

Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben nach dem SGB II

Ergebnisse einer bundesweiten Befragung der Jobcenter

Evaluation of Good Practice of Job Integration of Persons with Addictive Behaviors according to the German Social Code SGB II

Results from a National Jobcenter Survey

Autoren

Jutta Henke¹, Dieter Henkel², Barbara Nägele³, Alexandra Wagner⁴

Institute

- 1 GISS Gesellschaft für innovative Sozialforschung und Sozialplanung e.V. Bremen
- 2 ISFF Institut für Suchtforschung University of Applied Sciences Frankfurt a.M.
- 3 Zoom - Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V. Göttingen
- 4 FIA Forschungsteam Internationaler Arbeitsmarkt GmbH Berlin

Schlüsselwörter

Integration ins Erwerbsleben, Suchtberatung nach § 16a SGB II, Erhebung guter Praxis, bundesweite Jobcenter-Befragung

Key words

job integration, addiction, addiction treatment based on § 16a SGB II, national jobcenter survey

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0044-100773>
Online-Publikation: 2018 | Suchttherapie
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1439-9903

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dieter Henkel
Ebertsbronn 31
97996 Niederstetten
prof.dieter.henkel@t-online.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der Studie Es wurde untersucht, welcher Umsetzungsstand bei der Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II unter dem Blickwinkel guter Praxis im Jahr 2016 erreicht wurde und ob sich die Praxis der Jobcenter seit der ersten Studie zu diesem Thema im Jahr 2009 weiterentwickelt hat.

Methode Im Zentrum stand eine bundesweite standardisierte Online-Befragung der Jobcenter, von denen sich 325 (80%)

von insgesamt 408 beteiligten. Gegenstand der Befragung waren: die personelle Ausstattung der Jobcenter, suchtspezifische Schulung der Fachkräfte, Fachkonzeptentwicklung, Kooperation mit der Suchtberatung, Verfahren zum Erkennen von Suchtproblemen, Umgang mit Sanktionen, Netzwerke im regionalen sozialen Hilfesystem, Kooperation mit der Suchtrehabilitation, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen und Integration der suchtkranken SGB II-Beziehenden in Arbeit.

Ergebnisse Im Vergleich zu 2009 lassen sich 2016 teils deutliche, teils leichte Fortschritte in der Praxis der Jobcenter erkennen. So fiel auch die Einschätzung der Integrationschancen in den ersten Arbeitsmarkt durch die Jobcenter-Fachkräfte deutlich weniger pessimistisch aus. Keine Verbesserungen sind eingetreten u. a. beim Erkennen von Suchtproblemen und der Bearbeitung der Schnittstelle zur Suchtrehabilitation. In die lokalen sozialen Netzwerke sind die Jobcenter dagegen inzwischen gut eingebunden und kooperieren mit vielen externen Akteurinnen und Akteuren.
Schlussfolgerungen Es besteht in vielerlei Hinsicht nach wie vor großer Handlungsbedarf.

ABSTRACT

Objectives The present paper examines the current state of practice of job centres in order to integrate persons with addictive behaviors into the labour market in relation to the SGB II benefit framework. In addition, the paper considers whether the practice of the job centres has developed further since 2009 when the first study on this topic was published.

Methods This research consisted of a national, standardised online survey sent out to all 408 job centres in Germany. 325 (80%) job centres responded to the survey. The survey considered the following: the specific infrastructure of the job centres, training provided to skill employees about addiction issues, development of professional support concepts, cooperation with addiction counselling facilities, procedures for the identification of addictive behaviors, procedures for handling sanctions, networking with regional social support systems, cooperation with

addiction rehabilitation facilities, health promotion measures, job promotion measures, and the integration of SGB II recipients with addictive behaviors into the workplace.

Results The results of the 2016 survey show significant and modest improvements in the practice of job centres compared to 2009. The opportunities for integration into the labour market were also viewed less pessimistically by the job centre profes-

sionals than in 2009. No advances were noted in terms of the identification of addictive behaviors and the cooperation with rehabilitation facilities. Further reports showed increased collaboration with local social networks and various external actors.

Conclusion More steps need to be taken to advance the current good practice of job centres in several remaining areas.

