insofern ist das Fallstudienmaterial eine gute Ergänzung zur Online-Befragung. Im Gespräch mit den Interviewpartnerinnen und -partnern wurde nicht nur erhoben, wie sie bei der Unterstützung der Leistungsberechtigten mit Abhängigkeitskrankheiten vorgehen, sondern auch, warum sie sich für bestimmte Vorgehensweisen entscheiden, welche Schwierigkeiten sie dabei überwinden müssen, wie sie die bisherigen Ergebnisse und Erfolge der jeweiligen Verfahren bewerten und welche Veränderungen gegebenenfalls geplant sind. Schließlich sind alle interviewten Personen gebeten worden, die vom Forschungsteam 2009 formulierten Kriterien guter Praxis zu kommentieren.

Im Folgenden werden die Befunde der Erhebung in drei Unterabschnitten dargestellt. Zunächst geht es um das Aufgaben- und Problemverständnis, das die Jobcenter und deren Kooperationspartnerinnen und -partner ihrer Beratungs-, Betreuungs- und Vermittlungsarbeit zugrunde legen (4.1). Danach werden die unterschiedlichen praktischen Lösungen für die Beratung und Vermittlung von suchtkranken Leistungsberechtigten (4.2) und die Kooperation der Jobcenter in lokalen Netzwerken (4.3) behandelt. In einem letzten Abschnitt werden die wichtigsten Befunde zusammengefasst.

³³ Die Perspektive von Nutzerinnen und Nutzern konnte in den Fallstudien nur exemplarisch erfasst werden. Ziel war es aber, die vorgefundenen Strukturen und Verfahren in der Wahrnehmung der Betroffenen zu erheben.

4.1 Aufgaben- und Problemverständnis der Jobcenter

4.1.1 Vermittlungsorientierung vs. soziale Teilhabe

Die an den fünf Fallstudienorten befragten Fach- und Führungskräfte gingen übereinstimmend von der grundsätzlichen Annahme aus, dass die Abhängigkeit für einen Teil der in den Jobcentern betreuten suchtkranken Leistungsberechtigten kein Vermittlungsproblem darstellt. Es wurde konzediert, dass im Beratungsprozess nur ein Bruchteil der tatsächlich bestehenden Suchtkrankheiten erkannt wird. Sofern die Abhängigkeitserkrankung nicht offensichtlich oder auffällig ist und die Betroffenen ihren Alltag weitgehend problemlos bewältigen, sei in der Regel auch die Vermittlung in Arbeit kaum erschwert. Viele Leistungsberechtigten würden im Regelbetrieb der Vermittlung betreut.

Anders ist die Situation bei Leistungsberechtigten, deren Suchterkrankung erkannt und als Vermittlungshemmnis eingestuft wurde. Je nach Grad der Suchterkrankung und Verfasstheit des lokalen Arbeitsmarktes wurden hier die Chancen zur Eingliederung in Erwerbstätigkeit unterschiedlich, aber in jedem Fall kritisch, bewertet. Gerade weil die Mehrheit der Arbeitgeber sich Bewerberinnen und Bewerbern mit Suchterkrankungen gegenüber eher zögerlich bis ablehnend verhalte, werden Erwerbschancen für diese Personengruppe in der Regel erst nach einer gewissen gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung gesehen. Für einen Teil der schwer Erkrankten prognostizierten die Fachkräfte selbst bei intensiver und langwieriger Unterstützung nur äußerst geringe Integrationschancen. Bei diesem Teil des Personenkreises wurde eine motivierende, stabilisierende und für unbestimmte Zeit unterstützende Betreuung für sinnvoll gehalten, ohne dabei das Ziel einer Integration ganz aus dem Auge zu verlieren. Immer wieder wurde bestätigt, dass auch Personen, die als schwer vermittelbar gelten, mitunter schneller als erwartet Jobs finden. In einem Jobcenter wurde berichtet, dass das Fallmanagement aufgrund der dort betreuten komplexen Problemlagen zwar im Vergleich zum Regelbetrieb der Vermittlung niedrigere, gleichwohl aber durchaus ehrgeizige Zielvorgaben im Hinblick auf die Integrationen in Beschäftigung erfüllen müsse und diese regelmäßig sogar übertroffen würden. Es sei jedoch wichtig, dass „*Integrationshindernisse*“ zielgerichtet bearbeitet werden, d.h. an erster Stelle, aber häufig nicht allein, die Suchterkrankung. Suchtkranke waren daher für die Jobcenter „*keine Premiumkunden*“ (Bereichsleitung Jobcenter), die Vermittlung komme „*erst im dritten, vierten, fünften Schritt*“ (Leitung Jobcenter).

Sofern den Jobcentern eine Suchterkrankung zur Kenntnis kam, machten sie in der Regel Abstinenz zur Bedingung für zielgerichtete Vermittlungsbemühungen auf den ersten Arbeitsmarkt. Ein Geschäftsführer eines Jobcenters argumentierte, dass auch die Arbeitgeber wichtige „*Kunden*“ seien, denen gegenüber sich das Jobcenter in der Pflicht sehe. Insofern würden nur tatsächlich leistungsfähige Personen unmittelbar vermittelt. Anders sei die Situation, wenn leistungseingeschränkte Leistungsberechtigte arbeitsmarktpolitisch unterstützt werden, z.B. durch betriebliche Praktika, Eingliederungszuschüsse, Jobcoachings, Programme wie das Bundesprogramm soziale Teilhabe oder das Langzeitarbeitslosenprogramm u. ä.

Vom Erkennen einer möglichen Suchterkrankung und der Frage, wie weit diese unter Kontrolle ist, hing also ab, ob als primäres Ziel die Vermittlung aufrechterhalten wurde oder ob sich die Zielstellung des Jobcenters hin zur gesundheitlichen und sozialen Stabilisierung und Suchtbehandlung verschob. War dies der Fall, so sahen sich die Jobcenter zunächst selbst nur in einer begleitenden, beratenden und koordinierenden Rolle und delegierten diese Aufgaben an Expertinnen und Experten aus der Suchthilfe. Sie sahen ihren Beitrag darin, durch gezielte Angebote

und Maßnahmen aus dem Instrumentarium des SGB II im ersten Schritt sozialintegrativ und stabilisierend zu wirken und im Weiteren auch gemeinsam mit den Leistungsberechtigten (und gegebenenfalls der Suchthilfe, Beschäftigungs- und Bildungsträgern und weiteren Akteuren) die Perspektive einer schrittweisen Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu entwickeln.

Eine nach Erfolgsaussichten und Veränderungsmotivation der Suchterkrankten differenzierte Zielstellung war handlungsleitend für den Einsatz von Ressourcen. So nahmen die Jobcenter eigene Schwerpunktsetzungen vor: Für ein Jobcenter war es zentral, Leistungsberechtigte zu identifizieren, mit denen aussichtsreich auf eine Vermittlung bzw. medizinische Rehabilitation hingearbeitet werden konnte. Für diese Feststellung wurden die Suchtberatung und spezialisierte Maßnahmen intensiver als an anderen Standorten genutzt, und bei Leistungsberechtigten, die wenig Veränderungswillen zeigten, wurden Vermittlungsbemühungen eher reduziert.

Die untersuchten Jobcenter investierten viel Beratungs- und Betreuungsaufwand auf Leistungsberechtigte, bei denen ein besonderer Unterstützungsbedarf sichtbar geworden war, auch wenn für die Arbeit mit diesen Leistungsberechtigten auf lange Zeit das Ziel der „*sozialen Teilhabe*“ im Vordergrund stehen werde. Bei einigen Suchtkranken sahen die befragten Fachkräfte aber auch längerfristig kaum Chancen auf Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Sie betonten die Notwendigkeit, jenseits davon Perspektiven und Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln – etwa dauerhafte Beschäftigungsangebote in einem zweiten Arbeitsmarkt und/oder eine dauerhafte sozialpädagogische Betreuung. Ausdrücklich warnten viele Fachkräfte jedoch davor, die Arbeitsmarktintegration als Ziel ganz aus den Augen zu verlieren und die Leistungsberechtigten „*aufzugeben*“. Übereinstimmend sagten die befragten Integrationsfachkräfte sowie Vertreterinnen und Vertreter der Suchtberatung, dass im Einzelfall nicht mehr nachhaltig geholfen werden könne, weil eine Erkrankung so fortgeschritten ist, dass Hilfe nicht mehr angenommen werden kann. Dies beziehe sich jedoch auf eine sehr kleine Gruppe.

4.1.2 Geschäftsprozess vs. Einzelfallhilfe

In den Jobcentern, die als gemeinsame Einrichtungen von Kommunen und Arbeitsagenturen getragen werden, orientieren sich Beratung und Integrationsarbeit am sog. „Vier-Phasen-Modell der Integrationsarbeit“ (4PM) und einem fest definierten Geschäftsprozess. Ähnliche – aber im Detail unterschiedliche – Prozessvorgaben haben auch optierende Kommunen. Die Integrationsstrategie der Fachkräfte wird in der Regel auf den Zielberuf mit der höchsten Integrationswahrscheinlichkeit ausgerichtet, sozialintegrativen kommunalen Leistungen und anderen Förderangeboten ist die Aufgabe zugeordnet, Vermittlungshemmnisse zu beseitigen. In der Eingliederungsvereinbarung werden z.B. Bewerbungsverpflichtungen festgelegt.

Einige der untersuchten Jobcenter nutzten in großem Umfang stark ‚sozialarbeiterisch‘ ausgerichtete Unterstützungs- und Beratungsformen, die von der Arbeit der Vermittlungsfachkräfte entkoppelt waren und entweder ganz ausgelagert oder in einem eigenen integriert arbeitenden Team von Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen mit großer Gestaltungsfreiheit umgesetzt wurden. Dabei wurde aus den Berichten der interviewten Integrationsfachkräfte deutlich, dass die Entscheidung, in welchem Bereich wie viele Ressourcen eingesetzt werden, ein Balanceakt ist. Unter Bedingungen begrenzter Budgets sind jeweils konkrete Entscheidungen zu treffen, die im Ermessen der Akteure liegen. Insbesondere die Geschäftsführungen der Jobcenter haben auf die damit verbundenen Dilemmata verwiesen, aber auch erklärt, dass die Zielvielfalt der Tätigkeit der Jobcenter sich auch mit den mit der BA oder den Ländern abgeschlossenen Zielvereinbarungen vereinbaren lasse. Hier treffen Einzelfalllogik und Institutionenlogik aufeinander: An ei-

nem Standort sagten Fallmanagerinnen und Fallmanager, sie könnten erfolgreicher arbeiten, wenn sie mehr Zeit dafür hätten und die suchtkranken Leistungsberechtigten z.B. unbefristet im Fallmanagement betreut werden könnten. Die Geschäftsführung des Jobcenters verwies jedoch darauf, dass das Fallmanagement extrem aufwändig sei und überwiegend nur dann eingesetzt werden sollte, wenn es in überschaubarer Perspektive Aussicht auf Integrationsfortschritte gibt.

An einem Fallstudienstandort fand sich in verschiedenen Kooperationsvereinbarungen zu Hilfeangeboten ein Passus zur Definition der Zielgruppe, wie z.B. hier für die Nutzung des Angebotes einer psychosozialen Betreuung für Suchtkranke.

„Zielgruppe: Volljährige erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit Wohnsitz in [...], die Leistungen nach dem SGB II beziehen und seitens des JC als integrationsfern eingeschätzt werden und bei denen auf Grund der suchtbetragenen persönlichen Vermittlungshemmnisse dieses Angebot als Hilfeform geeignet ist. Die Einschätzung, ob diese Hilfeform erforderlich und geeignet ist, trifft der persönliche Ansprechpartner / Fallmanager des JC.“

Dabei richtet sich das Hilfeangebot nicht an Personen, die bereits mehrere Jahre im ambulant betreuten Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB XII betreut wurden und bei denen keine Einsicht zum Suchtverhalten besteht.“

(Kooperationsvereinbarung zwischen dem Jobcenter und der Kommune)

Leistungsberechtigte, die diese Unterstützungsform nutzten, sollten durch die Fallmanager „*vorrangig in geeignete Arbeitsgelegenheiten*“ vermittelt werden, „*um die Motivation zu stärken und den Prozess des Abbaus von Integrationshemmnissen zusätzlich zu befördern.*“ Auch an anderen Standorten wurde auf die Bedeutung der Aufrechterhaltung des Ziels der Erwerbsintegration bei jedem Unterstützungsschritt verwiesen. Und umgekehrt wurde berichtet, dass suchtkranke Leistungsberechtigte häufig deshalb wenig Motivation zur Krankheitsüberwindung zeigten, weil sie für sich nicht (mehr) die Chance sahen, einen Arbeitsplatz zu bekommen.

4.1.3 Erwerbsunfähigkeit vs. Rehabilitation

Unterschiedliche Positionen nahmen die untersuchten Jobcenter ein, wenn die Erwerbs(un)fähigkeit suchtkranker Menschen einzuschätzen und zu prüfen war. In Fällen, in denen eine Vermittelbarkeit auf den ersten Arbeitsmarkt aufgrund der chronischen Erkrankung, zum Teil auch wegen zahlreicher somatischer Folgeerkrankungen, faktisch nicht mehr gegeben ist, kam nach der Meinung vieler Expertinnen und Experten eigentlich nur noch die Überleitung in eine Erwerbsunfähigkeitsrente bzw. die Grundsicherung für Erwerbsunfähige nach dem SGB XII in Frage. An allen Untersuchungsstandorten wurde jedoch auch berichtet, dass solche Überleitungen in der Praxis nur äußerst selten vollzogen wurden. Selbst eine entsprechende Begutachtung des Ärztlichen Dienstes der Arbeitsagentur werde von den Rentenversicherungsträgern häufig mit dem Verweis auf den Vorrang der Rehabilitation Suchtkrankter zurückgewiesen. Die befragten Expertinnen und Experten in diesen Jobcentern problematisierten daher die Schwierigkeiten, die für sie damit verbunden waren, Vermittlungsbemühungen auch dann aufrecht erhalten zu müssen, wenn die Erfolgsaussichten gegen Null tendierten.

Zwei der fünf Jobcenter schlossen sich der Einschätzung der Rentenversicherungsträger grundsätzlich an. Der überwiegende Teil der suchtkranken Menschen, die im Jobcenter betreut würden, so die Argumentation, sei erwerbsfähig im Sinne des SGB II: *„Sie sind nicht direkt vermittelbar, aber sie gehören ins SGB II.“* Eine Reha-Beraterin begründete dies damit, dass im SGB II eine offensivere Förderung als in der Rentenversicherung möglich sei. Eine Überleitung in Rente werde ihrer Einschätzung nach häufig angestrebt, *„weil man annimmt, das wäre hilfreich“*, aber, so ihre Einschätzung, *„das Gegenteil ist der Fall.“*

Ein anderes Jobcenter vertrat dagegen die Auffassung, dass die berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung großes Potenzial für die Arbeit mit suchterkrankten Leistungsberechtigten habe. Hier wurde besonderes Augenmerk auf die berufliche Rehabilitation gelegt, und das Jobcenter kooperierte intensiv mit der Reha-Abteilung der Arbeitsagentur und mit Maßnahmeträgern, die entsprechende Angebote machten. Bei dieser Frage trugen übereinstimmende Einschätzungen der lokalen Akteure zur guten Kooperation bei.

In einem der Jobcenter waren sich Fachkräfte und Suchtexpertinnen und -experten einig, dass im Rahmen der Eingliederungshilfe für Behinderte nach dem Sechsten Kapitel SGB XII bessere, nämlich zeitlich unbefristete, Angebote zur Beschäftigung und Tagesstrukturierung möglich seien als im Rahmen des SGB II. In dieser geteilten Einschätzung griff das Jobcenter auf die Struktur der örtlichen Tagesstätte zu, nutzte deren auf suchtkranke Behinderte zugeschnittenes Angebot auch für die eigenen Leistungsberechtigten und versuchte, alle gesetzlich gegebenen Möglichkeiten zur Verlängerung von Maßnahmen auszuschöpfen.

4.2 Beratung und Vermittlung suchtkranker Leistungsberechtigter im SGB II

4.2.1 Konzeptionelle Rahmung

Schriftlich niedergelegte und verbindliche Vorgaben zum Umgang mit suchtkranken Leistungsberechtigten setzen (Mindest-)Standards für die eigene Arbeit. An den Fallstudienstandorten verfügten zwei Jobcenter über ein schriftliches Fachkonzept zum Umgang mit Suchtkranken, ein anderes über ein Fachkonzept „Soziale Arbeit“, das Grundlage für die Gewährung sämtlicher kommunaler Leistungen und den Umgang mit deren Zielgruppen war.

Zur Erarbeitung und fortlaufenden Weiterentwicklung des SGB-II-Sucht-Konzepts wurde in einem der Jobcenter eine „AG Sucht“ gegründet, an der alle Fachkräfte teilnahmen, und die vor allem einheitliche Arbeitsstandards und die Umsetzung guter Praxis in der Kooperation aller lokalen Akteure sicherstellen sollte. Die fachliche Expertise der Suchtberatungsstelle wurde auf vielfältige Weise genutzt: für die Entwicklung von Konzepten und Verfahren, für die Schulung der Fachkräfte, für die Entwicklung von Maßnahmen und die Beratung im Einzelfall. Die systematische gemeinsame Verständigung über Arbeitsansätze mit suchtkranken Leistungsberechtigten kann als gute Praxis gelten.

Die Auswertung der Fallstudien legt nahe, dass ein Konzept zum Umgang mit Leistungsberechtigten benötigt wird, deren Vermittlungshemmnisse komplex sind, deren Betreuung die Beteiligung externer Expertise erfordert und bei denen die allgemeine vermittlungsorientierte Handlungslogik der Jobcenter an ihre Grenzen stößt. Ein solches Konzept kann interne Prozesse regeln, es kann aber auch – wie in einem der untersuchten Jobcenter – die externe Problembearbeitung strukturieren. Hier entwickelte eine Arbeitsgruppe, an der alle Fallmanagerinnen und Fallmana-

ger teilnahmen, die Konzeption für ein bei der Kommune angesiedeltes Team aufsuchender Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter.

Wenn als ein Kriterium guter Praxis das Vorhandensein eines „Konzepts“ angesehen wird, dann ist damit vor allem das handlungsleitende Ergebnis einer Verständigung und Einigung der zuständigen Akteure gemeint. In diesem Kontext ist interessant, dass an zwei Fallstudienstandorten einerseits Konzepte mit im Detail vorgeschriebenen Verfahren, andererseits aber eine davon abweichende Praxis vorgefunden wurden. In beiden Konzepten wurde ein Verfahrensablauf bei der Beratung suchtkranker oder suchtgefährdeter Leistungsberechtigter definiert und fachlich begründet, an welcher Stelle des Verfahrens unter welchen Bedingungen und mit welchem Ziel Sanktionen zu erfolgen hätten. Gleichzeitig ergaben die Gespräche, dass es in der Praxis – und zwar auch dann, wenn die im Konzept benannten Bedingungen zutrafen – nur äußerst selten zur Sanktionierung gekommen war. In einem der beiden Fälle wurde konzediert, dass die fixierten Verfahren Ausdruck der Verständigung zu einem bestimmten Zeitpunkt waren und zudem auch mit Blick auf andere Ziele (z.B. die Außenwirkung) verfasst wurden. Trotz guter fachlicher Begründung habe sich das Verfahren in der Praxis nicht umsetzen lassen – nicht zuletzt, weil die operativ tätigen Integrationsfachkräfte im Jobcenter die fachliche Sicht der Suchtberatung nicht teilten. Aktuell würde das Konzept überarbeitet. An zwei anderen Standorten betonten Fach- und Führungskräfte die wichtige Funktion ihrer Fachkonzepte für die fachliche Vergewisserung und die gemeinsame Qualitätsentwicklung. Im einen Fall überließ das Konzept den Fachkräften die konkrete und professionelle Ausgestaltung der Beratungsprozesse – hier wurden keine engen Verfahrensvorschriften festgeschrieben, sondern das Aufgabenverständnis fachlich ausgerichtet. Die Arbeit wurde ganzheitlich und systemisch verstanden. Das Jobcenter *„interpretiert die Auffälligkeiten eines Kunden als nicht funktionierenden Anpassungsprozess des Kunden an die Anforderungen, die an ihn gestellt werden. Die Beratungsarbeit ist daher nie eindimensional auf den Kunden allein ausgerichtet, sondern immer auch auf die intrapersonalen Anteile (Körper, Psyche, Geist, eigene Erfahrungen) und auf die interpersonalen Einflüsse (Familie, soziales Umfeld). Die Arbeit zielt darauf, die Handlungsfähigkeit des Kunden (wieder)herzustellen. Dafür werden so viele Einflussfaktoren in die Beratung einbezogen wie nötig sind, um diese Handlungsfähigkeit zu erreichen.“* (Fachkonzept)

4.2.2 Qualifikation und beruflicher Hintergrund der Fachkräfte

Welche konkrete Auswirkung eine Suchterkrankung haben kann und welcher Umgang im Jobcenter damit sinnvoll ist, muss den Fachkräften, die in der Vermittlung oder im Fallmanagement tätig werden, bekannt sein. Qualifizierungen zum Thema Sucht erhöhen Kompetenzen, Sensibilität und Handlungssicherheit und sind damit eine wichtige Voraussetzung für einen adäquaten Umgang mit Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen. Gleichzeitig stärken sie die Einsicht in die Notwendigkeit von Kooperationsbeziehungen, befördern persönliches Kennenlernen der Fachkräfte der Suchtkrankenhilfe und tragen zu einem besseren Verständnis des anderen Bereichs bei.

Alle Befragten unterstrichen die Notwendigkeit einer suchtspezifischen Qualifizierung und Qualifikation der Fachkräfte im Jobcenter. An mehreren Fallstudienstandorten wurden für die Fachkräfte in den Jobcentern regelmäßige Schulungen durch Suchtkliniken, Suchtberatungsstellen oder den Ärztlichen Dienst der lokalen Agentur für Arbeit durchgeführt. Häufigkeit und Ausmaß der suchtspezifischen Schulungen waren unterschiedlich. Diese Qualifizierungen führten an den Standorten zu erheblichem Kompetenzzuwachs der Fachkräfte. Auch den Schulungen zur BA-

Beratungskonzeption für das SGB II verdankten einige Fachkräfte eine gestiegene Beratungskompetenz.

Übereinstimmung bestand darin, dass Fachkräfte im Jobcenter in der Lage sein sollten, eine Suchtkrankheit bzw. Suchtgefährdung anhand von Hinweisen zu erkennen, um darauf reagieren zu können. Außerdem sei wichtig, dass die Fachkräfte interne und externe Unterstützungsmöglichkeiten inklusive der dazu gehörigen Ansprechpartnerinnen und -partner sowie die Verfahrenswege kennen. Letztlich ist dies auch für den Fall erforderlich, dass eine Suchtkrankheit nur vermutet wird, eine Diagnose aber noch erforderlich ist. Die Kenntnis der (möglichen) Kooperationspartner und der externen Unterstützungsmöglichkeiten ist unabdingbar, um einen Beratungsfall steuern zu können. Nicht erforderlich sei es hingegen, Fachkräfte zu Suchtspezialist/inn/en zu entwickeln.

Die kollegiale Beratung in den Teams der Jobcenter spielte für den Umgang mit Suchtkranken ebenfalls eine große Rolle, da auch dieses Instrument dazu beitragen kann, Handlungssicherheit und ggf. neue Ideen in komplexen Fällen von suchtkranken Leistungsberechtigten zu gewinnen. Die Fallbesprechungen dienen dem Erfahrungsaustausch und der Informationsweitergabe, als Reflexionshilfe und der individuellen (angemessener Umgang) wie kollektiven Vergewisserung (einheitlicher Umgang). Fachkräfte schätzten sie als Impulsinstrument zur Entwicklung neuer Handlungsstrategien und wandten es in Bezug auf komplexe Problemlagen insgesamt an, nicht nur bezogen auf Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen.

Im Hinblick auf die Grundqualifikation stellten Beschäftigte aus Jobcentern wie Suchtberatungsstellen positiv heraus, wenn die Fachkräfte im Jobcenter, die mit suchtkranken Leistungsberechtigten arbeiten, eine sozialpädagogische Grundqualifikation hatten. In dem Jobcenter, welches ein eigenes Team Sozialarbeit führt, wirkte sich positiv aus, dass die dort tätigen Fachkräfte ausschließlich Sozialarbeiter/innen waren, die aus der „*behördlichen Eingriffsverwaltung*“, d.h. dem Jugendamt bzw. dem Sozialamt kamen. Sie konnten sich trotz einer einzelfallorientierten Arbeitsweise als Vertreter/innen einer öffentlichen Stelle verstehen, deren Anforderung und Logiken ihnen vertraut waren. Sie hatten daher keine Erwartung an ein reines „*Beratungsmandat*“, sondern waren sich ihrer Funktion im System bewusst.

4.2.3 Interne Spezialisierung: Vermittlungsfachkräfte, Fallmanagement und Teams für einzelfallbezogene Arbeit

Eine interne fachliche Spezialisierung war in den untersuchten Jobcentern eine wichtige Voraussetzung für gute Praxis; sie ging oft damit einher, dass für die Betreuung von suchtkranken Leistungsberechtigten auch mehr zeitliche Ressourcen zur Verfügung standen. Die Spezialisierung war in der Regel mit einer Aufgabenverteilung zwischen Vermittlungsfachkräften und Fallmanagement verbunden. In einem Jobcenter gab es daneben ein eigenes Team Soziale Arbeit, das für die Koordination und Bereitstellung kommunaler Eingliederungsleistungen zuständig war. An dieses Team konnten neben anderen besonderen Zielgruppen Suchtkranke mit besonderem Unterstützungsbedarf vermittelt werden. Nicht nur hier beruhte die Spezialisierung auf der Einschätzung, dass bestimmte Gruppen von Leistungsberechtigten – zu denen auch Menschen mit Suchterkrankung als Vermittlungshemmnis gehören – intensiver und mit einem anderen Betreuungsschlüssel sowie anderen Methoden betreut werden sollten.

Das Team Soziale Arbeit wurde dann eingeschaltet, wenn Menschen in der Arbeitsvermittlung ihre Probleme offen gelegt hatten und kommunale Leistungen erhalten sollten, aber auch, wenn Fachkräfte in Vermittlung oder Fallmanagement den Eindruck hatten, dass ein verdecktes Problem die Fallbearbeitung störte. Eine gefestigte Diagnose war nicht erforderlich, es reichte, dass es in der Fallbearbeitung „Schwierigkeiten“ oder Andeutungen für Problemstellungen gab. Es erfolgte dann eine persönliche Übergabe der Leistungsberechtigten an eine Fachkraft im Team Soziale Arbeit. Die Leistungsberechtigten – so die Erfahrung der Befragten – brachten den Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern im Team Soziale Arbeit großes Vertrauen entgegen. Die Beratung war freiwillig, es gab keine vorgeschriebenen Fallzahlen und keine Terminierung nach Kontaktdichtekonzept. Die Fachkräfte entschieden selbst, wie sie arbeiten und die Arbeitsweise wurde als vollständig „*einzelfallabhängig*“, niedrigschwellig und proaktiv charakterisiert. So riefen Fachkräfte die Leistungsberechtigten regelmäßig an, waren selbst telefonisch erreichbar und konnten ohne Termin aufgesucht werden. Sie leisteten ebenfalls Assistenz (z.B. bei Antragstellung) oder Begleitung (z.B. zu Schuldner- oder Suchtberatung). Die Rückmeldungen von den befragten Leistungsberechtigten zu diesem Hilfeansatz waren durchweg sehr positiv.

Während sich die Spezialisierung in größeren Städten teilweise in Teams realisierte – wobei die Fachkräfte meist nicht in gesonderten Organisationseinheiten arbeiteten –, gab es in Jobcentern in Flächenlandkreisen mit mehreren Standorten gemischte Teams mit Fachkräften unterschiedlicher Funktion. Eines der untersuchten Jobcenter experimentierte mit beiden Lösungen und erkannte Vor- und Nachteile beider Lösungen. In diesem Jobcenter waren früher in jedem Vermittlerteam zwei Fallmanager/innen tätig; diese wurden im Zuge einer Organisationsänderung zu einem Fallmanagementteam zusammengefasst. Dies wurde als äußerst positiv im Hinblick auf die Entwicklung von Fachlichkeit im Team bewertet. Als nachteilig wurde hingegen beschrieben, dass die Übergabe aus den Vermittlungsteams an das Fallmanagement nun aufwändiger geworden sei. Gab es früher eine direkte, sogenannte „*warme*“ Übergabe, weil Vermittler/in und Fallmanager/in Tür an Tür saßen, mussten die Leistungsberechtigten nun den Weg ins Fallmanagement allein zurücklegen, und die Absprachen mit den zuweisenden Vermittlungsteams erfolgten in der Regel telefonisch.

In einem der untersuchten Jobcenter hatten die Fachkräfte im Fallmanagement jeweils die Koordinierungsfunktion für bestimmte Themen; so war eine Fachkraft für alle Fragen im Kontext der Betreuung von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen zuständig, andere für die berufliche Rehabilitation usw. Diese interne Spezialisierung wurde als großer Vorteil erlebt. Die Bündelung fachspezifischer Fragen fördert nicht nur die eigene interne Kompetenzentwicklung, sondern ist auch eine günstige Bedingung für die Etablierung fachspezifischer Netzwerke mit externen Partnern, da diese jeweils eine konkrete Ansprechperson im Jobcenter haben.

Die Entscheidung, ob ein/e suchtkranke/r Leistungsberechtigte/r ins Fallmanagement überwiesen wird, wurde an den Standorten anhand unterschiedlicher Kriterien getroffen. Für alle galt, dass suchterkrankte Leistungsberechtigte nicht generell ins Fallmanagement überstellt wurden. Übereinstimmend war an den Standorten die Voraussetzung, dass mehrere Vermittlungshemmnisse und ein besonderer Betreuungsbedarf vorliegen mussten. Weitere, unterschiedlich gewichtete, Kriterien waren Mitwirkungsbereitschaft, Erwägungen zur Wirtschaftlichkeit und die individuelle Entwicklungsprognose. An einem Standort war Voraussetzung, dass das Suchtproblem als „*bearbeitbar*“ eingeschätzt wurde; eine Veränderungsbereitschaft der Suchterkrankten wurde

vorausgesetzt. Wichtiges Kriterium war auch, dass sich der zu erwartende Betreuungsbedarf in wirtschaftlich vertretbaren Grenzen hielt. Die befragten Fachkräfte beschrieben die im Fallmanagement betreuten Leistungsberechtigten daher als „*Positivauswahl*“ unter den insgesamt schwierigen Fällen. Eine solche Auswahl wurde in dem Jobcenter, in dem das Team Soziale Arbeit die Fälle übernahm, nicht vorgenommen.

In den untersuchten Jobcentern sollte die Betreuung im Fallmanagement grundsätzlich befristet sein (genannt wurde die Frist von zwei Jahren). Allerdings wurde auch berichtet, dass Suchterkrankte teilweise länger im Fallmanagement verblieben – teilweise bis zu vier Jahren. Hintergrund waren in der Regel Einschätzungen der Fallmanager/innen, die bei den betroffenen Personen ein nicht kurzfristig erschließbares Potenzial sahen. Die Argumentation für den (weiteren) Verbleib im Fallmanagement war fachlich und mit Bezug auf den Einzelfall plausibel und überzeugend, brach sich jedoch an der institutionellen Vorgabe und der internen Steuerung. Im konkreten Fall vertraute die Geschäftsführung auf das fachliche Urteil des Fallmanagements, dem sie kein eigenes (egoistisches) Interesse unterstellte. Dieses Beispiel belegt, wie wichtig eine gemeinsame Zielorientierung und kooperative Zusammenarbeit der Akteure ist. Ist diese gegeben, sind im Einzelfall notwendige flexible Entscheidungen möglich.

An allen Standorten wurden junge Erwachsene u25 bzw. u27 gesondert betreut. In Bezug auf Suchterkrankte wurde die Notwendigkeit einer altersdifferenzierten Fallbearbeitung mit biographischen Besonderheiten und anderen Rechtsgrundlagen wie strengeren Sanktionsregelungen begründet. Jüngere wurden einerseits als schwierigere, unberechenbarere Klientel wahrgenommen, was mit anderen Formen der Abhängigkeitskrankheit (andere Stoffe, häufiger Mediensucht, sehr häufig Kombinationen von Stoffen und Süchten), instabileren Suchtverläufen, größerer Vermeidungshaltung, stärkerem Einfluss der Peer Group und häufigerer Straffälligkeit begründet wurde; andererseits wurden aber auch größere Entwicklungsmöglichkeiten und die zentrale Bedeutung von Weichenstellung in dieser Lebensphase für die folgende Erwerbsbiographie herausgestellt. Die Arbeit mit jugendlichen und jungen erwachsenen Suchtkranken scheint sich in verschiedener Hinsicht von der mit der Gruppe der über 25- bzw. 27-Jährigen zu unterscheiden. Junge Menschen benötigen teilweise eine andere Ansprache und Begleitung, haben andere Bedarfe (Integration in Ausbildung) bzw. weitere zusätzliche Probleme (Eltern kleiner Kinder) und können durch altersgruppenspezifische Dritte (Jugendhilfe) zusätzlich unterstützt werden. Trotz dieser Besonderheiten wurde deutlich, dass die fachlichen Standards bei der Betreuung der Gruppe der u25 die gleichen waren wie die für die Leistungsberechtigten insgesamt.

Sowohl die Organisationsvielfalt als auch die Erfahrungen der Fachkräfte, die bereits unterschiedliche Organisationsvarianten erlebt hatten, zeigen, dass es diesbezüglich nicht die eine ideale Lösung gibt. Organisationsentscheidungen fallen vielmehr in Abhängigkeit von bestimmten Rahmenbedingungen und subjektiven Präferenzen. Da auch Organisationen lernen, werden Organisationsentscheidungen ggf. angepasst und neue Formen des organisationalen Zuschnitts erprobt.

4.2.4 Diagnostik und Clearing

Sofern keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit oder Auffälligkeiten im Alltag vorlagen, konnten Fachkräfte im Jobcenter eine Suchterkrankung kaum feststellen – je seltener die Kontakte stattfanden, desto schwieriger war dies. Mehrfach benannten die Gesprächspartnerinnen und -partner den Entzug der Fahrerlaubnis als wichtigen, aber oft übersehenen Hinweis auf ein Suchtverhalten. Bestimmte Süchte waren nach Aussagen der interviewten Fachkräfte besonders

schwer zu erkennen. Das betraf insbesondere die Medikamentenabhängigkeit, problematisches bzw. pathologisches Glücksspielverhalten und internetbezogene Störungen, aber auch die Abhängigkeit von Amphetaminen und Kokain.

Suchterkrankungen zweifelsfrei zu erkennen – darin waren sich die befragten Fachkräfte an den Fallstudienstandorten einig –, könne nicht Aufgabe von Vermittlungsfachkräften und Fallmanagement sein. Auch Medizinerinnen und Mediziner warnten vor einer Überforderung bzw. Selbstüberschätzung der medizinisch-psychologisch nicht ausgebildeten Fachkräfte. Die Fachkräfte in den Jobcentern könnten aber aufgrund langjähriger Erfahrung Suchtproblematiken in der Regel dann erkennen, wenn diese Einfluss auf Leistungsfähigkeit und Alltagsverhalten nehmen, d.h. tatsächlich auch Vermittlungshemmnisse darstellen.

