



## **Rahmenkonzept zur Beteiligung der Suchtberatung der Diakonie an den Eingliederungsleistungen der Jobcenter nach SGB II**

Eine Handreichung des GVS und des DW-EKD für die  
Einrichtungen der diakonischen Suchtkrankenhilfe

vom GVS-Vorstand am 22.3.gebilligte Fassung

### **Gliederung**

#### **1. Grundsätze der Mitwirkung der ambulanten Suchtkrankenhilfe der Diakonie an den Eingliederungsleistungen nach SGB II**

- 1.1 Kurzer Überblick über die für die Suchtkrankenhilfe wichtigen Inhalte des SGB II*
- 1.2 Zur sozialpolitischen Einschätzung des SGB II*
- 1.3 Fachliche Einschätzung der Mitwirkung der Suchtkrankenhilfe an Leistungen nach SGB II*
- 1.4 Zur Qualifikation der diakonischen Suchtkrankenhilfe für solche Eingliederungsleistungen im Rahmen des SGB II*
- 1.5 Schlußfolgerungen für eine Leistungserbringung auf der Grundlage des SGB II*

#### **2. Beschreibung der Formen der Leistungsmitwirkung im JobCenter**

- 2.1 Grundsätzliches zur Mitwirkung der Suchtkrankenhilfe beim Fallmanagement*
- 2.2 Rahmenkonzept für Suchtberatung im Kontext des SGB II*
  - 2.2.1 Leistungen im Rahmen der Mitwirkung am Fallmanagement:*
  - 2.2.2 Vereinbarung über die Zusammenarbeit von Suchtberatung und Fallmanager bzw. Jobcenter und Verfahrensbeschreibung*
  - 2.2.3 Leistungsmodulare der ambulanten Suchtkrankenhilfe als Bestandteile von Eingliederungsvereinbarungen*
- 2.3 Vereinbarung über finanzielle Vergütung bzw. personelle Ressourcen*

### **Autoren**

**Anhang:** Ablaufdiagramm

(Interne Umsetzungsschritte und Entwürfe für Rahmenverträge als separater Anhang)

# Rahmenkonzept zur Beteiligung der Suchtberatung der Diakonie an den Eingliederungsleistungen der Jobcenter nach SGB II

---

## **Vorwort**

Mit dem SGB II werden bewährte Instrumente der sozialen Sicherung radikal verändert; dies gilt sowohl für die den einzelnen Hilfebedürftigen gewährten sozialstaatlichen Leistungen wie für die institutionellen Strukturen sozialer Sicherung. Nachdem dieses Gesetzeswerk im parlamentarischen Verfahren noch zahlreiche entscheidende Veränderungen erfahren hat, ist erst recht bei vielen Bestimmungen noch nicht absehbar, wie deren praktische Umsetzung schließlich aussehen wird und wie sich Regelungen des SGB II im Zusammenwirken mit anderen Gesetzeswerken konkretisieren werden. Die in dieser Handreichung vorgenommenen Einschätzungen können daher nicht abschließend und umfassend sein, sondern müssen durch praktische Erfahrungen in der Umsetzung ergänzt werden. Dieses Papier konzentriert sich auf die Auswirkungen auf die Suchtkrankenhilfe – die bereits vorliegenden grundsätzlichen sozialpolitischen Einschätzungen der Diakonie zum SGB II müssen daher immer ergänzend berücksichtigt werden.

## **Grundsätze der Mitwirkung der ambulanten Suchtkrankenhilfe der Diakonie an den Eingliederungsleistungen nach SGB II**

### **1.1 Kurzer Überblick über die für die Suchtkrankenhilfe wichtigen Inhalte des SGB II**

Das SGB schafft als Zusammenführung von Leistungen der Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe eine Grundsicherung für hilfebedürftige arbeitssuchende bzw. arbeitsfähige Menschen. Anspruchsberechtigt sind Personen zwischen dem 15. und 65. Lebensjahr, die (mindestens 3 Stunden am Tag) erwerbsfähig und hilfebedürftig sind. (§§1 u. 7).

Leistungen der Grundsicherung sind nach §4 materielle Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts und vermittlungsbezogene bzw. ergänzende Dienstleistungen mit dem Ziel der beruflichen Eingliederung (hierunter fällt die im Gesetz beispielhaft genannte Suchtberatung).

Träger dieser Grundsicherung für Arbeitssuchende sind die Agentur für Arbeit und kommunale Träger. Letztere sind (ohne direkte Kostenerstattung) zuständig für Leistungen wie Unterkunft, Kinderbetreuung, Schuldner- und *Suchtberatung* und psychosoziale Betreuung. (§6 u. 16). Die Bundesagentur für Arbeit ist zuständig für arbeitsmarktbezogenen Eingliederungsleistungen, Arbeitslosengeld II und Sozialgeld. Diese Leistungen finanziert wie bisher der Bund.

Beide Träger müssen eng zusammenarbeiten (§18). Dafür sind gemeinsame Arbeitsgemeinschaften als Leistungsträger vorgesehen. Die kommunalen Träger sollen die ihnen im Rahmen der Grundsicherung für die Arbeitssuchenden obliegenden Aufgaben auf diese Arbeitsgemeinschaften übertragen (§44b). Darüber hinaus verpflichtet §18 sie, mit den Beteiligten des

örtlichen Arbeitsmarktes, insbesondere den Gemeinden, den Kreisen und Bezirken, den Trägern der freien Wohlfahrtspflege etc. zusammenzuarbeiten. Die örtlichen Träger der Sozialhilfe sollen mit den Agenturen für Arbeit zusammenarbeiten. Kommunen (kreisfreie Städte und Kreise) haben mit dem §6 die Option, die Leistungen des SGB II selbst insgesamt anzubieten. Eine Finanzierung / Kostenerstattung für die sonst der Agentur für Arbeit übertragenen Leistungen ist in Aussicht gestellt; erste konkrete Entwürfe liegen im Kontext eines Optionsgesetzes inzwischen vor.

Jeden erwerbsfähigen Hilfebedürftigen weist die Agentur für Arbeit einem Fallmanager als persönlichem Ansprechpartner zu. Leistungen werden zugänglich durch eine „Eingliederungsvereinbarung“, die der Hilfesuchende mit dem Fallmanager abschließen muss (§15). Kommt eine Eingliederungsvereinbarung nicht zustande, werden die Inhalte per Verwaltungsakt festgelegt. (*Hinweis: aus juristischer Sicht ist eine EV „nur“ ein Vertrag, während ein Verwaltungsakt mit seinen geregelten Widerspruchsmöglichkeiten für den Hilfebedürftigen eine bessere Rechtsposition beinhaltet*). Erst über eine Eingliederungsvereinbarung hat der einzelne Hilfesuchende einen persönlichen Leistungsanspruch auf Eingliederungsleistungen. Es wird der Grundsatz des Forderns eingeführt: der erwerbsfähige Hilfebedürftige muss aktiv an allen Maßnahmen mitwirken. (§2) Zudem hat der Fallmanager die Definitionshoheit, ob jemand erwerbsfähig und in welchem Ausmaß er hilfebedürftig ist (§8). Bei Widerspruch durch einen anderen Leistungsträger (z.B. Rentenversicherung) gegen diese Definierungen ist eine Einigungsstelle vorgesehen.

Zur Erbringung von Eingliederungsleistungen sollen die Leistungsträger keine neuen Strukturen schaffen. Die Leistungsträger sollen Träger der freien Wohlfahrtspflege in ihrer Tätigkeit auf dem Gebiet der Grundsicherung für Arbeitsuchende angemessen unterstützen. Beauftragen die Leistungsträger Dritte mit der Erbringung von Eingliederungsleistungen, haben sie insbesondere dafür zu sorgen, dass diese Leistungen wirtschaftlich erbracht werden und entsprechenden Qualitätsstandards genügen. Dazu sollen mit den Dritten Vereinbarungen abgeschlossen werden. (§17). Die Möglichkeit, Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege auch außerhalb von Leistungsverträgen zu unterstützen, sieht das Gesetz ebenfalls vor (§17,1S1).