Einleitung und Ziel der Studie

Im Jahr 2016 erhielten rund 4,3 Millionen Menschen Leistungen der „Grundsicherung für Arbeitssuchende“ nach dem Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II) [1]. Etwa 10% haben epidemiologischen Studien zufolge ein Suchtproblem (außer Tabakrauchen) [2–4]. Für Suchtkranke ist die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben von erheblicher Bedeutung, da die Eingliederung in Arbeit einen deutlich positiven Effekt auf die Überwindung der Sucht bzw. die Stabilisierung der Abstinenz ausüben kann [5]. Verschiedene Datenquellen belegen allerdings, dass die Integration ins Erwerbsleben nur bei einem kleinen Teil der leistungsbeziehenden Suchtkranken gelingt [23]. Das dokumentiert auch die Deutsche Suchthilfestatistik (DSHS). Sie weist für das Jahr 2016 insgesamt 48 243 bzw. 15 359 Personen aus, die in einer Suchtberatungsstelle bzw. einer (teil-)stationären Rehabilitationseinrichtung betreut wurden und zu Beginn der Betreuung als Hauptlebensunterhalt Leistungen nach dem SGB II bezogen [6]¹. Von diesen konnten am Ende der Betreuung lediglich 5% bzw. 2,2% ihren Lebensunterhalt durch eine Erwerbstätigkeit bestreiten. Es besteht also eine große Herausforderung, für diese Gruppe der Suchtkranken Modelle guter Praxis zu entwickeln, um die Integrationschancen deutlich zu verbessern.

Merke

Hohe Suchtprävalenz, niedrige Reintegrationsquote

Einen Weg dorthin eröffnet der § 16a SGB II, mit dem die Jobcenter eine Suchtberatung als eine mögliche weitere soziale Leistung zur Eingliederung ins Arbeitsleben veranlassen können, wenn bei einer/einem Leistungsberechtigten ein Suchtproblem als Vermittlungshemmnis auf dem Arbeitsmarkt festgestellt wurde.

Im Jahr 2009 wurde erstmals in den Jobcentern der bundesweite Stand der Umsetzung guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II erhoben [8]. Die vorliegende, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit als Folgeuntersuchung konzipierte Studie dokumentiert den Umsetzungsstand im Jahr 2016 und geht, soweit möglich, der Frage nach, ob und wie sich die von den Jobcentern erbrachten Leistungen für Arbeitssuchende mit Suchtproblemen unter dem Blickwinkel guter Praxis im Vergleich zu den Ergebnissen der Erhebung 2009 weiterentwickelt haben [9].

Kriterien guter Praxis

Eine Erhebung von Ansätzen guter Praxis setzt ein fachlich allgemein akzeptiertes Verständnis darüber voraus, was gute Praxis im

Rahmen des SGB II ist. Bereits 2009 konnte aus zahlreichen Handreichungs- und Leitlinienpapieren verschiedener Fachverbände sowie Gesprächen mit Expertinnen und Experten aus Jobcentern, Suchtberatung und Suchtrehabilitation ein Katalog konsensfähiger Kriterien guter Praxis extrahiert werden [8]. Dieser wurde vom Drogen- und Suchtrat [10] und in einer im Rahmen der vorliegenden Studie durchgeführten qualitativen Befragung von 4 Suchtfachverbänden einhellig als Katalog guter Praxis bestätigt² (s. Infobox „Kriterien guter Praxis“).

INFOBOX „KRITERIEN GUTER PRAXIS“

- Ausreichende personelle Ausstattung der Jobcenter: günstiger Betreuungsschlüssel, um auf jeden Einzelfall bedarfsgerecht eingehen zu können
- Entwicklung eines Fachkonzepts zur Betreuung/Integration von Personen mit Suchtproblemen im Rahmen des SGB II und Beauftragung einer Jobcenter-Fachkraft als Koordinatorin/Koordinator für die fortlaufende Weiterentwicklung des Fachkonzepts
- Ausreichende Angebote an Suchtberatung in der Region
- Suchtspezifische Qualifizierung des mit der Betreuung/Integration von Personen mit Suchtproblemen befassten Jobcenter-Personals, sicheres Erkennen von Suchtproblemen, Unterstützung der Fachkräfte durch Supervision und kollegiale Beratung
- Verbindliche Kooperation der Jobcenter mit dem System der Suchthilfe, am besten vertraglich geregelt
- Frühe Einbeziehung der kooperierenden Suchtberatungsstelle in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II und in die Hilfeplanung
- Zur Verringerung des Rückfallrisikos: Sicherung der Nahtlosigkeit bei den Übergängen zwischen dem Jobcenter und Einrichtungen der Suchtrehabilitation durch Informationsaustausch über Aufnahme- und Entlasszeitpunkte und Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben
- Ausstattung von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen mit suchtspezifischer Kompetenz der Maßnahmenträger, gemeinsame Durchführung von

¹ Bei diesen Zahlen muss man in Rechnung stellen, dass die DSHS nur 70% der ambulanten und 60% der (teil-)stationären Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland umfasst [7].