Die Jobcenter gingen im Hinblick auf die Klärung einer Suchterkrankung unterschiedliche Wege. In der Mehrzahl der untersuchten Jobcenter wurde versucht, durch Schulungen und Prüflisten mit möglichen Merkmalen einer Suchterkrankung die Fachkräfte in Vermittlung und Fallmanagement möglichst gut in die Lage zu versetzen, Hinweise auf Suchterkrankungen zu erkennen. In einem Jobcenter wurde von der Suchtberatungsstelle dafür ein „Diskriminationstest“ zur Verfügung gestellt. Fachkräfte sollten Leistungsberechtigte dann dazu motivieren, bestehende Probleme zu benennen und ggf. den Übergang in Diagnostik und Beratung organisieren. Dagegen ging ein Jobcenter offensiv mit den ohnehin begrenzten Möglichkeiten der Fachkräfte in Fallmanagement und Vermittlung um. Sie wurden von dieser Aufgabe entlastet, indem sie bei allen – wie auch immer verursachten – verdeckten Problemen in der Fallbearbeitung das interne Team Soziale Arbeit hinzuziehen konnten, wo dann eine Klärung stattfand.

Auch wenn Fachkräfte berichteten, dass Suchterkrankte, direkt darauf angesprochen, häufig eine Suchterkrankung einräumen, gebe es auch viele Fälle, in denen die Selbsteinschätzung der Leistungsberechtigten und der Fachkräfte im Hinblick auf eine Suchterkrankung und Leistungsfähigkeit nicht übereinstimmten. Die Fachkräfte verwiesen in diesen Fällen darauf, dass eine Diagnostik der Suchterkrankung und die Bestimmung der Leistungsfähigkeit nur durch Fachleute vorgenommen werden kann. Die Bedeutung der Begutachtungsverfahren durch den Ärztlichen Dienst oder des Berufspsychologischen Service der Agentur für Arbeit wurde grundsätzlich hervorgehoben. Eine solche externe und objektive Überprüfung – wie sie z.B. auch in einem Drogentest erfolgt – sei eine Überprüfung „auf Augenhöhe“, sie entlaste die Beratungsbeziehung.

Eine andere Möglichkeit war die Überprüfung im Rahmen von Maßnahmen. So hatte ein Jobcenter für den Fall von kontroversen Einschätzungen durch Fachkraft und Suchterkrankte(n) eine Feststellungsmaßnahme implementiert, in der die Leistungsberechtigten ihre Suchtfreiheit unter Beweis stellen konnten. In diesem Fall diente die Maßnahme zugleich der Klärung von Drogenkonsum bei durch das Jugendamt vermuteter Kindeswohlgefährdung.

Es wurde zwar z.T. grundsätzlich problematisiert, dass eine Koppelung von Leistungsbeantragung und Offenlegung der Suchtproblematik „entwürdigend“ bzw. „bevormundend“ wirken könne, insbesondere, wenn das Jobcenter selbst keine passenden Angebote machen, sondern wiederum nur an Angebote anderer verweisen könne. Zugleich wurde eine Offenlegung und Klärung der Sucht als Grundvoraussetzung für die Initiierung eines Veränderungsprozesses gesehen. In der benannten Feststellungsmaßnahme berichteten die Betreuer, dass die Feststellung der Sucht nicht selten auch für die Betroffenen überraschend war und auf diese Weise oftmals der erste Schritt zur Krankheitseinsicht gemacht werden konnte.

4.2.5 Zugang zu Fachkräften und Beratungsbeziehung

Für Leistungsberechtigte ist entscheidend, dass sie ohne große Hürden Kontakt zu den für sie zuständigen Fachkräften und Beratungsstellen aufnehmen können. Kurzfristig entstandene Klärungsbedarfe und akute Krisen erfordern die Möglichkeit einer schnellen Kontaktaufnahme; auch entsteht eine andere Vertrauensbeziehung, wenn Leistungsberechtigte wissen, dass sie die zuständige Fachkraft im Jobcenter oder bei der Suchtberatung bei Bedarf tatsächlich persönlich erreichen können. In dem System der durch Callcenter geleiteten zentralen Zugänge zu den Jobcentern (gE) ist diese Zugänglichkeit nicht per se gegeben, sondern muss erst hergestellt werden. Dies geschah in den untersuchten Jobcentern teils systematisch, teils in Einzelfällen: Telefonnummern (persönliche Durchwahlnummern oder sogar Handy-Nummern der Fallmanagerinnen und Fallmanager) und Mailadressen wurden herausgegeben, es gab offene Sprechzeiten, und Leistungsberechtigte wurden ermutigt, bei Bedarf auch ohne Termin zu kommen. Die Leistungsberechtigten hoben diese gute Erreichbarkeit sehr positiv hervor.

Dabei geben Leistungsberechtigte eine besonders gute Rückmeldung zur Erreichbarkeit und der proaktiven Kontaktaufnahme durch das Team Soziale Arbeit an einem der Standorte. Eine Befragte berichtete, dass die Sozialarbeiterin, die sie bei ihren „*Fragen und Problemen*“ unterstützte, sie „*regelmäßig*“ anrufe und „*nach dem aktuellen Stand der Dinge*“ frage. Eine andere schildert die gute Erreichbarkeit und die Vertrauensbeziehung. Demnach könne sie „*immer bei ihr anrufen*“, auch die Sozialarbeiterin rufe „*manchmal*“ bei ihr an und sie gehe bei der Sozialarbeiterin „*auch ohne Termin vorbei, sie freut sich immer*“.

Die Fachkräfte betonten, dass sich bei Suchterkrankten Krisen sehr schnell zuspitzen können und dann die Gefahr eines Rückfalls besteht. Auch aus diesem Grund sei eine gute Erreichbarkeit der zuständigen Fachkräfte von maßgeblicher Bedeutung und trage zur Rückfallprävention bei.

Als einer ihrer Kunden in einer akuten Krise mit unabsehbaren Folgen steckte, gelang einer Fachkraft aus dem Team Soziale Arbeit eine schnelle Intervention. Der suchtkranke, abstinent lebende Mann hatte an einer AGH teilgenommen, die ihn zu überfordern begann. Er versuchte zunächst, die Maßnahme durchzuhalten, wandte sich aber dann spontan an die für ihn zuständige Sozialarbeiterin. Diese konnte innerhalb eines halben Tages dafür sorgen, dass er einen alternativen Beschäftigungsplatz erhielt. Er verdanke ihr, dass sie seinen Rückfall verhindert habe, sagte er dazu.

Kontinuität in der Fallbearbeitung erleichtert die Aufrechterhaltung von fachlichen Standards in der Arbeit dauerhaft und ermöglicht vertrauensvolle Arbeitsbeziehungen. Bezogen auf Suchtkranke ist das bedeutsam, weil der offene Umgang mit einer teils tabuisierten Erkrankung sehr viel Vertrauen voraussetzt. Dies bedeutet, dass in der Betreuung nach Möglichkeit Brüche vermieden werden sollten. An einigen Fallstudienstandorten waren die Fachkräfte bereits lange Jahre in ihrer Position tätig, und den Befragten zufolge trug auch dies erheblich zu einer guten Praxis bei.

4.2.6 Eingliederungsvereinbarung und Sanktionen bei suchtkranken Leistungsberechtigten

Kooperationsvereinbarungen zwischen Jobcenter und Suchtberatungsstellen beschrieben regelhafte Verfahren der sanktionsbewehrten Zuweisung in Suchtberatung nach Bestätigung der Suchtkrankheit durch ein ärztliches Gutachten:

„Bei einem positiven Befund verpflichtet das Jobcenter die Betroffenen mittels Eingliederungsvereinbarung zum Besuch der Beratungsstelle. Die Vermittlung in die Beratungsstelle ist in diesem Fall in die Eingliederungsvereinbarung aufzunehmen. [...] Die verpflichtende Eingangsphase in der Beratungsstelle besteht aus der Orientierungs- und Motivationsphase, diese umfasst 8 Termine aus Gruppen- und Einzelgesprächen.“

(Kooperationsvereinbarung zwischen Jobcenter und Kommune)

Ähnliche Vorgaben gab es auch an anderen Standorten. Die in den Jobcentern befragten Fachkräfte sahen die Verankerung von Verpflichtungen in der Eingliederungsvereinbarung und die Sanktionen allerdings mehrheitlich eher distanziert-kritisch bis ablehnend, da damit kein Problembewusstsein und kaum Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfe erzeugt werden könne. Die in den Jobcentern befragten Fachkräfte nahmen daher in der Regel nur ausführlich und einvernehmlich verhandelte Vereinbarungen zur Inanspruchnahme von Unterstützung überhaupt in ihre Eingliederungsvereinbarungen auf. In einem Jobcenter war das Problembewusstsein des bzw. der Suchtkranken die Voraussetzung dafür, suchtbezogene Verabredungen in die EinV aufzunehmen. Die Sanktionierbarkeit wurde dabei auf die Wahrnehmung eines (ersten) Termins beschränkt:

„Zeigt der Kunde Problembewusstsein, wird die Integrationsstrategie in der Eingliederungsvereinbarung (EGV) niedergeschrieben. Dabei können in der EGV unter ‚Bemühungen des Kunden‘ die Vorsprache sowie die aktive Mitarbeit an den in der Beratungseinrichtung vereinbarten Zielen aufgenommen werden. Lediglich die in der EGV vereinbarte Pflicht, zu einem vereinbarten Termin in einer bestimmten Einrichtung vorzusprechen, ist bei Nichteinhaltung dieses Termins sanktionierbar.“

(Handlungsleitlinie an das Fallmanagement zur Suchtberatung)

In dem „Handlungsleitfaden Sucht“ an einem weiteren Fallstudienort wurden Fachkräfte dazu angehalten, Ermessenentscheidung unter Berücksichtigung der Krankheitsumstände zu treffen.

„Es empfiehlt sich, die Zuweisung zur Suchtberatung im Rahmen einer Eingliederungsvereinbarung festzuhalten, um der Absprache mit dem Kunden einen verbindlichen Charakter zu verleihen. Das Nichteinhalten von Melde- bzw. Kontaktvereinbarungen sollte jedoch nicht regelhaft zu Sanktionen führen. Sucht ist eine Krankheit, bei der fehlendes Eingeständnis und Abwehrhaltung zum Krankheitsbild gehören und als wichtiger Grund im Rahmen einer Sanktionsentscheidung zu berücksichtigen sind.“

(Leitfaden Sucht)

Legten Leistungsberechtigte ihre Suchterkrankung im Fallmanagement offen, so führte dies bei den gut geschulten Fachkräften in allen untersuchten Jobcentern dazu, dass der Behandlung Vorrang eingeräumt wurde. Es wurden dann wegen der Suchterkrankung andere Anforderungen an die Leistungsberechtigten gestellt und bei der krankheitsbedingten Nichteinhaltung von Absprachen wurde auf Sanktionen verzichtet. In einer „Handreichung für die Jobcenter-Mitarbeiter“ wurde explizit darauf verwiesen, dass die Fachkräfte *„Mitgefühl und Verständnis“* zeigen und *„Schuldvorwürfe, Beweisführungen oder Diskussionen über Konsumverhalten, Gefährlichkeit und von Drogen usw.“* vermeiden sollten. In drei Jobcentern wurde beschrieben, dass Suchtkranke nach Offenlegung insgesamt selten sanktioniert würden. Eine Sanktionierung sei nicht nur der (Krankheits-)Situation nicht angemessen, sie könne auch für den weiteren Beratungsprozess kontraproduktiv sein. Folgendes Beispiel zeigt, dass ein Verzicht auf Sanktionierung für den Beratungsprozess förderlich sein kann:

Eine unter 27-jährige Leistungsberechtigte berichtete, dass sie nach massivem Alkoholmissbrauch am Vorabend einen anberaumten Vorstellungstermin absagen wollte, damit sie sich nicht *„von der schlechten Seite zeigen“* musste. Vor der Absage nahm sie Kontakt mit ihrer Fallmanagerin auf, die die Absage unterstützte und sie nicht sanktionierte. Für die Leistungsberechtigte zeigte sich darin, dass ihre Fallmanagerin sie auch bei einem für sie schambesetzten Rückfall weiter dabei unterstützen würde, die Abstinenz und die Arbeitsmarktintegration zu erreichen. Eine durch Vertrauen begründete Beratungsbeziehung ermöglichte damit die gemeinsame Weiterarbeit.

Trotz einer grundsätzlich kritischen Haltung gegenüber dem Nutzen von Sanktionen bei Suchtkranken, wurde teilweise davon ausgegangen, dass Eingliederungsvereinbarungen und Sanktionen einen Beitrag zur Erhöhung von Verbindlichkeit leisten können und dass aus der fremdmotivierten ersten Inanspruchnahme von Suchtberatung auch eine intrinsische Motivation für die weitere Bearbeitung des Problems und eine kontinuierliche Teilnahme resultieren könne. Eine für jüngere suchtkranke Leistungsberechtigte zuständige Fallmanagerin sagte entsprechend, dass es bei Sucht oft *„auch deutlich Rüttler braucht, dass was getan wird“* und dass es schwierig sei, *„wenn man Sachen so laufen lässt.“* Trotz Verzicht auf Sanktionen sollten die in der Beratung getroffenen Verabredungen verbindlich sein:

„Insgesamt macht man sich ja das Vertrauensverhältnis mit Sanktionen kaputt. Wenn man schon ein Stück weit gearbeitet und einen Zeitplan erstellt hat, muss man im Einzelfall schauen. Es gibt ja immer wieder mal Rückfälle, dann bekommt die Person noch eine Chance. Aber zehn Chancen

bekommt eine Person auch nicht. Dann muss man schauen, wie man ein bisschen Druck oder Verbindlichkeit rein bringt. Ich würde es eher ‚Verbindlichkeit reinbringen‘ nennen.“ (TL und FM)

Eine Gesprächspartnerin beobachtete an zwei Fachkräften im u25-Bereich, die vorher beim Jugendamt tätig gewesen waren und einen Teil der Jugendlichen im SGB II noch aus dieser Zeit kannten, eine vergleichsweise ‚strenge‘ Art des Umgangs mit den Jugendlichen:

„Die sind schon mal ganz hart und ziehen das durch. Die sagen: ‚Das haben wir vereinbart und wenn du das jetzt nicht machst, dann passiert was.‘ Und dann bleiben die Jugendlichen oft auch dabei.“

In anderen Jobcentern überwog dagegen die Einschätzung, dass die selbstmotivierte und freiwillige Inanspruchnahme von Unterstützung unabdingbare Voraussetzung für deren Erfolg sei. Denn auch eine gelingende Suchtberatung setze Sucheinsicht und die Bereitschaft voraus, dass jemand „aus sich heraus“ an seiner Suchtproblematik arbeite. Eine Teamleitung erläuterte diese Haltung:

„Es nützt ja nur was, in Richtung Therapie zu gehen, wenn der das auch möchte. ... Denn spätestens ab dem Punkt, wo ich ihn zwingen, zur Suchtberatung zu gehen, geht es dort darum, dass er aus sich heraus an seiner Suchtproblematik arbeiten möchte und eine Sucheinsicht hat. Und das kann man nicht erzwingen.“

Ähnlich unterschiedliche Positionen wie die Jobcenter vertraten auch die Kooperationspartnerinnen und -partner in Suchtberatungsstellen und Suchtkliniken. Die Evaluation zeigte, dass intensivere und als besser bewertete Kooperationen dort entstanden, wo zwischen Jobcentern und Suchthilfe hohe Übereinstimmung in dieser Frage bestand.

Häufig wurde thematisiert, dass die Fixierung suchtbezogener Verabredungen in der EinV auch aus Gründen des Datenschutzes problematisch sei: Eine Zuweisung an die Suchtberatung müsse so verschriftlicht werden, dass kein Rückschluss auf die Erkrankung möglich sei, d.h. es könne lediglich eine Zuweisung „an Dritte“ verankert werden. Der Übergang in und die Inanspruchnahme der Angebote sozialer Arbeit im und außerhalb des Jobcenters durch Leistungsberechtigte wurde an den Standorten grundsätzlich nicht sanktioniert, dies sei kontraproduktiv.

4.2.7 Die Sicht der Leistungsberechtigten

Im Rahmen der Fallstudien wurden insgesamt 23 Leistungsberechtigte interviewt. Die Befragten waren unterschiedlichen Alters, zu einem Drittel weiblich und zu zwei Dritteln männlich. Sie befanden sich in unterschiedlichen Lebenssituationen und hatten unterschiedliche Erfahrungen in Bezug auf die individuelle Auseinandersetzung mit ihrer Suchtkrankheit und die Betreuung durch Jobcenter und Suchtkrankenhilfe. Ein großer Teil der Befragten war gesundheitlich eingeschränkt, wobei diese Einschränkungen nur zum Teil mit der Suchtkrankheit in Zusammenhang standen. Ein größerer Teil berichtete von psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen. Einige Interviewpartner/innen berichteten über Scham und Stigmatisierung aufgrund der Suchterkrankung, weshalb sie nur mit Menschen darüber sprechen würden, denen sie vollständig vertrauen.

In den Interviews zeigte sich, dass die von den Jobcentern als „gute Praxis“ beschriebenen Vorgehensweisen im Wesentlichen auch von den Leistungsberechtigten positiv beurteilt werden.

Die Erwartungen der Befragten ans Jobcenter waren unterschiedlich, was sich nicht zuletzt durch die unterschiedlichen individuellen Erfahrungen erklären lässt. Während ein Teil der Befragten umfassende Hilfen und Unterstützung schätzte und wünschte, waren andere zurückhaltender

und wollten die Funktion der Jobcentermitarbeiter/innen eher auf arbeitsmarktbezogene Dienstleistungen beschränkt sehen. Eine Suchterkrankung sei Privatsache und gehe das Jobcenter deshalb genauso wenig an wie die Arbeitgeber. Nicht die Jobcenter, sondern die Suchtberatungsstellen seien die richtigen Ansprechpartner für die Suchterkrankung.

In Bezug auf die Betreuung durch die Jobcenter wurden Fragen der Existenzsicherung als vorrangig benannt. Die Befragten berichteten dabei über eine Reihe von Problemen, die sie stark belasteten und die sie teilweise nur mit Unterstützung Dritter bewältigen konnten.

Übereinstimmend wurde geäußert, dass die Leistungsberechtigten sowohl bei Jobcentern als auch bei der Suchtberatung persönliche Ansprechpartner/innen wünschen, die sie respektvoll behandeln und sich Zeit dafür nehmen, Probleme in Ruhe zu besprechen. Die Leistungsberechtigten schätzten es sehr, wenn die Fachkräfte im Jobcenter echtes Interesse an ihrer Situation zeigten. Gleichzeitig sei es wichtig, dass die Jobcenter auch konkrete Hilfsangebote unterbreiten können. Ein Leistungsberechtigter, der von einem Jobcenter betreut wurde, das in der Online-Befragung eine hohe Zahl der Kriterien guter Praxis erfüllte, formulierte das so:

„Meine Fallmanagerin ist gut. Ich hatte schon verschiedene, und die jetzt ist sehr gut. Also kümmert sich, macht sich Sorgen, ruft eben auch noch mal an und fragt, ob das klappen könnte mit mir, wenn ich das oder das mal versuche. Wenn sie wieder mal Ideen hat, wo sie mich unterbringen könnte. Ich habe jetzt eine Stelle in Aussicht wo sie sagt, das wäre so ihr Traum, wenn sie mich da drinne sieht. Da bin ich schon relativ zufrieden.“

Mehrfach wurde hervorgehoben, dass es gut sei, wenn man in Krisensituationen die zuständigen Mitarbeiter/innen der Suchtberatung direkt kontaktieren kann. Gerade weil in Problemsituationen die Rückfallgefahr besonders hoch ist, sei es sehr wichtig, dass man die Betreuungspersonen in den Unterstützungseinrichtungen jederzeit auch ohne vorherige Terminierung kontaktieren kann. Ein 37-jähriger Befragter, der früher Heroin konsumierte, sich aktuell im ambulant betreuten Wohnen befindet und seine Situation als „stabil“ beschrieb, berichtete über seine positiven Erfahrungen mit der Suchtberatungsstelle. Es gebe freie Sprechstunden, und durch das ambulant betreute Wohnen hat man immer jemanden, der für einen da ist. Im Problemfall „*wird angerufen – dann machen wir aus, wann wir uns treffen. Ich hab die Telefonnummer von allen.*“ Obwohl er seiner Einschätzung nach inzwischen gut allein zurechtkommt, bleibt die Suchtberatungsstelle wichtig für ihn. Dies ist insbesondere deshalb der Fall, weil er ansonsten kaum soziale Kontakte hat. Mit seiner Familie ist er seit Jahren zerstritten, und ein großer Teil seiner früheren Freunde konsumiert Drogen, weshalb er den Kontakt zu ihnen als Risiko für sich einschätzt.

„Die Drogenberatungsstelle ist immer noch so ein Haltepunkt, wenn irgendwas ist. Wenn man Sorgen hat, kann man hierherkommen. Dann wird an einer Lösung gebastelt, oder es wird eben – also, wenn das Problem nicht zu lösen ist, dann wird aber trotzdem gesagt: Dann machen wir das eben so. Dann ist das Problem halt da, aber dann macht man halt erst mal an der Stelle weiter. Es wird immer geholfen, wenn irgendwas ist. Also man wird nie im Stich gelassen mit einem Problem. Wenn ich da nicht kommen könnte, da würde schon ein Stück Rückgrat fehlen. Für mich ist es so, wie eine Familie schon.“

Für die Mehrzahl der Befragten ist es sehr wichtig, eine Beschäftigung zu bekommen. Damit ist eine sinnvolle und gesellschaftlich anerkannte Tätigkeit gemeint, nicht zwingend ein Job auf dem ungeforderten Arbeitsmarkt. Einer der Befragten sprach im Interview sehr erfreut davon, dass er eine „Stelle“ in Aussicht habe. Im Laufe des Gesprächs wurde klar, dass es sich dabei um einen Platz in einer Maßnahme handelte. Ein Interviewpartner berichtete über frühere unbezahlte Tätigkeiten bei einem Bekannten im Bereich Gastronomie. Dies habe er sehr gern gemacht. „Das

ist zwar alles so ehrenamtlich gewesen, aber eben Beschäftigung.“ Wenn ihm ein Maßnahmeplatz angeboten würde, wäre das für ihn toll: *„Da schnapp ich dann zu.“*

Maßnahmeteilnehmer/innen nannten als Vorteile der Beschäftigungsmaßnahme, dass man eine Aufgabe und eine Tagesstruktur hat, dass man nicht allein ist, sondern soziale Kontakte hat – und dies mit Menschen, die ähnliche Probleme haben. *„Zuhause Rumsitzen bringt einen nur auf dumme Gedanken.“* Kritisch sei jedoch, dass es an einer Perspektive fehlt, denn die Maßnahmen sind zeitlich befristet.

Viele der Befragten hatten nicht mehr das Vertrauen, dass es ihnen nach der Maßnahme gelingen würde, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Sie hatten bereits zu viele Misserfolgserlebnisse in der Vergangenheit und empfanden teilweise eine tiefe Perspektivlosigkeit, seien *„eigentlich fast nicht vermittelbar“*. Insbesondere ältere Befragte sahen für sich äußerst geringe Beschäftigungschancen. Dies führten sie primär auf ihr Alter und die gesundheitlichen Einschränkungen zurück und erst in zweiter Linie auf die Suchterkrankung. Ein Teil der befragten Leistungsberechtigten fühlte sich als Suchtkranke *„abgestempelt“*. Zwei interviewte Personen setzten den eigenen Alkoholkonsum ins Verhältnis zu gesellschaftlich akzeptierten Formen des Konsums und vertraten die Auffassung, dass ihr Alkoholkonsum nur deshalb anders bewertet und problematisiert werde, weil sie arbeitslos und arm sind. Beide fühlten sich aufgrund ihrer geringen Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt in starkem Maße gesellschaftlich ausgegrenzt. Angesichts der schlechten Beschäftigungschancen lag die Hoffnung vieler Befragter eher darin, künftig wieder einen Maßnahmeplatz bekommen zu können.

Nach den bisherigen Erfahrungen befragt, zeigte ein größerer Teil der Leistungsberechtigten Enttäuschung darüber, dass es zwischen den verschiedenen Stationen – Entgiftung, Reha, Beschäftigungsmaßnahme – immer wieder lange Wartezeiten gab. Ein Leistungsberechtigter meinte, die Hilfeinrichtungen würden weniger kooperieren als vielmehr eigene Interessen verfolgen und diese gegeneinander durchsetzen. Andere Befragte berichteten über positive Erfahrungen in Bezug auf die Kooperation der unterschiedlichen Hilfesysteme, z.B. über gemeinsame Termine von Jobcenter, Gesundheitsamt und dem Sozialdienst der Klinik. Aus Sicht der befragten Leistungsberechtigten ist Nahtlosigkeit bei den Übergängen sehr wünschenswert.

Zum Thema Sanktionen äußerten sich die Befragten unterschiedlich. Einerseits seien Sanktionen allein deshalb wirksam, weil jede zusätzliche finanzielle Einschränkung stets existenzielle Folgen habe. Deshalb bemühe man sich beispielsweise, Termine im Jobcenter wahrzunehmen bzw. rechtzeitig abzusagen. Andererseits könne diese Art von Druck auch eher *„Trotz“* auslösen und sei in diesen Fällen kontraproduktiv. Insbesondere jüngere Leistungsberechtigte berichteten, dass sie im Notfall finanzielle Unterstützung von Seiten der Familie erhalten. Allerdings hatten die Befragten nur wenig eigene Erfahrung mit Sanktionen. Häufiger hätten die zuständigen Vermittlungsfachkräfte und Fallmanager/innen auf Sanktionen verzichtet, so z.B. bei einmaligen Versäumnissen und schriftlicher Begründung für das Versäumnis.

4.3 Rolle der Jobcenter in den lokalen Netzwerken

Die Jobcenter an den Fallstudien-Standorten waren in unterschiedliche lokale Netzwerke einbezogen, und sie nahmen in der Kooperation unterschiedliche Rollen ein. Unterscheiden ließen sich institutionalisierte Kooperationen auf der Grundlage schriftlicher Vereinbarungen und eher informelle Kooperationen ohne vertragliche Grundlage. Kooperationen zwischen Jobcentern und Maßnahmeträgern oder mit beauftragten Suchtberatungsstellen waren vor dem Hintergrund ei-

ner Auftraggeber-Auftragnehmer-Beziehung stets verbindlicher und z.T. hierarchischer strukturiert als Kooperationen, in die sich die Jobcenter als einer von vielen lokal handelnden Akteuren einbrachte. Netzwerkbeziehungen unterschieden sich nach Zielstellung, nach der Kontinuität der Kontakte und danach, auf welche Weise sie gesteuert wurden; Jobcenter nahmen unterschiedlich aktive Koordinierungsaufgaben in ihnen wahr. Es gab auf wenige und ausgewählte Akteure begrenzte Kooperationen und große lokale Netzwerke, die mit anderen Netzwerken kooperierten.

4.3.1 Kooperation mit den Anbietern von Suchtberatung

Die Kooperation mit den örtlichen bzw. regionalen Suchtberatungsstellen als den Erbringern kommunaler Leistungen gehört zu den Voraussetzungen erfolgreicher Jobcenter-Aktivitäten bei der Betreuung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter, wenngleich die Bedeutung weiterer Netzwerkpartner (z.B. der Schuldnerberatungsstellen, Sozialpsychiatrischen Dienste, Jugendämter) in den letzten Jahren deutlich zugenommen habe, so die übereinstimmende Einschätzung der befragten Jobcenter-Expertinnen und -Experten. Man kenne jetzt deutlich besser und vollständiger die in aller Regel komplexen und vielschichtigen Lebensprobleme der Suchtkranken im SGB II, die die Überwindung der Sucht und die Integration in existenzsichernde Arbeit erschweren und eine entsprechend komplexe und abgestimmte Herangehensweise im Betreuungs- und Integrationsprozess erfordern.

Als selbstverständlich wurde von vielen Jobcentern gesehen, dass die Zusammenarbeit mit der Suchthilfe auf der Grundlage einer verbindlichen Kooperationsvereinbarung zwischen dem Jobcenter und der Suchthilfe beruhe. Eines der untersuchten Jobcenter (Optionskommune) hielt eine schriftliche Kooperationsvereinbarung nicht für nötig, da das Jobcenter mit der Suchtberatungsstelle des Gesundheitsamtes „unter einem Dach“ sitze, und man sich jederzeit mündlich/telefonisch verständigen könne. Das aber, so ist kritisch anzumerken, impliziert, dass die Kooperation nicht verbindlich geregelt war, sondern im Belieben der jeweiligen Fachkraft lag. Verbindliche und möglichst schriftliche Kooperationsvereinbarungen halten auch die Suchtfachverbände für erforderlich und betonen darüber hinaus, dass die bilaterale Jobcenter-Suchthilfe-Kooperation in ein integriertes Gesamtkonzept zur Aktivierung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter eingebettet sein müsse (s. Anhang).

Eine Gelingensbedingung für eine gute Kooperation ist, dass die Kooperierenden bzw. die Ansprechpersonen sich persönlich kennen, und dass sie über die spezifische Arbeitssituation der jeweils anderen Seite Bescheid wissen, z.B. durch gemeinsame Fallgespräche oder, sofern möglich, durch gegenseitige Hospitationen. Aber auch schon die suchtspezifische Schulung der Fachkräfte im Jobcenter durch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der kooperierenden Suchtberatungsstelle habe sich hier sehr positiv ausgewirkt.

Darüber hinaus wurde von einer Bereichsleiterin im Jobcenter hervorgehoben, dass die Qualität der Kooperation nicht nur von den handelnden Personen abhängen, sondern auch davon, ob bzw. wie sehr das Jobcenter als Organisation den Kooperationspartnern signalisiert, dass es deren Fachwissen und Fachkompetenzen braucht und wertschätzt:

„...wir sollten als Jobcenter nicht so tun, als könnten wir über ein noch besseres Profiling oder eine eingekaufte Maßnahme beurteilen, was jemand kann oder nicht kann oder wie wir mit ihm umgehen. Es gibt da immer andere Akteure, die können das viel besser. Und meistens haben sie das zu dem Zeitpunkt auch schon gemacht. Was wir also brauchen, ist, dass sie es uns sagen, und dass wir deutlich machen, dass wir es auch hören wollen. Es gibt das Klischee,...diese Behörde Jobcen-

ter will das gar nicht; die wollen von uns gar kein Wissen haben. Wir haben ein anderes Credo: Wir wollen es wissen.“

Den Jobcentern und der Suchthilfe ist sehr klar, dass Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen strikt eingehalten werden müssen. Als ein Beispiel einer besonders gelungenen, weil zweifelsfrei rechtskonformen Praxis ist zu nennen, dass ein Jobcenter die in der Kooperation mit der Suchthilfe (und anderen Netzwerkpartnern) praktizierten Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen dem Landesdatenschutzbeauftragten vorgelegt hatte, und sich von ihm genehmigen ließ. Kritisch wurde von Fachkräften der Jobcenter und der Suchtberatung angemerkt, dass der Datenschutz manchmal Verfahrensabläufe bei den Kooperationspartnern intransparent mache, und Schweigepflichtentbindungen häufig zu unkonkret seien. In einem Jobcenter wurde in der Kooperationsvereinbarung mit der Suchtberatungsstelle vereinbart, dass die Schweigepflichtentbindung nur in Ausnahmefällen Praxis sein soll. Der aus Sicht dieser Kooperationspartner bessere Weg ist es, wenn die eLb die Verantwortung für die Übermittlung von Informationen selbst übernehmen.

„Der/die Berechtigte erhält nach der 1. Beratung in der SBS [Suchtberatungsstelle, d. V.] auf dem Formular [...] die Rückbestätigung für den Fallmanager, dass er / sie die Beratung aufgenommen hat. Für die Weiterleitung an den Fallmanager ist er/sie selbst verantwortlich.

Nach Abschluss der Falleingangsphase erstellen SBS-Berater/in und Berechtigte/r einen schriftlichen standardisierten Kurzbericht, der von dem /der Berechtigten an den Fallmanager des Jobcenters weitergegeben wird. Der Bericht enthält die Zwischenziele bzw. die Leistungen, die zum Ziel führen können. Weiterleitungen von Berichten durch die SBS direkt setzen eine Schweigepflichtentbindung gegenüber dem Fallmanager durch den/die Berechtigte voraus.

Schweigepflichtentbindungen für die Berater gegenüber den Fallmanagern durch die Berechtigten sollten nicht die Regel sein, sondern nur in Ausnahmefällen in Anspruch genommen werden. Eine soziale Verselbständigung von Berechtigten wird eher erreicht, wenn sie in der Übernahme von Verantwortung unterstützt werden.“

(Kooperationsvereinbarung zwischen dem Jobcenter und der Sucht- und Drogenberatungsstelle)

Die untersuchten Jobcenter strebten mehrheitlich eine möglichst frühzeitige, die Freiwilligkeit und das Einverständnis des Klienten bzw. der Klientin voraussetzende, kooperative Fallbearbeitung an, die z.T. bei Bedarf durch gemeinsame Fallgespräche begleitet und vertieft wurde. Die Zuweisung zur Suchthilfe war in einigen Fällen Bestandteil der Eingliederungsvereinbarung (§ 15 SGB II). In dieser wurden die Empfehlungen der Suchtberatungsstellen in der Regel aufgenommen. Es wurde ein breites diagnostisches Indikationsspektrum bei der Zuweisung zur Suchthilfe berücksichtigt, vom gesundheitlich riskanten Umgang mit Suchtmitteln bis hin zur Abhängigkeit.

Von mehreren Gesprächspartnern aus Suchtberatungsstellen wurde berichtet, dass Suchtkranke, die „vom Fallmanager geschickt“ wurden, in aller Regel fremdmotiviert seien und demzufolge häufiger die Suchtberatung abbrechen, dass aber dennoch diejenigen, die – möglicherweise nach verpflichtendem Erstkontakt – dabei blieben, von der Suchtberatung häufig substantiell profitieren würden. Wie einem Abbruch wirksam vorgebeugt werden könne, blieb allerdings ei-

ne weitgehend offene Frage. Auf jeden Fall sei es erforderlich und nützlich, die Motivation für eine Suchtberatung von Beginn an gründlich zu klären und zu fördern und ebenso, mit dem Klienten bzw. der Klientin einen abgestimmten, behutsamen Stufenplan zu erarbeiten, der den weiteren Suchtberatungs- und Integrationsprozess beschreibt. Für diese Klärung sollte ausreichend Zeit zur Verfügung stehen.³⁴ Es könne vorkommen, dass die eLb, die vom Jobcenter in die Suchtberatung geschickt werden, „in der Regel fremdmotiviert“ sind und die „Entscheidung, eine SBS aufzusuchen, nicht selbst getroffen“ haben. Aus diesem Grund wird in der Regel eine maximal 12 Wochen andauernde „Falleingangsphase“ definiert, bevor die „Hauptarbeitsphase“ der Suchtberatung beginnt.

Gegenseitiger Respekt vor und Akzeptanz der jeweiligen Fachlichkeit prägte die Zusammenarbeit zwischen den Jobcenter- und den Suchthilfe-Fachkräften. Diese Haltung bilde sich heraus und würde befördert, je intensiver sich die Fachkräfte in Netzwerken, Arbeitskreisen und vor allem in gemeinsamen Fallbearbeitungen fachlich austauschen. Diese Kooperation müsse auf „Augenhöhe“ stattfinden, unterstrichen an einem Standort Fachkräfte des Jobcenters. Sie nahmen wahr, dass sich die Fachkräfte der Suchtberatung als diejenigen mit dem deutlich höheren Berufsprestige ansahen und dies auch die Jobcenter-Fachkräfte spüren ließen, was die Zusammenarbeit störte.