Es besteht eine Auskunfts- und Mitwirkungspflicht Dritter, die die Suchtberatung in bestimmter Weise (im Rahmen ihrer Mitwirkung an Eingliederungsvereinbarung und Leistungserbringung) einschließt (§§ 18,1 / 60 / 61). Evaluation (§61) und Wirkungsforschung werden benannt (§55). Zu bedenken ist, dass die Beratungsstellen durch die sanktionsbewehrte Berichts- und Dokumentationspflicht in ein ernsthaftes ethisches Dilemma geraten können: eine Mitteilung über eine fehlende Mitwirkungsbereitschaft kann für den Betroffenen und seine Familie gravierende wirtschaftliche Auswirkungen haben und seine Suchtproblematik erheblich verschärfen.

## ***1.2 Zur sozialpolitischen Einschätzung des SGB II aus Sicht der Suchtkrankenhilfe***

Das SGB II bedeutet eine radikale Veränderung unserer bisherigen Systeme sozialer Sicherung: einerseits soll mit diesem Gesetzbuch die in der Vergangenheit vielfach kritisierte mangelhafte Verknüpfung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe durch eine Zusammenführung beider Systeme in einer “Grundsicherung” zu mehr Wirksamkeit der Hilfeleistungen führen, andererseits sollen aber die sozialstaatlichen Aufwendungen für die soziale Sicherung bei Arbeitslosigkeit und für die Überwindung von Arbeitslosigkeit zu Lasten der Hilfebedürftigen gesenkt werden.

Das Gesetzesziel, erwerbsfähige Hilfebedürftige bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit zu unterstützen, berücksichtigt zwar, dass Arbeit ein wesentlicher Schlüssel zur gesellschaftlichen Teilhabe ist. Gleichzeitig werden aber die generellen Zumutbarkeitsregelungen und die starr sanktionsbewehrten Mitwirkungsregelungen in extremem Maß verschärft und die materiellen Leistungen der Grundsicherung auf einer Höhe definiert, die keine Bedarfsdeckung mehr vorsieht und nur eine Existenzsicherung auf bzw. unter bisherigem Sozialhilfeniveau ermöglicht. Statt wie bisher dem Hilfebedürftigen unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelbedarfs die Führung eines menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen, mutet der Gesetzestext jetzt allen Hilfebedürftigen in gleicher Weise jede Veränderung ihres Lebensalltags und nahezu jede Arbeit zu: gefördert wird nicht mehr ein insgesamt möglichst menschenwürdiges Leben, sondern vorrangig die Befähigung zur Aufnahme einer Arbeit.

Diese Neugewichtung des Sozialstaatsprinzips im Grundsatz von "Fordern und Fördern" stellt die Verantwortung des einzelnen für das sogenannte Gemeinwohl einseitig in den Vordergrund. Angesichts einer Arbeitsmarktsituation, die sich nach übereinstimmenden Expertenmeinungen mittelfristig wohl nicht grundlegend ändern wird, wirken solche rein arbeitsmarktorientierten Regelungen zynisch, weil sie die existentielle Verarmung von Arbeitslosen in Kauf nehmen. Dass dieser persönlichen Verantwortung des Einzelnen praktisch keinerlei individuelle Rechte im Sinn einer bedarfsorientierten Förderung gegenüberstehen, entspricht der politischen Linie des gesamten Gesetzbuches.

### **1.3 Fachliche Einschätzung der Mitwirkung der Suchtkrankenhilfe an Leistungen nach SGB II**

Angesichts einer solchen grundsätzlichen Kritik am SGB II stellt sich natürlich die Frage, ob und ggfs. in welcher Weise sich die Suchtkrankenhilfe der Diakonie an den Eingliederungsleistungen der Grundsicherung beteiligen soll. Unabhängig von der allgemeinen sozialpolitischen Einschätzung des Gesetzestextes sind deshalb auch dessen wesentliche Auswirkungen auf die Suchtkrankenhilfe zu prüfen. Dabei ist festzustellen:

- Das SGB II ist zuständig für hilfebedürftige Arbeitslose, für Erwerbstätige mit zu geringem Einkommen sowie für Menschen, deren Arbeitsplatz gefährdet ist (§1) und die dadurch bedürftig im Sinne des SGB II werden könnten. Leistungsberechtigt sind, wenn auch in begrenztem Umfang, dabei auch Personen, die in einer Bedarfsgemeinschaft leben ("Angehörige") (§7). Da nun wohl jeder noch nicht abschließend behandelte (nach ICD 10) Abhängigkeitskranke als hinsichtlich seiner Erwerbsfähigkeit gefährdet einzustufen ist, dürfte - zumindest nach medizinischen Definitionskriterien - künftig der größte Teil des bisherigen Klientels der Suchtkrankenhilfe in die Leistungszuständigkeit der Grundsicherung des SGB II fallen. Wenn die Suchtkrankenhilfe der Diakonie ihr Selbstverständnis aufrechterhalten will, für alle Suchtgefährdeten und Suchtkranken die notwendigen Hilfen anzubieten, dann muss sie sich an den Eingliederungsleistungen des SGB II beteiligen, selbst wenn in dessen praktischer Umsetzung die noch in Arbeit stehenden suchtgefährdeten Menschen wohl keine große Rolle spielen werden.
- Für die Suchtkrankenhilfe der Diakonie bedeuten die Regelungen des §16 Abs. 2 in Verbindung mit §6 Nr. 2 sowie die Regelungen des §17 eine strukturelle Veränderung gegenüber der derzeitigen leistungsrechtlichen Verankerung der ambulanten Suchhil

fe: zwar nicht im Sinne eines individuellen Rechtsanspruchs, aber doch in Form einer grundsätzlichen Zuständigkeitsregelung wird hier erstmals unmittelbar für die ambulante Suchtberatung eine volle leistungsrechtliche Zuständigkeit der kommunalen Träger definiert. Gleichzeitig wird geregelt, dass Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe der Diakonie bei den entsprechenden Eingliederungsleistungen nicht völlig ausgeschlossen werden können.

- Das SGB II setzt in seiner Gesamtstruktur auf eine rasche und bedingungslose Wiedereingliederung in Arbeit. Es steht zu befürchten, dass entsprechende, im Gesetz genannte Zielvorgaben der Bundesagentur für Arbeit dazu führen, dass Eingliederungsleistungen bei begrenzten Etatmitteln vorrangig für die voraussichtlich erfolgreich Vermittelbaren erbracht werden, während „schwierigere“ Hilfebedürftige mit multiplen und chronifizierten Vermittlungshemmnissen dann nur geringe Eingliederungsleistungen erhalten oder über die für sie wenig konstruktiven Mitwirkungsregelungen bald aus dem System verdrängt werden. In ihrer sozialanwaltlichen Funktion für solche „Randgruppen“ tut die Suchtkrankenhilfe der Diakonie gut daran, durch eine Beteiligung an der Leistungserbringung Problementwicklungen frühzeitig und umfassend wahrzunehmen und in der Zusammenarbeit auch Einfluss auf Förderungsentscheidungen anzustreben.