² Wir danken S. Bürkle Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen im Deutschen Caritasverband (CaSu, Freiburg), Prof. Dr. A. Koch Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (BUSS, Kassel), Dr. V. Weissinger Fachverband Sucht (FVS, Bonn), Dr. T. Wessel Gesamtverband für Suchthilfe (GVS, Berlin).

Integrationsmaßnahmen durch Beschäftigungsträger und Einrichtungen der Suchthilfe

- Beteiligung der Jobcenter an lokalen/regionalen Gremien/Netzwerken unterschiedlicher sozialer Dienste (z. B. Schuldnerberatung)
- Breites Maßnahmenangebot flankierender und kurzfristig verfügbarer sozialer Dienste
- Strikte Beachtung der Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen beim Informationsaustausch zwischen Jobcenter und Suchtberatung bzw. Suchtrehabilitation

Methode

Im Zentrum der Studie stand eine bundesweite standardisierte Online-Befragung der Jobcenter, die vom 9. Mai bis zum 21. Juni 2016 durchgeführt wurde. Von den damals insgesamt 408 Jobcentern beteiligten sich 325 mit einem auswertbaren Fragebogen (2009: 323 von 439). Damit wurden 80 % aller Jobcenter erreicht. Die Jobcenter wurden gebeten, ihre Praxis zu beschreiben. Der dazu verwendete Fragenbogen orientierte sich an der Erhebung 2009, um vergleichbare Ergebnisse zu erhalten, wurde aber teilweise modifiziert sowie um einige Fragen erweitert, um Veränderungen auf der Jobcenter-Ebene seit 2009, neuen Ansätzen in der Praxis und neuen Erkenntnissen der Forschung Rechnung zu tragen. In den Online-Befragungen gab es neben den standardisierten Antwortmöglichkeiten auch eine Reihe von Freitextfeldern, in die ausführliche Erläuterungen eingefügt werden konnten. Außerdem wurden die Jobcenter um die Übermittlung von Dokumenten gebeten, die ihre Praxis beschreiben. Die Federführung beim Ausfüllen des Fragebogens lag in etwa gleich häufig bei Vertretern der Geschäftsführung, Bereichs- bzw. Abteilungsleitungen und Teamleitungen/Fachkräften aus dem Fallmanagement. Die Befragung war anonym, und es wurde sichergestellt, dass die Jobcenter nicht mehrfach antworten konnten.

Ergebnisse

Organisationelle Rahmenbedingungen

Eine ausreichende personelle Ausstattung der Jobcenter ist zweifellos eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Realisierung guter Praxis. Nach den Berechnungen der Bundesagentur für Arbeit werden die in § 44c Absatz 4 SGB II definierten Richtwerte für die Betreuungsrelationen 2016 in den von der Bundesagentur für Arbeit und den Kommunen gemeinsam getragenen Jobcentern in allen Bundesländern erreicht [11]. Lässt man jedoch Assistenzkräfte und Leitungskräfte unberücksichtigt und berechnet nur die Relation zwischen Integrationsfachkräften und den von ihnen betreuten Leistungsberechtigten, so erreichten 2016 nur 19 % der Jobcenter eine Betreuungsrelation von 1: 75 bei den unter 25-jährigen erwerbsfähigen Leistungsberechtigten bzw. 35 % eine Relation von 1: 150 bei den über 25-jährigen (► **Tab. 1**). Zwar verbesserten sich die Verhältnisse bei der jüngeren Altersgruppe im Vergleich zu 2009 deutlich, doch auch dort hatten die meisten Jobcenter nach

wie vor sehr viele erwerbsfähige Hilfebedürftige zu betreuen und damit für den einzelnen Fall entsprechend wenig Zeit zur Verfügung.