Übereinstimmend wurde von der Vertretern der Jobcenter und der Suchthilfe klargestellt: Jobcenter und Suchthilfe haben ein gemeinsames Ziel, nämlich die soziale und berufliche (Re-)Integration der suchtkranken Leistungsberechtigten bzw. Klienten und Klientinnen. Allerdings sahen sie sich dabei unterschiedlichen Basiszielsetzungen verpflichtet. Die Jobcenter waren primär auf möglichst schnelle und effiziente Vermittlung in Arbeit ausgerichtet, die Suchthilfe hingegen in aller Regel auf eine therapeutisch längerfristige, ganzheitliche und möglichst nachhaltige Überwindung der Sucht. Dabei sollte die Suchtberatung selbstverständlich, so wurde betont, den fachlichen, inklusive ethischen Standards der Suchthilfe entsprechen und nicht bloß ein Instrument zur Verbesserung der Eingliederungsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt sein.

Aus diesen unterschiedlichen Zielsetzungen resultierten unterschiedliche Prioritäten und Geschwindigkeiten in der Fallbearbeitung, die einen koordinierten Fallbearbeitungsprozess erschweren können. Dies, so der übereinstimmende Tenor, erfordere immer wieder z.T. zeitraubende klärende Abstimmungen, u.U. auch in gemeinsamen Fallgesprächen. Daher seien klare konzeptionelle und gegebenenfalls fallbezogen-modifizierte Absprachen darüber notwendig und hilfreich, wer, was, wann mit welcher Zielsetzung zu tun hat.

Zur Zeitdauer berichtete z.B. eine Suchtberatungsstelle in der Beschreibung ihres Beratungssettings, dass der Suchtberatungsprozess im Rahmen des SGB II mit dem Ziel der Reduzierung des Suchtmittelkonsums bzw. der Herstellung einer suchtmittelfreien Lebensweise auf neun Monate bis zwei Jahre angelegt sei, bei einer Suchtproblematik mit illegalen Drogen könne dieser Zeitraum auch länger sein.

Die unterschiedlichen Zielorientierungen haben zur Folge, dass die (frühzeitige) Einbeziehung der Suchtberatungsstellen in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung (§ 15 SGB II) von den Suchthilfefachkräften nicht generell als ein Kriterium „guter Praxis“ angesehen wurde, sondern hier einzelfallabhängige Vorgehensweisen favorisiert wurden, die die Autonomie der Suchthilfe gegenüber dem Jobcenter sicherstellen sollten.

³⁴ Dies ist auch der Grund, warum die befragten Expert/inn/en sich eher zurückhaltend bis kritisch gegenüber dem sogenannten „Magdeburger Weg“ äußerten.

Den Jobcentern war bekannt, dass die meisten Alg II beziehenden Suchtkranken die Suchtberatung ohne Zuweisung durch ein Jobcenter in Anspruch nehmen (vgl. Abschnitt 3.3.2). Es wurde generell begrüßt, wenn suchtkranke Leistungsberechtigte von sich aus Kontakt zur Suchthilfe aufnahmen. Gute Praxis sei allerdings, so die Einschätzung aller untersuchten Jobcenter und kooperierenden Suchtberatungsstellen, wenn die Beratungsstelle, selbstverständlich mit dem Einverständnis des Klienten bzw. der Klientin, Kontakt mit dem jeweils zuständigen Jobcenter aufnehmen würde, um mit diesem dann integrationsorientiert zu kooperieren. Dieser Weg müsse weiter ausgebaut werden, denn er sei wahrscheinlich erfolgversprechend. Zwei Gründe wurden genannt. Zum einen würden die Jobcenter und ebenso die Suchthilfe davon profitieren, weil beide ein vollständigeres Bild von der in aller Regel komplexen Problemlage der Suchtkranken gewinnen würden. Dadurch würde die Entwicklung von und die Zuweisung zu passgenaueren, auf Suchtkranke zugeschnittenen Maßnahmen erst möglich. Zum anderen sei es viel leichter, unter den Klienten und Klientinnen der Suchthilfe die Alg II beziehenden Leistungsberechtigten zu identifizieren als umgekehrt die Suchtkranken im Jobcenter. Belastbare empirische Daten zur Frage der Effizienz in Bezug auf die Integration in Arbeit und Bearbeitung der Sucht gebe es jedoch nicht.

An einem Standort unternahmen die kooperierenden Suchtberatungsstellen besondere Anstrengungen, Suchtkranke zur Offenlegung ihrer Probleme zu motivieren, um eine gemeinsame Fallbearbeitung zu ermöglichen. Suchtkranke Leistungsberechtigte berichteten aus Selbsthilfegruppen, dass dies dort oft Thema sei: Nach der Erfahrung einiger Befragter hatte sich für sie die Offenheit gelohnt. An einem anderen Standort räumten Fachkräfte ein, dass das Jobcenter teilweise nur ein begrenztes Interesse daran habe, dass suchtkranke Klienten und Klientinnen von der Suchtberatungsstelle an das Jobcenter gemeldet würden, weil sie die dann erheblich ansteigende Zahl der als Suchtkranke zu betreuenden Leistungsempfänger und Leistungsempfängerinnen gar nicht bewältigen könnten. Hinzu kam, dass die Suchtkranken aus Sicht der Jobcenter in aller Regel als „schwierig“, „anstrengend“ und „wenig erfolgversprechend“ galten. Überhaupt nicht gelöst war die Frage, wie die vielen suchtkranken, leistungsbeziehenden Menschen unterstützt werden können, die sich im Jobcenter nicht offenbaren und auch keine Suchtberatung in Anspruch nehmen.

4.3.2 Kooperation mit Maßnahmeträgern

Für die Integration von suchtkranken Leistungsberechtigten in Erwerbsarbeit ist Geduld erforderlich. Angesichts eines ungünstigen regionalen Arbeitsmarktes, der für suchtkranke Menschen nicht einmal dann Beschäftigungschancen bietet, wenn die Suchtkrankheit bereits überwunden wurde, sprach ein Experte von einem „unendlich“ langen Weg. Vielfach hatten die lokalen Expert/innen eine schritt- und stufenweise Wiedereingliederung von Suchtkranken vor Augen, wenn sie maßnahmeförmige Unterstützungsangebote mit unterschiedlichen Zielsetzungen konzipierten.

Maßnahmen stellten Beschäftigungsmöglichkeiten, wo der reguläre Arbeitsmarkt keine Chancen bot (Ersatzarbeitsplätze). Sie waren als Trainings konzipiert, in denen Kompetenzen erworben werden konnten, die im Erwerbsleben unabdingbar sind. Idealerweise trugen sie zur Wertschöpfung bei und deckten real vorhandene Bedarfe. Beschäftigungsmaßnahmen wurden auch angeboten, um erreichte Erfolge (z.B. Abstinenz nach Sucht-Reha) zu stabilisieren. Die Kooperation zwischen den Jobcentern und den beauftragten Trägern erwies sich in allen beobachteten Fällen

als ausgesprochen einvernehmlich, und sie war einzelfallbezogen z.T. wesentlich enger als die zwischen Jobcentern und Suchtberatungsstellen.

Drei der untersuchten Jobcenter führten spezialisierte arbeitsmarktpolitische Maßnahmen für Suchtkranke durch, zwei Standorte hielten keine spezialisierten Angebote (mehr) vor:

- So wurde in einem Jobcenter eine Feststellungsmaßnahme (§ 16 Abs. 1 SGB II i. V. m. § 45 SGB III) in Kooperation mit einem Träger der Suchtberatung dazu genutzt, die Abstinenzfähigkeit von Menschen zu erproben und zu belegen. War eine Suchterkrankung festgestellt, diente im gleichen Jobcenter eine viermonatige Aktivierungs- und Vermittlungsmaßnahme dazu, die durch die Suchtberatung erzielte Veränderungsbereitschaft auf dem Weg hin zur Suchtrehabilitation sowie nach Beendigung einer Reha-Maßnahme aufrechtzuerhalten.
- Ein anderes Jobcenter nutzte die Tagesstätte eines Trägers der Eingliederungshilfe, um dort eine Maßnahme für suchtkranke Leistungsberechtigte auf der Grundlage von § 16 a SGB II i. V. mit § 67 SGB XII durchzuführen. Das Angebot hatte tagesstrukturierenden Charakter und wurde vollständig von der Kommune finanziert. Im gleichen Jobcenter finanzierte die Kommune ein Ambulant Betreutes Wohnen für 15 Personen (häufig im Anschluss an eine medizinische Reha) ebenfalls als psycho-soziale Beratung auf der Grundlage von § 16 a SGB II.
- Ein Jobcenter war an einer modellhaften Kooperation mit einer Arbeitsagentur und mehreren anderen Jobcentern beteiligt. Eine der Zielgruppen des Projekts waren suchtkranke Rehabilitanden, die durch ein persönliches Coaching auf der Grundlage eines individuellen Eingliederungsplans bei der Arbeitssuche unterstützt werden sollten.
- Eine beispielhafte, an den Strukturen der Behindertenhilfe orientierte Hilfeplanung wurde an einem Standort modellhaft erprobt. Zur Durchführung von Fallkonferenzen unter Beteiligung aller relevanten Akteure einschließlich der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger in 20 Fällen hatte die Kommune Mittel bereitgestellt.

Typische krankheitsbedingte Probleme führten dazu, dass nur ein Teil der zugewiesenen Leistungsberechtigten tatsächlich in die Maßnahmen einmündete und ein noch kleinerer Teil die Maßnahmen erfolgreich abschloss. Es könne passieren, dass Maßnahmen schon zu Beginn nicht immer voll besetzt sind und frei werdende Maßnahmeplätze nicht immer zeitnah nachbesetzt werden können. Für die Träger könne dies mit Finanzierungsproblemen bis hin zum Scheitern der Maßnahme verbunden sein. Ein Jobcenter verankerte daher im Maßnahmekonzept eine Finanzierungsmodalität, die es erlaubte, Maßnahmeplätze auch dann zu finanzieren, wenn sie temporär nicht besetzt waren.

4.3.3 Kooperation mit dem lokalen Suchtnetzwerk

Vernetzungen mit den lokalen Suchtnetzwerken und weiteren Kooperationspartnern waren an den fünf untersuchten Standorten unterschiedlich weit gediehen.

Die beiden städtischen Jobcenter nutzten vor allem gewachsene Strukturen eines langjährig ausdifferenzierten Suchthilfesystems, um sich in die bereits bestehenden Netzwerke aktiv einzubringen. Nur wenn sie selbst Angebote zu verantworten hatten, nahmen sie darin federführend Aufgaben wahr. Für die Leistungsberechtigten beschrieben sie sich jedoch in einer „*Lotsenfunktion*“. Dies bedeutete, dass die Jobcenter nicht direkt mit den suchtkranken Kundinnen und Kunden arbeiteten, sondern prüften, welche Unterstützungsleistungen diese bekommen können, und dann dafür sorgten, dass Leistungsberechtigte diese Dienstleistungen nutzen können. Zur

Lotsenfunktion gehörte es auch, über den Stand der Beratung und Betreuung bei Dritten informiert zu sein und dies in die weitere Planung zur Fallbearbeitung einzubeziehen.

Die lokalen Suchtnetzwerke an diesen beiden Standorten kooperierten wiederum mit Akteuren aus anderen Hilfesystemen wie der Jugendhilfe oder Schulen in unterschiedlichen Gremien und Arbeitskreisen (z.B. „Frauen und Sucht“, „Sucht und Betrieb“, „Kinder von abhängigen Eltern“, „Qualifizierte Entzugsbehandlung“). Abhängig von den Themen wurden die Jobcenter zu den Beratungen hinzugezogen.

In anderen Fallstudien-Kommunen waren die Suchtnetzwerke kleiner. Für die operative Ebene eines Jobcenters war daher die Beteiligung an einem nicht suchtspezifischen Verbund der Helfersysteme (Jugendgerichtshilfe, Bewährungshelfer; Suchtberatung; Kinder-, Familie-, Jugendhilfe; Schuldnerberatung) ebenso wichtig wie die Kooperation mit den Suchthilfeeinrichtungen. Ein anderes Jobcenter kooperierte im Rahmen eines sog. „Ämternetzwerks“ überwiegend mit kommunalen Institutionen, insbesondere mit dem Gesundheitsamt, das für die Koordination der Suchtberatungsangebote verantwortlich zeichnete, und mit dem Jugendamt. Zunehmend wurde aber auch die Suchtberatung einbezogen. Nur ein Jobcenter pflegte vor allem nicht institutionalisierte und unterschiedlich enge Kooperationen vor allem mit einer der Suchtberatungsstellen in der Region, mit der Reha-Abteilung der örtlichen Arbeitsagentur, mit Maßnahmeträgern und mit der Reha-Klinik am Ort.

Besondere Netzwerke bzw. Institutionen für eine jüngere Klientel – Jugendberufsagenturen bzw. -häuser – befanden sich an verschiedenen Standorten im Aufbau. An zwei Fallstudienstandorten schlossen die Jugendberufsagenturen junge Erwachsene mit Suchtproblemen ausdrücklich in ihre Zielgruppendefinition mit ein; ihr Angebot zielte auf Jugendliche mit schulischen Schwierigkeiten, psychischen Handicaps, familiären Konflikten, Schulden oder Suchtproblemen. Systematische Evaluationen, insbesondere zu den möglichen Vorteilen dieses Konzepts bei der Betreuung und Integration von Jugendlichen mit Suchtproblemen, gab es an den Fallstudienorten noch nicht. Ob die erwarteten Synergieeffekte tatsächlich eintraten, konnte praktisch noch nicht beobachtet werden.

Koordination und Kommunikation

Aus jeder Kooperation in Hilfesystemen ergeben sich Konsequenzen in die beteiligten Institutionen hinein und wieder heraus. Dies macht für die Akteure Entscheidungen erforderlich, wie viel Aufwand und Sorgfalt sie dem Schnittstellenmanagement widmen wollen. Reicht es, sich auf bewährte und gewachsene informelle Kontakte zu verlassen? Können Kooperationspartner jederzeit angesprochen und an zurückliegende Vereinbarungen erinnert werden? Ist auch ohne Abstimmung klar, welche Akteure für welche Aufgaben zuständig und verantwortlich sind? Je komplexer und arbeitsteiliger Netzwerkkoperationen strukturiert sind, desto unverzichtbarer wird es, die Verständigung auf gemeinsam verfolgte Ziele aktiv zu betreiben und immer wieder zu überprüfen. Es wird zur eigenständigen Aufgabe, für eine systematische und über Einzel(fall)fragen hinausgehende Kommunikation und ausreichende Transparenz im Netzwerk zu sorgen.

Bei den untersuchten Jobcentern konnten entsprechende Ansätze guter Praxis beobachtet werden. Mit dem Aufbau und der dann fortlaufenden Betreuung des „Ämternetzwerks“ in einer Fallstudien-Kommune war beim Jobcenter etwa eine ausschließlich dafür zuständige Fachkraft als Netzwerkkordinatorin beauftragt.

Ein anderes Jobcenter bot den Leistungsberechtigten zusammen mit den sie betreuenden Kooperationspartnern (z.B. Fachkräfte der Suchtberatung) eine eigene Sprechstunde in der Leistungsabteilung an („Sozialarbeitersprechstunden“), die ohne vorherige Terminierung und damit auch sehr kurzfristig wahrgenommen werden konnte. Auf diese Weise gelang es an diesem Standort, leistungsrechtliche Probleme schnell zu klären. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter schätzten diese Art der offenen Sprechstunden sehr.

In der Einschätzung, dass viele Außenstehende an der „Behörde Jobcenter“ scheitern, hatte ein drittes Jobcenter für Kooperationspartner aus dem Suchtnetzwerk eigene Zugänge über die Teamleitung und das Team Soziale Arbeit geschaffen. Gleichzeitig war im Netzwerk der Suchthilfeeinrichtungen ein Träger bestimmt worden, der für die Schnittstellenpflege zum Jobcenter verantwortlich zeichnete.

Schnittstelle medizinische und berufliche Reha

Für die Schnittstelle zur medizinischen Suchtrehabilitation gilt am ehesten die Einschätzung, dass systematische Kooperationen sowohl im Einzelfall wie einzelfallübergreifend ausgebaut werden können und ausgebaut werden sollten.

Dies betrifft zunächst das institutionelle Dreieck zwischen Suchtberatungsstellen, Jobcentern und Sucht-Reha-Einrichtungen. Während die BORA-Empfehlungen (vgl. 2.1.7) einen direkten Austausch zwischen Reha-Einrichtung und Jobcenter vorsehen, zeigen Praxisbeispiele, dass die Suchtberatungsstellen offenbar nicht selten vermittelnde Funktion einnehmen (müssen), weil die empfohlenen Verfahren nicht eingehalten werden.

Die Vorbereitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen gehört zu den klassischen Aufgaben der Suchtberatungsstellen, die daher über gewachsene Kooperationen zu den Einrichtungen der Sucht-Reha verfügen. Dies war auch bei den in die Untersuchung einbezogenen Suchtberatungsstellen der Fall. Vorausgesetzt es lag eine Schweigepflichtentbindung vor, war der gegenseitige Informationsaustausch zwischen Suchtberatung und Sucht-Reha im Einzelfall gesichert. „Nahtlosigkeit“ im Übergang, so ein Suchtberater an einem Fallstudienstandort, funktioniere von der Suchtberatung hin zur Reha und umgekehrt „in mehr als 50% der Fälle“ – aber eben nicht zwischen der Reha-Einrichtung und dem Jobcenter, das in die Kooperation nicht automatisch einbezogen wurde. An diesem Standort ließ sich das Problem dadurch ein wenig entschärfen, dass die Suchtberatungsstelle als Träger einer Feststellungsmaßnahme für Suchtkranke in engem Kontakt zum Jobcenter stand. Fanden Vermittlungen in Reha aus der Maßnahme heraus oder im Anschluss daran statt, so war zumindest in diesen Fällen die Information des Jobcenters gesichert. Gleichzeitig verfügte die Suchtberatung selbst über berufsbezogene Informationen, die an die Sucht-Reha weitergegeben werden konnten.

An anderen Standorten war dies nicht der Fall. Von Schnittstellenproblemen zwischen Reha, Beratungsstelle und Jobcenter bei der Entlassung junger Suchtkranker aus einer stationären Entzugsbehandlung berichtete z.B. eine Jugendsuchtberatungsstelle. Es sei zwar Aufgabe der Klinik, „rechtzeitig“ eine schriftliche Einschätzung an das Jobcenter zu schicken, auf deren Grundlage die weitere Integrationsplanung für den jungen Menschen gemacht werden könne. In der Praxis aber sei es oft die Jugendsuchtberatung, die den Abschlussbericht aus der Reha erhalte und dann im Rahmen der Nachsorge den Kontakt zum Jobcenter herstellt, um „etwas Vernünftiges“ zu planen.

In den Gesprächen mit dem Fachpersonal einer Tagesklinik und zwei Suchtkliniken³⁵ gab es Hinweise auf begünstigende, insbesondere aber auf hemmende Faktoren für die Kooperation mit Jobcentern. Förderlich wirkt sich demnach aus, wenn eine Suchtklinik für das gleiche lokale Einzugsgebiet zuständig ist wie ein Jobcenter. Dies war bei einer Reha- und bei einer Tagesklinik der Fall. Diese Kooperationen waren einerseits von häufigeren Kontakten in mehr gemeinsam bearbeiteten Fällen geprägt, andererseits arbeiteten Jobcenter und Reha-Einrichtung an beiden Standorten nicht nur im Einzelfall zusammen: Vielmehr trafen die Akteure außerdem regelmäßig in den lokalen Sucht-Netzwerken aufeinander, und sie agierten bei ihren jeweiligen Kontakten zu Arbeitgebern im gleichen Arbeitsmarkt.

Es erschwert dagegen die Kooperation, wenn eine Klinik mit mehreren Jobcentern in einem größeren (über-)regionalen Einzugsgebiet zu tun hat. Denn dies führt z.B. dazu, dass für die Kliniken die Zahl der potenziellen Ansprechpersonen bei den Jobcentern erheblich steigt. Und zur Umsetzung der für die Sucht-Reha entwickelten BORA-Empfehlungen müsste nicht nur mit einem, sondern es müssten mit einer Vielzahl von Jobcentern Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen und Verfahrensabsprachen getroffen werden.

Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung gab es auch an dem Fallstudienstandort nicht, wo die einbezogene Klinik BORA – nach eigener Einschätzung sehr erfolgreich – umsetzte. Kontakte zum Jobcenter wurden als gelungen in Einzelfällen beschrieben, in denen es um die schnelle Bearbeitung dringlicher Leistungsangelegenheiten ging. In solchen Fällen nahm die Klinik Kontakt zum Jobcenter auf und würdigte die hohe Kooperationsbereitschaft der Fachkräfte, eine zugewandte Haltung und unkomplizierte Verfahren. Bezogen auf die Möglichkeit fachlicher Kooperationen im Sinne des BORA-Ansatzes überwog aber die Einschätzung, dass eine engere Zusammenarbeit seitens des Jobcenters „*nicht nachgefragt*“ werde. Bei den an diesem Fallstudienort einbezogenen Akteuren war ein enttäuschter Rückzug aus einer Kooperation zu beobachten, bevor diese einen institutionellen Rahmen erhalten hatte. Nun ist nicht gesagt, dass der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung gleich die lokale Praxis verändern oder die Integrationschancen arbeitsloser Suchtkranker verbessern würde. Ohne eine strukturelle Kooperation der beiden Institutionen sind jedoch Schnittstellenprobleme nicht zu bewältigen und Nahtlosigkeitskonzepte nicht umzusetzen.

Hemmend für die praktische Kooperation wirkt es sich aus, wenn Jobcenter für ihre Kooperationspartner nur eingeschränkt erreichbar sind. Für eine der beiden einbezogenen Kliniken wurde immer dann Schriftverkehr notwendig, wenn ein „*Callcenter dazwischenhängt*“ und Ansprechpersonen telefonisch nicht kontaktiert werden konnten. Für die Chefärztin der Tagesklinik war es „*ein wichtiges Hindernis geworden*“, dass die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter „*in der Telefonwarteschleife hängen*“, wenn sie den schnellen Kontakt zum Jobcenter suchen. Am dritten Fallstudienstandort bot das Jobcenter der Klinik an, sich bei allen Fragen zu Einzelfällen an das für kommunale Leistungen zuständige Team und seine Teamleitung zu wenden; diese Regelung trug zu reibungsloseren Abläufen und der Einschätzung kurzer Wege bei.

Für die Integrationsfachkräfte in Jobcentern findet die Fallarbeit an ihrem Schreibtisch statt, und in den stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ist es die Regel, dass das institutionelle Setting nicht verlassen werden muss. Eine aufsuchende Arbeitsweise ist untypisch. Von den befragten Suchtkliniken wurde grundsätzliches Interesse daran geäußert, mit den Jobcentern zusammenzuarbeiten. Aber nur in Einzelfällen gelinge es im institutionellen Alltag, Patientinnen

³⁵ Darunter eine, die BORA bereits praktizierte, und eine, die eine BORA-Zertifizierung anstrebte.

und Patienten schon während der Behandlung zum Jobcenter zu begleiten, um die beruflichen Perspektiven nach der Entlassung zu besprechen. Kliniken und Jobcenter fanden es umgekehrt sinnvoll, dass Leistungsberechtigte während eines Klinikaufenthaltes eine Fallbegleitung durch die Jobcenter erhielten; dort, wo dies erörtert wurde, verhinderten Ressourcenprobleme die Realisierung.

An allen fünf Standorten boten Suchtberatungsstellen selbst ambulante Suchttherapien an, und diesen Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation gelang es besser, die Jobcenter in den eigenen Beratungsprozess einzubeziehen. An einem Fallstudienort gelang es, regelmäßig zum Ende der Reha-Behandlung gemeinsam mit dem Jobcenter konkrete berufliche Schritte einzuleiten: etwa betriebliche „Praktika“ oder andere Arbeitserprobungen.

Dass die ambulante Reha der stationären Suchtbehandlung überlegen sei, thematisierten Expertinnen und Experten an den Fallstudienorten öfter: Diese Form der Therapie sei besser in den Alltag der Suchtkranken integrierbar, sofern familiäre oder soziale Unterstützung bestehe. Sie sei besser mit Maßnahmen verknüpfbar und ermögliche eine engere Verzahnung unterschiedlicher Leistungen. An Standorten mit einem ausdifferenzierten Hilfeangebot war es möglich, von kurzzeitigen stationären Aufenthalten flexibel in eine Tagesbetreuung oder in ambulante Therapieformen überzuleiten. An Standorten ohne solche Möglichkeiten wurde häufiger die stationäre Entwöhnungsbehandlung angesteuert. Ein Leistungsberechtigter, der während einer ambulanten Reha eine Beschäftigungsmaßnahme absolvierte, äußerte sich darüber sehr lobend. Ihm war es gelungen, unmittelbar nach Abschluss der Maßnahme in ungeforderte Vollzeitbeschäftigung einzutreten.

An der Schnittstelle zwischen medizinischer und beruflicher Reha arbeitete an einem der Standorte ein Modellprojekt, das die Verzahnung von Leistungen unterschiedlicher Leistungsträger im Rahmen einer personenzentrierten Hilfeplanung für Leistungsberechtigte aus dem SGB II umzusetzen versuchte. Sofern ärztliche bzw. berufspsychologische Fachdienste die Notwendigkeit einer beruflichen Neuorientierung bescheinigten und die erforderlichen individuellen Voraussetzungen (persönliche und gesundheitliche Stabilität) gegeben waren, wurde der Kontakt zum zuständigen Rehabilitationsträger aufgebaut. Auch hier hatte das Jobcenter eine Lotsenfunktion. Die Teamleiterin Fallmanagement erläuterte:

„Die Beratung im Kontext der Betreuung der Integrationsfachkräfte oder Fallmanager zur beruflichen Rehabilitation erfolgt allgemein zu Inhalten und diesbezüglichen Verfahrenswegen, eine konkrete Beratung zu Mitteln beruflicher Reha kann und darf nur der zuständige Rehabilitationsträger durchführen. [...] Es erfolgt dann ein stringenter Austausch zu allen Planungen und Umsetzung im Rahmen des beruflichen Reha-Verfahrens mit den zuständigen Reha-Beratern der Agentur für Arbeit.“

In einem Jobcenter wurde zum Zeitpunkt der Erhebung ein Modellprojekt „Personenzentrierte Hilfeplanung und Begleitung“ zum Aufbau kostenträgerübergreifender Hilfeplankonferenzen durchgeführt. Im Rahmen dieses Projekts wurde eine institutionenübergreifende, dauerhafte und „neutrale“ zentrale Anlaufstelle für die insgesamt vorerst 20 teilnehmenden Leistungsberechtigten geschaffen. Zugangsvoraussetzungen waren Krankheitseinsicht, Therapiebereitschaft und „deutliche Funktionsbeeinträchtigungen im persönlichen, sozialen und/oder beruflichen Bereich.“ Hauptziel war die „Verbesserung der Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben“. Die mit dem Projekt verfolgten Teilziele waren:

- die unterbrechungsfreie Betreuung (Nahtlosigkeit)
- die Vorbereitung und Unterstützung der beruflichen Wiedereingliederung

- die Optimierung des Zugangs zu bedarfsgerechten Hilfen.

In dem Projekt sollten „*individuell zugeschnittene Bedarfslösungen*“ erarbeitet, angestoßen und überwacht werden. Zu diesem Zweck sollten die Informationswege über die verschiedenen Schnittstellen verkürzt, die Beantragung von Hilfen erleichtert und Wartezeiten reduziert werden. Es wurde die Möglichkeit geschaffen, Übergänge flexibel zu gestalten und auf Verlaufsveränderungen schnell zu reagieren. Eine erste Zwischenbilanz ergab eine tendenziell positive, im Detail aber auch gemischte Bewertung. Es wurden zahlreiche komplementäre Hilfen und Angebote umgesetzt.

„Die einzelnen Hilfen wurden nicht immer allein durch die Beratungsstelle angestoßen, jedoch konnte durch den Austausch und die Zusammenarbeit im Netzwerk der Zugang zu Hilfen erleichtert werden. Oftmals werden durch die vom KL wahrgenommene Unterstützung und das Gefühl ernst genommen zu werden, Offenheit, Motivation und Antrieb geschaffen, die zur Umsetzung und Bewältigung führen und einen positiven Dominoeffekt auslösen.

Die Beratungsstelle als institutionsübergreifende Anlaufstelle wird von den meisten Teilnehmern als solche geschätzt und aktiv genutzt. [...]

Der Nutzen einer neutralen Anlaufstelle zeigte sich in einem konkreten Fall, bei dem schlichtend und vermittelnd zwischen Behörde, Leistungserbringer und Kunde gewirkt werden konnte.

Das zeitnahe und flexible Reagieren auf Veränderungen bei den Teilnehmern ist in den meisten Fällen durch den kontinuierlichen Kontakt zum Teilnehmer und einen sehr guten Informationsaustausch und Zusammenarbeit insbesondere mit den Fallmanagern der Jobcenter gegeben.“

(Protokoll der Trägerversammlung zum Modellprojekt)

Allerdings wurden auch Probleme benannt: So gab es „*unerwartete Schwierigkeiten, geeignete Teilnehmer zu finden*“, und der „*zeitliche Umfang der HPKs [war] größer als geplant*“. Das Projekt wird evaluiert, allerdings lagen die Ergebnisse bis zur Fertigstellung dieses Berichts noch nicht vor.

4.4 Gute Praxis als Lern- und Veränderungsprozess

Im Ergebnis der Fallstudien konnten die Kriterien guter Praxis von 2009 im Wesentlichen bestätigt, allerdings auch ergänzt und präzisiert werden. Vor allem zeigte sich, dass gute Praxis variantenreich sein kann und bei klarem Verständnis des Ziels und der Einhaltung professioneller Standards eine gewisse Flexibilität bei der Fallgestaltung im Detail beinhalten muss. Dies bedeutet, dass allgemein akzeptierte Empfehlungen guter Praxis bei der Betreuung suchtkranker Leistungsbeziehender vor Ort in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen und den Merkmalen des Einzelfalls unterschiedlich umgesetzt werden können (und müssen). Gute Praxis beschreibt insofern eher den Weg, wie man zu einer sinnvollen Prozessgestaltung und guter Zielerreichung gelangt, d.h. bewährte professionelle Gestaltungsprinzipien.

Die Ergebnisse der Fallstudien zeigen auch einen Lern- und Veränderungsprozess vor Ort. So haben die befragten Akteure ihre Praxis in den letzten Jahren teils mehrfach verändert, und weitere Anpassungen waren zum Zeitpunkt der Erhebung bereits absehbar. Zum einen mussten die Jobcenter und ihre Kooperationspartner auf neue Herausforderungen und Rahmenbedingungen reagieren, wie die wachsende Bedeutung und Verbreitung neuer Formen von Abhängigkeitserkrankungen, wie z.B. die Droge Crystal Meth³⁶ oder die Medien- und Internetsucht, gesetzliche Neuregelungen und arbeitsmarktpolitische Reformen sowie eine inzwischen umfangreichere Rechtsprechung zur Umsetzung des SGB II. Zum anderen haben sie aus den selbst gemachten Erfahrungen mit den eigenen Strukturen, Verfahren und Projekten gelernt. Schließlich konnten in den Jahren nach 2009 die mit der Einführung des SGB II verbundenen rechtlichen und organisatorischen Veränderungen konsolidiert und die damit verbundenen Vorteile stärker zum Tragen gebracht werden (organisationales Lernen).

³⁶ Diese ist aktuell insbesondere in Südostdeutschland und vor allem bei jungen Leistungsberechtigten verbreitet und stellt u.a. deshalb eine große Herausforderung dar, weil sie in starkem Umfang auch von jungen Eltern konsumiert wird.

5 Zusammenfassung und Diskussion der wesentlichen Befunde

Die nachfolgende Diskussion von „*Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II*“ beruht sowohl auf den Ergebnissen der Online-Erhebung als auch auf den Befunden aus den qualitativen Fallstudien. Erkenntnisse aus beiden empirischen Erhebungen werden zusammenfassend und aufeinander bezogen diskutiert. Darüber hinaus sollen die Befunde erstens an den Kriterien guter Praxis gemessen werden, zu denen 2009 ein breiter fachlicher Konsens bestanden hatte. Zweitens soll der 2009 erarbeitete Kriterienkatalog vor dem Hintergrund der neuen Erkenntnisse einer kritischen Überprüfung unterzogen werden: Haben die damals formulierten Anforderungen fachlich weiter Bestand, oder müssen sie auf der Grundlage neuer Befunde ergänzt, anders akzentuiert oder gar verworfen werden?

5.1 Aufbauorganisation und strukturelle Rahmenbedingungen

In den gemeinsamen Einrichtungen und bei vielen zugelassenen kommunalen Trägern werden Kundinnen und Kunden nach ihren Arbeitsmarktchancen differenziert. Die Aufbauorganisation der Jobcenter folgt überwiegend dieser Logik: Arbeitsmarktnahe, leicht vermittelbare Arbeitslose werden üblicherweise in den Teams der „Arbeitsvermittlung“ betreut, Kundinnen und Kunden mit Vermittlungshemmnissen dem betreuungsintensiveren „Fallmanagement“ zugeordnet. Diese Unterscheidung nahmen die meisten Jobcenter vor; sie war auch an den untersuchten Fallstudienorten die Regel. Nur bei einem knappen Fünftel der Jobcenter (darunter 44 % der zKT) wurden Leistungsberechtigte ohne diese Kundengruppendifferenzierung betreut.

Insgesamt bestanden – anders als 2009 – bei 88 % der gE und bei 32 % der zKT Spezialisierungen, die auf eine deutlich gestiegene Sensibilität der Jobcenter für die spezifischen Integrationsbedarfe sehr unterschiedlicher Zielgruppen hinweisen: Während der 10-jährigen Modellphase des Bundesprogramms „*Perspektive 50plus*“ entstanden etwa bis 2015 in fast allen deutschen Jobcentern spezialisierte Zuständigkeiten für langzeitarbeitslose ältere Menschen mit dem Ziel, dem Ausschluss Älterer vom Arbeitsmarkt entgegenzuwirken und ihre Erwerbsquote zu erhöhen. Spezialisierte Teams für Alleinerziehende³⁷ berücksichtigen deren besondere Zugangsschwierigkeiten zum Beschäftigungssystem und einen besonderen Bedarf an Beratung in beruflichen und biografischen Orientierungsfragen (Bartelheimer et al. 2015). Teams für Geflüchtete oder die sog. „*Integration Points*“, in denen Arbeitsagenturen, Jobcenter und Kommunen nach dem Modell des One-Stop-Government rechtskreisübergreifend ihre Dienstleistungsangebote bündeln, sollen Geflüchteten schnelle Zugänge in Ausbildung oder Arbeit verschaffen. Die Erfolgsfaktoren, die für die Beratung dieser Zielgruppen in der Evaluationsliteratur beschrieben werden (BMAS 2015, Servicestelle 2013: 46 f., Broens u.a. 2013: 21f.), decken sich mit den Anforderungen, die 2009 auch für die „gute Praxis“ für die Integration Suchtkranker formuliert wurden (Henke et. al. 2009): Es werden dafür günstige Betreuungsrelationen benötigt, und die Fachkräfte sollten über eine zielgruppenspezifische Qualifizierung verfügen.

Aber anders als Alleinerziehende, Ältere oder Geflüchtete stellen suchtkranke Menschen für die meisten Jobcenter keine Zielgruppe dar, die eine Betreuung in besonders spezialisierten Organi-

³⁷ Die Arbeitsmarktintegration von Alleinerziehenden bildet z.B. einen geschäftspolitischen Schwerpunkt der Bundesagentur für Arbeit und ist seit 2011 Teil der Zielvereinbarungen des BMAS mit der BA und den Ländern.

sationseinheiten rechtfertigen würde. Nur eines der befragten Jobcenter hielt ein Team für die Arbeit mit Suchtkranken vor. Und nur in sehr wenigen Jobcentern wurden suchtkranke Leistungsberechtigte ohne mehrere weitere Vermittlungshemmnisse grundsätzlich dem Fallmanagement zugewiesen – auch an den Fallstudienorten nicht. Die Gründe dafür sind nachvollziehbar: Suchtkranke sind schwer zu identifizieren, und weil viele Betroffene versuchen, ihre Krankheit zu verbergen, stellen sie von sich aus keine besonderen Anforderungen an mehr oder bessere Betreuung. Ihre Integrationsaussichten sind überwiegend gering, und selbst größere Jobcenter verfügen nur über begrenzte personelle Kapazitäten und ausreichende Ressourcen für immer weitere Spezialisierungen.