Aus diesen Feststellungen ergeben sich **zentrale Bewertungen und Forderungen** hinsichtlich einer Mitwirkung der Suchtkrankenhilfe der Diakonie an SGB II-Leistungen:

- Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit sind per se auch Arbeitsplatzgefährdung und Hemmnisse für Arbeitsvermittlung. Sie bedürfen daher einer frühzeitigen Problemerkennung und einer fachgerechter Unterstützung und Behandlung. Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit sind chronische Erkrankungen; auch qualifizierte Hilfen reichen als nur einmalige Unterstützung in vielen Fällen nicht aus zur notwendigen langfristigen Veränderung von Lebensstilen. Diese Tatsache kann nicht einseitig dem Klienten angelastet werden: Leistungen der Suchtkrankenhilfe müssen immer auch die Möglichkeit weiterer (Rückfall-)Krisen berücksichtigen und die *Vorhaltung von entsprechenden Krisenhilfen und Behandlungsweiterführungen* beinhalten.
- Die Suchtkrankenhilfe der Diakonie blickt auf eine über hundertjährige Erfahrung in der Hilfe für suchtkranke Menschen zurück und verfügt somit über fundierte und differenzierte Erfahrungen in diesem immer noch häufig tabuisierten Hilfebereich. Das in den letzten Jahren aufgebaute und bewährte *Verbundsystem einer integrierten Suchtkrankenhilfe* muss auch in den Leistungsbereich des SGB II weitergeführt und ausgebaut werden. Auch bei der Ausweisung von einzelnen Hilfeleistungen, die stark auf die Arbeitsvermittlung bezogen sind, muss sichergestellt sein, dass im Sinne einer Grundversorgung bei Bedarf auch ein unmittelbarer Übergang zu anderen weiterführenden oder ergänzenden Hilfen möglich ist: die suchttypischen Behandlungsabbrüche gefährden nicht nur den bis dahin erreichten Behandlungserfolg, sondern erhöhen auch in aller Regel den nach einer Abbruchkrise notwendigen Hilfebedarf.
- Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit sind zwar Ausdruck individueller Problemlagen, als psychosoziale Störungen sind sie aber auch in vielfältiger Weise *mit dem sozialen Umfeld verknüpft*. Die Suchtkrankenhilfe braucht daher die Einbindung des sozialen Bezugsfeldes (Angehörige, betriebliche Mitarbeiter u.a.). Qualifizierte und effiziente Leistungen der Suchtkrankenhilfe müssen eine solche Vielfalt von klienten- und umfeldbezo-

genen Leistungen beinhalten und können nicht nur auf die persönliche Dienstleistung für den Kunden/Klienten reduziert werden.

- Im Interesse der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung einer integrierten ambulanten Suchtkrankenhilfe mit einem regionalen Versorgungsauftrag begrüßt der GVS die gesetzlichen Regelungen, wonach die bereits jetzt ganz wesentlich für die ambulante Suchtkrankenhilfe verantwortlichen *kommunalen Träger auch im Zuständigkeitsbereich des SGB II Träger der Leistungen zur Eingliederung (nach §16,2) bleiben werden*. Dieser unmittelbare Bezug zur kommunalen Ebene ist für die ambulante Suchtkrankenhilfe der Diakonie nicht nur wegen ihrer eigenen entsprechenden Trägerstrukturen von Bedeutung. Vielmehr braucht die ambulante Suchtkrankenhilfe, um individuelle Problemlagen und Hilfebedarfe effektiv und effizient bewältigen zu können, kleinräumige Vernetzungen und persönliche Kooperationen. Gleichzeitig müssen aber auch die Dienstleistungen nach dem SGB II eingebunden sein in eine kommunale Suchtkrankenhilfeplanung, um abhängigen Menschen über die engen SGB II-Leistungen hinaus ein differenziertes und aufeinander abgestimmtes wirkungsvolles Hilfsangebot zur Verfügung stellen zu können.
- Der GVS sieht in der Wahrnehmung des kommunalen Optionsrechts nach §6a eine Chance, durch eine einheitliche Zuständigkeit für alle Leistungen der Grundsicherung ein Suchtkrankenhilfeangebot zu erhalten und zu schaffen, das aus einer sozialpolitischen Gesamtverantwortung heraus auch die vom SGB II nicht erfassten Bevölkerungsgruppen berücksichtigt und dadurch auch im Sinne des SGB II in der Region eine bestmögliche Leistungssteuerung gewährleistet. Diese grundsätzliche Einschätzung muss allerdings vor Ort auf dem Hintergrund der jeweiligen arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Rahmenbedingungen überprüft werden, da die Wahrnehmung des Optionsrechts auch als Legitimation für einen weitgehenden Abbau eines breitgefächerten Suchtkrankenhilfeangebots missbraucht werden kann. Seine Befürwortung des Optionsmodells verbindet der GVS mit der dringenden *Aufforderung an die Kommunen, eine verbindliche regionale Suchtkrankenhilfeplanung zu gewährleisten, und an die Länder, ihre umfassende Strukturverantwortung für die Suchtkrankenhilfe weiterzuführen und die kommunalen Träger entsprechend zu unterstützen*.

#### **1.4 Zur Qualifikation der diakonischen Suchtkrankenhilfe für solche Eingliederungsleistungen im Rahmen des SGB II**

Als langjährig erfahrene Dienstleister in allen Bereichen der ambulanten Suchtkrankenhilfe bringen unsere Einrichtungen für die neuen Dienstleistungen nach dem SGB II wertvolle Erfahrungen und Kompetenzen mit:

- sie haben in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen eine hohe *diagnostische Kompetenz*. Dies findet auch Berücksichtigung in den medizinischen Behandlungsleitlinien für Abhängigkeitserkrankungen.
- Aus der alltäglichen Beratungsarbeit haben sie eine hohe *„Übersetzungskompetenz“*: im Interesse der Weckung und Stabilisierung einer Veränderungs- und Behandlungsmotivation müssen sie schon immer objektive diagnostische Daten und Befunde auf die subjektive Wahrnehmungsebene der Hilfesuchenden übersetzen.
- Sie sind vertraut mit Case-Management, um unterschiedliche Problemlagen, Bedarfe und Hilfeleistungen individuell zu gestalten, Menschen mit Suchtproblemen in komplexen

Problemlagen zu betreuen und unterschiedliche Institutionen und Hilfeansätze zu koordinieren.

- Vor allem aus der Zusammenarbeit mit Betrieben und Sozialämtern haben sie vielfältige Erfahrungen bei einer für eine Behandlungsorientierung *konstruktiven Verbindung von externem sozialem Druck und motivierender Beratung*. Dies schließt Bemühungen um Schutz der Klienten vor willkürlichen oder zerstörerischen Belastungen mit ein.
- Als relativ kleine Dienstleister mussten sich unsere Einrichtungen schon immer bei sehr engen materiellen und personellen Ressourcen *durch Vernetzungen* um ein breit differenziertes und individualisiertes Hilfsangebot bemühen; sie haben vielfältige Erfahrungen, effiziente Hilfsangebote zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. Sie verknüpfen Suchtberatung mit ergänzenden Hilfen (materiell, psychosozial) im Rahmen der Diakonie.
- Als Vermittler in *Suchtrehabilitationsmaßnahmen* und teilweise auch als Anbieter ambulanter Suchtrehabilitation haben sie bewährte Möglichkeiten zur raschen und fachgerechten Überleitung zu medizinischen Behandlungsleistungen (Entgiftung, Rehabilitation, Substitution). Ähnliches gilt vielerorts auch für berufliche Fördermaßnahmen und Beschäftigungsmaßnahmen.
- Unsere Einrichtungen stehen in enger und vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den zahlreichen Gruppen der *Suchtselbsthilfe*, seien es Freundeskreise für Suchtkranke, Blaukreuzgruppen oder nicht organisierter Selbsthilfegruppen. Viele Elemente psychosozialer Stabilisierung sind nur durch die Zusammenarbeit mit diesen ehrenamtlichen Gruppen möglich. Insbesondere im Kontext von Suchtrehabilitationsmaßnahmen sind die Nutzeffekte einer Einbindung in eine Selbsthilfegruppe vielfach belegt.
- Aus der *Zusammenarbeit mit Betrieben und Institutionen* haben unsere Einrichtungen vielfältige Erfahrungen in der Schulung und Qualifizierung betrieblicher Mitarbeiter für die frühzeitige Wahrnehmung und den fachgerechten Umgang mit suchtmittelauffälligen MitarbeiterInnen.
- Aufklärung und Früherkennung sind wesentliche Elemente der präventiven Leistungsangebote unserer Einrichtungen. Neben Schulen und allgemeiner Öffentlichkeitsarbeit, haben sich insbesondere Angebote der betrieblichen Suchtprävention über viele Jahre als wichtiges Arbeitsfeld entwickelt. Hier werden unterstützende Strukturen entwickelt die den Betroffenen den Erhalt des Arbeitsplatzes ermöglichen.
- Unsere Einrichtungen nutzen mehrheitlich ein schon lange bundesweit eingeführtes *Dokumentationssystem* zur Erfassung behandlungsrelevanter Sozialdaten der Klienten und der Behandlungsverläufe. Dieses Dokumentationssystem ist auch Basis für *Qualitätsentwicklungsmaßnahmen* und teilweise auch für Leistungssteuerung. Im Rahmen dieses Dokumentationssystem werden für einzelne Leistungsarten auch katamnestiche Erhebungen durchgeführt.

