

## Empfehlungen zur Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben

Vor dem Hintergrund des früheren Beschlusses des Drogen- und Suchtrats vom 05.11.2007 zur „Eingliederung Abhängigkeitskranker ins Arbeitsleben“ sieht der Drogen- und Suchtrat weiterhin einen erheblichen Handlungsbedarf hinsichtlich der Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. Insbesondere sind die Bundesagentur für Arbeit als Träger der Arbeitsförderung und die Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende aufgefordert, der besonderen Bedeutung der Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben von suchtgefährdeten und (ehemals) abhängigkeitskranken Arbeitsuchenden und Arbeitslosen im Rahmen ihrer jeweiligen Eingliederungsbemühungen verstärkt Rechnung zu tragen. Arbeitslose Menschen mit einer Suchtproblematik benötigen in der Regel eine nachhaltige, d.h. längerfristig angelegte und verlässliche Unterstützung. Bedarfsgerechte arbeitsmarktpolitische Maßnahmen tragen nicht nur dazu bei, die Beschäftigungsfähigkeit und beruflichen Reintegrationschancen zu erhöhen, sondern sie bewirken darüber hinaus eine Stabilisierung der betroffenen Personen. Dies ist gerade nach dem erfolgreichen Abschluss einer Entwöhnungsbehandlung von einer besonderen Bedeutung, damit auch einem drohenden Rückfall vorgebeugt wird. Eine wichtige Voraussetzung für eine angemessene Beratung und Betreuung der suchtgefährdeten und (ehemals) abhängigkeitskranken Personengruppe durch die Agenturen für Arbeit und Jobcenter ist es, dass genügend Zeit im Beratungsprozess zur Verfügung steht, um individuelle Problemlagen zu erkennen, auf diese angemessen eingehen zu können und passgenaue Lösungen zu suchen.

Der Drogen- und Suchtrat empfiehlt deshalb folgende Maßnahmen/Strategien:

- Zur nachhaltigen Verbesserung der gegenwärtigen Situation sind in den Agenturen für Arbeit und Jobcentern entsprechende **Betreuungsrelationen** für diese Klientel vorzuhalten, die ein qualifiziertes Fallmanagement erfordert. Die Vorgaben im Bereich Betreuung/Vermittlung von 1:75 für die unter 25-Jährigen und von 1:150 für die über 25-Jährigen in den Grundsicherungsstellen dürfen keinesfalls überschritten werden. Eine personelle Kontinuität ist im Rahmen des Fallmanagements sicherzustellen.
- Jede Agentur für Arbeit bzw. jedes Jobcenter sollte über ein **Fachkonzept „Sucht“** mit verbindlichen Regelungen für Arbeitsabläufe, Verfahrensweisen, Kooperationsvereinbarungen, Qualitätsstandards etc. verfügen. Die personellen Zuständigkeiten für einzelfallbezogene und einzelfallübergreifende SGB II/SGB III-Sucht-Angelegenheiten in der jeweiligen Dienststelle sind ebenfalls Bestandteil des jeweiligen Fachkonzeptes. Circa die Hälfte der Grundsicherungsstellen verfügt bereits über ein entsprechendes Fachkonzept „Sucht“. Den übrigen Grundsicherungsstellen wird empfohlen, vor Ort mit den entsprechenden Suchtberatungsstellen Kontakt aufzunehmen, um gemeinsam ein solches Fachkonzept zu entwi-

ckeln. Beispiele guter Praxis sollten weiter gesammelt und zur Verfügung gestellt werden.<sup>1</sup>