An den untersuchten Fallstudienorten – und bei vielen schriftlich Befragten – galt die Betreuung von Suchtkranken im Fallmanagement oder in Teams mit größeren zeitlichen Ressourcen und einer höheren Kontaktdichte zwar als wichtiger Erfolgsfaktor guter Praxis. In der Online-Befragung wiesen die Jobcenter auf hohe Betreuungszahlen und fehlende zeitliche Ressourcen hin, die „häufige und ausführliche Beratungsgespräche“ verhindern.³⁸

In der Praxis sind die Möglichkeiten der Fachkräfte begrenzt, sich neben Datensammlung, Stellensuchlauf und Eingliederungsvereinbarung einen gründlichen Eindruck von Lebenslage und individuellen Problemen ihrer Kundinnen und Kunden zu verschaffen. Mehr zeitliche Ressourcen ermöglichen, sich auf bestimmte Personen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf zu konzentrieren. An einem Fallstudienstandort gab es neben der Aufgabenverteilung zwischen Vermittlungsfachkräften und einem beschäftigungsorientierten Fallmanagement ein Team Soziale Arbeit, in dem entlastet von Kontaktdichtevorgaben in einer günstigen Betreuungsrelation gearbeitet werden konnte. An einem anderen Fallstudienstandort konnten aufsuchend arbeitende Sozialarbeiter/innen der Kommune unterstützend eingeschaltet werden.

Doch etwa die Hälfte der in der Online-Erhebung befragten Jobcenter suchte die Bedarfe suchtkranker Leistungsberechtigter ohne Spezialisierung zunächst und vor allem im Regelbetrieb der Arbeitsvermittlung zu decken.

Es kann vermutet werden, dass dies zu einer weniger intensiven Betreuung der suchtkranken Leistungsberechtigten führt, weil in der Arbeitsvermittlung üblicherweise mehr Kundinnen und Kunden zu betreuen sind als im Fallmanagement. Gegenüber 2009 hatten sich die durchschnittlichen Betreuungsrelationen in den Jobcentern zwar verbessert, doch gab es mit fast einem Drittel im Bereich u25 und mit fast 64 % im Erwachsenenbereich immer noch einen großen Anteil von Jobcentern, die mit hohen und sehr hohen Betreuungsschlüsseln arbeiteten und damit für

Kriterien guter Praxis 2009

(1) Ausreichende personelle Ausstattung, günstiger Betreuungsschlüssel, Vorhandensein der notwendigen zeitlichen Ressourcen, um auf jeden Einzelfall bedarfsgerecht eingehen zu können

(2) Suchtspezifische Qualifizierung des mit der Betreuung bzw. Integration von Kund/inn/en mit Suchtproblemen befassten Personals, Unterstützung der Fachkräfte durch Supervision und kollegiale Beratung

(3) Entwicklung eines Fachkonzepts zur Betreuung/Integration von Personen mit Suchtproblemen, Beauftragung einer Fachkraft als Koordinator/in für die fortlaufende Weiterentwicklung des Fachkonzepts

³⁸ Im Rahmen der BeKo-Evaluation (SOFI et al. 2013) waren Widersprüche zwischen beraterischen Anforderungen und den an Integrationsquoten orientierten Ziel- und an häufigen Kundenkontakten orientierten Geschäftsprozessvorgaben sichtbar geworden, weshalb die Evaluation eine beratungsförderlichere Ausgestaltung von Rahmenbedingungen empfahl.

den Einzelfall – zumindest durchschnittlich – wenig zeitliche Ressourcen zur Verfügung hatten. Unter diesen Bedingungen besteht die Gefahr einer (Um-)Verteilung zeitlicher Ressourcen zugunsten der besser vermittelbaren Arbeitslosen, mit denen Integrationserfolge leichter zu erzielen sind.

Mit Fachlichkeit und Problembewusstsein hatten viele Jobcenter Voraussetzungen geschaffen, unter denen eine Betreuung von Leistungsberechtigten mit Abhängigkeitskrankheiten auch im Regelbetrieb gelingen kann.

Zum einen hatten sie in der großen Mehrzahl (75 %) einzelfallübergreifende Zuständigkeiten für das Thema Sucht eingerichtet und erfüllten damit ein wichtiges Kriterium guter Praxis: Fachkräfte oder Teamleitungen nahmen zentrale Koordinationsaufgaben wahr und standen Kolleg/innen, Trägern oder anderen externen Beteiligten als Ansprechpersonen zur Verfügung. In den Fallstudien zeigten sich positive Effekte für die Netzwerkarbeit, wenn es im Jobcenter spezielle Zuständigkeiten für das Thema Sucht gab. Und je mehr Fachkräfte im Jobcenter suchtkranke Leistungsberechtigte beraten und betreuen, desto wichtiger dürften solche Funktionen sein.

Suchtspezifische Kompetenzen benötigen in den beschriebenen Organisationsstrukturen nicht allein die Fachkräfte im Fallmanagement – auch Arbeitsvermittlerinnen und -vermittler sowie die Fachkräfte in spezialisierten Teams für andere Zielgruppen müssen geschult darin sein, Hinweisen auf Suchtprobleme beraterisch nachzugehen. Sie müssen in der Lage sein, Suchtkranke an geeignete spezialisierte Unterstützungsangebote zu vermitteln bzw. Dritte in die Fallbearbeitung einzubeziehen. Etwa drei Viertel der Jobcenter hatten Integrationsfachkräfte zu suchtspezifischen Inhalten geschult.

Es war zu Beginn der Untersuchung erwartet worden, dass mit der Einführung der Beratungskonzeption SGB II (BeKo) in den Jobcentern beratungsfreundlichere Bedingungen entstanden waren, die auch der Betreuung suchtkranker Leistungsberechtigter zugutekommen würden. Mit BeKo sollte Arbeitsmarktberatung ihre Defizitorientierung überwinden und systematischer auf eine ressourcenorientierte Vermittlung ausgerichtet werden. Die BeKo-Einführung war mit umfangreichen Schulungen verbunden, welche das Augenmerk der Fachkräfte u.a. auf gesundheitliche Handlungsbedarfe bei Kundinnen und Kunden lenken sollten. Tatsächlich schätzten 60 % der Jobcenter, die BeKo eingeführt hatten, dass sich dadurch die suchtspezifische Kompetenz der Fachkräfte erhöht habe. Auffällig mehr Jobcenter als 2009 machten Gesprächsführungstechniken und Informationen zu den Inhalten der medizinischen Rehabilitation zum Gegenstand ihrer Schulungen. Wenn 62 % (2009: 55 %) der Jobcenter weiteren Schulungsbedarf selbst bei Fachkräften sahen, die bereits geschult worden waren, deutet dies darauf hin, dass die Betreuung suchtkranker Leistungsberechtigter auch nach diesen Schulungen noch nicht die Qualität hat, die die Jobcenter selbst für erforderlich halten.

Zwei weitere 2009 formulierte Anforderungen an gute Praxis wurden nur von einer Minderheit der Jobcenter erfüllt.

Während an den Fallstudienstandorten die große Bedeutung von kollegialer Beratung herausgestellt wurde, ging zwischen 2009 und 2016 der Anteil der Fachkräfte zurück, denen die Jobcenter diese Form des fachlichen Austauschs ermöglichten. Auch dahinter kann ein Ressourcenproblem stehen: Damit Kundinnen und Kunden möglichst häufig eingeladen werden, sehen in den meisten Jobcentern die Kontaktdichtekonzepte eine enge Gesprächstaktung vor, in der nur wenig Zeit für die fachliche Verständigung in Teams bleibt. Dass jedoch gerade die kollegiale Fallberatung die Kompetenz und die Motivation von Fachkräften erhöht, intelligente Lösungsansätze bei

komplexen Fallgestaltungen zu entwickeln, bestätigte die BeKo-Evaluation.³⁹ Solche oder andere Formen der systematischen fallbezogenen oder fallübergreifenden Reflexion sollten Teil der Qualitätssicherung in der Beratung von arbeitslosen Leistungsberechtigten sein und können durch den von Fachkräften ebenfalls geschätzten informellen Austausch allein nicht ersetzt werden. (SOFI et al. 2013; Bartelheimer et al. 2012; 2015)

Relativ klein war der Anteil der Jobcenter mit einem Fachkonzept Sucht oder anderen verbindlichen Handlungsanweisungen für die Arbeit mit suchtkranken und suchgefährdeten Leistungsberechtigten. Ein solches Fachkonzept sei – so die Auffassung an einigen Fallstudienorten – keine zwingende Voraussetzung für gute Arbeit. Doch gerade weil es vermutlich in den meisten Jobcentern nicht möglich ist, Suchtkranke spezialisiert zu betreuen, ist ein Konzept zum Umgang mit Leistungsberechtigten mit komplexen Problemlagen, bei denen die Kooperation mit externen Diensten erforderlich ist und bei denen die vermittlungsorientierte Handlungslogik an ihre Grenzen stößt, von hoher fachlicher Bedeutung dafür, gleiche Standards und hohe Beratungsqualität zu sichern, und deshalb eigentlich unverzichtbar.

Aufbauorganisation und strukturelle Rahmenbedingungen: Befunde im Überblick

- Die Jobcenter sind für die Lebenslagen und die Bedarfe Suchtkranker sensibilisiert.
- Nur eine Minderheit der Jobcenter (20 %) betreut Suchtkranke regelmäßig im Fallmanagement oder durch spezialisierte Fachkräfte. In den Fallstudien wurden die Vorteile einer spezialisierten Betreuung hervorgehoben.
- Günstige Betreuungsrelationen gelten für die meisten Jobcenter als wichtiger Erfolgsfaktor in der Arbeit mit Suchtkranken. Gegenüber 2009 haben sich die Betreuungsrelationen (nach einer vereinfachten Berechnungsmethode erhoben) nur wenig verändert. Bei den u25-Jährigen haben sie sich verbessert und bei den ü25-Jährigen etwas verschlechtert.
- Nicht auf den Einzelfall bezogene Zuständigkeiten zum Thema Sucht haben 75 % der Jobcenter eingerichtet. 2009 waren es nur 50 %.
- Mehr als drei Viertel der Jobcenter (77 % gegenüber 60 % in Jahr 2009) haben suchtspezifische Fachkräfteschulungen durchgeführt. Damit hat sich auch der Anteil der Jobcenter, welche die bisherigen Schulungen für „völlig“ oder „eher ausreichend“ hielten, deutlich erhöht. 62 % der Jobcenter sahen trotzdem weiteren Schulungsbedarf.
- Nur noch durchschnittlich 45 % der Fachkräfte eines Jobcenters, die Suchtkranke berieten, hatten schon einmal kollegiale Beratung erhalten (2009: 63 %). In den Fallstudien wurde deren Bedeutung für die professionelle Reflexion jedoch herausgestellt.
- Nur ein Fünftel der Jobcenter verfügte über ein „Fachkonzept Sucht“ oder andere Vorgaben.

³⁹ Im BeKo-Schulungsmodul IV wurden die Fachkräfte zu Methoden der kollegialen Beratung geschult (SOFI et al. 2013).

5.2 Die Beratung suchtkranker Leistungsberechtigter

Die epidemiologische Forschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass Suchtprobleme unter Arbeitslosen stärker verbreitet sind als unter Erwerbstätigen. Das gilt besonders für die Gruppe der Alg-II-Beziehenden, und zwar für alle bislang untersuchten Suchtprobleme (Tabakrauchen, Nikotinabhängigkeit, Alkoholabhängigkeit, Konsum illegaler Drogen, Konsum psychoaktiver Medikamente) und für das pathologische Glücksspiel (Überblick: Henkel 2016). Männer sind stärker betroffen als Frauen. Die im Vergleich zu den Erwerbstätigen überproportional hohen Prävalenzraten können auf selektive Effekte (hohes Arbeitslosigkeitsrisiko für Suchtkranke) und/oder auf kausale Effekte der Arbeitslosigkeit zurückgehen. Beide Zusammenhänge sind in der Forschung nachgewiesen. In der Gruppe der Alg-II-Beziehenden scheinen selektive Effekte deutlich zu dominieren.

Den Erfahrungen und Einschätzungen der befragten Jobcenter zufolge sind die Arbeitsmarktchancen suchtkranker Menschen nicht allein durch die Sucht reduziert. Vielmehr ist das Spektrum der Vermittlungshemmnisse breit gefächert. Es reicht von den Brüchen in der Erwerbsbiografie über gesundheitliche Beeinträchtigungen bis hin zu Verschuldungen und psychischen Störungen. Relativ oft werden Suchtkranke z.B. auch an Schuldnerberatungsstellen verwiesen, und in über 80 % der Jobcenter müssen manchmal Mietschulden übernommen werden. 35 % der Jobcenter bieten regelmäßig an, andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft in die Beratung einzubeziehen.

Gerade in der Kombination und Überlagerung von unterschiedlichen Problemlagen besteht die Herausforderung für die Beratung und Vermittlung von suchtkranken Leistungsbeziehenden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit für die Jobcenter, sich mit anderen einschlägigen Sozial- und Gesundheitsdiensten zu vernetzen und konzeptionell und fallbezogen zu kooperieren, z.B. mit Schuldnerberatungsstellen und sozialpsychiatrischen Einrichtungen. Zum anderen erklären die oft multiplen Problemlagen die besonderen Schwierigkeiten, suchtkranke SGB-II-Leistungsberechtigte in Arbeit zu integrieren.

Profiling

Die Beratung in den Jobcentern beginnt mit einer Situationsanalyse. Qualifikation und Berufsbiografie, vor allem aber Ressourcen und Hemmnisse bei den arbeitslosen Kundinnen und Kunden sollen identifiziert werden, um eine am Ziel schneller Integration orientierte Planung machen zu können. 60 % der befragten Jobcenter empfehlen ihren Fachkräften, bereits im Erstgespräch gesundheitliche Probleme, darunter auch mögliche Suchtprobleme, anzusprechen.

Die Mehrheit der Jobcenter (86 %) vertrat die Auffassung, dass nach einer Suchtproblematik gefragt werden soll, wenn es bei den arbeitslosen Leistungsberechtigten Auffälligkeiten bzw. Anhaltspunkte dafür gibt. Dies entspricht auch der Position, die an den Fallstudienstandorten von den meisten Gesprächspartnerinnen aus den Jobcentern und dem Suchthilfesystem explizit eingenommen wurde. Zwar hielten es die Expertinnen und Experten für wünschenswert, Suchtprobleme schon zu einem frühen Zeitpunkt im Fallverlauf zu identifizieren, um passgenaue Unterstützungsangebote machen zu können, und sie plädierten daher für die regelmäßige Schulung aller Beratungsfachkräfte. Gleichzeitig wiesen sie jedoch überzogene Erwartungen an die Integrationsfachkräfte der Jobcenter zurück.

Suchtkrankheiten zu erkennen gelang nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten an den Fallstudienorten besser, wenn die Fachkräfte eine sozialpädagogische Qualifikation

aufwiesen. Über einen derartigen Berufsabschluss verfügen aber nicht alle Fachkräfte, und für Vermittlungsaufgaben ist er auch nicht erforderlich. Nicht bei allen Fachkräften gehört die Erkennung von Suchtproblemen gleichermaßen zum beruflichen Kompetenzprofil. Daher gehe es darum, Fachkräfte in die Lage zu versetzen, Auffälligkeiten erkennen zu können und die angemessenen weiteren Schritte zur Abklärung einer Suchterkrankung zu initiieren: den Übergang zu spezialisierten Einheiten im Jobcenter, die Abklärung durch den Ärztlichen Dienst bzw. die Suchtberatung oder ein spezialisiertes Maßnahmeangebot. Die externe Prüfung „objektiviert“ die eigene Wahrnehmung und entlastet die Beratungsbeziehung.

Dass die an den Fallstudienorten beschriebene Praxis in vielen Jobcentern die Regel ist, zeigen die Angaben der Jobcenter zur Einschaltung von internen Fachdiensten. 82 % der Jobcenter nutzen zur Abklärung einer ggf. vorliegenden Suchterkrankung den Ärztlichen Dienst der BA oder das Gesundheitsamt (2009: 60 %), 63 % eine Suchtberatungsstelle (2009: 65 %) und 32 % den Berufspsychologischen Service der BA (2009: 12 %).

Einschaltung der Suchtberatung, Eingliederungsvereinbarungen und Sanktionen

Eine Zuweisung in Suchtberatung kann genutzt werden, um Personen mit besonders schweren und chronifizierten Sucht- und Gesundheitsproblemen einen Zugang zur Suchthilfe zu eröffnen. Eingliederungsvereinbarungen zu gesundheitlichen Themen sollen beraterisch gründlich vorbereitet werden, und die Nutzung kommunaler Leistungen wie die Zuweisung zur Suchtberatung soll im Einvernehmen mit den Leistungsberechtigten vereinbart werden (BA 2016c).

Die meisten Jobcenter schalteten die Suchtberatung „oft“ ein, wenn die Erkrankung ein Vermittlungshemmnis darstellte (85 %) oder wenn die Leistungsberechtigten von sich aus Bedarf anmeldeten (92 %). 39 % der Jobcenter bezogen schon beim Abschluss einer Eingliederungsvereinbarung die Expertise der Suchthilfe ein, deutlich weniger als 2009 (53 %).

Allerdings wird statistisch nur der kleinste Teil der suchterkrankten Leistungsberechtigten (ca. 2 %) von Jobcentern über eine Vereinbarung in der Eingliederungsvereinbarung nach § 16a SGB II förmlich und sanktionsbewehrt an die Suchtberatung verwiesen (Kaltenborn/Kaps 2012). Die Zahl der gemeldeten Zuweisungen ging zwischen 2010 und 2016 von 10.603 auf 8.051 zurück.

Die vergleichsweise niedrigen Zuweisungszahlen bedeuten nicht, dass Abhängigkeitskranken der Zugang zu notwendigen Unterstützungsleistungen vorenthalten wird. Erstens ist Sucht nicht immer ein Vermittlungshemmnis; aber nur in diesem Fall greift § 16 a SGB II. Zweitens nutzt ein wesentlich größerer Teil der Alg-II-Beziehenden – weit mehr, als die Jobcenter annehmen – die Suchtberatung als Leistung der Daseinsvorsorge ohne Vermittlung und überwiegend auch ohne Wissen der Jobcenter. Drittens fanden sich an den Fallstudienorten zahlreiche Belege für eine rege informelle Verweisungspraxis zwischen den zuständigen Integrationsfachkräften und den regionalen Suchtberatungsstellen – von Tür zu Tür, durch ein schnelles Telefonat oder eine explizite Empfehlung, teilweise untersetzt durch die Ausgabe von sogenannten „Pendelscheinen“, aber ohne formale Zuweisung.

Kriterien guter Praxis 2009

(4) frühe Einbeziehung der kooperierenden Suchtberatungsstelle in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung und die Hilfeplanung

(5) Berücksichtigung eines breiten Indikationsspektrums bei der Zuweisung zur Suchtberatung nach § 16a SGB II

Wiesen die Jobcenter zur Suchtberatung zu, dann gab es nach den Ergebnissen der schriftlichen Befragung selten direkte weitere Vermittlungskontakte zwischen Integrationsfachkräften und Suchtberatern und -beraterinnen. 54 % der Jobcenter händigten den Leistungsberechtigten lediglich eine Adressliste oder einen Beratungsschein aus.

Nur 30 % der Jobcenter nahmen die Ergebnisse ihrer Beratung zum Thema Sucht grundsätzlich in die Eingliederungsvereinbarung auf. 2009 waren es mit 40 % noch erheblich mehr gewesen. Die in den Jobcentern befragten Fach- und Führungskräfte sahen die Verankerung von Verpflichtungen in der Eingliederungsvereinbarung eher distanziert-kritisch bis ablehnend, da damit weder Problembewusstsein noch die erforderliche Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfe erzeugt werden könne. Sanktionen wurden aus der Überzeugung heraus abgelehnt, dass krankheitsbedingtes Verhalten nicht bestraft werden sollte. Es wurde aber – gerade bei jüngeren Leistungsberechtigten – auch von der Erfahrung berichtet, dass sich durch einen fremdmotivierten Erstkontakt zur Suchtberatung durchaus Eigenmotivation einstellen kann. Praktisch kam es auch in den Fallstudienstandorten, die durch die verpflichtende Zuweisung zur Suchtberatung und die Androhung von Sanktionen eine höhere Mitwirkungsbereitschaft erreichen wollten, selten bis gar nicht dazu, dass Sanktionen tatsächlich verhängt wurden.

Die Praxis der Jobcenter im Hinblick auf die Sanktionierung Suchtkranker hat sich seit 2009 verändert. Vermutlich hatten gerichtliche Entscheidungen und neuere ermessenslenkende Weisungen Einfluss darauf, dass 38 % der Jobcenter (gegenüber 28 % 2009) bei Verstößen gegen Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung die Suchterkrankung als „*wichtigen Grund*“ anerkannten, der die Verhängung einer Sanktion verhinderte. 67 % der Jobcenter sanktionieren nicht, wenn Suchtkranke die Suchtberatung trotz entsprechender Vereinbarung nicht aufsuchen, 2009 waren es nur 36 % gewesen. Grundsätzlich sanktionierten nur 9 % (2009: 24 %). Mit dem Abbruch einer Suchtberatung stellte sich den meisten Jobcentern eine beraterische Aufgabe: Sie versuchten, die Gründe klären und zur erneuten Inanspruchnahme zu motivieren. Gleichwohl sind die fachlichen Kontroversen dazu weiterhin nicht überwunden, was sich u.a. in einer Fallstudie deutlich zeigte.

Erwerbsunfähigkeit

Zur Überprüfung der Erwerbsfähigkeit eines bzw. einer Suchtkranken beauftragen 97 % der gE den Ärztlichen Dienst der BA und 63 % der zKt das Gesundheitsamt der Kommune mit der Begutachtung.

In der Online-Befragung wie an den Fallstudienorten wurde problematisiert, dass es aufgrund des weiten Erwerbsfähigkeitsbegriffs im deutschen Recht und einer restriktiven Entscheidungspraxis der Gutachterinnen und Gutachter bei der Deutschen Rentenversicherung selten möglich sei, einen Übergang von Leistungsberechtigten ins SGB XII bzw. in Erwerbsunfähigkeitsrente zu erreichen. Suchtkranke Kundinnen und Kunden mit schweren psychischen und somatischen Einschränkungen verblieben dann in der regulären Arbeitsvermittlung, obwohl man ihnen keine weiteren Unterstützungsangebote mehr machen könne und Vermittlungshemmnisse nicht überwindbar seien. 32 % der schriftlich befragten Jobcenter reduzierten in solchen Fällen die Vermittlungsbemühungen auf ein Minimum.

Zwei der in den Fallstudien untersuchten Jobcenter nahmen die Haltung ein, dass das Instrumentarium des SGB II auch für Personen zu nutzen sei, deren Chancen am Arbeitsmarkt aufgrund gesundheitlicher Problemlagen als äußerst gering eingeschätzt werden. Man müsse sich auf lange Integrationswege und Rückschläge einrichten und ggf. akzeptieren, dass eine Integration in Ar-

beit nicht gelingt. Die Vertreterinnen und Vertreter der medizinischen Suchtrehabilitation plädierten dafür, nach dem Prinzip „Reha vor Rente“ alle Möglichkeiten auszuschöpfen, um die Erwerbsfähigkeit von Suchtkranken wiederherzustellen und sie nicht voreilig als nicht mehr vermittelbar abzuqualifizieren.

Arbeitsweise

Wo eine Integration kaum erreichbar scheint, kann „Soziale Teilhabe“ zum alternativen Ziel der Unterstützung suchtkranker Leistungsberechtigter werden. Ein suchtkranker Mann, der seine Berufsbiografie als „Trümmerfeld“ bezeichnete, wollte an Arbeit vorläufig nicht denken, sondern konzentrierte sich darauf, in einer Arbeitsgelegenheit Tag für Tag nüchtern zu bleiben und die Herausforderungen des Alltags zu bewältigen. Eine junge Alleinerziehende wollte ihrer Tochter ein intaktes familiäres Umfeld bieten, und ein anderer Mann war seit Monaten obdachlos.

An mehreren Fallstudienorten konnte nachvollzogen werden, wie in der Arbeit mit Suchtkranken die SGB-II-Aktivierungslogik in den Hintergrund trat, während eine stark am Fall orientierte Einzelfallarbeit an Bedeutung gewann, die von den Befragten sowohl als wirkungsvoller und angemessener wie auch als verbindlicher und zielführender im Ergebnis beschrieben wurde. An einem Fallstudienort wurde das für kommunale Leistungen zuständige Team Soziale Arbeit eingeschaltet, wenn Menschen in der Arbeitsvermittlung ihre Probleme offengelegt hatten und kommunale Leistungen erhalten sollten, aber auch, wenn Fachkräfte in Vermittlung oder Fallmanagement den Eindruck gewannen, dass ein verdecktes Problem die Fallbearbeitung störte. Die Beratung – ergänzend zu Vermittlung und Fallmanagement – war freiwillig, es gab keine vorgeschriebenen Fallzahlen und keine Terminierung nach Kontaktdichtekonzept. Leistungsberechtigte sprachen vor, wenn sie ein Problem hatten, und die Fachkräfte hatten weitgehende Handlungsfreiheit bei ihren Lösungsansätzen. An einem anderen Standort wurde für eine ähnlich organisierte aufsuchende Sozialarbeit ein kommunales Team eingeschaltet. In vergleichbarer Weise arbeiteten auch Maßnahmeträger (s. unten).

Die für Suchtkranke zuständigen Fachkräfte waren durchweg bemüht, Leistungsberechtigten möglichst niedrigschwellige Zugänge zur Beratung zu ermöglichen. Hierzu gehörten z.B. die Veröffentlichung von Telefonnummern oder praktische Unterstützungsangebote (z.B. bei der Bearbeitung von Anträgen oder Post). Die befragten Leistungsberechtigten schätzten personelle Kontinuität, die den Aufbau einer belastbaren und vertrauensvollen Beratungsbeziehung ermöglichte. An mehreren Fallstudienorten wurde von regelmäßigen „Dreiergesprächen“ zwischen Fachkräften des Jobcenters und der Suchtberatung oder anderen beteiligten Dritten berichtet. Nach der Online-Befragung kamen gemeinsame Fallgespräche regelmäßig nur bei 14 % der Jobcenter vor.

Die Beratung suchtkranker Leistungsberechtigter: Befunde im Überblick

- In 60 % der Jobcenter soll bereits im Erstgespräch erfragt werden, ob bei Leistungsberechtigten ein Suchtproblem besteht.
- Mit der Klärung einer Suchtdiagnose wurden häufiger als 2009 Fachdienste beauftragt: 82 % der Jobcenter schalteten den Ärztlichen Dienst der BA oder das Gesundheitsamt ein (2009: 60 %) und 32 % den Berufspsychologischen Service der BA (2009: 12 %).

Die Beratung suchtkranker Leistungsberechtigter: Befunde im Überblick

- Der größte Teil der Jobcenter schaltet die Suchtberatung „oft“ ein, wenn die Erkrankung ein Vermittlungshemmnis darstellt (85 %) oder wenn die Leistungsberechtigten von sich aus Bedarf anmelden (92 %).
- Die Zahl der offiziell gemeldeten Zuweisungen in Suchtberatung ging zwischen 2010 und 2016 von 10.603 auf 8.051 zurück. Wesentlich mehr Suchtkranke nehmen Suchtberatung ohne Vermittlung der Jobcenter in Anspruch. An einigen Fallstudienstandorten war die informelle Vermittlung ohne Eingliederungsvereinbarung eher die Regel als die Ausnahme. Wurde nach § 16a SGB II zugewiesen, hatten Jobcenter und Suchtberatung dabei nur ausnahmsweise direkten Kontakt.
- Nur noch 30 % der Jobcenter nahmen Ergebnisse der Beratung zum Thema Sucht grundsätzlich in die Eingliederungsvereinbarung auf (2009: 40 %).
- Nur 39 % der Jobcenter bezogen die Expertise der Suchthilfe bei der Erstellung der Eingliederungsvereinbarung ein. 2009 waren es noch 53 % gewesen.
- 38 % der Jobcenter (gegenüber 28 % 2009) erkannten bei Verstößen gegen Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung die Sucht als „wichtigen Grund“ an, der die Verhängung einer Sanktion verhinderte. 67 % sanktionierten nicht, wenn Suchtkranke die Suchtberatung gegen die Vereinbarung nicht aufsuchten. 2009 waren es nur 36 % gewesen. Der Anteil der Jobcenter, die in solchen Fällen Sanktionen aussprachen, ging von 24% 2009 deutlich auf 9% im Jahr 2016 zurück.
- Zur Überprüfung der Erwerbsfähigkeit eines/einer Suchtkranken beauftragten 97 % der gE den Ärztlichen Dienst der BA und 63 % der zKT das Gesundheitsamt der Kommune mit der Begutachtung.
- Relativ oft werden Suchtkranke auch an Schuldnerberatungsstellen verwiesen, und in über 80 % der Jobcenter müssen manchmal Mietschulden übernommen werden.
- 35 % der Jobcenter bieten regelmäßig an, andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft in die Beratung einzubeziehen.
- Um das Ziel der „Sozialen Teilhabe“ zu erreichen, hat sich eine am Einzelfall orientierte und sozialarbeiterisch ausgerichtete Fallarbeit mit praktischen Unterstützungselementen und niedrigen Zugangsschwellen bewährt.
- Gemeinsame Fallgespräche zwischen Jobcentern und Suchtberatungsstellen wurden nur von 14 % der Jobcenter regelmäßig und von weiteren rund 50 % in besonderen Fällen durchgeführt.

5.3 Organisation von Suchtberatung als Leistung nach § 16a SGB II

Kommunale Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II, darunter die Suchtberatung, sollen den beruflichen Integrationsprozess flankieren. Bei der Ausgestaltung dieser Pflichtaufgabe ab 2005 griffen die Kommunen auf die lokalen Hilfesysteme zurück, weshalb ein lokal sehr heterogenes Leistungsangebot mit ganz unterschiedlichen Zugangs- und Finanzierungsmodalitäten entstanden ist. Die Angebotsplanung obliegt den kommunalen Trägern, was den Befund erklärt, dass rund ein Drittel der Jobcenter nicht einschätzen konnte, ob die vorhandenen Angebote den Bedarf tatsächlich deckten. Von der mit der SGB-II-Zielsteuerung angestrebten Verzahnung der

kommunalen Leistungen mit den übrigen Leistungen zur Integration und einer gemeinsamen Bedarfseinschätzung – die möglicherweise auch Erkenntnisse von ebenfalls einbezogenen Anbietern dieser Leistungen einbeziehen könnte – sind die meisten Jobcenter noch weit entfernt.

Nach Angaben der Jobcenter bestehen regional weiterhin Lücken bei der Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung. Dies war häufiger im ländlichen Raum der Fall. Dort behinderten auch andere Probleme wie lange Wege und schlechte Verkehrsanbindungen im ÖPNV die Inanspruchnahme von Suchtberatung. Wie gravierend sich dies für suchtkranke Menschen auswirken kann, zeigte sich an einem der Fallstudienstandorte: In den Sommerferien fanden dort deutlich weniger Beratungstermine statt und ambulante Therapien wurden zeitweilig unterbrochen, weil weniger Busse verkehrten. Für mögliche Lösungsansätze – wie etwa aufsuchende Beratungsangebote – tragen Kommunen und Suchtberatungsstellen gemeinsam Verantwortung. Auch das in Form einer Online-Plattform in virtueller Form organisierte Dienstleistungsangebot einer Jugendberufsagentur stellte einen Versuch dar, Mobilitätsprobleme von Nutzerinnen und Nutzern zu entschärfen.

Kriterien guter Praxis 2009

(6) Feststellung des regionalen Bedarfs an sozialen Leistungen/Suchtberatung in Kooperation mit den weiteren Akteuren/Fachkräften der Suchthilfe

(7) Enge Kooperation mit dem System der Suchtkrankenhilfe, am besten vertraglich geregelt

60 % der befragten Jobcenter hielten die Kapazitäten der Suchtberatung in Großen und Ganzen für ausreichend, und nur in einem knappen Fünftel der Jobcenter entstanden Wartezeiten beim Übergang in Suchtberatung. Besonders kurze Wege sind möglich, wenn Jobcenter mit der Suchtberatung einen Konsiliardienst vereinbart haben. Das war aber nur in acht Jobcentern der Fall. Sieben Jobcenter planten ein solches Angebot.

Bei gut einem Drittel der Jobcenter war die Zusammenarbeit mit der Suchtberatung in Form einer Kooperationsvereinbarung oder eines Vertrags geregelt. Hier sind im Vergleich zu 2009 wesentliche Veränderungen eingetreten: Die Quote der Jobcenter, deren Kooperation mit der Suchtberatung nicht geregelt war, ist von 45 % auf 28 % deutlich gesunken. 30 % der Jobcenter hatten Leistungsvereinbarungen mit den Suchtberatungsstellen abgeschlossen. In den Leistungskatalogen bildet sich – wie auch bei den Befragungsergebnissen zum Einbezug der Suchtberatung in die Gestaltung der Eingliederungsvereinbarungen –, die Struktur einer geklärten Arbeitsteilung zwischen Jobcentern und Suchtberatungsstellen ab. Informationen über Suchtdiagnosen oder die konkreten Inhalte einer Suchtberatung wurden von den Suchtberatungsstellen deutlich seltener erwartet als Rückmeldungen über den Beginn oder das Ende einer Beratung.

An den Fallstudienorten hatten die Kooperationspartner größeres Vertrauen in die Arbeit des jeweils anderen, wenn auf einer gemeinsamen fachlichen Grundlage gearbeitet wurde. Übereinstimmung bei den Fragen von Freiwilligkeit, Druck und Sanktion war besonders wichtig. Auf dieser Grundlage wurden Fälle arbeitsteilig betreut – mit einer klaren Zuständigkeit der Suchtberatung für gesundheitliche Fragen und des Jobcenters für Fragen der Vermittlung und Integration in Arbeit. Dass es unterschiedliche Basiszielsetzungen geben konnte, wurde wertschätzend akzeptiert. An zwei Fallstudienstandorten war es den Jobcentern deshalb wichtig gewesen, ausdrücklich zu vereinbaren, dass sich die Kooperation am gemeinsamen Ziel des SGB II orientiere, Suchtkranken Möglichkeiten der Erwerbsteilhabe zu schaffen. Dort wurde auch besonders intensiv darauf hingearbeitet, Suchtkranke, welche die Suchtberatung ohne Wissen des Jobcenters in Anspruch nahmen, zu einer Veröffentlichung gegenüber dem Jobcenter zu motivieren.

Vom Erfolg der Suchtberatung bei der Erfüllung ihrer Aufgaben waren die Fallstudien-Jobcenter genauso überzeugt wie die online befragten Jobcenter. Hier hatten 84 % der Jobcenter geurteilt, dass Suchtberatung „meist“ bzw. „häufig“ den Einstieg in eine Therapie fördere, 69 % nahmen als Ergebnis der Suchtberatung eine erhöhte Abstinenzbereitschaft wahr. Nur „selten“ bzw. „eher nicht“ urteilten 83 %, werde allerdings tatsächlich Abstinenz erreicht.