Suchtkranke können einem spezialisierten Fallmanagement zugewiesen werden, in dem in der Regel eine günstigere Betreuungsrelation existiert. ► **Tab. 1** zeigt, dass 20 % bzw. 19 % der Jobcenter bei den unter 25- bzw. über 25-Jährigen grundsätzlich so verfahren (etwas mehr als 2009), und rund 32 % nur in besonderen Fällen, z. B. wenn die Sucht eines von mehreren Vermittlungshemmnissen darstellt. Nach Einschätzung der Jobcenter liegen bei Suchtkranken im SGB II neben der Sucht oft weitere Problemlagen vor, die eine Integration ins Erwerbsleben erschweren (► **Tab. 2**). Das gilt für die unter und die über 25-Jährigen gleichermaßen. Dennoch wurden Suchtkranke in der Regel lediglich durch die allgemeine Arbeitsvermittlung betreut.

Ein Fachkonzept zum Thema, das suchtspezifische Informationen, Verfahrensweisen, Arbeitshilfen, Qualitätsstandards u.a.m. umfasst, hatten 2009 lediglich ein Fünftel der Jobcenter entwickelt. Dieser Anteil blieb 2016 nahezu unverändert (► **Tab. 1**). Von 50 % auf 75 % gestiegen ist hingegen der Anteil der Jobcenter, in denen es eine personelle Zuständigkeit für einzelfallübergreifende SGB II-Sucht-Angelegenheiten gab (► **Tab. 1**).

In Hinblick auf die suchtspezifische Qualifizierung der Jobcenter-Fachkräfte hat sich die Situation 2016 gegenüber 2009 verbessert. Gleichwohl sahen 71 % der Jobcenter noch (weiteren) Qualifizierungsbedarf. Neben Schulungen können auch Supervision und kollegiale Beratung zur Qualifizierung und Professionalisierung beitragen. Doch nur 33 % der Fachkräfte erhielten 2016 mind. 1-mal Supervision und 45 % kollegiale Beratung. Die Anteile sind deutlich zurückgegangen; sie betragen 2009 rund 44 % bzw. 63 %.

Es ist ein Zeichen guter Praxis, wenn die Jobcenter ihre Kooperation mit der Suchthilfe klar und verbindlich regeln und sich darin abstimmen, wer welche Aufgaben mit welcher Verantwortlichkeit und Zielsetzung arbeitsteilig übernimmt. In dieser Hinsicht haben sich die Verhältnisse von 2009 nach 2016 wesentlich verbessert. Denn ► **Tab. 1** zeigt, dass die Zusammenarbeit in 2016 nur noch in 28 % der JC nicht geregelt war (2009: 45 %).

Gute Praxis kann sich an den Jobcenter-Standorten nicht entfalten, wo keine bedarfsgerechten Angebote an Suchtberatung bestehen. 60 % der Jobcenter urteilten, dass die Angebote an ihren Standorten ausreichend seien, rund 11 Prozentpunkte weniger als 2009 (► **Tab. 1**). Jedes siebte Jobcenter schätzte die Angebote als nicht ausreichend ein. Als Gründe wurden u. a. lange Wartezeiten, erschwerte Zusammenarbeit aufgrund fehlender Kooperationsvereinbarungen und fehlende bzw. schlecht erreichbare Suchtberatungsstellen in ländlichen Gebieten genannt.

Erkennen von Suchtproblemen

Eine große Herausforderung der Jobcenter-Fachkräfte besteht darin zu klären, ob bei einer/einem SGB II-Leistungsberechtigten ein Suchtproblem vorliegen könnte. Die dazu praktizierten Vorgehensweisen beschränkten sich (wie 2009) im Wesentlichen darauf, die Leistungsberechtigten in jedem Erstgespräch im Bereich Aktivierung/Integration und/oder bei Auffälligkeiten (z. B. Alkoholfahne) zu fragen, ob ein Suchtproblem bestehe bzw. näher nachzufragen, wenn die/der Leistungsberechtigte ein Suchtproblem selbst an-

► **Tab. 1** Organisationelle Rahmenbedingungen der Jobcenter (JC).