### **1.5 Schlussfolgerungen für eine Leistungserbringung auf der Grundlage des SGB II**

Die spezifisch zielorientierten Leistungen der Suchtkrankenhilfe im Rahmen des SGB II müssen eingebunden sein in ein umfassendes Suchtkrankenhilfeangebot, das auch alle weiteren Problemlagen und Hilfebedarfe berücksichtigt. Die Erweiterung der bisherigen Suchtkrankenhilfeangebote um Leistungen nach SGB II ist deshalb nur möglich, wenn für die flächen

deckende Grundversorgung und (!) für die Eingliederungsleistungen ausreichende Finanzierungsmittel zur Verfügung gestellt werden!

Der Gesetzestext des SGB II geht davon aus, dass die Suchtkrankenhilfe Leistungen erbringt, die von den Fallmanagern im Rahmen individueller Eingliederungsvereinbarungen abgerufen werden. Aufgrund unserer Kooperationserfahrungen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe gehen wir davon aus, dass eine Eingrenzung der Mitwirkung auf eine solche scheinbar ganz funktionale Einbindung der Suchtkrankenhilfe in ein System arbeitsmarktorientierter Eingliederungsleistungen zahlreiche Probleme und Konflikte beinhalten würde: schon die vermutende Feststellung eines suchtbedingten Vermittlungshemmnisses bedarf einer differenzierten Fachkenntnis. Erst recht ist dann eine suchtspezifische Diagnostik und eine darauf aufbauende fundierte und erfolgversprechende Hilfe- bzw. Eingliederungsplanung nur von entsprechend qualifizierten Fachkräften leistbar, die dabei auch die realen Mitwirkungsfähigkeiten der Hilfesuchenden berücksichtigen können müssen. Die Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe müssen deshalb im Interesse einer qualifizierten und gleichzeitig effizienten Leistungserbringung sicherstellen, dass

- die Kompetenz der Suchtkrankenhilfe auch unmittelbar in die Arbeit der Clearingstelle und insbesondere des Fallmanagements verbindlich eingebunden wird
- diese MitarbeiterInnen der JobCenter geschult werden für eine wirkungsvolle Berücksichtigung der Arbeitsperspektiven der Suchtkrankenhilfe
- Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe immer als umfassendes und für die Hilfesuchenden durchlässiges Hilfesystem angeboten und nicht auf isolierte und vermeintlich kostengünstige Einzelleistungen reduziert werden.

## **2. Beschreibung der Formen der Leistungsmitwirkung im Job-Center**

Wir streben an, dass die Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe bei den Dienstleistungen nach dem SGB II als bewährte Komplexdienstleister auf mehreren Ebenen beteiligt und in die Eingliederungsleistungen der JobCenter einbezogen werden. Wir sind uns bewusst, dass eine solche Einbindung auch ein erhebliches Konfliktpotential beinhalten kann, wenn die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Wahrung der Interessen der Hilfebedürftigen und ihrer eigenen Arbeitserfahrungen Diskrepanzen zu möglichen Zielvorgaben für die Arbeit der Fallmanager deutlich machen.

### ***2.1 Grundsätzliches zur Mitwirkung der Suchtkrankenhilfe beim Fallmanagement***

Die sich auf das SGB II beziehenden Arbeits- und Organisationskonzepte der Agentur für Arbeit gehen davon aus, dass im „JobCenter“ eine Clearingstelle zunächst die Zuweisung der Hilfesuchenden zu den einzelnen Leistungsbereichen vornimmt. Bei Verdacht auf ein Vermittlungshemmnis oder eine Arbeitsplatzgefährdung, die durch den Konsum psychotroper Substanzen bedingt ist, wird dieser Hilfesuchende an einen Fallmanager zur weiteren Problemklärung und zur Einleitung von notwendigen Eingliederungsleistungen verwiesen. Wir sind der Auffassung, dass die Suchtkrankenhilfe im vorrangigen Interesse der Hilfesuchenden, aber auch im Interesse einer effizienten Hilfeleistung möglichst früh mit ihrer fachlichen



Kompetenz Einfluss nehmen sollte auf die in diesem Verfahren relevanten Entscheidungsprozesse. Aus unserer Sicht ist eine kooperative Form der Beteiligung der ambulanten Suchtkrankenhilfe an der "hoheitlichen Aufgabe" der Leistungssteuerung anzustreben. Dies beinhaltet zunächst die Absicherung fachlich sinnvoller Kriterien in der **Clearingstelle** des Jobcenters, aufgrund derer wegen des Vermittlungshemmnisses „Verdacht auf Probleme durch psychotrope Substanzen“ eine Zuweisung des „Agentur-Kunden“ zum Fallmanager erfolgt. Eine entsprechende Qualifizierung der Mitarbeiter in der Clearingstelle durch die Suchtkrankenhilfe ist im Interesse einer sachgerechten Zuweisung anzustreben. Hierfür bieten wir unsere breit gefächerte Schulungskompetenz an.

Wenn von der Clearingstelle eine solche suchtmittelbezogene Verhaltensauffälligkeit oder ein entsprechendes konkretes Vermittlungshemmnis (Verdacht auf Probleme durch psychotrope Substanzen) festgestellt worden ist, sollte vom dann zuständigen **Fallmanager** unmittelbar die Fachkompetenz der Suchtkrankenhilfe für die weitere *Klärung möglicher Suchtprobleme* genutzt werden: *Erheben des Hilfebedarfs* und ggf. *Erstellung einer Suchtdiagnose*.

Diese Beteiligung der Suchtkrankenhilfe am Fallmanagement sollte zur rechtlichen Klarstellung in Form einer Aufforderung an den Klienten erfolgen, sich hinsichtlich einer möglichen Eingliederungsvereinbarung von der Suchtberatungsstelle beraten und unterstützen zu lassen. Die auf diese Weise vom einzelnen Klienten in Auftrag gegebene Klärung möglicher Suchtprobleme wird von der ambulanten Suchtkrankenhilfe im Rahmen vereinbarter Standards und Regeln (nach ICD-10) zeitnah erstellt und ist als ergebnisorientierter Beziehungsprozess gleichzeitig auch eine Form der motivierenden Beratung, die - soweit mit Zustimmung des Klienten möglich - mit dem *Vorschlag einer suchtbezogenen Eingliederungsplanung* abgeschlossen wird. Dieser Vorschlag für eine Eingliederungsvereinbarung muss den Behandlungserfahrungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe Rechnung tragen und offen sein für die Entwicklung einer verantwortlichen Beteiligung des Klienten. Der Klient legt die ihm überlassene Suchtdiagnostik und den Vorschlag einer Eingliederungsvereinbarung seinem Fallmanager als seinen Beitrag zu einer Eingliederungsvereinbarung vor.