Organisation von Suchtberatung nach § 16a SGB II: Befunde im Überblick

- 13 % Jobcenter in ländlichen Regionen, aber nur 8 % der Jobcenter in städtischen Regionen beurteilten die Ausstattung mit Angeboten der Suchtberatung als nicht ausreichend.
- 20% der Jobcenter berichteten von Wartezeiten bei der Suchtberatung; diese sind im Vergleich zu 2009 tendenziell länger geworden.
- Die Quote der Jobcenter, die ihre Kooperation mit der Suchtberatung verbindlich geregelt hatten, stieg zwischen 2009 und 2016 deutlich von 28 % auf 45 %.
- 30% der Jobcenter hatten Leistungsvereinbarungen mit den Suchtberatungsstellen abgeschlossen. Hauptsächliche Regelungsinhalte waren Informationspflichten über wahrgenommene Termine und über einen Abbruch der Beratung.
- Die Kooperation zwischen Jobcentern und Suchtberatung beruhte an den Fallstudienorten auf einer klaren Arbeitsteilung: mit einer Zuständigkeit der Suchtberatung für gesundheitliche Fragen und einer des Jobcenters für Fragen der Vermittlung und Integration in Arbeit.
- 84 % der Jobcenter urteilten positiv, dass Suchtberatung „meist“ bzw. „häufig“ den Einstieg in eine Therapie fördere, 69 % nahmen als Ergebnis der Suchtberatung eine erhöhte Abstinenzbereitschaft wahr. Nur „selten“ bzw. „eher nicht“, urteilten 83 %, werde tatsächlich Abstinenz erreicht.

5.4 Beschäftigung, Aktivierung, Förderung

Eine Integration der Alg II beziehenden Suchtkranken in Beschäftigung auf dem (ersten) Arbeitsmarkt gelingt auf Anhieb relativ selten. Umso wichtiger sind arbeitsmarktpolitische Maßnahmen, die die Jobcenter im Rahmen ihrer Fallbearbeitung bereitstellen können. Damit sind wichtige Zwischenziele auf dem Weg der Integration in ungeforderte Beschäftigung zu erreichen: psychosoziale Stabilisierung, Erhöhung und Sicherung der Abstinenzmotivation, Erhalt und Stärkung der Erwerbsmotivation und Vermittlung von Erfahrungen im Arbeitsalltag.

Zwei Instrumentenreformen 2009 und 2011 hatten nach der Erstbefragung das zur Verfügung stehende arbeitsmarktpolitische Maßnahmenportfolio der Jobcenter erweitert und die Bedingungen der Förderung erheblich verändert. Das Spektrum der angebotenen Maßnahmen hat sich vor diesem Hintergrund stark ausdifferenziert.

Die Befunde der Befragung verweisen auf große Unterschiede zwischen den Jobcentern. Ein erheblicher Teil, nämlich 29 %, hält keine zielgruppenspezifischen Maßnahmeangebote für Suchtkranke vor und kann auch bei allgemeinen Maßnahmen nicht garantieren, dass die Problemlagen und die Bedarfe von Suchtkranken berücksichtigt werden. An diesen Standorten, so muss geschlossen werden, steht für Suchtkranke keine adäquate Förderung zur Verfügung.

Wie geeignete Unterstützungsansätze aussehen könnten, beschrieben die befragten Jobcenter unter anderem in Freitextfeldern zu „*allgemeinen*“ Maßnahmen. Diese erwiesen sich bei näherer Hinsicht als durchaus spezialisiert, und zwar auf „*niedrigschwellige*“ Förderansätze für Menschen in komplexeren Problemlagen. Diese Maßnahmen (als Coachings oder AGH) waren in der Regel für andere Zielgruppen konzipiert und durch spezifische Merkmale gekennzeichnet: eine akzeptierende Haltung und Ausgestaltung, eine Ausrichtung auf therapeutische Ziele (Erhöhung der Behandlungsbereitschaft, Übergang in Therapie), individuell und flexibel veränderbare Arbeitszeiten, längere Laufzeiten, multiprofessionell qualifiziertes und hochspezialisiertes Personal, dem Leistungsvermögen angepasste Anforderungen, Elemente der praktischen Unterstützung sowie die Kooperation mit Netzwerkpartnern. Aus fachlicher Sicht besteht nach den Beschreibungen der Jobcenter kein Zweifel, dass diese Angebote für die Unterstützung Suchtkranker gut geeignet sind.

Knapp die Hälfte der Jobcenter machte suchtkranken Leistungsberechtigten ein spezialisiertes Maßnahmeangebot. In der Regel handelte es sich um spezialisierte Arbeitsgelegenheiten. Sie waren nach dem heute geltenden Nachrangprinzip als Unterstützungsangebot für sehr arbeitsmarktferne Personen und mit einem Schwerpunkt auf begleitender sozialpädagogischer bzw. sozialmedizinischer Betreuung konzipiert. Diese speziell auf Suchtkranke zugeschnittenen Maßnahmen haben mit den „Allzweck“-Arbeitsgelegenheiten des Jahres 2009, die damals 80 % der Grundversicherungsstellen mit Maßnahmen vorhielten, vermutlich nur noch wenig gemein.

Ging aus der Online-Erhebung hervor, dass die Jobcenter bei der Konzeption von Maßnahmen nur selten mit anderen Trägern zusammenarbeiteten, so konnten im Rahmen der Fallstudien mehrere Beispiele für die gelingende Zusammenarbeit mit anderen Arbeitsmarktakteuren und Hilfesystemen beobachtet werden: z.B. mit der Reha-Abteilung einer Agentur für Arbeit, einer Suchtberatungsstelle und einem Träger der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII. Dass sich die konzeptionelle Flexibilität und eine strukturelle wie teilnehmerbezogene Kooperation hier potenziell zum Nutzen von Leistungsberechtigten mit Suchtkrankheiten auswirkten, bestätigten diese in Interviews, in denen sie von ihren Tätigkeiten berichteten.

Kriterien guter Praxis 2009

(8) Ausstattung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen mit suchtspezifischer Kompetenz (Arbeitsdiagnostik, Belastungserprobung), gemeinsame Durchführung von Integrationsmaßnahmen durch Suchtberatungsstellen und Beschäftigungsträger

Die Fallstudien konnten einige Beispiele für die Varianz der Ausgestaltung von Förderangeboten liefern, die unter Nutzung der verfügbaren Arbeitsmarktinstrumente realisierbar sind. Freitexte aus der Online-Befragung deuten auf eine noch größere Vielfalt von Ansätzen guter Praxis. Sie sind außerhalb großer Modellvorhaben wie etwa „Soziale Teilhabe“ entstanden, schöpfen aus der Erfahrung vieler kooperationsbereiter Arbeitsmarktakteure vor Ort und führen Ressourcen aus unterschiedlichen Hilfesystemen zusammen. Das 2009 formulierte Kriterium guter Praxis, Maßnahmen sollten in Zusammenarbeit von Suchtberatungsstellen und Maßnahmeträgern realisiert werden, erweist sich in der Überprüfung 2016 als zu kurz gegriffen: Es gibt keinen Grund, Kooperationserfordernisse auf diese Beteiligten zu beschränken. Wo Jobcenter Angebote für Suchtkranke konzipieren und durchführen, geht ihre gute Kooperationspraxis weit darüber hinaus.

Eine auffallende Lücke gibt es an der Schnittstelle von medizinischer Suchtrehabilitation und Beschäftigungssystem. Beidseitig wurde Bedarf an Maßnahmen sichtbar, die flexibel aufeinander

aufbauen oder ineinandergreifen und diese beiden Systeme miteinander verzahnen. Können Rehabilitanden mit einem Arbeitsplatz ins Berufsleben zurückkehren, so fehlen für Arbeitslose entsprechende Angebote zur Sicherung von Therapie- und Abstinenzserfolgen durch Beschäftigung.

Unerwartet deutlich fiel in der Online-Befragung der Unterschied zwischen ost- und westdeutschen Jobcentern aus. Jobcenter in Ostdeutschland hatten öfter spezialisierte Zuständigkeiten für die Begleitung von Integrationsmaßnahmen (Ost: 32 %, West 14 %) geschaffen. 68 % der ostdeutschen, aber nur 42 % der westdeutschen Jobcenter führten spezialisierte Maßnahmen für Suchtkranke durch, und ostdeutsche Jobcenter urteilten auch häufiger, dass sich die Arbeitsmarktchancen der Leistungsberechtigten durch diese Maßnahmen verbessern (Ost: 51 %, West: 36 %).

Die Unterschiede korrespondieren mit den Arbeitsmarktgegebenheiten, lassen sich aber nicht ohne weiteres als Reaktionen auf angespannte Arbeitsmärkte im Osten und aufnahmefähigere Arbeitsmärkte im Westen interpretieren. Im Vergleich der Fallstudien gab es keine Hinweise darauf, dass arbeitslose Suchtkranke in den Regionen mit gutem Arbeitsmarkt leichter vermittelbar sind. Hier wie dort gab es eine sichtbare Gruppe schwer vermittelbarer Kundinnen und Kunden mit Suchterkrankungen im Fallbestand der Jobcenter, und hier wie dort bestanden Vorbehalte, den Arbeitgebern die Beschäftigung von Suchtkranken vorzuschlagen, die nicht vollständig rehabilitiert, d.h. abstinent und belastbar waren. Sollte der Unterschied darauf beruhen, dass der Druck auf die Zielerreichung der Jobcenter unter günstigen Arbeitsmarktbedingungen insgesamt geringer ist und daher weniger Anstrengungen unternommen werden, Arbeitslose mit gravierenden Handicaps zu versorgen, dann hätten arbeitslose Suchtkranke in guten Arbeitsmärkten paradoxerweise sogar die schlechteren Chancen auf Förderung.

Auf im Zeitvergleich etwas günstigere Arbeitsmarktbedingungen, aber auch auf bessere Integrationskonzepte und -instrumente deutet, dass es 2016 ein kleinerer Anteil der Jobcenter als 2009 „besonders schwierig“ (75 % gegenüber 84 %) fand, suchtkranke Leistungsberechtigte nachhaltig in Ausbildung oder Arbeit zu vermitteln. Auch dass eine Erwerbsintegration nur in Ausnahmefällen gelinge, bejahten nur noch 67 % der Jobcenter (2009: 86 %). Insgesamt fiel die Beurteilung der Arbeitsmarktchancen von chronisch Erkrankten in der Befragung, aber auch in den Fallstudien, sehr skeptisch aus. Doch obwohl die Jobcenter einerseits Grenzen ihrer Vermittlungsbemühungen sahen und konstatierten, dass für einige Suchtkranke auch langfristig keine Integration in den ersten Arbeitsmarkt möglich sei, hielten sie programmatisch am Ziel der Erwerbsintegration fest und betonten, wie wichtig es sei, niemanden „aufzugeben“.

Im Hinblick auf die (Nach-)Betreuung von Leistungsberechtigten bei einer Maßnahme oder Arbeitsaufnahme zeigte sich, dass dies nur ein kleiner und zudem im Zeitvergleich sinkender Teil der Jobcenter umsetzt.

Beschäftigung, Aktivierung, Förderung: Befunde im Überblick

- 29 % der Jobcenter förderten Suchtkranke weder in spezialisierten Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, noch führten sie Maßnahmen durch, die Bedürfnisse von Suchtkranken gezielt berücksichtigten.
- Eine Minderheit der Jobcenter machte suchtkranken Leistungsberechtigten ein spezialisiertes Maßnahmeangebot (49 %). Dabei gab es große Ost-West-Unterschiede: In Ostdeutschland waren es 68 % der Jobcenter, im Westen nur 42 %.
- Der überwiegende Teil der Jobcenter, die spezialisierte Maßnahmeangebote vorhielten, nutzte das Instrument der Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II.
- Knapp die Hälfte der Jobcenter berücksichtigte in allgemeinen Maßnahmen die Bedarfe und die Lebenslage von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen.
- Diese Maßnahmen waren in der Regel ursprünglich für andere Zielgruppen konzipiert und durch spezifische Merkmale gekennzeichnet: eine akzeptierende Haltung und Ausgestaltung, eine Ausrichtung auf therapeutische Ziele, individuell veränderbare Arbeitszeiten, längere Laufzeiten, multiprofessionell qualifiziertes und hochspezialisiertes Personal, dem Leistungsvermögen angepasste Anforderungen, Elemente der praktischen Unterstützung sowie die Kooperation mit Netzwerkpartnern.
- Die Federführung für die Durchführung lag in der Regel bei den Jobcentern und den von ihnen ausgewählten Trägern, nur ausnahmsweise wurden Maßnahmen in Kooperation mit anderen Leistungsträgern durchgeführt.
- Gute Praxis der Durchführung von Beschäftigungsmaßnahmen muss nicht, wie noch 2009 formuliert, auf die Kooperation von Suchtberatung und Maßnahmeträgern beschränkt bleiben. In den Fallstudien wurden eine Reihe von erfolgreichen Kooperationsprojekten mit unterschiedlichen Partnerinnen und Partnern beobachtet.
- Suchtkranke Leistungsberechtigte nachhaltig in Ausbildung oder Arbeit zu vermitteln, fand ein etwas kleinerer Anteil der Jobcenter als 2009 „besonders schwierig“ (75 % gegenüber 84 %). Auch dass eine Erwerbsintegration nur in Ausnahmefällen gelinge, bejahten nur noch 67 % der Jobcenter (2009: 86 %). Insgesamt fiel die Beurteilung der Arbeitsmarktchancen von chronisch Erkrankten aber sehr skeptisch aus.
- Nur eine Minderheit der Jobcenter (26 %) fördert eine Nachbetreuung nach Antritt einer Maßnahme oder der Arbeitsaufnahme.

5.5 Kooperation in den lokalen Gesundheitssystemen

Das SGB II verpflichtet die Träger der Grundsicherung zu einer engen Zusammenarbeit mit anderen örtlichen bzw. regionalen Arbeitsmarktakteuren. Sie sollen darüber hinaus darauf hinwirken, dass die zur Ausführung von Sozialleistungen erforderli-

Kriterien guter Praxis 2009

(9) Beteiligung an lokalen oder regionalen Suchtnetzwerken unterschiedlicher Akteursgruppen

chen sozialen Dienste und Einrichtungen ausreichend zur Verfügung stehen (§ 17 Absatz 1 SGB II). Diese sollen sie aber nicht selbst schaffen, soweit geeignete Einrichtungen und Dienste Dritter vorhanden sind (§ 17 Absatz 2 SGB II). Insbesondere die Realisierung abgestimmter und ausreichender Angebote erfordert strukturelle Kooperationen, die über die Ebene des Einzelfalls hinausgehen, damit die vielen einzelnen Beratungs- und Unterstützungsangebote zu einem integrierten bedarfsgerechten Gesamtkonzept gebündelt werden können (Henke et al. 2009).

Die Notwendigkeit, sich in lokale Suchtnetzwerke einzubringen, war 2009 als ein wichtiges Kriterium guter Praxis identifiziert worden. Die online befragten Jobcenter verfügten über breit gefächerte Netzwerke und kooperierten zum Thema Sucht mit einer Vielzahl an externen Akteuren, am häufigsten mit über 90 % der Nennungen mit den lokalen bzw. regionalen Suchtberatungsstellen, gefolgt von den Sozialpsychiatrischen Diensten und Gesundheitsämtern der Kommunen (87 %), den Maßnahmeträgern (85 %) und rechtlichen Betreuern und Betreuerinnen (81 %). Kontakte bestanden auch zur Sucht-Reha, zu Suchtambulanzen in Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, Krankenkassen und Arbeitgebern. Auf lokaler Ebene brachten sie sich in Gremien und Arbeitskreise regelmäßig und intensiv ein.

Zu den einzelfallübergreifenden Aufgaben von Sucht-Koordinatorinnen und -koordinatoren bei den Jobcentern gehörte die Netzwerkarbeit. Bei 55 % der Jobcenter bestanden Zuständigkeiten für die Gestaltung der Kooperation mit dem örtlichen Gesundheitssystem. Besonders bewährte es sich, wenn solche Funktionen auch bei den Netzwerkpartnern bestanden. An einem Fallstudienstandort hatte das langjährig bestehende Suchtnetzwerk einen Träger bestimmt, der die Kooperation auch ohne Anlass „pfl egte“ und einen zuverlässigen Kontakt zu der beim Jobcenter bestimmten Ansprechperson hielt. Es trug zur guten Kooperation in lange bestehenden Netzwerken bei, wenn Jobcenter ihre Rolle auf den gesetzlich vorgeschriebenen (Vermittlungs-)Auftrag begrenzten und sich – ohne Steuerungsanspruch gegenüber den Kooperationspartnern – als Lotsen für ihre Kundinnen und Kunden ins lokale Gesundheitssystem verstanden. Wo Netzwerkstrukturen noch nicht etabliert waren, nahm das Jobcenter dagegen im Einvernehmen mit anderen Akteuren auch koordinierende Aufgaben wahr.

An den untersuchten Standorten war die Kooperation durch Schulungen gefestigt worden. So führten nicht nur die Suchtberatungsstellen, sondern auch Reha-Einrichtungen oder Tageskliniken Schulungen für Integrationsfachkräfte durch, und Krankenhäuser öffneten eigene Inhouse-Fortbildungen für Externe, zu denen auch die Jobcenter gehören konnten.

Als Gelingensbedingungen für eine Kooperation in den lokalen Gesundheitssystemen ließen sich identifizieren: eine übereinstimmende bzw. zwischen den Akteuren abgestimmte Problemsicht, eine aktive Verständigung auf gemeinsam verfolgte Ziele, ein arbeitsteiliges Aufgabenverständnis (Wo beginnen, und wo enden Zuständigkeiten?), Kontinuität und Kommunikation (geregelter Kommunikationswege, Zugänge zu allen Akteuren) sowie Vertrauen in die Fachlichkeit und Professionalität der anderen Akteure.

Kooperation in den lokalen Gesundheitssystemen: Befunde im Überblick

- Die Jobcenter verfügten über ein breit gefächertes Netzwerk und kooperierten zum Thema Sucht mit allen wesentlichen Akteuren und Akteurinnen in den Kommunen, am häufigsten mit Suchtberatungsstellen, den Sozialpsychiatrischen Diensten und Gesundheitsämtern der Kommunen, mit Maßnahmeträgern, rechtlichen Betreuerinnen und Betreuern, der freien Wohlfahrtspflege, Jugendhilfeträgern und Jugendhilfeeinrichtungen sowie mit den für die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII zuständigen Stellen.
- Bei 55 % der Jobcenter bestanden Zuständigkeiten für die Gestaltung der Kooperation mit dem örtlichen Gesundheitssystem.
- Etwa 70 % der Jobcenter pflegten einen regelmäßigen, institutionalisierten Austausch mit den Suchtberatungsstellen, mehr als die Hälfte der Jobcenter gehörte regionalen Arbeitskreisen oder „Netzwerken Sucht“ an.
- Ein gutes Drittel der Jobcenter kooperierte projektbezogen mit den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Meist ging es um suchtspezifische Fortbildungen.
- An ihren lokalen Kooperationsstrukturen hoben die Jobcenter positiv hervor, dass „Vertrauen zwischen den Akteuren und wechselseitige Wertschätzung“ bestehe, und dass sie in der alltäglichen Arbeit von kurzen Wegen profitieren. Eher bemängelt wurden (fehlende) personelle und zeitliche Ressourcen für die Netzwerkarbeit. Wichtige Gelingenbedingungen waren auch eine übereinstimmende bzw. zwischen den Akteuren abgestimmte Problemsicht, eine aktive Verständigung auf gemeinsam verfolgte Ziele und ein arbeitsteiliges Aufgabenverständnis.

5.6 Kooperation der Jobcenter mit Einrichtungen der Suchtrehabilitation

Der Katalog zu Kriterien guter Praxis aus dem Jahr 2009 enthielt die Anforderung an Grundsicherungsstellen und die Träger der Suchtrehabilitation, ihre Maßnahmen zur medizinischen und beruflichen Rehabilitation miteinander zu verzahnen. Insbesondere sollten sie durch abgestimmte Informationen und Maßnahmen nahtlose Übergänge zwischen SGB-II-Stelle, Suchtberatungsstellen und Einrichtungen der Suchtrehabilitation schaffen. Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen seitens der Jobcenter sollten sich unmittelbar an die Beendigung der Suchtbehandlung anschließen. Diese Kriterien, die auch Suchtfachverbände und der Drogen- und Suchtrat formulieren, müssen – so die übereinstimmende Meinung aller Befragten – weiter Geltung haben. Sie werden trotz größerer Modellvorhaben und eines deutlich gestiegenen Problembewusstseins in der Praxis mehrheitlich immer noch nicht erfüllt.

Weniger gravierend als 2009 zeigten sich Probleme beim Zugang in eine Therapie. Alle Befunde der Online-Befragung belegten, dass die Jobcenter in der Beratung das Ziel verfolgen, suchtkranke Leistungsberechtigte nicht nur zur Inanspruchnahme von Suchtberatung, sondern vor allem zur Therapie zu motivieren, und dass sie dazu vielfach auch Coaching-, Aktivierungs- oder Feststellungsmaßnahmen nutzen.

Übergänge aus solchen Maßnahmen in eine Entgiftung oder in eine klinische Therapie wurden daher angestrebt und – wie sich an den Fallstudienstandorten zeigte – von den Fachkräften bzw. den von ihnen beauftragten Trägern aktiv herbeigeführt und begleitet. Teil der Konzepte war

auch, dass die Aktivierung unmittelbar nach Beendigung der Sucht-Reha fortgesetzt werden konnte, und zwar möglichst mit derselben schon begonnenen oder zumindest mit einer ähnlichen Maßnahme. Der Anteil der Jobcenter, bei denen es vorkam, dass Leistungsberechtigte mit Antritt einer Therapie eine laufende Aktivierungsmaßnahme abbrechen mussten, sank von 41 % 2009 auf 27 % im Jahr 2016.

Dass mit dem Beginn einer Therapie seltener als 2009 ein Leistungsausschluss nach § 7 Absatz 4 SGB II eintrat, lässt sich vor allem mit der kürzeren Dauer von stationären Therapien erklären. Selbst wenn man in Rechnung stellt, dass Alg II beziehende Suchtkranke aufgrund ihrer möglicherweise komplexeren Sucht- und Gesundheitsprobleme überproportional häufig länger als sechs Monate in einer stationären Behandlungseinrichtung verbleiben, so dürfte sich die Zahl der Leistungsberechtigten, für die der § 7 Absatz 4 SGB II relevant wird, doch in relativ engen Grenzen halten: Nach der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS, IFT 2016) des Jahres 2015 betrug der Anteil an allen Klienten und Klientinnen, die länger als sechs Monate in einer (teil-)stationären Sucht-Reha-Maßnahme (inklusive Adaptionsbehandlung) waren, lediglich 2,9 % (N = 1.278). Die Daten basieren auf 211 Einrichtungen. Auch nach der Basisdokumentation (BADO) des Fachverbands Sucht e.V. (FVS 2016) blieben im Jahr 2015 nur rund 0,2 % (N = 37) der insgesamt 15.875 Patienten und Patientinnen länger als sechs Monate in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Die Daten stammen aus 37 Kliniken. In den 18 statistisch erfassten Fachkliniken für Drogenabhängige überschritten 4,1 % (N = 144) von insgesamt 3.519 Patienten und Patientinnen die 6-Monats-Dauer, und in den 24 Adaptionseinrichtungen traf dies auf 1,1 % (N = 15) von insgesamt 1.364 zu.

Kriterien guter Praxis 2009

(10) Sicherung von Nahtlosigkeit bei den Übergängen zwischen SGB II-Stelle, Suchtberatungsstelle und Einrichtung der Suchtrehabilitation durch Informationsaustausch und Abstimmung von Maßnahmen

(11) Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation

Wesentlich problematischer gestalten sich nach wie vor die Übergänge aus Therapie zurück ins Beschäftigungssystem. Alg-II-Beziehende machen einen hohen Anteil unter den Klienten und Klientinnen der ambulanten und stationären Suchthilfe bzw. Suchtrehabilitation aus. Die meisten bleiben auch nach Abschluss der Behandlung arbeitslos. Sie unterliegen damit hohen Rückfallrisiken. Im Vergleich zu Erwerbstätigen werden Arbeitslose doppelt so häufig rückfällig, viele bereits in den ersten Wochen nach der Behandlung.

Dass sich trotz gestiegenen Problembewusstseins seit der Erstbefragung keine messbare Verbesserung der Situation, sondern eher ein leichter Rückschritt zeigt, verweist auf Umsetzungsprobleme in der Praxis. Nur rund einem Drittel der schriftlich befragten Jobcenter gelang es in den „meisten“ Fällen, nahtlose Übergänge herzustellen. Bei weiteren 43 % war dies zumindest „manchmal“ der Fall. Die Rückkehr in eine Maßnahme ermöglichten regelmäßig nur noch 17 % der Jobcenter (2009: 46 %).

Als besonders problematisch erwies sich die gegenseitige fallbezogene Information zwischen Jobcentern und den Einrichtungen der Suchtrehabilitation – eine Voraussetzung, um Nahtlosigkeit überhaupt herstellen zu können. Insgesamt erhielten nur 21 % der Jobcenter regelhaft für die weitere Fallbearbeitung relevante Informationen von den Einrichtungen der Suchtrehabilitation. 49 % der Jobcenter wurden von den Reha-Einrichtungen nie informiert, und in 50 % der Jobcenter kam es nicht vor, dass die Einrichtungen der Suchtrehabilitation über den laufenden

Integrationsprozess informiert wurden. Nur 11 % der Jobcenter berichteten von einem gegenseitigen Informationsfluss.

Offenbar haben sich die BORA-Empfehlungen zur „*Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker*“, mit denen Kooperationsanforderungen für die Sucht-Reha-Einrichtungen beschrieben werden, in der Praxis der Reha-Kliniken und Jobcenter noch nicht niedergeschlagen – so jedenfalls der Eindruck aus der Online-Befragung: Nur wenige Jobcenter erwähnten dort Kooperationsvereinbarungen mit der Sucht-Reha.

An den Fallstudienorten fanden sich Hinweise auf hemmende und fördernde Faktoren: Vergleichbare regionale Zuständigkeiten, schriftliche Kooperationsvereinbarungen und eine gute Erreichbarkeit der Jobcenter erleichterten die Kooperation. Die Kliniken vermissten z.T. eine Betreuung der suchtkranken Leistungsberechtigten im Sinne eines Casemanagements während der Reha-Behandlung, und sie bewerteten das verfügbare Angebot an passgenau zugeschnittener Unterstützung im Anschluss an eine Reha als unzureichend. In mehreren Jobcentern stand daher die Lösung solcher Probleme weit oben auf der gemeinsamen Agenda.

Als stabil und auch im Ergebnis zufriedenstellend wurde die Zusammenarbeit für die ambulante Sucht-Reha an wenigen Standorten beschrieben, wo es tatsächlich gelang, regelmäßig zum Ende der Reha-Behandlung gemeinsam konkrete berufliche Schritte einzuleiten: etwa betriebliche „*Praktika*“ oder andere Arbeitserprobungen.

Kooperation der Jobcenter mit Einrichtungen der Suchtrehabilitation: Befunde im Überblick

- Was die Nahtlosigkeit der Übergänge aus der medizinischen Suchtrehabilitation in die Jobcenter anging, wurde im Vergleich von 2009 und 2016 eher ein leichter Rückschritt sichtbar. Obwohl ein breiter fachlicher Konsens zu der Bedeutung dieser Übergänge besteht, gelang ein solch nahtloser Übergang nur einem Drittel der Jobcenter „meistens“.
- Von einem Leistungsausschluss nach § 7 Absatz 4 SGB II ist nur ein Bruchteil der Leistungsberechtigten betroffen, weil die Dauer stationärer Entwöhnungsbehandlungen selten über sechs Monate hinausgeht.
- 13 % der Jobcenter gaben arbeitsbezogene Informationen an die Einrichtungen der Suchtrehabilitation weiter und 21 % der Jobcenter erhielten arbeitsbezogene Informationen von den Einrichtungen der Suchtrehabilitation.
- 50 % der Jobcenter informierten die Einrichtungen der Suchtrehabilitation aber nicht über den laufenden Integrationsprozess. 39 % erhielten grundsätzlich keine Informationen von der Suchtrehabilitation.
- Nur 11 % der Jobcenter tauschten regelmäßig Informationen mit der Suchtrehabilitation aus.
- An den Fallstudienorten fanden sich Hinweise auf hemmende und fördernde Faktoren: Vergleichbare regionale Zuständigkeiten, schriftliche Kooperationsvereinbarungen und eine gute Erreichbarkeit der Jobcenter erleichterten die Kooperation.

5.7 Besonderheiten bei jungen Erwachsenen u25

Junge Erwachsene unter 25 Jahren werden in den Jobcentern generell als schwierige Zielgruppe mit alterstypischen Problemlagen und Bedarfen wahrgenommen. Sie wurden in vier Fünfteln der Jobcenter durch eigene Teams und spezialisierte Fachkräfte betreut, die häufig mit einem Fallmanagementansatz arbeiteten. Vielerorts war das Jugend-Fallmanagement bereits in die neu entstehenden Jugendberufsagenturen integriert, deren Konzepte an der Schnittstelle zwischen Grundsicherung nach dem SGB II, Berufsberatung, Jugendberufshilfe und Jugendhilfe nach dem SGB VIII ansetzen und versuchen, mit rechtskreis- und hilfesystemübergreifenden Interventionen schwierige Übergänge zwischen Schule und Beruf zu begleiten. Die Zielgruppe der suchtgefährdeten bzw. suchtkranken jungen Leistungsberechtigten stellt in dieser Perspektive eine Untergruppe der jungen Erwachsenen mit einem besonderen Problem unter anderen dar, das aber weder zum Ausschluss von den altersspezifischen Angeboten führt noch besondere Konzepte oder weitere Spezialisierungen rechtfertigt.

Für Jugendberufsagenturen gibt es weder konzeptionelle noch personelle Vorgaben. Ob Suchtprobleme dort adäquat bearbeitet werden können, hängt, wie oben beschrieben, auch bei den jungen Erwachsenen von der suchtspezifischen Sensibilität und Qualifikation der Integrationsfachkräfte ab. Wo Netzwerkpartnerinnen und -partner der Jobcenter und Arbeitsagenturen bzw. die kommunalen Fachdienste wie etwa die Jugend(sucht)hilfe aktiv einbezogen sind, bietet die stärkere Vernetzung von Dienstleistungsangeboten sicher auch Chancen für eine verbesserte Beratung suchtgefährdeter junger Menschen im SGB II. An zwei Fallstudienstandorten schlossen die Jugendberufsagenturen junge Erwachsene mit Suchtproblemen ausdrücklich in ihre Zielgruppendefinition mit ein. Ob die erwarteten Synergieeffekte tatsächlich eintraten, konnte praktisch aber noch nicht beobachtet werden.

Auch außerhalb der Jugendberufsagenturen hat es zwischen 2009 und 2016 in den Jobcentern eine auffällige Zunahme der Vernetzung der Jobcenter mit der Jugendhilfe gegeben. Zwei Leistungssysteme für junge Erwachsene mit unterschiedlichen Traditionen und Aufträgen bewegen sich offenbar aufeinander zu. 67 % der Jobcenter kooperierten mit Jugendhilfeeinrichtungen und Trägern der Jugendhilfe. 20 % nahmen an Arbeitskreisen der Kinder- und Jugendhilfe teil (2009: sechs Nennungen), darunter z.B. an den Jugendhilfeausschüssen oder an lokalen Arbeitsgruppen zum Thema „Jugend, Schule, Beruf“. In diese Vernetzungskontakte war auch die Suchthilfe einbezogen. An einem Fallstudienstandort bestand ein Ämternetzwerk aus Akteuren von Jobcenter, Jugendhilfe und Suchthilfe, weil gemeinsam das Thema der Kindeswohlgefährdung in suchtbelasteten Familien bearbeitet wurde. An einem anderen Fallstudienstandort setzten sich die Akteure in gemeinsamen Veranstaltungen mit der Frage auseinander, welchen Unterstützungsbedarf Kinder suchtkranker Eltern haben.

Ohne Zweifel entspricht ein ganzheitlicher Arbeitsansatz der Problemlage junger (suchtkranker) Menschen: Bei vier von fünf jungen Erwachsenen (81 %) sahen die Jobcenter „oft“ Probleme im Bereich von Bildung und Qualifikation, bei 73 % fehlende (Ausbildungs-)Reife. Eine Erwerbsintegration war nach ihrer Auffassung auch durch fehlende Tagesstruktur, Antriebslosigkeit und problematische familiäre Beziehungen erschwert, und häufiger als bei Älteren wurden strafrechtliche Probleme genannt, was u.a. mit Beschaffungskriminalität aufgrund anderer Konsummuster zusammenhängen dürfte. In den Fallstudien wurde dies bestätigt. Doch bei aller gemeinsamen Ratlosigkeit gegenüber manchen Problemlagen machten viele Gesprächspartnerinnen und -partner auch auf die besonderen Entwicklungspotenziale junger Menschen aufmerksam und waren sich einig über die Bedeutung von Weichenstellungen in dieser Lebensphase.

35 % der Jobcenter bezogen andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft regelmäßig in die Integrationsplanung ein, weitere 56 % in besonderen Fällen oder wenn Leistungsberechtigte dies von sich aus ansprachen. Aus den Freitextfeldern ging hervor, dass in einer typischen Fallkonstellation die Eltern junger Erwachsener u18 bzw. u25 zu einer gemeinsamen Planung hinzugezogen wurden.

Für junge Erwachsene gelten höhere Mitwirkungsanforderungen als für Ältere, und sie sind von strengeren Sanktionen bedroht, wenn sie Verpflichtungen aus der Eingliederungsvereinbarung verletzen. In der Kooperation von Jugendsuchtberatung und Jobcentern wurde pädagogischer Druck auf die jungen Erwachsenen auch durch Hinweise auf sonst drohende Sanktionen erzeugt. Gleichzeitig waren die Akteurinnen und Akteure an den Fallstudienstandorten bemüht, die Autonomiebestrebungen der unter 25-Jährigen ernst zu nehmen und Angebote mit dem Ziel der freiwilligen und motivierten Inanspruchnahme durch die jungen Erwachsenen zu konzipieren. Zielgruppenspezifische Aktivierungs- und Beschäftigungsmaßnahmen für junge Erwachsene in komplexen Problemlagen wurden als niedrigschwellig, „aufsuchend“ und lebensweltorientiert beschrieben.

Besonderheiten bei jungen suchtkranken Erwachsenen u25: Befunde im Überblick

- Junge Erwachsene wurden in 80 % der Jobcenter in eigenen u25-Teams betreut. Spezialisierungen auf suchterkrankte junge Menschen gab es nicht. Es machte sich bemerkbar, dass die Jobcenter zunehmend in sog. Jugendberufsagenturen rechtskreisübergreifend mit weiteren Akteuren insbesondere aus dem SGB III und SGB VIII kooperieren.
- 67 % der Jobcenter kooperierten mit Einrichtungen und Trägern der Jugendhilfe. 20 % nahmen an Arbeitskreisen der Kinder- und Jugendhilfe teil (2009: sechs Nennungen).
- Arbeitsansätze der Jobcenter für die Integrationsarbeit mit jungen Erwachsenen zeichnen sich durch die Vernetzung mit der Jugendhilfe, den Einbezug der Bedarfsgemeinschaft und lebensweltorientierte Unterstützungsangebote aus.

5.8 Ausblick

Die Untersuchung zeigt, dass die Jobcenter nicht nur in der kommunalen Arbeitsmarktpolitik, sondern im lokalen Sozialstaat angekommen sind. Die fachliche Diskussion darüber, wie Suchtkranke, die Leistungen nach dem SGB II erhalten, unterstützt, gefördert, aktiviert und vermittelt werden sollen, ist keineswegs abgeschlossen. Es wäre naiv zu erwarten, dass kontroverse Debatten in naher oder ferner Zukunft in eine konsensuale Einmütigkeit münden. Unterschiedliche Sichtweisen widerspiegeln häufig nur ein tatsächlich vorhandenes Spannungsfeld, d.h. in den Debatten werden jeweils unterschiedliche Aspekte eines komplexen Gegenstandes hervorgehoben. Eine gute Praxis sollte die gesamte Vielfalt der Argumente berücksichtigen, abwägen und für den jeweiligen Einzelfall nutzbar machen. Die Fallstudien zeigten, dass gerade durch diese Offenheit passfähige Lösungen entstehen.