Rahmenbedingungen	2009		2016	
	N	% der JC	N	% der JC
Betreuungsrelation im Bereich Betreuung/Vermittlung	289		276	
Für unter 25-Jährige Richtwert 1:75 erfüllt		7,6		19,2
Für über 25-Jährige Richtwert 1:150 erfüllt		40,4		35,5
Zuweisung Suchtkranker ins spezialisierte Fallmanagement	222		323	u25/ü25
Grundsätzlich ja		15,3		20,1/18,6
Nur in besonderen Fällen		39,6		31,6/31,9
Fachkonzept SGB II-Sucht mit verbindlichen Vorgaben, Arbeitshilfen, Qualitätsstandards	317		319	
Vorhanden		20,1		21,5
Nicht vorhanden		79,9		76,3
Personelle Zuständigkeit für einzelfallübergreifende SGB II-Sucht-Angelegenheiten	318		323	
Ja		49,7		74,9
Nein		50,3		25,1
Suchtspezifische Qualifizierung der Fachkräfte	316		316	
Bereits geschult		5,4		14,6
Bereits geschult, aber es besteht weiterer Qualifizierungsbedarf		54,7		62,0
Noch nicht geschult, aber es besteht Qualifizierungsbedarf		29,4		9,2
Sind auch ohne Schulung ausreichend qualifiziert, um Suchtkranke angemessen beraten und vermitteln zu können		10,4		14,2
Geregelte Kooperation mit Einrichtung(en) der Suchthilfe	312		315	
In Form einer Kooperationsvereinbarung		20,8		32,4
In Form eines Vertrags nach § 17 SGB II		4,2		4,8
In anderer Form		31,4		35,2
Kooperation nicht geregelt		44,9		27,6
Verfügbarkeit von Suchtberatungsangeboten vor Ort	316		319	
Angebote sind ausreichend		69,6		58,9
Angebote sind nicht ausreichend		14,2		14,1
Kann nicht beurteilt werden		16,1		29,2

spricht. Hingegen lässt sich im Vergleich zu 2009 feststellen, dass 2016 deutlich mehr Jobcenter zur weiteren Klärung des vermuteten Suchtproblems Fachdienste in Anspruch nahmen: 81 % (2009: 50 %) den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit (BA) oder das Gesundheitsamt der Kommune, 32 % (12 %) den Berufspsychologischen Service der BA. Unverändert viele kontaktierten eine Suchtberatungsstelle: 63 % bzw. 65 %.

Doch nach wie vor wurde das Erkennen von Suchtproblemen von nahezu allen Jobcentern als die größte Herausforderung in der Praxis bewertet (2009: 91 %, 2016: 94 %). Noch vergleichsweise leicht fiel es ihnen nach eigener Einschätzung, Alkoholprobleme wahrzunehmen, relativ schwer dagegen, Drogenprobleme zu erkennen. Am schwierigsten sei es, Medikamenten- und Spielsuchtprobleme zu identifizieren.

Suchtbezogene Pflichten in der Eingliederungsvereinbarung

§ 15 SGB II gibt vor, dass mit jeder/jedem Hilfebedürftigen eine Eingliederungsvereinbarung abzuschließen ist, in der Pflichten verein-

bart werden. Dabei ist bedeutsam, dass diese Handlungsaufgaben sanktionsbewehrt sind, d. h., dass bei Nicht-Einhaltung Kürzungen von Geldleistungen möglich sind. ► **Tab. 3** zeigt, dass nahezu alle Jobcenter die Inanspruchnahme einer Suchtberatung als kommunale Leistung nach § 16a SGB II in der Eingliederungsvereinbarung verankerten (2016: 90 %; 2009: 93 %). Auf die weiteren in ► **Tab. 3** aufgeführten Verpflichtungen wird später eingegangen (s. Diskussion).

Umgang mit Sanktionen

Der Umgang mit Sanktionen hat sich deutlich verändert. Das Nicht-Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle sanktionierten 2016 nur noch 13 % der Jobcenter in der Regel, 67 % in der Regel nicht und 21 % in bestimmten Fällen (2009: 36 %, 33 %, 31 %). Von Sanktionen ist abzusehen, wenn ein „wichtiger Grund“ für die Nicht-Einhaltung einer in der Eingliederungsvereinbarung festgelegten Verpflichtung vorliegt (§ 31 Abs. 1 SGB II). Eine Suchterkrankung kann ein solcher Grund sein [12]. Daher ist es fachlich schwer nachvollzieh-

bar, dass nur 38 % der Jobcenter (aber immerhin deutlich mehr als 2009: 28 %) die Suchtproblematik in der Regel als Sanktionsauschlussgrund anerkannten und 35 % nicht (2009: 34 %); die übrigen entschieden von Fall zu Fall.