Um das Verständnis der Fallmanager für die Problemsicht und die Arbeitsperspektiven der Suchtkrankenhilfe zu verbessern, die sich in solchen Vorschlägen für eine Eingliederungsvereinbarung niederschlagen, und um die notwendige Zusammenarbeit zwischen Fallmanager und Suchtkrankenhilfe zu optimieren, ist eine *Qualifizierung der Mitarbeiter des Fallmanagements durch die Suchtkrankenhilfe* anzustreben.

Auf der Basis des mit dem Klienten abgestimmten Vorschlags der Suchtkrankenhilfe trifft der Fallmanager aufgrund seiner gesetzlich definierten Entscheidungskompetenz dann mit dem Hilfebedürftigen die (sanktionsbewehrte) *Eingliederungsvereinbarung*. Da dieser hoheitliche Akt für die meisten Hilfebedürftigen von erheblicher Bedeutung ist, muss durch die erwähnte Qualifizierung der Fallmanager sichergestellt sein, dass diese „Intervention“ abgestimmt ist auf die vereinbarten Eingliederungsleistungen der Suchtkrankenhilfe. Entscheidend ist, unsere Mitwirkung so zu praktizieren, daß die Feststellung von Suchtproblemen und die Zuordnung von Suchtdiagnosen sich auch unmittelbar in dem Vorschlag einer Eingliederungsvereinbarung niederschlagen, um auf diesem Weg die Nichtberücksichtigung unserer Diagnosen bzw. eine Ausgrenzung der Klienten von Eingliederungsleistungen zumindest zu erschweren.

Die anzustrebende enge Zusammenarbeit zwischen der beratenden Suchtkrankenhilfe und dem für die Eingliederungsverantwortung verantwortlichen Fallmanagement kann auch die *räumliche Zusammenführung beider Bereiche im Jobcenter* vorsehen, um fachliche Einfluss

nahme, Zugang der Klientel zur Suchtberatung und Kooperation im Interesse des Kunden zu erleichtern.

Wenn mehrere Einrichtungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe im Zuständigkeitsbereich eines JobCenters tätig sind, muss sich die ambulante Suchtkrankenhilfe trägerübergreifend so organisieren, dass deren Inanspruchnahme durch die Klienten bzw. den Fallmanager sinnvoll und transparent geregelt ist.

## **2.2 Rahmenkonzept für Suchtberatung im Kontext des SGB II**

Unser Rahmenkonzept für die Suchtberatung im Kontext des SGB II besteht aus folgenden Teilen:

1. Leistungen für die Klienten im Rahmen einer Mitwirkung am Fallmanagement
2. Vereinbarung über die Zusammenarbeit von Suchtberatung und Fallmanager bzw. Jobcenter
3. Leistungsmodule, die geeignet sind, suchtbezogene Vermittlungshindernisse zu beseitigen oder zu reduzieren
4. Klärung der Leistungsfinanzierung und der dadurch möglichen Bandbreite des Leistungsangebots nach SGB II

### **2.2.1 Leistungen im Rahmen der Mitwirkung am Fallmanagement: Erarbeitung eines suchtspezifischen Hilfeplans.**

1. Erheben und Klären von Sucht- und Suchtfolgeproblemen im Auftrag des Klienten
  - Anamnese, Diagnose und Bedarfserhebung
  - Erarbeitung eines umfassenden, ganzheitlichen Hilfeplans mit dem Klienten als Grundlage für eine Eingliederungsvereinbarung; dieser Hilfeplan muss die Wünsche und die aktuelle Veränderungsbereitschaft des Klienten berücksichtigen
2. Vorschlag der Suchtberatungsstelle für eine auf die Eingliederung in Arbeit beschränkte Eingliederungsvereinbarung mit Benennung der konkreten Leistungsbausteine, der Ziele und des voraussichtlich notwendigen zeitlichen und leistungsmäßigen Bedarfs auf der Grundlage des Hilfeplans.
3. Regelmäßige Schulung und Beratung der Mitarbeiter im Jobcenter, insbesondere der Fallmanager: Grundkenntnisse von Suchterkrankung und Suchtbewältigung, Grundkenntnisse der Motivation von Suchtkranken, über Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten; ggfs. Training in motivierender Gesprächsführung.

### **2.2.2 Vereinbarung über die Zusammenarbeit von Suchtberatung und Fallmanager bzw. Jobcenter**

Eine Vereinbarung zur Zusammenarbeit zwischen Fallmanager und Suchtberatung und eine verbindliche Verfahrensbeschreibung zur Gewährleistung einer Kooperationskultur zwischen Jobcenter und Suchtberatung sollte umfassen:

- Fallmanager sollte Grobkriterien für einen begründeten „Verdacht auf Suchtprobleme“ kennen und dann die Klienten umgehend zur weiteren fachlichen Klärung der Suchtberatung zuweisen.

- Suchtberatung klärt Problemlage, Hilfebedarf und Diagnose und erarbeitet zeitnah einen umfassenden Hilfeplan, der sich in dem Vorschlag einer Eingliederungsvereinbarung konkretisiert. Der Klient informiert den Fallmanager über diesen Vorschlag für eine Eingliederungsvereinbarung.
- Fallmanager und Klient erstellen die Eingliederungsvereinbarung mit Benennung der konkreten, damit verpflichtend gemachten Leistungsbausteine in der Suchtkrankenhilfe. Kann keine einvernehmliche Eingliederungsvereinbarung abgeschlossen werden, soll, bei Zustimmung des Klienten, vor dem Erlass eines Verwaltungsaktes die Suchtberatung zu einem Einigungsversuch zugezogen werden. Nach allen bisherigen Kooperationserfahrungen wird es vorkommen, dass auch die tatsächliche Eingliederungsvereinbarung nicht den Vorschlägen der Suchtkrankenhilfe entspricht. Für solche Fälle muss im Interesse einer fachlich guten und effizienten Dienstleistung der Suchtkrankenhilfe eine Form der unmittelbaren „Konfliktregelung“ vereinbart werden, die den Klienten nicht zum Spielball oder zum „Verlierer“ unterschiedlicher Interessenlagen und Handlungskonzepte werden lässt. Diakonische Suchtkrankenhilfe versteht sich auch hierbei immer als Anwalt des Klienten.
- Mit dieser Eingliederungsvereinbarung werden die vorgesehenen Leistungsmodule bewilligt. In der konkreten Gestaltung der JobCenter wird dann zu klären sein, ob aufgrund der Eingliederungsvereinbarung ein individueller Leistungsauftrag an die Suchtkrankenhilfeeinrichtung ergeht, bei dem die Suchtkrankenhilfeeinrichtung dann selber gegenüber dem JobCenter auskunftsverpflichtet wäre, indem sie über die Zielerreichung berichten muss. Nach dem Gesetz wird sie in einem bestimmten Umfang (SGB II: §60) dazu verpflichtet, wenn die Suchtberatung Leistungen für das Jobcenter (hier: Fallmanager) erbringt. Die Alternative, wonach die Eingliederungsvereinbarung „nur“ den einzelnen Klienten verpflichtet und damit eine Auskunfts- bzw. Nachweisverpflichtung nur zwischen Klient und Fallmanager besteht, greift nur, wenn die Leistung nicht unmittelbar für das Jobcenter erbracht wird.
- Die zwischen Fallmanager und Klienten verbindlich vereinbarte individuelle Eingliederungsvereinbarung legt für den Zeitraum von zunächst bis zu 6 Monaten die *Inanspruchnahme einzelner definierter Leistungsmodule der Suchtkrankenhilfe* fest. Die Suchtberatung leitet Hilfemaßnahme(n) ein bzw. vermittelt in medizinische Behandlungsmaßnahmen.
- Ggf. Controlling des Verlaufs und Mitteilung der Ergebnisse an Fallmanager im Rahmen der Regelungen der individuellen Eingliederungsvereinbarung durch Suchtberatung und Klient.