Echte Innovationen scheinen sich vor allem dort zu vollziehen, wo unterschiedliche Ziele (Überwindung der Sucht, Integration in Arbeit, Qualifizierung usw.) und die Arbeit unterschiedlicher

Akteure (Jobcenter, Suchthilfesystem, Jugendhilfe, Bildung usw.) miteinander verzahnt werden. Dies stellt hohe Anforderungen an alle Beteiligten. Gelebte Kooperation erfordert nicht nur neue Sichtweisen und Verfahren, sondern auch Zeit und Ressourcen. Aus diesem Grund fällt die Bewertung aus Sicht des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses mitunter nicht eindeutig aus.

Es konnte gezeigt werden: Gute Praxis entsteht nicht, indem Anforderungen möglichst buchstabengetreu umgesetzt werden. Die Jobcenter interpretieren ihren gesetzlichen Auftrag bezogen auf die Zielgruppe, sie stehen vor Entscheidungsfragen zum Einsatz von Personal und Mitteln, und sie bewegen sich mit unterschiedlichen Gestaltungsspielräumen in einem Feld, in dem nicht alles theoretisch Mögliche auch praktisch umsetzbar ist. Gute Praxis entsteht dabei immer dann, wenn Ziele geklärt sind, fachliche Standards eingehalten werden sowie alle vorhandenen Möglichkeiten für die Unterstützung der Betroffenen genutzt werden. Risiken für gute Praxis entstehen immer dann, wenn sich Eigeninteressen und Eigenlogiken etablieren oder ein für einen Einzelfall sinnvolles Verfahren in unzulässiger Weise verallgemeinert wird. Insofern können Kriterien guter Praxis eher Richtschnur als Anweisung sein.

Die vorliegende Erhebung hat eine Reihe neuer Forschungsfragen aufgeworfen, die in künftigen Vorhaben untersucht werden sollten, um die Entwicklung guter Praxis weiter vorantreiben zu können:

- Wie im Bericht beschrieben, hat sich seit der Erstbefragung 2009 in der Praxis der Jobcenter einiges verändert. Ein Teil dieser Veränderungen geht auf den Erfahrungs- und Lernprozess der Jobcenter und ihrer Kooperationspartner zurück. Dies betrifft sowohl die Fallbearbeitung als auch die Gestaltung der Kooperationsbeziehungen. Künftige Forschung sollte sich der Frage widmen, ob durch diese Lernprozesse innovative Strukturen oder Prozesse entstehen, die nicht nur für das einzelne Jobcenter, sondern darüber hinaus von Relevanz sind.
- Wie die Befunde zeigen, wird die Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und Suchtberatung sehr unterschiedlich gestaltet. In zukünftigen Forschungsprojekten sollte untersucht werden, ob unterschiedliche Formen der Kooperation zu unterschiedlichen Ergebnissen im Sinne der Wirkung bzw. Zielerreichung führen. Eine zusätzliche Fragestellung wäre, unter welchen Bedingungen bzw. für welche Gruppen die kooperative Betreuung durch Jobcenter und Suchtberatungsstelle erfolgsversprechender ist als der Weg, den derzeit die weit überwiegende Mehrheit der Alg II beziehenden suchtkranken Leistungsberechtigten einschlägt, nämlich die Inanspruchnahme einer Suchtberatung ohne Jobcenter-Vermittlung.
- Ein weiteres Thema für künftige Forschung betrifft die Evaluation guter Praxis. Wie kann eine gute Wirkungsforschung in diesem Bereich aussehen? Welche Verfahren zur Messung von Teilhabe- bzw. Arbeitsmarktwirkungen von Maßnahmen sind geeignet? Auch die generelle Frage nach dem Erfolg bzw. der Wirksamkeit der Suchtberatung bei Alg II beziehenden Suchtkranken sollte Gegenstand zukünftiger Forschung werden. Die vorliegende Erhebung liefert dazu lediglich die subjektive Einschätzung der Jobcenter-Fachkräfte. Notwendig wäre, diese durch die Beurteilung auch der Suchtberatungsstellen zu ergänzen und auch die suchtkranken Leistungsberechtigten selbst dazu zu befragen.
- Die hohe Quote der suchtkranken Leistungsberechtigten, die die Suchtberatung unplanmäßig bzw. vorzeitig abbrechen, wurde oft als gravierendes Problem benannt. Gelingt es in diesen Fällen nicht, die Klienten und Klientinnen zur Fortsetzung der Suchtberatung zu motivieren, ist der Integrationsprozess in hohem Maße gefährdet. Künftige Forschung sollte die

Gründe für den Abbruch tiefer untersuchen und darauf aufbauend geeignete Maßnahmen zur Erhöhung der Haltequote entwickeln.

Literaturverzeichnis

- Achatz, Juliane; Trappmann, Mark (2011): Arbeitsmarktvermittelte Abgänge aus der Grundsicherung. Der Einfluss von personen- und haushaltsgebundenen Arbeitsmarktbarrieren. IAB-Discussion Paper 2/2011. Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.
- Arbeitsgruppe BORA (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014. Fachverband Sucht e.V., Bonn.
- Bartelheimer, Peter; Henke, Jutta (2016): Wenn Matching nicht reicht – Anforderungen an Fachkräfte bei der Vermittlung von Langzeitarbeitslosen. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 4/2016: Langzeitarbeitslosigkeit: Auswege aus der Sackgasse. Berlin. S. 82 – 93.
- Bartelheimer, Peter; Henke, Jutta; Marquardsen, Kai; Schelkle, Bettina; Schwarze, Henrik (2015): IBA – Integriertes Beratungsangebot für Alleinerziehende. Forschungsbericht. Göttingen.
- Bartelheimer, Peter; Henke, Jutta; Marquardsen, Kai (2014): Qualitative Studie Arbeitgeberservice der Bundesagentur für Arbeit. Abschlussbericht. Göttingen.
- Bartelheimer, Peter; Henke, Jutta (2014): Vermitteln, unterstützen, beraten – neue fachliche Ansätze für die Jobcenter. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 4/2014: Beratung im Jobcenter. Berlin. S. 64 – 73.
- Bartelheimer, Peter; Henke, Jutta; Kotlenga, Sandra; Pagels, Nils; Schelkle, Bettina (2012): „Es lässt sich mit allen arbeiten“: PRIMUS – Arbeitsmarktdienstleistung zwischen Vermittlung und Fallmanagement. IAB-Forschungsbericht, 05/2012, Nürnberg.
- Behrendt, Klaus; Kunstmann, Wilfried; Wanek, Volker; Weissinger, Volker (2012): Früherkennung und Frühintervention bei alkoholbezogenen Störungen. Konsenspapier des Schnittstellenausschusses des Drogen- und Suchtrats. SUCHT, 58, 203-205.
- Brand, Holger; Steppan, Michael; Künzel, Jutta; Braun B (2014): Suchthilfe in Deutschland 2013. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. München: IFT Institut für Therapieforchung (verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de).
- Broens, Kristina; Henkel, Anna Iris; Köberl, Nicola; Stegner, Kristina; Wielage, Nina (2013): Programmbegleitung des ESF-Ideenwettbewerbs „Gute Arbeit für Alleinerziehende“. Endbericht. Berlin: Rambøll. Download unter: <http://www.gute-arbeit-alleinerziehende.de/>.
- Brülle, Heiner; Krätschmer-Hahn, Rabea; Reis, Claus; Siebenhaar, Benedikt (2016): Zielsteuerung im SGB II. Kritik und Alternativen. Unter Mitarbeit von Julia Brennecke. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO Diskurs, 2016/09).
- Bundesagentur für Arbeit (2009): HEGA 04/09 – Flächeneinführung 4-Phasen-Modell der Integrationsarbeit. Gültig ab 20.04.2009. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2013): Grundlagen einer Beratungskonzeption für die Grundsicherung für Arbeitsuchende. PEG 11, Stand 8.2.2013.
- Bundesagentur für Arbeit (2013a): Beratung in der Grundsicherung für Arbeitsuchende. Integrationsbegleitende Beratung – IBB. PEG 11, Stand 8.2.2013.
- Bundesagentur für Arbeit (2013b): Rahmenkonzept zu Personal- und Organisationsstrukturen in den gemeinsamen Einrichtungen. Geschäftsbereich POE. Im Internet auffindbar unter: http://biaj.de/images/BIAJ_Dokumente/2017-01-07_daten-anmerkungen-zu-jobcenter-personal-artikel-07012017.pdf. Zugriff am 29.01.2017.

- Bundesagentur für Arbeit (2014): Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II. Fachliche Hinweise §§ 31, 31a, 31b SGB II. BA-Zentrale: PEG 21. 22.04.2014.
- Bundesagentur für Arbeit (2016): Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderstatistik, Deutschland. Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2016a): Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II. Fachliche Weisungen § 44a SGB II Feststellung von Erwerbsfähigkeit und Hilfebedürftigkeit. Stand 20.01.2016. Online verfügbar unter: https://www3.arbeitsagentur.de/web/wcm/idc/groups/public/documents/webdatei/mdaw/mdaw/~edisp/l6019022dstbai378007.pdf?_ba.sid=L6019022DSTBAI378010, letzter Zugriff am 19.01.2017.
- Bundesagentur für Arbeit (2016b): Zweites Buch Sozialgesetzbuch SGB II. Fachliche Weisungen. § 8 SGB II Erwerbsfähigkeit. 20.07.2016.
- Bundesagentur für Arbeit (2016c): Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II. Fachliche Weisungen. § 15 SGB II. Eingliederungsvereinbarung. BA Zentrale GR 11. Stand: 20.10.2016.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015): Perspektive 50plus – Beschäftigungspakte für Ältere in den Regionen. Abschlussdokumentation des Bundesprogramms (2005–2015). Berlin.
- Bundesregierung (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Online verfügbar unter: https://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf?__blob=publicationFile.
- Bush, Ken; Kivlahan Derek; McDonell, Martin et al. (1998): The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT C). An effective brief screening test for problem drinking. *Archive of International Medicine*, 158, 1789-1799.
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015a): Rauchen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland 2014. Köln: BZgA.
- BZgA, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015b). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland 2014. Köln: BZgA.
- Dauth, Wolfgang; Dorner, Matthias; Blien, Uwe (2013): Neukonzeption der Typisierung im SGB-II-Bereich: Vorgehensweise und Ergebnisse. IAB-Forschungsbericht. Nürnberg.
- Der Paritätische Gesamtverband (2012): Längsschnittumfrage zu den Kürzungen in der Arbeitsmarktpolitik 2010-2012. Berlin: Der Paritätische Gesamtverband.
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz (2015): Reha-Fallbegleitung bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen mit erwerbsbezogenen Problemen der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz. Manual. Speyer.
- Deutscher Bundestag (2008): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente. Drucksache 16/10801 vom 8.11.2008.
- Deutscher Bundestag (2011): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt. Drucksache 17/6277 vom 24.06.2011.
- Deutscher Bundestag (2017): Drucksache 18/10802 vom 01.01.2017. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Sabine Zimmermann (Zwickau), Klaus Ernst, Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/10769 – Vorabfassung.
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB) (2016): 10 Jahre UN-Behindertenrechtskonvention: Wie ist der Umsetzungsstand am deutschen Arbeitsmarkt? *Arbeitsmarkt aktuell*, Nr. 8/Dezember 2016.
- Deutscher Landkreistag (2014): Leitlinien zur Umsetzung der sozialen Leistungen nach dem SGB II. 3. Auflage. Schriften des Deutschen Landkreistages. Band 123 der Veröffentlichungen des Vereins für Geschichte der deutschen Landkreise e.V. Berlin.

- Deutscher Landkreistag (2011): Optionskommunen: Nah am Menschen. Schriften des Deutschen Landkreistages. Band 96 der Veröffentlichungen des Vereins für Geschichte der Deutschen Landkreise e.V. Berlin.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2014): Empfehlungen des Deutschen Vereins zu den kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II. Berlin: DV.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2016): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur gesundheitsbezogenen Ausrichtung der Integration in Arbeit. Berlin: DV.
- Drogen- und Suchtrat (2016): Beschluss zur Teilhabe am Arbeitsleben vom 26.9.2016. Sucht aktuell 2: 50-55.
- Eggs, Johannes; Trappmann, Mark; Unger, Stefanie (2014): Grundsicherungsempfänger und Erwerbstätige im Vergleich. ALG-II-Bezieher schätzen ihre Gesundheit schlechter ein. IAB-Kurzbericht 23/2014.
- Fachverband Sucht e.V. (2016): Basisdokumentation 2015. Ausgewählte Daten zur Entwöhnungsbehandlung im Fachverband Sucht e.V. Bonn.
- Henke, Jutta; Henkel, Dieter; Nägele, Barbara; Pagels, Nils; Wagner, Alexandra (2010). Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Suchttherapie; 11: 42-50.
- Henke, Jutta; Henkel, Dieter; Nägele, Barbara; Pagels, Nils; Wagner, Alexandra (2009): Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Abschlussbericht. Berlin: BMG.
- Henkel, Dieter (2008a): 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, Dieter; Zemlin, Uwe (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis (S.163-188). Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Henkel, Dieter (2011): Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). Current Drug Abuse Reviews; 4, 1: 4-27.
- Henkel, Dieter (2016c): Ein Überblick über empirische Daten zur Prävalenz des Substanzkonsums, des problematischen Glücksspiels und suchtförmiger Essstörungen bei Hartz-IV-Beziehenden. Suchttherapie 17, 3: 106-114.
- Henkel, Dieter; Grünbeck, Peter (2005): Entwicklung der Arbeitslosenquote in der Suchtrehabilitation und Verlauf der beruflichen Integration vor und nach der Rehabilitation: Eine Auswertung von Routinedaten der Rentenversicherungen. Suchttherapie 6; 5: 155-164.
- Henkel, Dieter; Schröder Helmut (2016a): Suchtdiagnoseraten bei Hartz-IV-Beziehenden in der medizinischen Versorgung im Vergleich zu ALG-I-Beziehenden und Erwerbstätigen. Eine Auswertung der Leistungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007-2012, differenziert nach Männern und Frauen. Berlin/Frankfurt a.M.: Wissenschaftliches Institut der AOK/Institut für Suchtforschung SFF.
- Henkel, Dieter; Schröder, Helmut (2015): Suchtdiagnoseraten bei Hartz-IV-Beziehenden in der medizinischen Versorgung im Vergleich zu ALG-I-Beziehenden und Erwerbstätigen. Eine Auswertung der Leistungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007-2012. Suchttherapie 15, 3: 102-113.
- Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe (2013): Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch Jobcenter und Integration in Arbeit – eine kritische Bilanz. Sucht 59, 5, 279-286.
- Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe (2016b): Social inequality and substance use and problematic gambling among adolescents and young adults: a review of socioepidemiological surveys in Germany. Current Drug Abuse Reviews, 9. 1: 26-48.

- Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe; Dornbusch, Peer (2004): Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen: ARA-Projekt Teil III. Sucht aktuell 11, 2: 11-22.
- Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe; Dornbusch, Peer (2008b): Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projekts und Schlussfolgerungen für die Praxis. In Henkel, Dieter; Zemlin, Uwe (Hrsg.). Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis (S.214-241). Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.
- Hofmann, Barbara; Krug, Gerhard; Kruppe, Thomas; Kupka, Peter; Osiander, Christopher; Stephan, Gesine; Stops, Michael; Wolff, Joachim (2014): Beratung und Vermittlung von Arbeitslosen. Ein Literaturüberblick zu Ausgestaltung und Wirkung. In: Sozialer Fortschritt, Jg. 63, H. 11: 276-285.
- Holleder, Alfons; Brand, Holger (2009): Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.
- IAQ; ZEW; Zoom; SOKO (2017). Evaluation des Programms Soziale Teilhabe am Arbeitsmarkt. Erster Zwischenbericht. Februar 2017. Berlin (Bundesministerium für Arbeit und Soziales Forschungsbericht 479) Verfügbar unter: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-479-soziale-teilhabe-arbeitsmarkt.pdf;jsessionid=6B1E8940B4B40D1581EF495BC68511-76?__blob=publicationFile&v=3
- IFT Institut für Therapieforchung (2008-2015). Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS), Jahrgänge 2007-2014. München: IFT, verfügbar unter www.suchthilfestatistik.de.
- Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) (2016): Geförderte Personen in Arbeitsgelegenheiten. Infografik. Verfügbar unter: http://www.sozialpolitik-aktuell.de/tl_files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Arbeitsmarkt/Datensammlung/PDF-Dateien/abbIV63.pdf (Zugriff am 20.1.2017).
- Kaltenborn, Bruno; Kaps, Petra (2012): Einbeziehung der kommunalen Leistungen in die Zielsteuerung des SGB II. In Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Forschungsbericht 434. Berlin: BMAS.
- Kipke, Ingo; Brand, Hanna; Geiger, Babette; Pfeiffer-Gerschel, Tim; Braun, Barbara (2015): Arbeitslosigkeit und Sucht: Epidemiologische und soziodemographische Daten aus der Deutschen Suchthilfestatistik. Sucht; 61, 2: 81-94.
- Köhler-Azara, Christine; Kammerahl, Sven; Koch, Andreas; Weissinger, Volker (2013): Verbesserung der Kooperation zwischen der Jugendhilfe und der Suchthilfe. Sucht; 59: 235-236.
- Lampert, Thomas (2010): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Lampert, Thomas; von der Lippe; Erich; Müters, Stephan (2013): Verbreitung des Rauchens in der Erwachsenenbevölkerung in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt 56: 802-808.
- Landessozialgericht Rheinland-Pfalz: Beschluss L 3 ER 175/07 AS vom 05.07.2007.
- Ludwig, Monika (2016): Soziale Stabilisierung durch kommunale Eingliederungsleistungen. Voraussetzungen im Jobcenter und im Kooperationssystem. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 4/2016: Langzeitarbeitslosigkeit: Auswege aus der Sackgasse. Berlin. S. 72 – 81.
- Martens, Markus-Sebastian; Verthein, Uwe; Buth, Sven; Neumann, Eduard (2008). Ambulante Suchthilfen Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation BADO. Universität Hamburg.
- Meyer, Christian; Rumpf, Hans-Jürgen; Kreuzer, Alfred et al. (2011). Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Universität Greifswald und Lübeck.
- Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und Regionaldirektion Nordrhein-Westfalen (2016): Vereinbarung zu den gemeinsamen Schwerpunkten in der Grundsicherung für Arbeitssuchende in NRW im Jahr 2016. Verfügbar unter:https://www.mais.nrw/sites/default/files/2016-12/2016-12-16_Vereinbarung_zu_den_gemeinsamen_Schwerpunkten_in_der_Grundsicherung_f%C3%BCr_Arbeitssuchende_in_NRW_im_Jahr_2016.pdf

fault/files/asset/document/arbeit_vereinbarung_schwerpunkte_mais_rd.pdf (letzter Zugriff am 11.01.2017).

- Missel, Peter; Schneider, Bernd; Bachmeier, Rudolf et al. (2011): Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassjahrgangs 2008 von Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Sucht aktuell* 1: 15-26.
- Morgenstern, Matthis; Hanewinkel, Reiner (2015): Alkohol und Drogen als Risikofaktoren für einen erfolgreichen Ausbildungsabschluss. *Kurzbericht, BMG/IFT: 2015.*
- Pfeiffer-Gerschel, Tim; Steppan, Martin; Künzel, Jutta (2013): Daten zur Behandlungsprävalenz von Suchterkrankungen. In Badura, Bernd; Ducki, Antje; Schröder, Helmut et al. (2013): *Fehlzeiten-Report 2013 (S.41-52).* Berlin: Springer.
- Pockrandt, Christian; Coder, Bernd; Lau, Karin et al. (2007). *Gesundheits und Risikoverhalten unter Arbeitssuchenden: Ein Screening am Arbeitsamt. Gesundheitswesen* 69, 628-634.
- Rübner, Matthias; Sprengard, Barbara (2011): *Beratungskonzeption der Bundesagentur für Arbeit – Grundlagen.* Nürnberg.
- Scherbaum, Norbert; Specka, Michael; Kaspar, C.; Mikoteit, Thomas; Lieb, Bodo (2016): *Arbeitslosigkeit und Sucht – Das Sunrise-Projekt. Das Gesundheitswesen, DOI: 10.1055/s-0042-107345.*
- Schmidt, Lucia; Kähnert, Heike (2002): *Konsum von Glücksspielen bei Kindern und Jugendlichen - Verbreitung und Prävention. Abschlussbericht/HBSC Zusatzmodul Glücksspiel. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Arbeitsgruppe Prävention und Gesundheitsförderung.*
- Schmitz, Markus (2009): *Das arbeitnehmerorientierte Integrationskonzept der Bundesagentur für Arbeit (SGB II und SGB III). Leitkonzept Arbeitsvermittlung und Vermittlung von schwerbehinderten Menschen (Nicht-Reha). Zentrale der Bundesagentur, Projekt Weiterentwicklung SGB II und SGB III – Teilprojekt Markt und Integration.* Nürnberg.
- Schubert, Michael; Parthier, Katrin; Kupka, Peter et al. (2013): *Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht 12/2013.* Nürnberg: IAB.
- Servicestelle „Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende“ (2013): *Unterstützung Alleinerziehender durch nachhaltige Netzwerkarbeit vor Ort. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen aus dem ESF-Bundesprogramm „Netzwerke wirksamer Hilfen für Alleinerziehende“.* Berlin. Download unter: <http://www.gsub.de/projekte/archiv/netzwerke-wirksamer-hilfen-fuer-alleinerziehende/>
- SOFI Göttingen/FIA – Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt/IAQ – Institut Arbeit und Qualifikation (2013): *Beratungskonzeption SGB II – Pilotierung. Schlussbericht.* Göttingen, Berlin, Duisburg.
- Sozialgericht Braunschweig: *Beschluss S 21 AS 962/06 ER vom 11.09.2006.*
- Sozialgericht Schleswig: *Beschluss S 16 AS 158/13 ER vom 22.10.2013.*
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit (2015): *Analyse der Grundsicherung für Arbeitsuchende, Dezember 2015.*
- Süss, Bernd; Pfeiffer-Gerschel, Tim (2011): *Bestimmung der Erreichungsquote der Deutschen Suchthilfestatistik auf Basis des DBDD-Einrichtungsregisters. Sucht, 57: 469-477.*
- Weissinger, Volker (2012). *Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V. Sucht aktuell* 1: 60-69.
- Weissinger, Volker; Schneider, Ralf (2015): *Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben – eine träger- und organisationsübergreifende Aufgabe. Sucht aktuell* 1: 27-46.

- Zielvereinbarung Gelsenkirchen 2016: Zielvereinbarung 2016 zwischen dem der Vorsitzenden der Geschäftsführung der Agentur für Arbeit Gelsenkirchen, Vertreterin der kreisfreien Stadt Gelsenkirchen und dem Geschäftsführer des Integrationscenters für Arbeit Gelsenkirchen- das Jobcenter. URL: http://www.sgb2.info/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Zielvereinbarungen/Jobcenter-Zielvereinbarungen/Nordrhein-Westfalen/Jobcenter%20Gelsenkirchen.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
- Zielvereinbarung Hessen 2016: Zielvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, vertreten durch Herrn Staatssekretär Thorben Albrecht, und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration vertreten durch Herrn Staatssekretär Dr. Wolfgang Dippel zur Erreichung der Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende durch Kommunale Jobcenter im Land Hessen im Jahr 2016. URL: http://www.sgb2.info/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Zielvereinbarungen/BMAS-Laender/hessen.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- Zielvereinbarung Höxter 2016: Zielvereinbarung 2016 zwischen dem der Vorsitzenden der Geschäftsführung der Agentur für Arbeit Paderborn, dem Landrat des Kreises Höxter und dem Geschäftsführer des Jobcenters Kreis Höxter. URL: http://www.sgb2.info/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Zielvereinbarungen/Jobcenter-Zielvereinbarungen/Nordrhein-Westfalen/Jobcenter%20Kreis%20H%C3%B6xter.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
- Zielvereinbarung Marburg-Biedenkopf 2016: Zielvereinbarung 2016 zwischen dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) und dem Landkreis Marburg-Biedenkopf nach § 48b Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 sowie Satz 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) in Verbindung mit § 8a Abs. 1 und 2 des Hessischen OFFENSIV-Gesetzes zu den Kennzahlen nach § 48a SGB II sowie zu den Leistungen nach den §§ 16a, 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 und § 28 SGB II. URL: http://www.sgb2.info/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Zielvereinbarungen/Jobcenter-Zielvereinbarungen/Hessen/Jobcenter-%20Marburg-Biedenkopf.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
- Zielvereinbarung Niedersachsen 2016: Zielvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, vertreten durch Herrn Staatssekretär Thorben Albrecht, und dem Niedersächsischen Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr, vertreten durch Frau Staatssekretärin Daniela Behrens, und dem Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, vertreten durch Herrn Staatssekretär Jörg Röhmann, zur Erreichung der Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende durch zugelassene kommunale Träger im Land Niedersachsen im Jahr 2016. URL: http://www.sgb2.info/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Zielvereinbarungen/BMAS-Laender/niedersachsen.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- Zielvereinbarung Nordrhein-Westfalen: Zielvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, vertreten durch Herrn Staatssekretär Thorben Albrecht, und dem Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, vertreten durch Herrn Staatssekretär Dr. Wilhelm Schäffer, zur Erreichung der Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende durch zugelassene kommunale Träger im Land Nordrhein-Westfalen im Jahr 2016. URL: http://www.sgb2.info/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Zielvereinbarungen/BMAS-Laender/nordrhein-westfalen-2016.pdf?__blob=publicationFile&v=7.
- Zielvereinbarung Oberberg 2016: Vereinbarung zur Erreichung der Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende im Jahr 2016 zwischen dem Oberbergischen Kreis, vertreten durch Herrn Landrat [geschwärzt], der Agentur für Arbeit Bergisch-Gladbach, vertreten durch den Vorsitzenden der Geschäftsführung [geschwärzt] sowie dem Jobcenter Oberberg, vertreten durch den Geschäftsführer [geschwärzt]. URL: http://www.sgb2.info/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Zielvereinbarungen/Jobcenter-Zielvereinbarungen/Nordrhein-Westfalen/Jobcenter%20Oberberg.pdf?__blob=publicationFile&v=1.
- Zielvereinbarung Saarland 2016: Zielvereinbarung zwischen dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales, vertreten durch Herrn Staatssekretär Thorben Albrecht, und dem Ministerium für Wirtschaft, Arbeit,

Energie und Verkehr des Saarlandes, vertreten durch Herrn Staatssekretär Jürgen Barke, zur Erreichung der Ziele der Grundsicherung für Arbeitsuchende durch zugelassene kommunale Träger im Saarland im Jahr 2016. URL: http://www.sgb2.info/SharedDocs/Downloads/DE/Service/Zielvereinbarungen/BMAS-Laender/saarland.pdf?__blob=publicationFile&v=2.

Anhang

A1 - Anhangtabellen

Tabelle 97: Veränderung der Trägerstruktur: Jahr der Optierung für den Längsschnitt (JC, die sich 2009 und 2016 an der Befragung beteiligt haben)

	N	In %
Seit 2005 Optionskommune	39	66,1
Seit 2012 Optionskommune	20	33,9
Gesamt	59	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage A 1a.

Tabelle 98: Zuständigkeiten im Jobcenter für das Thema Sucht (Mehrfachnennungen) nach Trägermodell, Arbeitsmarkt und Ost-/Westdeutschland 2016

	gE		zkT		Guter/ mittlerer AMA		schlechter AMA		Ost		West	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Für fachliche, einzelfallübergreifende Fragen zum Thema Sucht	101	42,6	30	34,5	81	37,2	50	47,6	33	44,6	98	39,4
Für die Planung besonderer Integrations-/Maßnahmeangebote für Leistungsbe-rechtigte mit Suchtproblemen	61	25,7	35	40,2	62	28,4	34	32,4	26	35,1	70	28,1
Für die Begleitung von Integrations-/ Maßnahmeangeboten für Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen	37	15,6	21	24,1	29	13,3	29	27,6	24	32,4	34	13,7
Für die Gestaltung der Ko-operation...	146	61,6	64	74,4	133	61	77	73,3	49	66,2	161	64,7
<i>mit dem lokalen Gesundheitssystem (Gemeindepsychiatrie, Suchtberatung etc.)</i>	126	86,3	52	81,3	109	82,0	69	89,6	43	87,8	135	83,9
<i>mit der medizinischen Suchtrehabilitation (z.B. Kliniken)</i>	54	37,0	27	42,2	44	33,1	37	48,1	24	49,0	57	35,4

	gE		zkT		Guter/ mittlerer AMA		schlechter AMA		Ost		West	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
mit der Reha-Abteilung der Agentur für Arbeit	104	71,2	53	82,8	102	76,7	55	71,4	38	77,6	119	73,9
Sonstiges	21	8,9	7	8,1	17	7,8	11	10,5	6	8,1	22	8,8
Es gibt keine spezifischen Zuständigkeiten.	63	26,6	18	20,7	64	29,4	17	16,2	15	20,3	66	26,5
Gesamt	237	100,0	86	100,0	218	100,0	105	100,0	74	100,0	249	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Fragen B 1a und B 1b.

Tabelle 99: Einführung der Beratungskonzeption (BeKo SGB II) in den Jobcentern 2016

	N	In %
Das Jobcenter hat Beko eingeführt.	211	66,8
Der kommunale Träger verwendet ein eigenes Konzept.	11	3,5
Das Jobcenter arbeitet mit einem anderen Beratungskonzept.	8	2,5
Gesamt	316	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage J 10.

Tabelle 100: Verbindliche Vorgaben, Regelungen oder Arbeitshilfen / Empfehlungen für den Umgang mit Suchterkrankten im Jobcenter 2016

	N	In %
Ja, sind vorhanden	68	21,5
Nein, sind nicht vorhanden	284	76,3
Gesamt	325	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage K 1.

Tabelle 101: Vorgaben von Bundesagentur, Kommune oder Jobcenter 2016 (Mehrfachnennungen)

	N	In %
Es handelt sich um Vorgaben bzw. Empfehlungen der Bundesagentur für Arbeit	14	20,6
Es handelt sich um Vorgaben bzw. Empfehlungen der Kommune	10	14,7
Es handelt sich um Vorgaben bzw. Empfehlungen des Jobcenters	53	77,9
Sonstige	10	14,7
Gesamtzahl antwortende JC	87	

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage K 1a.

Tabelle 102: Art der Vorgaben 2016 (Mehrfachnennungen)

	N	In %
Schriftliche Verordnungen und Vorgaben.	12	17,6
Schriftliche Arbeitshilfen und Empfehlungen.	46	67,6
Mündliche Vorgaben bzw. Vereinbarungen	12	17,6
Sonstige, und zwar folgende:	11	16,2
Gesamtzahl antwortende JC	81	

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage K 1b.

Tabelle 103: Leistungsvereinbarung mit Leistungskatalog mit Suchtberatungsstellen in der Region 2009 und 2016

	2016		2009	
	N	In %	N	In %
Ja	97	30,2	81	25,5
Nein	221	68,8	237	74,5
Gesamtzahl antwortende JC / GSS	318	100,0	318	100,0

Quelle: Befragung Grundsicherungsstellen 2009 und Befragung Jobcenter 2016, Fragen G 8 und G 12.

Tabelle 104: Einbezogene weitere Dritte (Personen oder Institutionen außerhalb Ihres Jobcenters) bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Personen mit Suchtproblemen 2016

	N	In %
Behandelnder Facharzt/Behandelnde Fachärztin	82	71,9
Suchtberatungsstelle	77	67,5
Rechtlicher Betreuer/rechtliche Betreuerin	75	65,8
Einrichtungen der Suchttherapie (med. Reha, Entwöhnungsbehandlung)	66	57,9
Maßnahmeträger	51	44,7
Berufspsychologischer Service der Bundesagentur für Arbeit	44	38,6
Sonstige	31	27,2
Gesamtanzahl antwortende JC	114	

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage D 3a.

Tabelle 105: Einschätzung der lokalen Vernetzung und Kooperation zu suchtbезогенen Themen insgesamt hinsichtlich folgender Merkmale (1 = sehr gut bis 10 = sehr schlecht)

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Verbindlichkeit der Beteiligung an Netzwerktreffen (N = 313)	40	12,8	59	18,8	65	20,8	33	10,5	64	20,4	11	3,5	13	4,2	17	5,4	4	1,3	7	2,2
Einbindung aller wesentlichen Akteure vor Ort (N = 315)	24	7,6	63	20,0	74	23,5	43	13,7	47	14,9	20	6,3	18	5,7	14	4,4	7	2,2	5	1,6
Einhaltung von Absprachen und Umsetzung in der Praxis (N = 314)	17	5,4	74	23,6	70	22,3	55	17,5	56	17,8	17	5,4	8	2,5	7	2,2	5	1,6	5	1,6
Gemeinsame Planung von Projekten (N = 312)	4	1,3	32	10,3	42	13,5	48	15,4	47	15,1	30	9,6	28	9,0	34	10,9	16	5,1	31	9,9
Kurze Wege in der alltäglichen Arbeit (N = 316)	36	11,4	87	27,5	65	20,6	42	13,3	33	10,4	13	4,1	16	5,1	14	4,4	5	1,6	5	1,6
Vertrauen zwischen den Akteuren und wechselseitige Wertschätzung (N = 314)	52	16,6	104	33,1	66	21,0	33	10,5	34	10,8	7	2,2	5	1,6	8	2,5	2	0,6	3	1,0
Koordination der Vernetzung (N = 314)	24	7,6	57	18,2	65	20,7	45	14,3	57	18,2	18	5,7	19	6,1	13	4,1	6	1,9	10	3,2
Personelle und zeitliche Ressourcen für Netzwerkarbeit auf Seiten des Jobcenters (N = 315)	18	5,7	46	14,6	57	18,1	50	15,9	46	14,6	27	8,6	26	8,3	22	7,0	14	4,4	9	2,9

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage I 4

Tabelle 106: Gibt es in Ihrem Jobcenter Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen oder Projekte, die nicht speziell auf Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen ausgerichtet sind, aber deren Bedürfnisse gezielt berücksichtigen? Nach Ost- bzw. Westdeutschland 2016

	Ost		West		Gesamt	
	N	In %	N	In %	N	In %
Nein	37	50,7	126	51,0	163	50,9
Ja	36	49,3	121	49,0	157	49,1
Gesamtanzahl antwortende JC	73	100,0	247	100,0	320	100,0

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage H 5.

Tabelle 107: Spezielle Aktivierungs-, Beschäftigungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen oder -projekte für suchtkranke eLb u25 und ü25, Anzahl der geförderten Plätze, Maßnahmen oder Gutscheine 2016 (Mehrfachnennungen)

	U25				Ü25			
	N	Min	Max	Mittelwert	N	Min	Max	Mittelwert
Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III i.V. mit § 16 SGB II	19	0	213	17,68	18	0	120	25,11
Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheine für eine zertifizierte Maßnahme nach § 45 SGB III i.V. mit § 16 SGB II	40	0	171	11,98	39	0	260	19,36
Arbeitsgelegenheiten mit Plätzen für Menschen mit Suchtproblemen nach § 16d SGB II	70	0	78	7,04	72	0	200	21,96
Freie Förderung für Projekte auf der Grundlage von § 16f SGB II mit Plätzen für Personen mit Suchtproblemen	7	0	12	3,14	7	0	300	46,43
Angebote für Menschen mit Suchtproblemen (z.B. ein Gruppen-coaching) in eigener Regie und mit eigenem Personal	1	0	0	,00	1	0	0	,00
Beteiligung an kofinanzierten Modellprojekten (der EU, des Bundes, des Landes, einer Stiftung etc.) und Teilnahmeangebote für Menschen mit Suchtproblemen	17	0	90	9,82	18	0	100	22,28
Weitere Maßnahmen/Projekte	15	0	100	15,73	14	0	260	38,64

Quelle: Befragung Jobcenter 2016, Frage H 3.