- Das **Instrument der Suchtberatung** gemäß § 16a SGB II ist als flankierende Leistung zielgerichtet zu nutzen. Eine enge und vor allem fallbezogene örtliche Kooperation zwischen den Dienststellen der Leistungsträger gemäß SGB II und SGB III und den Suchtberatungsstellen sollte möglichst vertraglich geregelt werden. Hierbei sind u.a. die jeweiligen Ziele und Aufgaben, Verfahrensabläufe, Umfang der Leistungen, Zuständigkeiten, Fragen der erforderlichen Ressourcen (ggf. inkl. Finanzierung), Dokumentationsanforderungen und das Rückmeldeverfahren unter Berücksichtigung des Datenschutzes zu klären.
- Entscheidend ist eine **frühzeitige Einbeziehung der Suchtberatung** nach § 16a SGB II hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung der jeweiligen Eingliederungsvereinbarung bei suchtkranken und –gefährdeten Kundinnen und Kunden. Optimale Wirksamkeit ist nur zu erwarten, wenn eine zeitnahe Terminierung bei der Suchtberatung sowie eine schnelle Rückmeldung von dieser an die Grundsicherungsstelle erfolgt.
- Sofern erforderlich, sind im Einzelfall **weitere relevante soziale Dienste** (z.B. Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung) hinzuzuziehen.
- Eine suchtspezifische **Qualifizierung** der mit fraglichen oder tatsächlichen suchtkranken Menschen befassten Fachkräfte in den Agenturen für Arbeit/Jobcentern ist durch regional ausgerichtete Schulungen – möglichst in Zusammenarbeit mit den vor Ort vorhandenen Anbietern der Suchtkrankenhilfe - sicherzustellen. Zielsetzung ist, dass suchtkranke und suchtgefährdete Klientinnen und Klienten verlässlich erkannt, entsprechend angesprochen und nach Möglichkeit in eine Suchtberatung bzw. Entwöhnungsbehandlung vermittelt werden. Die in der Vermittlung und Beratung tätigen Fachkräfte der Agenturen für Arbeit und Jobcenter können hierbei durch Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und -behandlung auch im Rahmen von Supervision bzw. kollegialer Beratung unterstützt werden.
- Die Agenturen für Arbeit/Jobcenter sowie die Rehafachberater der Rentenversicherung sollten arbeitslose Suchtkranke im Rahmen ihrer jeweiligen Zuständigkeit bereits **während einer medizinischen Rehabilitationsleistung beraten** im Hinblick auf ihre (Wieder)Eingliederung ins Erwerbsleben und hinsichtlich
  - der Aufnahme einer Beschäftigung
  - der nahtlosen Einleitung von erforderlichen Qualifizierungsmaßnahmen
  - der Anwendung weiterer arbeitsmarktpolitischer Instrumente im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung

entsprechend unterstützen. Nur auf diesem Wege können die notwendigen Impulse der Rehabilitationseinrichtungen zur nahtlosen (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben bzw. zur direkten Inanspruchnahme erforderlicher Teilhabeleistungen nach der Entwöhnungsbehandlung zum Erfolg führen.

- Um die **Nahtlosigkeit** der Übergänge zwischen den Beratungs- und Vermittlungsangeboten der Agenturen für Arbeit, Jobcenter und den Einrichtungen der Suchtrehabilitation zu sichern, ist eine **verlässliche Kooperation und Kommu-**

---

<sup>1</sup> In diesem Zusammenhang wird auf die Studie von Henke J, Henkel D, Nägele B, Pagels N, Wagner A. Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Abschlussbericht für das Bundesgesundheitsministerium Berlin: August 2009 verwiesen.

**nikation** zwischen den Beteiligten eine zentrale Voraussetzung. Eine gute Erreichbarkeit, insbesondere durch die namentliche Benennung von Ansprechpartnern in den Agenturen für Arbeit und Jobcentern sowie in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe ist deshalb erforderlich. Sinnvoll kann auch der Einsatz von speziell für Suchtfragen geschulten Fachkräften bei den Agenturen für Arbeit bzw. Jobcentern sein. Wichtig ist, dass über ein Fallmanagement die Schnittstellenarbeit zwischen den verschiedenen Institutionen und Hilfesystemen optimiert wird.