### **2.2.3 Leistungsmodule der ambulanten Suchtkrankenhilfe als Bestandteile von Eingliederungsvereinbarungen**

Die Suchtkrankenhilfe der Diakonie sieht sich nicht nur als Dienstleister gegenüber dem rein arbeitsmarktorientierten JobCenter, sondern sie ist auch – meist in Übereinstimmung mit der kommunalen Verpflichtung zur allgemeinen Daseinsvorsorge – aufgrund Ihres Leitbilds einem ganzheitlichen Hilfeanspruch verpflichtet. Deshalb wird jede Zusammenarbeit mit einem derart „geschickten“ Klienten in der Suchtkrankenhilfe mit der *Klärung und Bestätigung* /

*Vereinbarung eines umfassenderen Hilfeplans* beginnen, der über die in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten und damit sanktionsbewehrten Module hinaus auch weitere Leistungen der Suchtkrankenhilfe beinhalten kann. Die Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe sind sich bewusst, dass die Motivierung der Klienten für eine zielorientierte Mitarbeit ganz wesentlich zu den Inhalten aller Leistungsmodule gehört.

Die nachfolgenden Leistungsmodule werden im Wesentlichen bereits jetzt in allen unseren Einrichtungen vorgehalten; für Leistungsvereinbarungen mit der Agentur für Arbeit und für das Controlling von Eingliederungsvereinbarungen durch den Fallmanager sind aber jeweils noch detaillierte Leistungsbeschreibungen zu erstellen, die soweit möglich die unterschiedlichen Arbeitsformen der Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe berücksichtigen und die insbesondere auch Zielvorgaben benennen und den durchschnittlichen Zeit- und Betreuungsaufwand quantifizieren.:

- “grundsätzliche Veränderungsmotivierung”
- “Punktabstinenz / Drink-Less-Programme”
- “Vermittlung in medizinische Behandlungsmaßnahmen / Suchtrehabilitationsmaßnahmen”
- “psychosoziale Begleitung bei der Wiedereingliederung in Arbeit”
- “Ermöglichung und Sicherung der suchtspezifischen Eingliederungsleistungen durch gezielte Vernetzungen mit anderen Hilfen”
- “Sicherung der Abstinenz- und Arbeitsfähigkeit”
- “Sicherstellung der Abstinenz durch aufsuchende Hilfen im Lebensumfeld”

Wir gehen davon aus, dass über die im SGB II jetzt gesetzlich definierte Zuständigkeit hinaus die kommunalen Träger weiter im Rahmen ihrer Verpflichtung zur allgemeinen Daseinsfürsorge auch für weitere Hilfeleistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe zuständig sind. Im Rahmen einer einheitlichen Leistungszuständigkeit der Kommunen für die Suchtberatung (nach SGB II und im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge) muss sichergestellt werden, dass die in einer Eingliederungsvereinbarung bzw. einem Hilfeplan festgelegten Suchtkrankenhilfeleistungen auch dann umfassend erbracht werden können und sollen, wenn eine unmittelbare Hilfebedürftigkeit nach SGB II durch eine Arbeitsaufnahme entfallen ist. Jede nicht ausreichend behandelte Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik bedeutet, wie die langjährige Erfahrung der Suchtkrankenhilfe immer wieder verdeutlicht, eine akute Gefährdung eines solchen neu eingegangenen Arbeitsverhältnisses und ist in aller Regel mit einem später erhöhten Hilfeaufwand verbunden.

### **2.2.3.1 Leistungsmodul „Veränderungsmotivierung“**

Zur Psychodynamik der Suchtentwicklung gehört die Leugnung und Bagatellisierung von gesundheitlichen und sozialen Problemen, die aus dem Suchtmittelmissbrauch resultieren. Jede wirksame Behandlung eines Missbrauchsverhaltens ist nur möglich auf der Grundlage einer ganz persönlichen Problemwahrnehmung und Änderungsentscheidung.

#### **Das bedarf:**

1. Erfassen der individuellen Kenntnisse, Einstellungen, Erwartungen des Klienten
2. Information über Suchtkrankenhilfesystem, Krankheitsverständnis konkrete Hilfeangebote der Einrichtung

3. Übersetzung bereits erhobener Diagnostikdaten und damit verbundener Forderungen des Jobcenters (Konsequenzen) in eine dem Klienten subjektiv verständliche Sprache
4. Aktivierung von Einstellungsveränderungen mittels Auseinandersetzung zu

- pos. / neg. Erwartungen an Suchtmittel
- Funktionen des Suchtmittels
- Zusammenhang von Verhalten und Konsequenzen

Eigenverantwortung und Würde des Menschen im System der konkreten gesellschaftlichen Normen und Regelungen

mit dem Ziel des Aufbaus positiver Orientierung auf Abstinenz bzw. risikoarme Konsummuster

Der Beratungsprozess endet mit den vereinbarten Maßnahmen, die in der Regel eine klare Neuentcheidung zum Suchtmittelkonsum ermöglichen, bzw. mit der Absicht zur Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfen, über die das Jobcenter eine differenzierte Rückmeldung erhält.

Das Leistungsmodul „Veränderungsmotivierung“ wird entweder als strukturierte Gruppenberatung (vgl. AKT-Programm) oder als Einzelberatung ggfs. unter Einbezug von Angehörigen / Bezugspersonen durchgeführt.

### **2.2.3.2 Leistungsmodul „Punktabstinenz und Drink-Less-Programm“**

Das Leistungsmodul „Punktabstinenz / Drink-Less-Programme“ (Suchtmittelabstinenz in bestimmten Lebenssituationen bzw. Reduzierung des Suchtmittelkonsums generell oder in bestimmten Lebenssituationen) wird eingesetzt bei Änderungsentscheidungen, die die Aufhebung von Vermittlungshemmnissen bzw. eine Arbeitsplatzsicherung anstreben über eine definierte Reduzierung von Konsummengen und eine entsprechende Änderung von Konsummustern. Das Leistungsmodul beinhaltet die Begleitung und Stabilisierung des beabsichtigten Veränderungsprozesses über den Zeitraum eines Jahres (der 6-Monats-Zeitraum der üblichen Eingliederungsvereinbarung reicht nach aller Erfahrung nicht aus für eine hinreichende Stabilisierung solcher Veränderungsentscheidungen). Die Begleitung erfolgt, soweit möglich, in Gruppensitzungen; für die individuelle Stabilisierung und Krisenbewältigung werden Einzelgespräche (auch mit Bezugspersonen) und Kontrolluntersuchungen durchgeführt.

Wenn das Ziel einer Punktabstinenz sich in seinen wesentlichen Bestandteilen als nicht realisierbar erweist, beinhaltet das Leistungsmodul auch eine persönliche Beratung zu einer neuen Entscheidungsfindung.

Im Regelfall endet das Leistungsmodul als „Abschlusskonferenz“ in einer Einzelsitzung mit Angehörigen / Bezugspersonen, in der die Zielerreichung während dieses Jahres gemeinsam festgestellt wird.

### **2.2.3.3 Leistungsmodul „Vermittlung in medizinische Behandlungsmaßnahmen“**

Das Leistungsmodul setzt ein bei Vorliegen einer Entscheidung zur Inanspruchnahme / Beantragung solcher medizinischer / rehabilitativer Hilfen. Es beinhaltet:

1. Informationen über geeignete Behandlungsmöglichkeiten

2. Eine fachlich fundierte Unterstützung des Patienten bei seiner Entscheidung zu Art der Therapie und ggfs. Ort der Behandlungsmaßnahme
3. Die notwendige psychosoziale Begutachtung im Rahmen eines Antrags zur medizinischen Rehabilitation (Sozialbericht) und die Unterstützung bei der Erstellung / Anforderung der notwendigen medizinischen Begutachtungen
4. Die fachliche und formale Unterstützung bei der Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme bzw. bei der Vermittlung medizinischer Behandlungsmaßnahmen (z.B. Entzugsbehandlung)
5. Die Behandlungsvorbereitung (Motivationsklärung, Vorklärung von Behandlungszielen), ggfs. unter Einbezug von Bezugspersonen; es ist allerdings anzustreben, dass dieser Leistungsbereich in die Zuständigkeit der jeweiligen Behandlungsträger übergeht und dann auch entsprechend finanziert wird.