A2 – Interviews mit den Geschäftsführern von vier Suchtfachverbänden zu den „Kriterien guter Praxis“ und zur Schnittstelle „Jobcenter-Suchtrehabilitation“

In der Auftaktsitzung zum vorliegenden Projekt am 11. Februar 2016 in Berlin wurde seitens des BMG angeregt, im Rahmen des Projekts auch Interviews mit überregionalen Akteuren im Bereich der Suchtkrankenhilfe durchzuführen, um deren Positionen zu „guter Praxis“ und den Umsetzungsstand bei der Aktivierung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter im Rahmen des SGB II zu erfahren, insbesondere an der Schnittstelle zwischen Jobcenter und Suchtrehabilitation.

Ausgewählt wurden die Geschäftsführer von vier bundesweit organisierten Suchtfachverbänden:

- Stefan Bürkle, Caritas Suchthilfe, e.V. (CaSu), Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband, Freiburg
- Prof. Dr. Andreas Koch, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (BUSS), Kassel
- Dr. Volker Weissinger, Fachverband Sucht e.V. (FVS), Bonn
- Dr. Theo Wessel, Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS), Berlin

Die telefonischen Interviews fanden im Oktober 2016 statt und umfassten Fragen, die den Gesprächsteilnehmern zuvor schriftlich ausgehändigt worden waren (s.u.). Zum anderen wurde den Gesprächsteilnehmern ein Kriterienkatalog „guter Praxis“ in den Jobcentern zur Aktivierung und Integration suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II ausgehändigt, der im Rahmen der ersten, im Auftrag des BMG durchgeführten SGB II-Sucht-Studie im Jahr 2009 hergeleitet und begründet wurde (Henke et al. 2009, 2010). Die Interviewteilnehmer wurden gebeten, diese Kriterien zu kommentieren, falls wesentliche Ergänzungen oder Korrekturen notwendig erschienen.

Im nachfolgenden Ergebnisprotokoll erfolgt überwiegend keine namentliche Zuordnung, da die Antworten durchgehend sehr einheitlich ausfielen.

Die Interviewteilnehmer betonten, dass die konzeptionelle (Weiter-)Entwicklung und Förderung der Umsetzung „guter Praxis“ weit oben auf ihrer verbandspolitischen Agenda stehe. Im Einzelnen wurden die Kriterien im ausgehändigten Katalog „guter Praxis“ einhellig als richtig und wichtig beurteilt mit der Ergänzung, dass zu einer guten Praxis in den Jobcentern unabdingbar auch eine respektvolle und emphatische Grundhaltung gegenüber den suchtkranken Leistungsberechtigten und die Berücksichtigung der individuellen Belange gehöre. Rückmeldungen aus der Praxis zeigten, dass dies nicht immer der Fall sei.

Fragen und Antworten

Frage 1. Welches sind aus Ihrer Sicht die zentralen Anforderungen und wichtigsten Kriterien „guter Praxis“, wenn es um Maßnahmen der Aktivierung und Integration Suchtkranker im Rahmen des SGB II geht?

Als zentrale Kriterien „guter Praxis“ wurden hervorgehoben: 1) Ein Gesamtkonzept zur Aktivierung und Integration, in das die Netzwerkpartner kooperativ und auf verbindlicher, wenn möglich auch auf vertraglicher Basis eingebunden sind. 2) Dabei wurde durchgehend unterstrichen, dass die Qualität der Kooperation nicht nur durch die je konkreten Absprachen von Institutionen bestimmt ist, sondern auch nach wie vor stark von den jeweils handelnden Personen auf beiden Seiten abhängt. 3) Eine gute Netzwerkkooperation wiederum setzt voraus, dass die Kooperati-

onspartner sich jeweils bekannt sind, um persönlich Kontakt aufnehmen können, und dass sie über die spezifische Arbeitssituation des anderen Bescheid wissen z.B. durch einen diesbezüglich informativen Internetauftritt oder, sofern möglich, durch gegenseitige Hospitation (ausführlich Stefan Bürkle 2016)⁴⁰. 4) Verfügbarkeit und Vermittlung in passgenaue Leistungen der Arbeitsförderung, möglichst mit qualifikatorischem Anspruch. 5) Die Maßnahmen müssen frühzeitig einsetzen sowie kontinuierlich und langfristig angelegt sein. 6) Nahtlose Übergänge von der Suchtrehabilitation in die Suchtnachsorge und in geeignete arbeitsbezogene Maßnahmen. 7) Und selbstverständlich ist eine gute suchtspezifische Schulung der Jobcenter-Fachkräfte notwendig.

Darüber hinaus wurde auf die „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ vom 14. November 2014 verwiesen, die von der Arbeitsgruppe „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA“) entwickelt wurden (AG-Mitglieder u.a. Dr. Weissinger, Prof. Dr. Koch, Dr. Wessel). Diese Empfehlungen wurden von allen Interviewteilnehmern als wegweisend bei der Realisierung „guter Praxis“ angesehen.

Ergänzend wurde berichtet, dass eine grundsätzliche erwerbsbezogene Orientierung im Rahmen der stationären Suchtrehabilitation seit langem bestehe und therapeutischer Alltag sei, während die Umsetzung der BORA-Empfehlungen für ambulante Einrichtungen der Suchthilfe die deutlich größere Herausforderung darstelle. Erst wenige Suchtberatungsstellen hätten ein anerkanntes Konzept für arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation und Nachsorge.

Als bedeutsamer fachpolitischer Beitrag für die Entwicklung „guter Praxis“ wird der jüngste Beschluss des Drogen- und Suchtrats „Teilhabe am Arbeitsleben – Arbeit, Beschäftigung und gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Suchtproblemen“ vom 26. September 2016 bewertet. Die Beschlussvorlage wurde erarbeitet u.a. von Dr. Weissinger FVS, Dr. Gaßmann DHS, Frau Müller-Simon DRV Bund und Frau Pamperin BA. Eine detaillierte Vertiefung zentraler Problemfelder wurde von Dr. Weissinger und Ralf Schneider verfasst⁴¹. Allerdings wurden die Chancen einer flächendeckenden und konsequenten Umsetzung der Drogen- und Suchtrats-Empfehlungen auf mittlere Sicht eher skeptisch beurteilt. Bei den BORA-Empfehlungen laufe die Umsetzung vor allem auf Initiative der verschiedenen DRV-Träger, was zwar zu einer heterogenen Situation in Deutschland führe, aber insgesamt schon zu einer konzeptionellen Weiterentwicklung.

Ferner wurde angeregt, dass sich die Jobcenter stärker im Bereich der Gesundheitsförderung suchtkranker Leistungsberechtigter engagieren sollten angesichts der weiten Verbreitung von gesundheitsrelevanten Problemen unter der Alg-II-Beziehenden wie psychische Störungen, Tabakrauchen, Bewegungsarmut, Übergewicht u.a.m. (s. dazu auch Henkel 2016⁴²). da diese zusätzliche Vermittlungshemmnisse auf dem Arbeitsmarkt darstellen können.

Frage 2. Die meisten suchtkranken Alg-II-Beziehenden nehmen von sich aus, d.h. ohne Jobcenter-Vermittlung, Kontakt zu einer Einrichtung der Suchthilfe auf. Wie sollten in diesen Fällen die Suchthilfe-Fachkräfte verfahren?

⁴⁰ Stefan Bürkle: Kooperation, Kommunikation, Schnittstellenmanagement. Warum die Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Suchthilfe gerade heute so wichtig ist. Konturen Online 23.9.2016.

⁴¹ Volker Weissinger, Ralf Schneider. Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben – eine träger- und organisationsübergreifende Aufgabe. *Sucht aktuell* 2015; 1: 27-46.

⁴² Dieter Henkel. Ein Überblick über empirische Daten zur Prävalenz des Substanzkonsums, des pathologischen Glücksspiels und suchtförmiger Essstörungen. *Suchttherapie* 2016; 17, 3: 106-114.

Relativ einheitlich wurde die Position vertreten, dass es im Prinzip „gute Praxis“ wäre, wenn die Suchthilfe mit dem jeweils zuständigen Jobcenter Kontakt aufnehmen würde, um mit diesem integrationsorientiert zu kooperieren. Allerdings wurde zum einen betont, dass dies selbstverständlich das Einverständnis des Klienten bzw. der Klientin voraussetzt. Zum anderen müsste man sehen, dass sich dadurch die Zahl der in Kooperation mit der Suchthilfe zu betreuenden Leistungsberechtigten in den Jobcentern erhöhen und einen entsprechend höheren Personalaufwand erfordern könnte. Und schließlich sei auch zu bedenken, dass der Besuch der Suchtberatungsstelle dann potenziell eine sanktionsbewehrte Maßnahme seitens des Jobcenters werden könne.

Frage 3. Wie wichtig ist es Ihrer Einschätzung nach, dass die seitens der Suchthilfe angebotenen arbeitsbezogenen Maßnahmen für suchtkranke Leistungsbeziehende nach dem SGB II in Abstimmung mit dem zuständigen lokalen Jobcentern erfolgen? Welche Probleme stehen einer guten Kooperation mit den Jobcentern im Wege?

In Übereinstimmungen mit den BORA-Empfehlungen wurde die gegenseitige Abstimmung für sehr wichtig und erstrebenswert erachtet. Allerdings wurde problematisiert, dass die Maßnahmen seitens der Jobcenter einerseits und der Suchthilfe andererseits unter Umständen auch konflikthaft divergierenden Zielsetzungen unterliegen können: schnelle Vermittlung versus langfristig-nachhaltige Überwindung der Sucht. Wichtig sei es von daher, passgenaue und individuell ausgerichtete Integrationspläne zu entwickeln, welche die verschiedenen Aspekte der Gesundheits- und Arbeitsmarktförderung entsprechend berücksichtigen. Zudem zeige die Erfahrung, dass auf beiden Seiten immer noch vielfach Vermeidungstendenzen hinsichtlich klar verbindlicher Kooperationsvereinbarungen bestünden. Auch gebe es nach wie vor lästige Probleme, wie z.B. unklare oder wechselnde personelle Zuständigkeiten in den Jobcentern.

In diesem Kontext wurde auf die DRV Braunschweig-Hannover verwiesen. Dort soll die Suchtrehabilitation im Rahmen eines Pilotprojektes auch daran evaluiert werden, wie oft am Ende der Reha-Maßnahme Kontakt zum Jobcenter hergestellt werden konnte, wie oft dies nicht gelang und aus welchen Gründen, wie oft eine gegenseitige Abstimmung in den arbeitsbezogenen Maßnahmen erfolgte, und wie oft ein nahtloser Übergang an der Schnittstelle zwischen der Suchtrehabilitation und dem Jobcenter stattfand. Durch diese Dokumentation könnten die Schnittstellenprobleme detailliert transparent gemacht und auch, so die Zielsetzung, leichter die strukturellen Probleme erkannt und gelöst werden.

Frage 4. Was hören Sie aus der Praxis: Sind die Sucht-Reha-Kliniken über die arbeitsbezogenen Maßnahmen ausreichend informiert, die seitens der Jobcenter vor Beginn der Sucht-Reha-Maßnahme initiiert wurden? Wie wichtig und nützlich sind diese Informationen für die weitere Planung und Durchführung von arbeitsbezogenen Maßnahmen während der Suchtrehabilitation? Kennen Sie gute Beispiele aus der Praxis?

Diese Informationen und Abstimmungen wurden als sehr wichtig und nützlich beurteilt. Auch hier wurde auf die BORA-Empfehlungen verwiesen, die den anzustrebenden Standard darstellten. Der derzeitige Stand der praktischen Umsetzung hinsichtlich einer Kooperation von Seiten der Jobcenter im Vorfeld der Entwöhnungsbehandlung wurde als „bundesweit uneinheitlich“ bezeichnet. Grundvoraussetzung für einen gegenseitigen Austausch an Informationen und eine gute Abstimmung seien konzeptionelle Regelungen unter Berücksichtigung von personellen Zuständigkeiten, verbindlichen in Kooperationsvereinbarungen geregelte Abläufe und vertrauensvolle Zusammenarbeit. Kooperationsverträge gäbe es im regional bzw. kommunal orientierten

ambulanten Bereich der Suchthilfe viel häufiger als im Bereich der stationären Suchtrehabilitation. Dort seien sie immer noch eher die Ausnahme.

Frage 5. Hat Ihr Fachverband Vorgaben/Empfehlungen erarbeitet, die die Sucht-Reha-Kliniken dabei unterstützen sollen, „gute Praxis“ in Kooperation mit den Jobcentern aufzubauen?

In erster Linie wurden wiederum die BORA-Empfehlungen genannt, die sehr detaillierte Vorgaben enthalten, und den jeweiligen Mitgliedseinrichtungen bekannt gemacht wurden. Darüber hinaus wurde die Thematik kontinuierlich in den Verbandsmitteilungen und auf diversen Verbandsfachtagungen erörtert. Dabei wurden auch die Kriterien „guter Praxis“ thematisiert, die in der im Auftrag des BMG durchgeführten Studie von Henke et al. (2009, 2010) erarbeitet und publiziert wurden.

Frage 6. Ist in den letzten Jahren in den Sucht-Reha-Kliniken die Bereitschaft gewachsen, kooperative Strukturen mit den Jobcentern aufzubauen?

Diese Frage wurde von allen Interviewpartnern eindeutig bejaht, wenn man die Anfangsjahre des SGB II mit heute vergleicht.

Frage 7. Ist es inzwischen gängige Praxis, dass den Jobcentern im Entlassmanagement der Sucht-Reha-Kliniken konkrete Vorschläge für die weitere berufliche Förderung der suchtkranken Patienten und Patientinnen gemacht werden?

Das sollte der Standard sein, aber gängige Praxis sei das noch lange nicht, so die übereinstimmende Position der Interviewteilnehmer. Zudem sollten konkrete Empfehlungen zur beruflichen Förderung unter Einbezug der Expertise der Jobcenter, Reha-Berater der Rentenversicherung bzw. weiterer Experten (z.B. der Berufsförderungswerke) entwickelt werden.

Frage 8. Wie beurteilen Sie den sog. „Magdeburger Weg“ (DRV Mitteldeutschland: Thüringen-Sachsen-Anhalt-Sachsen) in Hinblick auf „gute Praxis“ bei der Bearbeitung der Schnittstellen zwischen Jobcenter und Sucht-Reha-Klinik und der ambulanten Suchthilfe? Welche Vor- und Nachteile hat dieser Ansatz? Ist der „Magdeburger Weg“ aus Ihrer Sicht ein Modell, das auf den gesamten Bereich der Sucht-Reha übertragen werden sollte? Wie wird das in Ihrem Fachverband diskutiert? Kennen Sie den Diskussionsstand in der DRV?

Die Fachverbände sind sehr daran interessiert, frühzeitigere und schnellere Zugänge zur Suchtrehabilitation zu entwickeln. Hierzu wurde auch gemeinsam mit der DRV und GKV eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der DRV, GKV, der DHS und des FVS eingerichtet, die Möglichkeiten und Wege zu einem frühzeitigen und nahtlosen Zugang aufzeigen soll. Diese hat verschiedene Themenfelder geprüft, wie z.B. den Übergang aus dem Akutbereich in die Entwöhnung, die Berücksichtigung des Themas Sucht beim Firmenservice der DRV und die Kooperation zwischen Alten- und Suchthilfe. Die DRV Mitteldeutschland praktiziert seit Jahren einen eigenen Ansatz zur Förderung eines nahtlosen Zugangs. Dieser sieht beispielsweise auch die Direktvermittlung „aus dem Jobcenter heraus“ nach ärztlicher Begutachtung und ohne Einschaltung einer Suchtberatungsstelle und ohne Sozialbericht als Regelfall vor (sog. Magdeburger Weg). Dieses Verfahren ist bislang auf die DRV Mitteldeutschland beschränkt und wird in der Fachwelt kontrovers diskutiert. Ähnliche Modelle einer „Direktverlegung“ oder Vermittlungen im Rahmen sog. Eilanträge gibt es auch schon seit vielen Jahren in NRW wie auch über die DRV Bund. Diese setzen jedoch in der Regel einen Sozialbericht voraus. Eine Erweiterung der Zugangswege, die vorsieht, bei entsprechender Motivation auf den Sozialbericht zu verzichten, wird von den anderen Leistungsträgern kritisch gesehen. Auch bei einem derzeit (Oktober 2016) von der DRV und der GKV in Ent-

wicklung befindlichen Nahtlosverfahrens aus der qualifizierten Entzugsbehandlung in die Entwöhnungsbehandlung ist der Sozialbericht (neben dem Antrag des Versicherten und einem ärztlichen Befundbericht) weiterhin fester Bestandteil des Antragsverfahrens.

Frage 9. Ein anderer Typ „guter Praxis“: Es gibt Sucht-Reha-Kliniken, die sich in einer Kooperationsvereinbarung mit den lokalen/regionalen Jobcentern verpflichtet haben, bei neu aufgenommenen Patienten und Patientinnen zu klären, ob diese Alg II beziehen, und wer in deren Jobcenter die zuständige Ansprechperson ist. Erteilen die Patienten und Patientinnen ihre Zustimmung, initiiert die Klinik schon zu Beginn des stationären Aufenthalts ein gemeinsames Fallgespräch mit dem Jobcenter mit dem Ziel, dass notwendige Maßnahmen zur beruflichen Integration von diesem Zeitpunkt an abgestimmt geleistet werden. Warum wird dieses Verfahren nicht für alle Sucht-Reha-Kliniken verbindlich gemacht (erweitert um ein gemeinsames Fallgespräch gegen Ende der Reha-Maßnahme zur Abstimmung der Fortsetzungsmaßnahmen? Wäre das angesichts der großen Zahl der Alg-II-beziehenden Suchtpatienten in den Sucht-Reha-Kliniken überhaupt personell zu schaffen (Analoges gilt für die Jobcenter)?

Die genannte Vorgehensweise wäre, so die übereinstimmende Einschätzung, der „Goldstandard“. In einzelnen Fällen mag das gelingen. Aber als Regelfall sei dies angesichts der derzeit vorhandenen Personal- und Zeitressourcen in den Kliniken und den Jobcentern nicht realisierbar.

Frage 10. Gibt es seitens Ihres Verbandes fachliche Empfehlungen für die Sucht-Reha-Kliniken zur Gestaltung des Schnittstellenmanagements mit den Jobcentern, um sicherzustellen, dass die nach dem SGB II leistungsberechtigten Suchtkranken möglichst zeitnah nach Beendigung der Suchtrehabilitation von ihrem zuständigen Jobcenter Leistungen zur Aktivierung und Eingliederung in Arbeit erhalten, um den Rehabilitationserfolg (z.B. Beschäftigungsfähigkeit, Abstinenz) nachhaltig positiv zu beeinflussen („Nahtlosigkeitsprinzip“)?

Als Grundvoraussetzungen für eine „gute Praxis“ bei der Lösung dieses Schnittstellenproblems wurden von allen Interviewteilnehmern genannt: a) eine frühzeitige Kontaktaufnahme und Abstimmung zwischen den Sucht-Reha-Kliniken und den Jobcentern, aber vor allem auch b) die Verfügbarkeit passgenauer arbeitsbezogener Maßnahmen seitens der Jobcenter unmittelbar nach Beendigung des Suchtrehabilitation, was c) eine entsprechend längerfristige Maßnahmenplanung voraussetzt, vor allem seitens der Jobcenter Dies wird als dringlich, die Umsetzung aber als sehr defizitär eingestuft, wobei auch hier wieder auf die großen regionalen Unterschiede hingewiesen wurde.

Frage 11. Kennen Sie Kooperationsvereinbarungen zwischen der DRV und der Bundesagentur für Arbeit (BA) bzw. einzelnen Regionaldirektionen der BA, die zum Ziel haben: a) Verbesserungen der Abstimmung von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben zwischen den Sucht-Reha-Kliniken und den Jobcenter und b) Sicherung der „Nahtlosigkeit“ nach Beendigung der Suchtrehabilitation?

Es wurde auf die BORA-Empfehlungen und die Empfehlungen des Drogen- und Suchtrats vom 26. September 2016 zur Sicherstellung der nahtlosen Einleitung von erforderlichen Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen verwiesen. Von diesen Empfehlungen werden positive Impulse hinsichtlich der Umsetzung „guter Praxis“ erwartet. Außerdem verhandelt zurzeit die DRV Bund eine Rahmenvereinbarung mit der BA und den kommunalen Spitzenverbänden zur besseren Abstimmung von Maßnahmen seitens der Jobcenter und der Suchtrehabilitation.

A3 – Fragebogen



Prof. Dr.
Dieter Henkel



Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V.

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

Fragebogen Jobcenter für Onlineerhebung

Mai 2016

Bitte beachten Sie, dass die Ansicht von der Darstellung in der Onlinebefragung geringfügig abweichen kann.

Nur zur Ansicht - bitte nicht ausfüllen!

A. Allgemeine Angaben zum Jobcenter

1 Wir haben einige Fragen zu Ihrem Jobcenter.

1.a Es handelt sich bei unserem Jobcenter um

- eine gemeinsame Einrichtung (gE).
- einen zugelassenen kommunalen Träger (zKT).
 - Unsere Kommune ist seit 2005 Optionskommune.
 - Unsere Kommune hat im Jahr 2012 optiert.

1.b Wurde der regionale Zuschnitt Ihres Jobcenters seit 2008 durch eine Gebietsreform verändert?

- Nein.
- Ja, es hat folgende Veränderung gegeben:

2 Wir haben einige Fragen zur Organisationsstruktur Ihres Jobcenters.

Bitte kreuzen Sie an, was auf Ihr Jobcenter zutrifft.

2.a Zuständigkeit für Beratung, Betreuung und Vermittlung (Markt und Integration)

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Unter 25-jährige erwerbsfähige Leistungsberechtigte (eLb) werden in einem eigenen Team betreut.
- Alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten werden durch Arbeitsvermittler/innen mit Fallmanagementaufgaben betreut.
- Vermittlung für alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten.
- Überwiegend Arbeitsvermittlung, dabei werden erwerbsfähige Leistungsberechtigte mit einem Marktprofil bzw. mit besonders guten Vermittlungsaussichten spezialisiert betreut (z.B. im Rahmen einer Direktvermittlung).
- Überwiegend Arbeitsvermittlung, dabei werden bestimmte besonders schwer vermittelbare Zielgruppen spezialisiert betreut (z.B. im Fallmanagement).
- In unserem Jobcenter gibt es eine andere Aufteilung der Zuständigkeiten, nämlich folgende:

2.a.2 Bitte geben Sie an, ob schwer vermittelbare Zielgruppen in eigenen Teams oder durch spezialisierte Fachkräfte im Vermittlungsteam betreut werden:

Zielgruppen	In einem eigenen Team/ in eigenen Teams	Durch spezialisierte Fachkräfte im Vermittlungsteam
Langzeitarbeitslose mit mehreren Vermittlungshemmnissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altersgruppe ü50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerbehinderte/Reha-Fälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alleinerziehende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anerkannte Flüchtlinge bzw. Asylberechtigte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personen, bei denen eine Überleitung ins SGB XII bzw. die Berentung ansteht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, und zwar:		

2.b Arbeitgeber-Service/Arbeitgeberbetreuung

- Es gibt eine Arbeitgeberbetreuung/einen Arbeitgeber-Service ausschließlich für das Jobcenter.
- Es gibt einen gemeinsamen Arbeitgeber-Service zusammen mit dem der Agentur für Arbeit (SGB III).
- Arbeitgeberorientierte Fachkräfte sind in die (Vermittlungs-)Teams integriert.
- Bewerberorientiert arbeitende Fachkräfte des Arbeitgeberteams/der Arbeitgeberbetreuung sind in die (Vermittlungs-)Teams integriert.
- Ein Arbeitgeber-Service ist nicht vorhanden.

3 Mit welcher Betreuungsrelation– umgerechnet in Vollzeitäquivalente – zwischen erwerbsfähigen Leistungsberechtigten und Integrationsfachkräften arbeiten Sie im Bereich der Beratung/Vermittlung/Betreuung in Ihrem Jobcenter?

Bitte tragen Sie die jeweiligen Zahlen zum Stichtag 1.1.2016 ein (wenn Ihnen keine Daten zu diesem Stichtag vorliegen, nennen Sie uns bitte die Daten zum letzten Ihnen bekannten Zeitpunkt)

3.a In Bezug auf erwerbsfähige Leistungsberechtigte

	Anzahl eLB	Anzahl Integrationsfachkräfte (Vollzeitäquivalente)
Im Bereich u25		
Im Bereich ü25 (einschließlich 50+)		

3.b In Bezug auf arbeitslose erwerbsfähige Leistungsberechtigte

	Anzahl eLB	Anzahl Integrationsfachkräfte (Vollzeitäquivalente)
Im Bereich u25		
Im Bereich ü25 (einschließlich 50+)		

Wenn Sie einen anderen Stichtag als den 1.1.2016 zugrunde legen – welcher ist dies:

Nur zur Ansicht - bitte nicht ausfüllen!

B. Angaben zur Betreuung von Menschen mit Suchtproblemen

Im folgenden Abschnitt fragen wir danach, wie in Ihrem Jobcenter die Zuständigkeiten für die Beratung und Vermittlung von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen geregelt sind.

1 Werden Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen in Ihrem Jobcenter grundsätzlich dem Fallmanagement bzw. spezialisierten Teams zugewiesen?

1.a u25

- Ja
- Nein
- Nicht grundsätzlich, aber immer in folgenden Fällen:

1.b ü25 (einschließlich 50+)

- Ja
- Nein
- Nicht grundsätzlich, aber immer in folgenden Fällen:

2 Werden in Ihrem Jobcenter Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen ausschließlich durch Fachkräfte betreut, die speziell für diese Zielgruppe zuständig sind?

2.a u25

- Ja
- Nein
- Nicht grundsätzlich, aber immer in folgenden Fällen:

2.b ü25 (einschließlich 50+)

- Ja
- Nein
- Nicht grundsätzlich, aber immer in folgenden Fällen:

3 Wofür gibt es in Ihrem Jobcenter über die oben genannten Zuständigkeiten hinausgehende Verantwortlichkeiten?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- für fachliche, einzelfallübergreifende Fragen zum Thema Sucht
- für die Planung besonderer Integrations-/Maßnahmeangebote für Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen
- für die Begleitung von Integrations-/Maßnahmeangeboten für Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen
- für die Gestaltung der Kooperation
 - mit dem lokalen Gesundheitssystem (Gemeindepsychiatrie, Suchtberatung etc.)
 - mit der medizinischen Suchtrehabilitation (z.B. Kliniken)
 - mit der Reha-Abteilung der Agentur für Arbeit
- 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 erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen.

1 Wie sollen Fachkräfte das Vorliegen einer Suchtproblematik bei den erwerbsfähigen Leistungsberechtigten ermitteln?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

	Bei arbeits- losen eLB	Bei ande- ren eLB
In jedem Erstgespräch im Bereich Beratung/Vermittlung sollen gesundheitliche Probleme, darunter mögliche Suchtprobleme, thematisiert werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fachkräfte sollen nach einem Suchtproblem dann fragen, wenn es Auffälligkeiten bzw. Anhaltspunkte dafür gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Fachkräfte sollen dann ein Suchtproblem thematisieren, wenn der/die Leistungsberechtigte 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:		
Dazu können wir keine Angabe machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Welche Möglichkeiten werden genutzt, um festzustellen, ob bei einem bzw. einer Leistungsberechtigten ein Suchtproblem vorhanden ist?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

	Bei arbeits- losen eLB	Bei ande- ren eLB
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird dies in der Beratung offensiv thematisiert und nachgefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird zur Klärung der Diagnose der Ärztliche Dienst der BA/das Gesundheitsamt der Kommune eingeschaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Hinweise darauf, dass ein Suchtproblem vorliegen könnte, wird zur Klärung der Diagnose der Berufspsychologische Service der BA 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:		
Dazu können wir keine Angabe machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Prüfung der Erwerbsfähigkeit

Im folgenden Abschnitt fragen wir nach Verfahren zur Prüfung der Erwerbsfähigkeit von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen.

1 In welchen Fällen überprüfen Sie die Erwerbsfähigkeit von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen?

- Die Entscheidung wird nur im Einzelfall getroffen.
- In allen Fällen.
- Nur in bestimmten Fällen, nämlich grundsätzlich, wenn

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- jemand 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 Leistungsberechtigter bzw. eine Leistungsberechtigte 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 Leistungsberechtigter bzw. eine Leistungsberechtigte an einer Substitutionsbehandlung teilnimmt.
- in weiteren Fällen, nämlich

2 Wen beauftragen Sie mit der Begutachtung von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen, wenn deren Erwerbsfähigkeit in Frage steht?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit
- das Gesundheitsamt des kommunalen Trägers
- Sonstige, und zwar:

3 Ist die Einbeziehung weiterer Dritter (Personen oder Institutionen außerhalb Ihres Jobcenters) bei der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Personen mit Suchtproblemen vorgesehen?

- Nein
- Ja

3.a Wer wird einbezogen?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Suchtberatungsstelle
- Behandelnder Facharzt/Fachärztin
- Rechtlicher Betreuer/rechtliche Betreuerin
- Einrichtungen der Suchttherapie (med. Reha, Entwöhnungsbehandlung)
- Maßnahmeträger
- Berufspsychologischer Service der Bundesagentur für Arbeit
- Sonstige, und zwar:

4 Gibt es in Ihrem Jobcenter ein besonderes Verfahren zur Überprüfung der Erwerbsfähigkeit von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen?

- Nein
- Ja

Wenn ja, erläutern Sie dies bitte

5

Welche Konsequenzen hat es, wenn Ihre begutachtende Stelle zunächst zu der Einschätzung kommt, dass ein Leistungsberechtigter bzw. eine Leistungsberechtigte nicht erwerbsfähig ist, sein/ihr Antrag auf Berentung aber von der Deutschen Rentenversicherung abgelehnt wird?

- Die Person wird weiter durch die Arbeitsvermittlung oder ein Fallmanagement betreut und mit Vermittlungs- und Maßnahmeangeboten dabei unterstützt, Arbeit zu finden.
- Die Person erhält weiter Leistungen durch das Jobcenter, Vermittlungsbemühungen werden jedoch eingeschränkt.
- Es gibt kein einheitliches Vorgehen.
- Sonstiges, und zwar:

Nur zur Ansicht - bitte nicht ausfüllen!

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:

1.a Welche Ergebnisse der individuellen Beratung zum Thema „Sucht“ werden in der Eingliederungsvereinbarung festgehalten?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- die Zuweisung zu einer Suchtberatung nach § 16a SGB II und eine dementsprechende Verpflichtung, sich bei einer Suchtberatungsstelle zu melden
- die Teilnahme an einer suchtspezifischen Fördermaßnahme
- die Verpflichtung, sich mit dem Suchtproblem auseinander zu setzen
- der Besuch einer Suchtselbsthilfegruppe
- die Verpflichtung zur Abstinenz während der Teilnahme an einer Maßnahme
- die Verpflichtung, eine Entgiftung oder eine Therapie zu beantragen
- die Verpflichtung, sich bei einem Facharzt/einer Fachärztin vorzustellen
- die Entbindung von Beratungsstellen und/oder Ärzten bzw. Ärztinnen von der Schweigepflicht
- andere individuelle Ziele, die gemeinsam mit dem suchtkranken Menschen festgelegt werden
- Sonstiges, und zwar:

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:

3 Wird die fachliche Stellungnahme/Expertise von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchthilfe oder anderen Beratungseinrichtungen bei der inhaltlichen Gestaltung einer Eingliederungsvereinbarung von suchtkranken Leistungsberechtigten einbezogen?

- In der Regel nicht
- In der Regel ja
- In bestimmten Fällen, und zwar:

3.a In welcher Form werden sie eingebunden?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- 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:

F. Allgemeine Fallbearbeitung

Im folgenden Abschnitt fragen wir danach, wie in Ihrem Jobcenter die Fallbearbeitung bei Personen mit Suchtproblemen gestaltet wird.

1 Männer und Frauen mit Suchtproblemen haben oft komplexe Problemlagen. Wie häufig erschweren Ihrer Einschätzung nach folgende Probleme die Integration in Erwerbsarbeit?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

	bei jungen Erwachsenen u25			bei Erwachsenen ü25		
	Oft	Manchmal	nie	oft	Manchmal	nie
Probleme im Bereich Bildung/Qualifikation						
Brüche in der Erwerbsbiografie						
Fehlende (Ausbildungs-)Reife						
Schwierigkeiten beim Umgang mit Behörden						
Weigerung, Unterstützung anzunehmen						
Ver-/Überschuldung						
Unwirtschaftliches Verhalten						
Wohnprobleme/Wohnungslosigkeit						
Entzug der Fahrerlaubnis						
Probleme im Bereich sozialer/familiärer Beziehungen						
Häusliche Gewalt						
Strafrechtliche Probleme (z.B. Probleme mit Bewährungsauflagen, Beschaffungskriminalität)						
Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen						
Psychische Belastungen, wie z.B. Ängste						
Antriebslosigkeit						
Fehlende Tagesstruktur						
Gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus						
Wartezeiten auf Therapie						
Andere gesundheitliche Beeinträchtigungen						
Es gibt weitere Probleme, die auftreten, und zwar folgende						

2 Wie häufig ergreifen oder initiieren Sie folgende Maßnahmen bei Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen?

- Verweis an eine Schuldnerberatungsstelle oft manchmal nie
- Darlehensweise Übernahme von Mietschulden oft manchmal nie
- Darlehensweise Übernahme von Energieschulden 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 mit Einverständnis der Leistungsberechtigten auch andere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft bei der Erarbeitung der Integrationsplanung für die Personen mit Suchtproblemen beteiligt?

- Ja, dies wird regelmäßig angeboten.
- Ja, aber nur, wenn die Leistungsberechtigten dies von sich aus ansprechen.
- Ja, in bestimmten anderen Fällen, nämlich .
- Nein

Nur zur Ansicht - bitte nicht ausfüllen!

G. Suchtberatung nach § 16a SGB II

Im folgenden Abschnitt fragen wir nach der Einbeziehung der Suchtberatung nach § 16a SGB II bzw. nach Vereinbarungen mit der örtlichen Suchthilfe über einen bestimmten Leistungskatalog.

(Diese Fragen bitte wenn möglich in Abstimmung mit dem kommunalen Träger beantworten.)

1 Weist Ihr Jobcenter in seinem Internetauftritt auf die Möglichkeit hin, Suchtberatung als Unterstützungsleistung in Anspruch nehmen zu können?

- Ja
 Nein
 Unser Jobcenter hat keine eigene Internetpräsenz.

2 In welchen Fällen schalten Fachkräfte Ihres Jobcenters eine Suchtberatung nach § 16a SGB II ein?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

Die Suchtberatung wird in unserem Jobcenter eingeschaltet

	<i>immer/oft</i>	<i>Manchmal</i>	<i>nie</i>	<i>Weiß nicht</i>
wenn bei den Leistungsberechtigten eine Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis vorliegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn Leistungsberechtigte diesen Bedarf selbst anmelden.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
wenn die Fahrerlaubnis wegen Alkohol- oder Drogenkonsums entzogen wurde.	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
nur bei Leistungsberechtigten mit einer spezifischen Profillage, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in sonstigen Fällen, und zwar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Es werden von den Fachkräften individuell unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt.

3 Gibt es in Ihrem Jobcenter bestimmte Verfahren für den Übergang von u25 in Suchtberatung nach § 16a SGB II?

- Nein
 Ja,
 Wenn ja: welche?