- Im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation werden wichtige Daten zur Berufs- und Arbeitsvorgeschichte dokumentiert, ggf. wird über weitere Instrumente (z.B. Assessmentverfahren, Arbeitsbelastungserprobung) ein **Qualifikations- und Fähigkeitsprofil** erstellt. Hierbei kann auch auf spezifische Leistungen anderer Träger (z.B. Assessmentverfahren von Berufsförderungswerken) während der medizinischen Rehabilitation zurückgegriffen werden. Entsprechende Informationen und sozialmedizinische Empfehlungen werden – unter Berücksichtigung des Datenschutzes – der Fachkraft bei der Agentur für Arbeit bzw. dem Jobcenter mitgeteilt, damit dieser den **nahtlosen Anschluss** entsprechender arbeitsmarktpolitischer Instrumente frühzeitig einleiten kann.
- Eine mögliche Weiterentwicklung besteht darin, dass zielgerichtet im Rahmen von noch zu entwickelnden Modulen auch auf entsprechende **Vermittlungskompetenzen beruflicher Rehabilitationseinrichtungen** (z.B. Berufsförderungswerke, Berufsbildungswerke) – bei gegebener Zuständigkeit der Agentur für Arbeit bzw. des Jobcenters – im zeitnahen Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung zurückgegriffen werden kann. Dadurch können die Chancen der Arbeitsmarktintegration der betroffenen Personen verbessert werden. Auch sollte das leistungsträger- und schnittstellenübergreifende **Instrumentarium der Integrationsfachdienste** für den Personenkreis chronisch kranker Menschen mit besonderem Vermittlungs- und Unterstützungsbedarf (in diesem Falle von suchtkranken Menschen) – unabhängig von einer bestehenden Schwerbehinderung - im Anschluss an eine medizinische Rehabilitationsleistung Anwendung finden können.
- Auch für abhängigkeitskranke Menschen, die aufgrund der 6-Monats-Regelung nach § 7 Abs. 4 SGB II von Leistungen nach dem SGB II ausgeschlossen sind bzw. bei denen aufgrund einer sich abzeichnenden Behandlungsdauer von über 6 Monaten ein **vorübergehender Trägerwechsel von SGB II ins SGB XII** stattfindet, sollte durch geeignete Kooperation zwischen den beteiligten Trägern sichergestellt werden, dass Integrationsleistungen zeitnah im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung eingeleitet werden. Zur Vorbereitung einer zeitnahen qualifizierten Eingliederungsberatung ist es auch hier erforderlich, dass die Rehabilitationseinrichtung zu einem geeigneten Therapiezeitpunkt (d.h. rechtzeitig vor dem Ende der Entwöhnungsbehandlung und bei positiver Prognose) Kontakt mit dem zuständigen Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende bzw. der Arbeitsförderung aufnimmt. Die Kontinuität der Beratung ist im Rahmen eines trägerübergreifenden Fallmanagements sicherzustellen.
- Für Personen ohne eine realistische kurz- bzw. mittelfristige Perspektive, im ersten Arbeitsmarkt unterzukommen, sind entsprechend **geeignete arbeitsmarktpolitische Instrumente** vorzuhalten. Hierzu gehören „Arbeitsgelegenheit mit Mehraufwandsentschädigung“, öffentlich geförderte Beschäftigung oder freie

Eingliederungsleistungen. Eine passgenaue Förderung bedeutet auch, dass für diese Menschen diese zusätzlichen Arbeitsverhältnisse und Arbeitsgelegenheiten für eine entsprechend langen Zeitraum zur Verfügung stehen, um eine drohende dauerhafte Arbeitslosigkeit mit entsprechenden Folgeproblemen zu verhindern. Entsprechende arbeitsmarktpolitische Förderinstrumente sind deshalb wichtig, da die Übergangsquoten von ALG II-Beziehern in Erwerbstätigkeit im deutlichen Zusammenhang mit der Zahl der Vermittlungshemmnisse stehen. Eine häufige Kombination von Vermittlungshemmnissen bei ALG II-Beziehern besteht z.B. darin, dass gesundheitliche Einschränkungen und ein höheres Lebensalter in Verbindung mit einem bereits lange andauernden Bezug von Arbeitslosengeld II auftreten. Bei **Personen mit mehreren Vermittlungshemmnissen** verfestigt sich ohne entsprechende Unterstützung und geforderte Arbeitsgelegenheiten der Bezug von ALG II-Leistungen. Folge ist, dass dann dauerhaft Hilfe in Anspruch genommen werden muss. Öffentlich geförderte Beschäftigung sollte deshalb gerade auch erfolgreich behandelten suchtkranken und substituierten Personen offenstehen, die aufgrund ihrer Vermittlungshemmnisse in absehbarer Zeit nicht auf den allgemeinen Arbeitsmarkt vermittelt werden können. Sie sollte so ausgelegt sein, dass Beschäftigungsfähigkeit verbessert und die Chancen für eine langfristige Integration in nicht geförderte Arbeit erhöht werden. Die Jobcenter sollen einen **angemessenen Anteil des Eingliederungstitels** – entsprechend der jeweiligen Zusammensetzung ihrer Kunden – **für diesen Personenkreis** reservieren, um eine einseitige Mittelkonzentration auf arbeitsmarktnahe Hilfeempfänger zu verhindern. Ferner ist eine angemessene psychosoziale Betreuung im Rahmen der Mehraufwandsentschädigung sicherzustellen.