#### **2.2.3.4 Leistungsmodul „Ermöglichung und Sicherung der suchtspezifischen Eingliederungsleistungen durch gezielte Vernetzung mit anderen Hilfen“**

Dieses Leistungsmodul beinhaltet die sozialarbeiterische Methode des Casemanagements zur Sicherung der suchtspezifischen Eingliederungsleistungen. Es umfasst:

1. Erfassen des komplexen Hilfebedarfs, Festlegung der einzelnen Dringlichkeiten mit dem vorrangigen Ziel des stabilen Verbleibs des Klienten im sozialen System
2. Erstellung eines umfassenden und gleichzeitig realistischen Hilfeplanes, der die suchtspezifischen Eingliederungsleistungen erst ermöglicht bzw. deren Durchführung absichert
3. Aufbau verbindlicher Kooperationsstrukturen zu ergänzenden sozialen / medizinischen Hilfeleistungen
4. Regelmäßige Verlaufskontrolle mit dem Hilfebedürftigen, ggfs. auch nach Vereinbarung im Rahmen aufsuchender Betreuung
5. Maßnahmen zur konstruktiven Einbeziehung bzw. Stabilisierung des sozialen Umfelds; ggfs. Vorschläge zur Änderung / Erweiterung der Eingliederungsvereinbarung

Das Leistungsmodul endet im Regelfall mit den vereinbarten primären Eingliederungsleistungen der Suchtkrankenhilfe.

#### **2.2.3.5 Leistungsmodul „psychosoziale Begleitung bei der Wiedereingliederung in Arbeit“**

Nach einer längeren Phase der Arbeitslosigkeit bei gleichzeitiger Suchtproblematik reicht häufig die Durchführung einer Suchtbehandlung / Suchtrehabilitationsmaßnahme allein noch nicht aus, um eine stabile Wiedereingliederung ins Erwerbsleben zu gewährleisten. Die Beziehungs- und Belastungserfahrungen an einem Arbeitsplatz und die Bewältigung eines völlig neu strukturierten Lebensalltags stellen häufig verstärkte Rückfallrisiken dar, für die diese Menschen persönliche Begleitung und Unterstützung benötigen. Vergleichbares gilt auch für berufliche Fördermaßnahmen, die ohne eine persönliche stützende Begleitung von Teilnehmern mit einer Abhängigkeitsproblematik als eine nicht bewältigbare Anforderung erlebt werden können. Eine Notwendigkeit für eine psychosoziale Begleitung ist immer dann anzunehmen, wenn neben beruflichen und Abhängigkeitsproblemen weitere relevante psychosoziale Problemlagen bestehen (z.B. Schulden, gefährdeter Wohnraum, soziale Isolation; vgl. auch CMA-Definition).

Aufgabe dieses Leistungsmoduls ist die Sicherung der bis dahin erbrachten beruflichen, medizinischen und psychosozialen Förderleistungen während der schwierigen Phase der konkreten Wiedereingliederung in eine Berufstätigkeit und in einen geregelten und eigenverantworteten befriedigenden Lebensalltag. Das Leistungsmodul beinhaltet eine individuelle Begleitung und Unterstützung für in der Regel die Dauer eines Jahres; bei Bedarf kann die Betreuung um denselben Zeitraum verlängert werden. Die persönliche Betreuungsregelung wird in vereinbarten Intervallen hinsichtlich der Compliance des Klienten und ihrer Wirksamkeit überprüft und ggfs. revidiert.

#### **2.2.3.6 Leistungsmodul „Sicherung der Abstinenz- und Arbeitsfähigkeit“**

Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit sind Bestandteile eines chronifizierten Lebensstils. Die bewusste Entscheidung für ein verändertes Konsumverhalten schließt deshalb Rückfälle keineswegs aus. Für eine langfristig erfolgreiche Veränderung gilt es deshalb, einerseits die Klienten im Sinn einer Rückfallprävention dazu zu befähigen, Signale für v.a. psychische Belastungssituationen frühzeitig zu erkennen und konstruktiv zu beantworten, und andererseits durch geeignete Hilfsangebote die destruktive Eigendynamik des Rückfallverhaltens zu unterbrechen.

Das Leistungsmodul „Sicherung der Abstinenz- und Arbeitsfähigkeit“ wird vorrangig genutzt nach abstinenzorientierten Behandlungsmaßnahmen. Für die ersten zwei Jahre nach Behandlungsabschluss wird mit dem Klienten ein individualisierter Krisenplan für Suchtmittelrückfälle vereinbart, in den mindestens eine Vertrauensperson aus dem alltäglichen Lebensumfeld des Klienten eingebunden ist. Dieser Krisenplan beinhaltet auch die bedarfsorientierte Vermittlung / Durchführung ambulanter bzw. stationärer Entgiftungsmaßnahmen. Für die Auseinandersetzung mit der Erfahrung des Rückfalls sind bis zu 5 Einzelsitzungen möglich. Ergebnis einer solchen Auseinandersetzung kann auch die Entscheidung zur Inanspruchnahme einer weiterführenden Behandlungsmaßnahme sein.

Zusätzlich gehören zum Leistungsmodul im mehrmonatigen Abstand Einzelsitzungen, in denen im Sinne eines „Psychosozialen Checks“ bislang erreichte Veränderungen positiv bestärkt und persönliche Risikobereiche auf Belastungsindikatoren überprüft bzw. Bewältigungshinweise besprochen werden.

#### **2.2.3.7 Leistungsmodul „Sicherung der Abstinenz durch aufsuchende Hilfen im Lebensumfeld“**

Suchtmittelmissbrauch und Abhängigkeit sind häufig eingebunden in einen destruktiven Lebensstil, bei dem auch viele Bereiche der Alltags- und Beziehungsgestaltung nicht mehr ohne Suchtmittel vorstellbar sind. Nicht immer ist es möglich oder sinnvoll, durch einen Wohnortwechsel oder durch einen grundsätzlichen Abstand zum bisherigen Beziehungsnetz günstige äußere Voraussetzungen für eine abstinenten Lebensweise zu schaffen. Manche sind auch überfordert damit, gleich in allen Lebensbereichen eigenverantwortlich die notwendige Abgrenzung gegenüber einem gesellschaftlich häufig tolerierten Suchtmittelkonsum leisten zu müssen.

Das betreute Wohnen für Suchtkranke bietet Hilfebedürftigen einen als suchtmittelfrei definierten Wohnraum, entweder in einer Wohngemeinschaft der Suchtkrankenhilfe oder aber auch als betreutes Wohnen in eigenem Wohnraum. Die Suchtkrankenhilfe übernimmt hier gewissermaßen die Mitverantwortung für die Abstinenzehaltung des Klienten durch entsprechende Regelsetzungen und ggfs. Sanktionen. Das betreute Wohnen beinhaltet auch eine

regelmäßige Reflexion von Betreuer und Klient über dessen Erfahrungen in und außerhalb des geschützten Wohnraums mit der Zielsetzung einer stabilen Verselbständigung. Das Betreute Wohnen wird für die Dauer von bis zu einem Jahr vereinbart; zur Sicherung der erreichten Abstinenzstabilisierung ist eine Verlängerung der Nutzung des betreuten Wohnraums bei gleichzeitig reduzierter Betreuungsintensität möglich.