4 Wenn eine Suchtberatung als flankierende Leistung in der Eingliederungsvereinbarung festgehalten wurde, wie ist dann üblicherweise die Vorgehensweise?

- Der bzw. die Leistungsberechtigte erhält ohne weitere Hinweise die Aufforderung, sich bei einer Suchtberatungsstelle zu melden.
 Der bzw. die Leistungsberechtigte erhält eine Adressliste von Suchtberatungsstellen und wird aufgefordert, sich dort zu melden.
 Der bzw. die Leistungsberechtigte erhält einen „Beratungsschein“ und wird aufgefordert, 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.
 Frage trifft nicht zu, da dies grundsätzlich nicht Gegenstand der Eingliederungsvereinbarung ist.
 Sonstiges, und zwar:

5 Wie ist der übliche weitere Weg, sofern eine Person mit Suchtproblemen an eine Suchtberatungsstelle verwiesen wurde?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Es werden unterschiedliche Vorgehensweisen in unserem Jobcenter gewählt.
- Die bzw. der Leistungsberechtigte wird bei Folgegesprächen gefragt, ob sie/er sich bei der Suchtberatungsstelle gemeldet hat.
- Die Fachkraft im Jobcenter erkundigt sich bei der Suchtberatungsstelle, ob die bzw. der Leistungsberechtigte vorstellig geworden ist.
- Die Fachkraft im Jobcenter und die Fachkraft der Suchtberatungsstelle informieren sich gegenseitig und beraten das Vorgehen gemeinsam, sofern dafür das Einverständnis der bzw. des Leistungsberechtigten vorliegt.
- Die bzw. der Leistungsberechtigte wird fortan im Wesentlichen durch die Suchtberatungsstelle betreut.
- Die Fachkraft des Jobcenters erarbeitet zusammen mit der zuständigen Fachkraft bei der Suchtberatungsstelle eine Integrationsstrategie für die entsprechende Person.
- Die Fachkraft versucht unabhängig von der Betreuung durch die Suchtberatungsstelle, die entsprechende Person in Arbeit bzw. in eine Maßnahme zu vermitteln.
- Sonstiges, und zwar:

6 Werden mit der Suchtberatungsstelle gemeinsame Fallgespräche unter Beteiligung der Leistungsberechtigten durchgeführt?

- Nein
- Ja, regelmäßig
- Ja, in besonderen Fällen, und zwar:

7 Wie viele erwerbsfähige Leistungsberechtigte haben Sie im Jahr 2015 nach § 16a SGB II an eine Suchtberatungsstelle verwiesen?

	Anzahl Personen insgesamt	Davon Anteil der arbeitslosen Leistungsberechtigten in Prozent
Bei den unter 25-jährigen Personen hat unser Jobcenter im Jahr 2015 an eine Suchtberatungsstelle verwiesen:		
Bei den über 25-jährigen Personen hat unser Jobcenter im Jahr 2015 an eine Suchtberatungsstelle verwiesen:		

- Dies wird statistisch nicht extra erfasst.
Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

7.a Haben Sie Kenntnis davon, wie viele davon den Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle nachweislich aufgenommen haben?

	Prozent
Ja, bei den unter 25-jährigen Leistungsberechtigten haben den Kontakt nachweislich aufgenommen	
Ja, bei den über 25-jährigen Leistungsberechtigten haben den Kontakt nachweislich aufgenommen	

- Dies wird statistisch nicht extra erfasst.

7.b Wie viele davon haben die Suchtberatung unplanmäßig/vorzeitig beendet?

	Prozent (ungefähr)
Bei den unter 25-Jährigen haben im Jahr 2015 die Suchtberatung vorzeitig abgebrochen	
Bei den über 25-Jährigen haben im Jahr 2015 die Suchtberatung vorzeitig abgebrochen	

- Dies wird statistisch nicht extra erfasst.

8 Schätzen Sie bitte den Anteil der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen, die ohne Vermittlung durch Ihr Jobcenter Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle haben.

- Es handelt sich um die Mehrzahl der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen.

- Es handelt sich um einen kleinen Teil der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen.
- Dazu können wir keine Angaben machen.

9 Nehmen Sie in diesen Fällen (wenn Sie davon erfahren, dass ein Kontakt zur Suchtberatung besteht) mit Einverständnis der Leistungsberechtigten Kontakt zu der Suchtberatungsstelle auf, um mit dieser zu kooperieren?

- Grundsätzlich ja
- Dies ist abhängig vom Einzelfall
- Nein

10 Welche Maßnahmen ergreifen Sie bei unplanmäßiger oder vorzeitiger Beendigung der Suchtberatung durch Leistungsberechtigte?

- Keine
- Im Fall des Abbruchs der Suchtberatung durch den Leistungsberechtigten oder die Leistungsberechtigten werden in der Regel folgende Maßnahmen ergriffen:

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Motivierung zur erneuten Aufnahme der Suchtberatung,
- Sanktionierung des Abbruchs
- Rat der Suchtberatungsstelle wird eingeholt
- Sonstige, und zwar:

11 Wie schätzen Sie den Erfolg der Suchtberatung ein?

Durch die Betreuung der Suchtberatungsstelle wird bzw. werden ...

	<i>meist</i>	<i>häufig</i>	<i>selten</i>	<i>eher nicht</i>
Vermittlungshemmnisse abgebaut oder reduziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Einstieg in eine beschäftigungsbezogene Maßnahme ermöglicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Einstieg in eine Therapie gefördert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Abstinenzbereitschaft erhöht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstinenz erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine psychische Stabilisierung erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit der Sucht verbundene Folgeprobleme bearbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Haben Sie eine Leistungsvereinbarung mit Leistungskatalog mit Suchtberatungsstellen in Ihrer Region vereinbart?

- Ja
- Nein

12.a Zur Weitergabe welcher Informationen sind diese Suchtberatungsstellen Ihnen gegenüber vertraglich verpflichtet?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

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:

13 Hält die Suchtberatungsstelle/halten die Suchtberatungsstellen in Ihrer Region besondere Angebote für Jugendliche/junge Erwachsene u25 vor?

- Ja, und zwar: folgende:
- Nein

- Dies ist uns nicht bekannt.

14 Gibt es Wartezeiten, bis die Suchtberatung in einer Suchtberatungsstelle beginnt?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Uns liegen dazu keine Informationen vor.
- Es vergeht in der Regel keine Wartezeit zwischen der Zuweisung durch das Jobcenter und dem Beginn der Beratung.
- Personen, die durch unser Jobcenter vermittelt werden, werden durch die Suchtberatungsstelle zeitlich vorrangig betreut.
- Jugendliche bzw. junge, erwachsene Leistungsberechtigte werden durch die Suchtberatungsstelle zeitlich vorrangig betreut.
- Ja, es vergeht eine Wartezeit. Diese beträgt in der Regel: ca. Wochen.

15 Sind die Angebote an Suchtberatung in Ihrem Einzugsgebiet Ihrer Ansicht nach ausreichend?

- Das können wir nicht beurteilen.
- Die Angebote sind vollkommen ausreichend oder weitgehend ausreichend.
- Die Angebote sind nicht ausreichend, und zwar: aus folgenden Gründen:

Nur zur Ansicht - bitte nicht ausfüllen!

H. Weitere Maßnahmen für Suchtkranke: Aktivierung, Qualifizierung und medizinische und berufliche Rehabilitation

Im folgenden Abschnitt fragen wir danach, welche weitergehenden Maßnahmen in Ihrem Jobcenter für Personen mit Suchtproblemen konzipiert und umgesetzt werden.

1 Wie oft motivieren und unterstützen Sie Suchtkranke, an folgenden Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit bzw. des Gesundheitsverhaltens teilzunehmen?

	<i>oft</i>	<i>manchmal</i>	<i>nie</i>
Tabakentwöhnungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung, z.B. bei Adipositas/Fettleibigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- bzw. Fitnessmaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppen zur Unterstützung von Abstinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige, nämlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Führt Ihr Jobcenter auch selbst Veranstaltungen zu gesundheitsbezogenen Themen durch?

- Nein
 Ja, und zwar:

3 Gibt es für die erwerbsfähigen Leistungsberechtigten Ihres Jobcenters spezielle Aktivierungs-, Beschäftigungs- oder Qualifizierungsmaßnahmen oder -projekte für Menschen mit Suchtproblemen?

Bitte schicken Sie uns, sofern verfügbar, Konzepte zu.

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Ja, wir haben eine Maßnahme/Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III i.V. mit § 16 SGB II für Menschen mit Suchtproblemen vergeben.
- Ja, wir stellen Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheine für eine zertifizierte Maßnahme nach § 45 SGB III i.V. mit § 16 SGB II für Menschen mit Suchtproblemen aus.
- Ja, wir bieten Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II an und halten darin Plätze für Menschen mit Suchtproblemen vor.
- Ja, wir nutzen die Freie Förderung für Projekte auf der Grundlage von § 16f SGB II und halten hier Plätze für Personen mit Suchtproblemen vor.
- Ja, wir führen in eigener Regie und mit eigenem Personal Angebote für Menschen mit Suchtproblemen (z.B. ein Gruppencoaching) durch. Dabei handelt es sich um folgende Maßnahmen:
- Ja, wir beteiligen uns an kofinanzierten Modellprojekten (der EU, des Bundes, des Landes, einer Stiftung etc.) und bieten Menschen mit Suchtproblemen eine Teilnahme an folgenden Maßnahmen:
- Ja, wir führen weitere Maßnahmen/Projekte durch, und zwar: die folgenden:
- Nein, wir halten keine speziellen Angebote für Menschen mit Suchtproblemen vor.

3.a. Sie haben angegeben, sich an kofinanzierten Modellprojekten (der EU, des Bundes, des Landes, einer Stiftung etc.) zu beteiligen, um Menschen mit Suchtproblemen eine Teilnahme an bestimmten Maßnahmen zu ermöglichen. Setzen Sie dabei Eigenmittel ein?

- Ja, auf Grundlage folgenden §: (Bitte gesetzliche Grundlage nennen.)
 Nein.

3.b Wie viele Plätze sind in der jeweiligen Maßnahme verfügbar bzw. wie viele Gutscheine wurden vergeben?

	Anzahl der insgesamt jährlich verfügbaren Plätze bzw. vergebener Gutscheine	davon nur u25	davon nur ü25
Maßnahme/Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung nach § 45 SGB III i.V. mit § 16 SGB II			
Aktivierungs- und Vermittlungsgutscheine für eine zertifizierte Maßnahme nach § 45 SGB III i.V. mit § 16 SGB II			
Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II			
Freie Förderung für Projekte auf der Grundlage von § 16f SGB II			
Angebote in eigener Regie und mit eigenem Personal			
kofinanzierte Modellprojekte (der EU, des Bundes, des Landes, einer Stiftung etc.)			

3.c Für welche Zielgruppe innerhalb der Gesamtgruppe der erwerbsfähigen Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen sind diese Maßnahmen konzipiert?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- allgemein für Menschen mit Suchtproblemen
- für Frauen mit Suchtproblemen
- für Migrantinnen und Migranten mit Suchtproblemen
- für substituierte Drogenabhängige
- für nach der Suchtbehandlung abstinente Leistungsberechtigte
- jeweils für Menschen, die von demselben Suchtproblem betroffen sind (z.B. Alkohol), und zwar: für:
- für andere Zielgruppen, und zwar:

4 Führen Sie bestimmte Angebote für Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen gemeinsam mit anderen Leistungsträgern durch?

- Nein.
- Ja, gemeinsam mit folgendem Leistungsträger bzw. folgenden Leistungsträgern (Mehrfachantworten möglich):
 - 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 bzw. die Titel des Angebotes.)

5 Gibt es in Ihrem Jobcenter Aktivierungs- und Eingliederungsmaßnahmen oder Projekte, die nicht speziell auf Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen ausgerichtet sind, aber deren Bedürfnisse gezielt berücksichtigen?

- Nein
- Ja, und zwar:

5.a In welcher Form werden die spezifischen Bedürfnisse der Menschen mit Suchtproblemen berücksichtigt?

Bitte erläutern Sie:

6 Führt Ihr Jobcenter gemeinsam mit Trägern oder Einrichtungen der Suchthilfe Beschäftigungsprojekte oder Aktivierungsmaßnahmen für Menschen mit Suchtproblemen durch?

- Ja

Nein

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

6.a Mit welchen Einrichtungen der Suchthilfe führt Ihr Jobcenter die gemeinsamen Beschäftigungsprojekte oder Aktivierungsmaßnahmen durch?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Fachklinik/-krankenhaus für Suchtkranke
- Medizinische Suchtreha/Adaptionseinrichtung
- Suchtberatungsstelle
- 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 H3 beschrieben wurden.

7 Haben Sie den Eindruck, dass sich die Arbeitsmarktchancen von suchtkranken Menschen durch die Teilnahme an diesen Beschäftigungsprojekten und Aktivierungsmaßnahmen allgemein verbessern/verbessert haben?

- Ja
- Nein
- Das können wir nicht einschätzen.

7.a Wenn ja: Worauf führen Sie diese Verbesserungen der Arbeitsmarktchancen zurück?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Auf die dadurch gewonnenen fachlichen Kompetenzen und Erfahrungen
- Auf die dadurch gewonnenen Kompetenzen in Bezug auf Tagesstruktur, Pünktlichkeit, Kommunikationsfähigkeit usw.
- Auf das dadurch gestärkte Selbstvertrauen der suchtkranken Personen
- Auf die dadurch gewonnenen neuen sozialen Kontakte
- Auf die dadurch gewonnene Fähigkeit zur Abstinenz während der Arbeitszeit
- Auf Anderes, nämlich
- Das können wir nicht einschätzen.

8 Wie hat sich die Zahl der in Maßnahmen geförderten Menschen mit Suchtproblemen in Ihrem Jobcenter in den letzten fünf Jahren verändert?

- Ist gleich geblieben
- Ist geringer geworden
- Ist höher geworden
- Weiß nicht

9 Haben Sie eine Einschätzung, wie häufig Leistungen auf der Grundlage von § 7 (4) SGB II eingestellt werden, weil jemand eine stationäre Suchttherapie antritt, die voraussichtlich länger als sechs Monate dauern wird?

- In der Regel werden die Kosten für eine Therapie zunächst für max. sechs Monate übernommen, so dass meist kein Leistungsausschluss greift.
- Uns liegen keine genauen Kenntnisse vor, aber wir schätzen die Zahl der Fälle jährlich auf:
Anzahl Fälle:
- Hierzu liegen uns keine Daten vor.

10 Falls mit Antreten einer stationären Suchttherapie ein Leistungsausschluss nach § 7 (4) SGB II greift: Wie verfahren Sie bei der Maßnahmeplanung?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Wir stimmen die Planung so mit den Leistungsberechtigten 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/der Leistungsberechtigten 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.
- Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.

10.a Wie geht Ihr Jobcenter damit um, wenn suchtkranke Menschen eine Aktivierungsmaßnahme mit Therapiebeginn abbrechen müssen?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Unser Jobcenter beginnt bereits zum Ende der Therapie wieder mit der Aktivierung.
- Unser Jobcenter stellt sicher, dass sie nach Beendigung der Therapie wieder in die gleiche oder eine ähnliche Maßnahme zurückkehren können.
- Es gibt in unserem Jobcenter keine eindeutige Regelung für dieses Problem.
- Sonstiges, und zwar:

11 Geben die Fachkräfte des Jobcenters üblicherweise Informationen der Fallbearbeitung (z.B. des Profilings) an die Einrichtungen der Suchthilfe weiter?

- Ja
- Nein
- Hierzu gibt es kein einheitliches Vorgehen.

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

12 Werden die Fachkräfte Ihres Jobcenters 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.

12.a Sind diese Informationen für die Fachkräfte Ihres Jobcenters hilfreich, wenn es um die weitere Planung/Durchführung von Aktivierungsmaßnahmen bzw. um die 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:

13 Schließen sich die durch Ihr Jobcenter eingeleiteten arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen zeitlich nahtlos an die Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung) an?

- Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.
- Meistens
- Manchmal
- Selten
- In der Regel nicht

14 Werden Ihnen im Rahmen des Entlassmanagements der Kliniken Vorschläge für die weitere berufliche Unterstützung suchtkranker Menschen gemacht?

- Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.
- Meistens
- Manchmal
- Selten
- In der Regel nicht

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

15 **Werden Ihnen im Rahmen des Entlass- bzw. Übergangsmanagements von Justizvollzugsanstalten Vorschläge für die weitere berufliche Unterstützung suchtkranker Haftentlassener gemacht?**

- Dazu liegen keine Erkenntnisse vor.
- Meistens
- Manchmal
- Selten
- In der Regel nicht

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

Nur zur Ansicht - bitte nicht ausfüllen!

I. Kooperation und Schnittstellen

Der folgende Abschnitt des Fragebogens befasst sich mit den Vernetzungsstrukturen, die Ihr Jobcenter vor Ort nutzt oder aufgebaut hat, um die Integration suchtkranker Menschen ins Erwerbsleben zu erreichen:

1 Mit welchen externen Akteuren kooperieren Sie eng auf lokaler Ebene?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Sucht-/Drogenberatungsstelle(n)
- Beratungsstellen der freien Träger der Wohlfahrtspflege
- Sozialpsychiatrische Dienste und Gesundheitsämter der Kommunen
- Maßnahmeträger
- Ärzte (Hausärzte, substituierende Ärzte, Fachärzte)
- Sucht-Reha-Kliniken
- Suchtambulanzen in Allgemein- oder Fachkrankenhäusern
- Teilstationäre Suchtrehabilitation (Tageskliniken)
- Rechtliche Betreuerinnen und Betreuer
- Sozialhilfeträger (SGB XII)
- Jugendhilfeträger und Jugendhilfeeinrichtungen (SGB VIII)
- Krankenkassen
- Selbsthilfegruppen
- Arbeitgeber
- Mit keinem der genannten Akteure
- Sonstiges, nämlich

2 An welchen der genannten Gremien und Arbeitskreise nimmt ein Vertreter bzw. eine Vertreterin Ihres Jobcenters regelmäßig teil?

Es gibt Arbeitstreffen zwischen dem Jobcenter und Suchtberatungsstelle und zwar: regelmäßig/unregelmäßig.

Es gibt Arbeitstreffen zwischen dem Jobcenter und anderen Akteuren, und zwar: mit ...

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG)
- Örtliche Gesundheitskonferenz
- Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV)
- Hilfeplankonferenzen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach dem SGB XII
- Örtlicher Arbeitskreis Sucht/„Netzwerk Sucht“
- Arbeitskreis der Jugendhilfe, und zwar:
- Sonstige, und zwar:
- Es gibt Arbeitstreffen zwischen dem Jobcenter und der Suchtberatung, und zwar:
 - unregelmäßig
 - regelmäßig
- Es gibt Arbeitstreffen zwischen dem Jobcenter und anderen Akteuren, und zwar: mit

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

3 Existieren außer den bereits thematisierten Kooperationsprojekten/-maßnahmen weitere Kooperationsprojekte zwischen Trägern und Einrichtungen der Suchthilfe und Ihrem Jobcenter?

- Nein
- Ja, und zwar:

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Vorhalten eines Konsiliardienstes durch eine Suchtberatungsstelle in unserem Jobcenter
- Übernahme von Aufgaben im Rahmen der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit durch Träger der Suchthilfe
- Auslagerung des Fallmanagements bei Suchtkranken an die Suchthilfe
- Fortbildungen zu suchtspezifischen Themen
- Kooperationsprojekte zu schnelleren Zugängen zu Entgiftung und Suchtbehandlung
- Sonstiges, und zwar:

4 Wie schätzen Sie die lokale Vernetzung und Kooperation zu suchtbezogenen Themen insgesamt hinsichtlich der folgenden Merkmale ein?

Bitte antworten Sie auf einer Skala von 1=sehr gut bis 10=sehr schlecht.

	sehr gut					sehr schlecht				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Verbindlichkeit der Beteiligung an Netzwerktreffen	<input type="checkbox"/>									
Einbindung aller wesentlichen Akteure vor Ort	<input type="checkbox"/>									
Einhaltung von Absprachen und Umsetzung in der Praxis	<input type="checkbox"/>									
Gemeinsame Planung von Projekten	<input type="checkbox"/>									
Kurze Wege in der alltäglichen Arbeit	<input type="checkbox"/>									
Vertrauen zwischen den Akteuren und wechselseitige Wertschätzung	<input type="checkbox"/>									
Koordination der Vernetzung	<input type="checkbox"/>									
Personelle und zeitliche Ressourcen für Netzwerkarbeit auf Seiten des Jobcenters	<input type="checkbox"/>									

5 Existieren Planungen für weitere Kooperationsprojekte zwischen Trägern und Einrichtungen der Suchtberatung und Ihrem Jobcenter?

- Nein.
- Ja, und zwar:

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Vorhalten eines Konsiliardienstes durch eine Suchtberatungsstelle in unserem Jobcenter
- Übernahme von Aufgaben im Rahmen der Überprüfung der Erwerbsfähigkeit durch Träger der Suchtberatung
- Auslagerung des Fallmanagements für Suchtkranke an die Suchthilfe
- Fortbildungen zu suchtspezifischen Themen
- Sonstiges, und zwar:

6 In welcher Form ist die Kooperation zwischen Ihrem Jobcenter und Einrichtungen der Suchthilfe geregelt?

- Die Kooperation ist nicht geregelt.
- In Form einer Kooperationsvereinbarung
- In Form eines Vertrags nach § 17 SGB II
- Die Kooperation wird einzelfallbezogen gestaltet.
- In anderer Form, nämlich:
- Zur Art der Kooperation möchten wir folgende Anmerkung machen:

6.a Welche Inhalte sind festgelegt bzw. welche Vereinbarungen werden umgesetzt? (Mehrfachnennungen möglich)

- Art der Leistung der Suchtberatungsstelle
- Festlegung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen dem Jobcenter und der Suchtberatungsstelle
- Verfahren zum fachlichen Austausch zwischen dem Jobcenter 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 dem Jobcenter und der Suchtberatungsstelle
- Festlegungen von Dokumentationspflichten
- Regelungen zur Finanzierung und Abrechnung
- Verfahren zur Novellierung der Kooperationsvereinbarung
- Verfahren bei Kündigung der Kooperationsvereinbarung
- Sonstiges, und zwar:

Nur zur Ansicht - bitte nicht ausfüllen!

J. Erfolge, Erfolgsfaktoren, Qualitätsstandards

Der folgende Abschnitt des Fragebogens befasst sich mit Erfolgen, Erfolgsfaktoren und Qualitätsstandards der Arbeit Ihres Jobcenters mit Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen.

1 Welches sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Erfolgskriterien bei der Betreuung/Integration erwerbsfähiger Leistungsberechtigter mit Suchtproblemen? (Erfolgskriterien: Woran erkennt man den Erfolg?)

Bitte antworten Sie auf einer Skala von 1=sehr wichtig bis 10=gar nicht wichtig

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz:

	sehr wichtig					gar nicht wichtig				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Sicheres Erkennen von Suchtproblemen	<input type="checkbox"/>									
Richtiges Ansprechen der Suchtproblematik	<input type="checkbox"/>									
Motivierung der Leistungsberechtigten, eine Suchtberatung zu beginnen	<input type="checkbox"/>									
Hohe Inanspruchnahme der Suchtberatung durch die Leistungsberechtigten bei gleichzeitig niedrigen Abbruchquoten bei der Suchtberatung	<input type="checkbox"/>									
Einbeziehung der gesamten Bedarfsgemeinschaft bei der Betreuung der Suchtkranken	<input type="checkbox"/>									
Hoher Anteil an nachhaltig in Beschäftigung bzw. Ausbildung vermittelten Suchtkranken	<input type="checkbox"/>									
Soziale Stabilisierung der Betroffenen	<input type="checkbox"/>									
Förderung in speziell auf Suchtkranke zugeschnittenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen	<input type="checkbox"/>									
Überwindung der Suchtproblematik	<input type="checkbox"/>									
Regelmäßige/kontinuierliche gesundheitliche Betreuung der Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen	<input type="checkbox"/>									
Klärung nicht gegebener Erwerbsfähigkeit und Übergang aus dem SGB II in andere Leistungs-/Hilfesysteme	<input type="checkbox"/>									
Gegenseitige Information über den Maßnahmeverlauf zwischen Jobcenter und Suchthilfe	<input type="checkbox"/>									
Der nahtlose Anschluss einer Aktivierungs- bzw. Beschäftigungsmaßnahme nach einer Suchtbehandlung	<input type="checkbox"/>									
Weiteres, und zwar:	<input type="checkbox"/>									

2 Welches sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Erfolgsfaktoren bei der Betreuung von Personen mit Suchtproblemen im SGB II? (Erfolgsfaktoren: Was trägt zum Erfolg bei?)

Bitte antworten Sie auf einer Skala von 1=Sehr wichtig bis 10=Gar nicht wichtig

Bitte machen Sie in jeder Zeile genau ein Kreuz

	Sehr wichtig					Gar nicht wichtig				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Die suchtspezifische Qualifizierung des in der Vermittlung/Beratung tätigen Personals	<input type="checkbox"/>									
Eine Betreuungsrelation, die genug Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken sichert	<input type="checkbox"/>									
Die Einrichtung von spezialisierten Teams zur Betreuung der suchtkranken Hilfebedürftigen	<input type="checkbox"/>									

Eine hohe Kontaktdichte bei der Betreuung der suchtkranken Personen	<input type="checkbox"/>									
Eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen und den anderen Einrichtungen der Suchthilfe	<input type="checkbox"/>									
Ein breites und differenziertes arbeitsmarktpolitisches Maßnahmeangebot	<input type="checkbox"/>									
Ein breites und kurzfristig verfügbares Angebot sozial flankierender Dienste	<input type="checkbox"/>									
Die Sanktionierbarkeit von Fehlverhalten der suchtkranken Leistungsberechtigten	<input type="checkbox"/>									
Größere Ermessensspielräume der Fachkräfte, um auf den individuellen Fall eingehen zu können	<input type="checkbox"/>									
Weiteres, und zwar:	<input type="checkbox"/>									

3 Was ist in der Arbeit mit Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen besonders schwierig?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Suchtprobleme zu erkennen, und zwar: vor allem
 - Alkoholprobleme
 - Drogenprobleme
 - Probleme mit psychoaktiven Medikamenten (z.B. Beruhigungs- oder Schlafmittel)
 - Spielsucht
 - suchtförmige Essstörungen (Magersucht, Bulimie)
- Die Leistungsberechtigten auf ihre Suchtprobleme anzusprechen
- Guten Kontakt zu den Leistungsberechtigten aufzubauen und zu halten
- Die Leistungsberechtigten zu motivieren, eine Suchtberatung zu beginnen
- Die Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen zu sanktionieren
- Gute Kooperationsbeziehungen zur kommunalen Suchthilfe aufzubauen
- Die Abstimmung mit der Suchthilfe in der Fallsteuerung und Fallverantwortung
- Die Leistungsberechtigten nachhaltig in Ausbildung/Beschäftigung zu vermitteln
- Die Einbeziehung der Bedarfsgemeinschaft bei der Betreuung der Leistungsberechtigten
- Die Entwicklung bzw. Verfügbarkeit von speziell auf Suchtkranke zugeschnittenen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen
- Sonstiges, und zwar:

4 Unter welchen Bedingungen gelingt die Integration suchtkranker Leistungsberechtigter in Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

Sofern Ihnen keine entsprechenden Daten vorliegen, schätzen Sie bitte.

Die Integration suchtkranker Leistungsberechtigter in Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt (inklusive der Vermittlung in Ausbildung)

- gelingt aufgrund der Suchterkrankung nur in Ausnahmefällen.
- gelingt nur in Ausnahmefällen, die Gründe dafür liegen aber nicht primär in der Suchterkrankung.
- gelingt nicht weniger häufig als bei Leistungsberechtigten ohne eine Suchterkrankung.
- gelingt dann häufiger, wenn der (potenzielle) Arbeitgeber bzw. Ausbildungsbetrieb nichts von der Suchterkrankung weiß.
- gelingt dann häufiger, wenn die Suchtberatungsstelle dem Arbeitgeber gegenüber weitere Unterstützung für den/die suchtkranke Arbeitnehmer/in zusichert.
- gelingt dann häufiger, wenn der/die suchtkranke Arbeitnehmer/in nach der Vermittlung weiter persönlich unterstützt wird.
- gelingt häufig unter sonstigen Bedingungen, nämlich

5 Organisiert/initiiert Ihr Jobcenter bei einer Maßnahme/Arbeitsaufnahme eine ggf. erforderliche (Nach-) Betreuung/psychosoziale Begleitung durch eine Einrichtung der Suchthilfe oder andere komplementäre Dienste?

- Ja
 Nein

Wir möchten zu dieser Frage folgende Anmerkung machen:

6 Wie beurteilen Sie die folgenden Aspekte in der Tätigkeit Ihres Jobcenters?

Bitte antworten Sie auf einer Skala von 1=Sehr gut bis 10=Sehr schlecht

	Sehr gut					Sehr schlecht				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bereitschaft von Fachkräften im Jobcenter, sich dem Thema Sucht zu widmen	<input type="checkbox"/>									
Kompetenzen der Fachkräfte im Jobcenter für den Umgang mit suchtkranken Leistungsberechtigten	<input type="checkbox"/>									
Finanzielle Ressourcen, die zur Betreuung von Suchtkranken erforderlich sind	<input type="checkbox"/>									
Kooperation mit Einrichtungen des örtlichen Gesundheitssystems	<input type="checkbox"/>									
Verfügbarkeit von kommunalen Angeboten für flankierende Leistungen (z.B. Suchtberatung usw.)	<input type="checkbox"/>									
Angebot von speziell für Suchtkranke zugeschnittenen Beschäftigungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>									
Angebot von speziell für junge Suchtkranke u25 zugeschnittenen Beschäftigungsmaßnahmen	<input type="checkbox"/>									
Vermittlung von Suchtkranken in ungeforderte Beschäftigung	<input type="checkbox"/>									

7 Welches sind Ihrer Meinung nach in Ihrem Jobcenter über die oben genannten Aspekte hinaus die Stärken im Umgang mit suchtkranken Leistungsberechtigten?

Bitte nennen Sie die wichtigsten Faktoren und Aspekte:

8 Welches sind Ihrer Meinung nach in Ihrem Jobcenter über die oben genannten Aspekte hinaus Defizite im Umgang mit suchtkranken Leistungsberechtigten?

Bitte nennen Sie die wichtigsten Faktoren und Aspekte:

9 Sehen Sie Schulungsbedarf bei den Fachkräften, die in Ihrem Jobcenter Leistungsberechtigte mit Suchtproblemen beraten/vermitteln?

- Im Großen und Ganzen sind die Fachkräfte auch ohne suchtspezifische Schulung qualifiziert genug, um Leistungsberechtigte 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 Hat Ihr Jobcenter die Beratungskonzeption (BeKo) der Bundesagentur für Arbeit für das SGB II eingeführt?

- Ja.
- Nein, der kommunale Träger hat ein eigenes Konzept für die Beratung und Vermittlung von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, das wir verwenden: (Bitte Unterlagen zur Verfügung stellen)
- Nein, wir stützen unsere Beratung aber auf folgendes Beratungskonzept: (Bitte Unterlagen zur Verfügung stellen)
- Nein.

10.a Hat sich durch die Einführung der Beratungskonzeption (BeKo) der Agentur für Arbeit die suchtspezifische Beratungskompetenz der Fachkräfte erhöht?

- Ja
 nein

11 Wer hat Schulungen zu suchtspezifischen Fragen durchgeführt?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Trainer/innen der Regionaldirektion oder der Führungsakademie der BA
 der Ärztliche Dienst/der Berufspsychologische Service der BA
 die mit dem Jobcenter kooperierende/n Suchtberatungsstelle/n
 andere externe Suchtexperten/Suchtexpertinnen (z.B. einer Suchtklinik, eines Suchtfachverbands)
 bereits geschulte Fachkräfte Ihres Jobcenters
 Sonstige, und zwar:

11.a Welche Aspekte waren Gegenstand der Schulung?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Suchtdiagnostische Tests bzw. Fragebögen
 Das Erkennen von Suchtproblemen in der praktischen Arbeit mit Leistungsberechtigten
 Das Ansprechen von Leistungsberechtigten auf ihre Suchtproblematik
 Die Methode der „motivierenden Gesprächsführung“
 Überblick über legale und illegale Drogen: Wirkweise und Risiken
 Ziele und Methoden der Suchtberatung und Suchtbehandlung (medizinische Rehabilitation, Entwöhnungsbehandlung)
 Rückfallrisiken für Arbeitslose nach der Suchtbehandlung
 Bedeutung der sozialen Netzwerke für die Überwindung von Suchtproblemen
 Überblick über spezifische Behandlungsangebote für suchtkranke Arbeitslose
 Erarbeitung von Integrationsstrategien mit erwerbslosen Suchtkranken
 Deeskalationsstrategien im Beratungsprozess
 Sonstiges, nämlich

11.b 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

12 Wie hoch ist der Anteil der Fachkräfte, die mit suchtkranken Leistungsberechtigten arbeiten und die bisher mindestens einmal Supervision bzw. kollegiale Beratung erhielten/erhalten?

Anteil der Fachkräfte, die Supervision erhalten/erhielten: %

Anteil der Fachkräfte, die kollegiale Beratung erhalten/erhielten: %

K. Regelungen und Vorgaben

1 Gibt es in Ihrem Jobcenter verbindliche Vorgaben und Regelungen oder Arbeitshilfen/Empfehlungen für den Umgang mit Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen?

- ja
- nein

1.a Woher kommen diese Vorgaben und Regelungen oder Arbeitshilfen/Empfehlungen?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Es handelt sich um Vorgaben bzw. Empfehlungen der Bundesagentur für Arbeit, und zwar: folgende
- Es handelt sich um Vorgaben bzw. Empfehlungen der Kommune, und zwar: folgende
- Es handelt sich um Vorgaben bzw. Empfehlungen des Jobcenters, und zwar: folgende
- Sonstige, und zwar: folgende

1.b In welcher Form liegen diese Vorgaben, Empfehlungen oder Handlungshilfen vor?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- 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:

1.c Welche Inhalte betreffen diese Vorgaben oder Empfehlungen?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

Die Inhalte der Vorgaben bzw. Empfehlungen beziehen sich auf folgende Aspekte der Betreuung von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen:

- die Definition, was unter Suchtproblemen verstanden wird
- die Beratung von Suchtkranken
- die Standortbestimmung und das Profiling bei Suchtkranken
- die Zuordnung zu Profillagen
- die Zuweisung von Leistungsberechtigten 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
- Sonstige, und zwar: folgende

L. Sonstiges

1 **Hat sich die Betreuung und Vermittlung von Leistungsberechtigten mit Suchtproblemen in Ihrem Jobcenter in den letzten fünf Jahren wesentlich verändert?**

- Ja
 Nein

Wenn ja: Welches waren die wichtigsten Veränderungen und wo fanden sie statt?

Es sind mehrere Antworten möglich. Bitte wählen Sie alles Zutreffende aus.

- Im Bereich der Beratung/Betreuung, nämlich folgende:
 Im Bereich der Maßnahmegestaltung, nämlich folgende:
 Im Bereich der Kooperation mit Dritten, nämlich folgende:
 Am Arbeitsmarkt, nämlich folgende:
 Es gab weitere wichtige Veränderungen, und zwar:

2 **Möchten Sie uns abschließend noch etwas zum Fragebogen oder zu der Untersuchung mitteilen? Bitte tragen Sie es in das unten stehende Feld ein.**

3 **Wer hat bei der Beantwortung des Fragebogens mitgewirkt? Bitte tragen Sie die Zahl der Mitwirkenden und deren Funktion/en ein:**

Hinweis: Bitte schicken Sie uns sofern vorhanden Ihre Konzepte, Projektbeschreibungen, Berichte und/oder Kooperationsvereinbarungen zu.

Vielen Dank für die Bearbeitung des Fragebogens!