### **2.3 Vereinbarung über finanzielle Vergütung bzw. personelle Ressourcen**

Das SGB II gibt keine zwingenden Vorgaben zu Umfang und Finanzierung der vorzuhaltenden Suchtkrankenhilfeleistungen. Auch wenn derzeit noch letztlich ungeklärt ist, ob die Suchtkrankenhilfe mit einem wesentlichen Anstieg der Klientenzahlen zu rechnen hat, so ist doch deutlich, dass die durch die Eingliederungsvereinbarungen „geschickten“ Klienten hinsichtlich einer Veränderungsmotivierung und einer zeitlich und in ihrer Zielorientierung eng gefassten Hilfeleistung ganz neue Leistungsanforderungen für die Suchtkrankenhilfe bedeuten. Auch die von uns als wesentliches Element einer Mitwirkung am SGB II vorgeschlagene Mitwirkung am Fallmanagement wird mit einem erheblichen Arbeits- und Kooperationsaufwand verbunden sein. Diese Weiterentwicklungen und Erweiterungen der Leistungen der ambulanten Suchtkrankenhilfe sind nur möglich bei einer ausreichenden und stabilen Finanzierung unserer Arbeit. Die kommunale Leistungszuständigkeit darf nicht dazu führen, dass die neuen Leistungen nach dem SGB II zu Lasten eines weiterhin unverzichtbaren differenzierten Grundversorgungsangebots in der ambulanten Suchtkrankenhilfe etabliert werden: die besonderen Angebote im Rahmen der Jobcenter **sind nur auf der Basis einer regulären Basisfinanzierung zum Vorhalten der Grundversorgung der Suchtberatung möglich.**

Zwar ist nicht letztendlich klar, ob die Kommunen bzw. Arbeitsgemeinschaften Ausschreibungsverfahren einsetzen. Und es ist auch noch nicht geklärt, ob wir Leistungsvereinbarungen nach §17 SGB II (als „Dritte“) vereinbaren können oder mit den kommunalen Trägern außerhalb des SGB II verhandeln. Die Regelungen des interfraktionellen Entwurfs eines Optionsgesetzes machen jedoch deutlich, dass die Kommunen ihre bisherige Zuwendungsfinanzierung beibehalten können, die ihnen ja alle Möglichkeiten bei der Festlegung der Förderhöhe und bei der Einforderung spezifischer Leistungen offen lässt.

### **Autoren**

Das Rahmenkonzept und die Empfehlung zur Umsetzung des SGB II wurden durch eine Projektgruppe erarbeitet im Auftrag des Vorstandes des GVS und des DW-EKD.

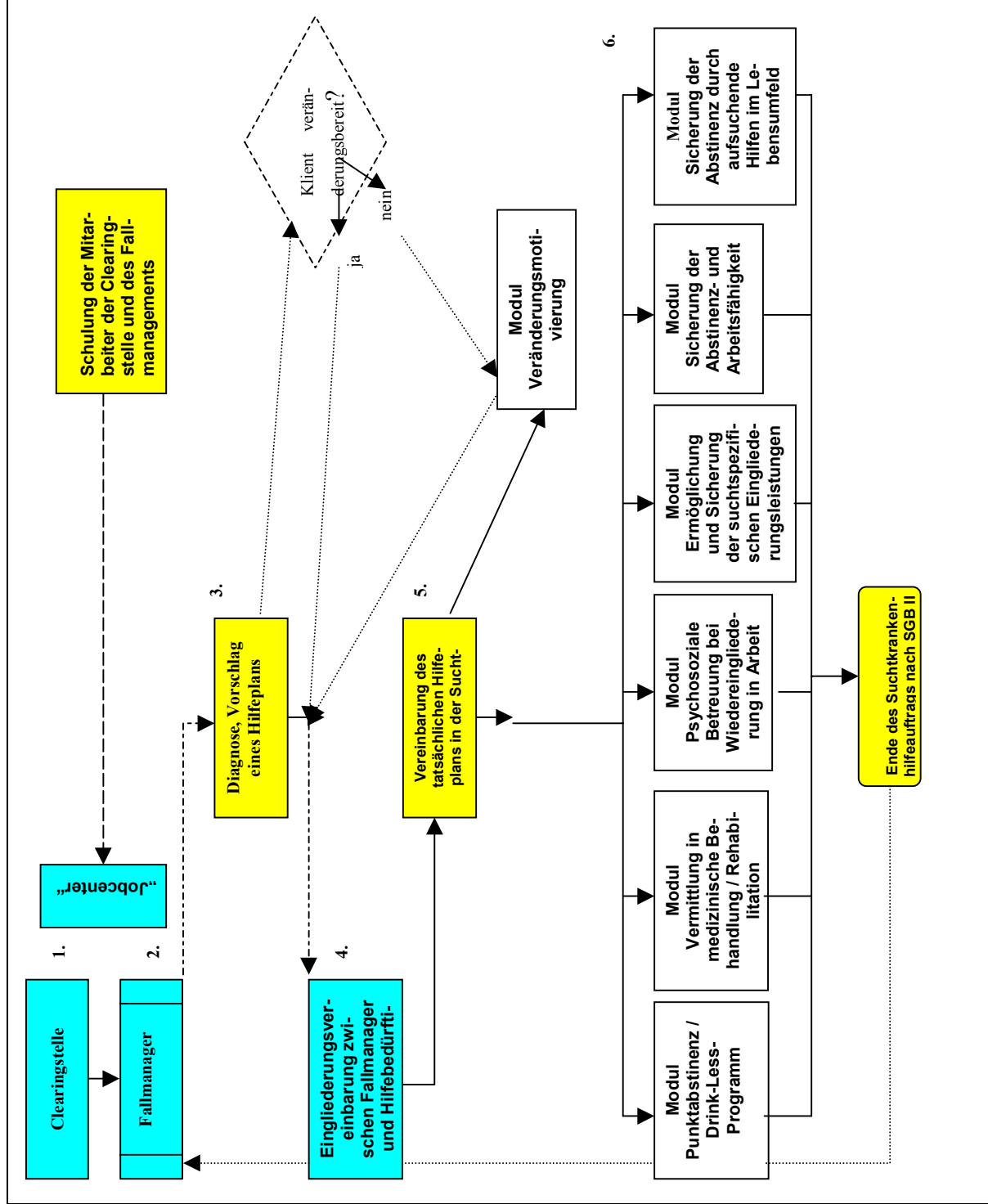
Beteiligt waren:

Herr Baudis, Frau Helas, Herr Lesehr-Lutz, Frau Linke, Herr Jetter, Herr Kaliske, Frau Mohn, Herr Petersen, Herr Schlie, Frau Schütz, Herr Urbaniak.

Vom Vorstand des GVS verabschiedet am 22.3.2004



# Ablaufdiagramm Zusammenarbeit mit Job-Centern im Rahmen von SGB II



1. Auffälligkeitsfeststellung, Verdacht auf Probleme im Umgang mit psychotropen Substanzen

2. Aufgrund suchtbedingter Zuweisung zum Fallmanager Einbindung der Suchtkrankenhilfe für Diagnose nach ICD 10 und eine umfassende Bedarfserhebung

3. Aus Sicht der Suchtkrankenhilfe notwendiger Hilfebedarf, unter Berücksichtigung der Veränderbarkeit / Möglichkeiten / Mitwirkungsbereitschaft des Klienten; Vorschlag einer Eingliederungsvereinbarung

4. sanktionsbewehrte Eingliederungsvereinbarung mit dem Hilfebedürftigen; ggfs. direkte Leistungsverpflichtung für die Einrichtung

5. Im Rahmen und in Ergänzung zur Eingliederungsvereinbarung erfolgt mit dem Klienten die gemeinsame Festlegung des tatsächlichen Hilfeplans

6. Leistungsmodule der Suchtkrankenhilfe, die im Rahmen einer Eingliederungsvereinbarung vom Hilfebedürftigen genutzt werden (selbst bei minimaler Mitwirkungsbereitschaft des Hilfebedürftigen muss es geeignete Leistungsmodule geben)

Nach Beendigung der Maßnahme(n), die in der Beauftragung festgelegt wurde, Rückmeldung an den Fallmanager und evtl. Veränderung des Hilfeplans mit anschließender neuer Beauftragung für eine weitere Maßnahme.