► **Tab. 2** Weitere oft vorkommende Probleme, die die Integration ins Erwerbsleben erschweren nach Altersgruppen (Mehrfachnennungen) 2016.

Probleme	<25 Jahre	>25 Jahre
	% der JC	% der JC
Probleme im Bereich Bildung/Qualifikation	81,8	67,1
Brüche in der Erwerbsbiografie	60,2	80,3
Fehlende (Ausbildungs-)Reife	73,4	19,4
Schwierigkeiten beim Umgang mit Behörden	47,3	35,1
Weigerung, Unterstützung anzunehmen	58,8	49,1
Ver-/Überschuldung	49,2	52,0
Unwirtschaftliches Verhalten	51,4	42,9
Wohnprobleme/Wohnungslosigkeit	32,7	30,5
Entzug der Fahrerlaubnis	25,4	50,8
Probleme in sozialen, familiären Beziehungen	71,5	59,9
Häusliche Gewalt	8,4	9,1
Strafrechtliche Probleme	46,9	23,4
Nichtbeherrschen von Alltagsroutinen	70,3	48,4
Psychische Belastungen z. B. Ängste	53,8	59,7
Antriebslosigkeit	72,7	65,2
Fehlende Tagesstruktur	80,3	72,2
Gestörter Tag-/Nacht-Rhythmus	57,1	40,1
Wartezeiten auf Therapie	35,6	39,4
Andere gesundheitliche Beeinträchtigungen	27,5	52,2
Weitere Probleme	41,0	44,0
Gesamtzahl antwortender Jobcenter (JC)	320	318

Kooperation mit Suchtberatungsstellen

In der Fachliteratur gilt es als gute Praxis, wenn die Jobcenter die Expertise der kooperierenden Suchtberatungsstelle in die inhaltliche Gestaltung der Eingliederungsvereinbarung einbeziehen, soweit dies für den Prozess der Integration ins Erwerbsleben nützlich und erforderlich ist. 2016 gingen 39 % der Jobcenter in der Regel so vor, deutlich weniger als 2009 (53 %). Unstrittig ist, dass die Suchtberatung und die von den Jobcentern bereitgestellten arbeitsbezogenen Fördermaßnahmen möglichst aufeinander abgestimmt ablaufen sollen. Hier sind Verbesserungen im Zeitverlauf festzustellen. Der Anteil der Jobcenter, die entsprechende Informationen mit den Suchtberatungsstellen austauschen, stieg von 56 % (2009) auf 66 %. Ebenso berichteten mehr Jobcenter, dass sie ihren Eingliederungsplan mit der Suchtberatungsstelle abstimmten (2009: 21 %, 2016: 28 %). Gemeinsame Fallgespräche, die die kooperative Fallbetreuung v. a. bei komplizierten Problemlagen optimieren könnten, führte nach wie vor nur eine relativ kleine Minderheit von 14 % (2009: 10 %) regelmäßig durch.

Suchtberatung ohne Jobcenter-Zuweisung

Die meisten der SGB II-Beziehenden nehmen ohne Jobcenter-Zuweisung Kontakt zu einer Einrichtung der ambulanten Suchthilfe auf (s. Diskussion). Auf die Frage, was die Jobcenter tun, wenn sie von diesen Fällen erfahren, antworteten 24 %, dass sie sich grundsätzlich, das Einverständnis der Leistungsberechtigten vorausgesetzt, mit der Suchtberatungsstelle in Verbindung setzen, um mit dieser dann zu kooperieren. 72 % machten dies vom Einzelfall abhängig.

Effekte der Suchtberatung

Die Bereitschaft der Jobcenter, Leistungsberechtigte an eine Suchtberatungsstelle zu vermitteln und mit dieser zu kooperieren, hängt sicherlich auch davon ab, wie erfolgreich sie die Suchtberatung aufgrund ihrer Erfahrungen einschätzen. Aus der Sicht von rund 84 % der Jobcenter wurde durch die Suchtberatung meistens/häufig der Einstieg in eine Suchtrehabilitationsmaßnahme gefördert, während nur gut ein Drittel (37 %) den Effekt der Suchtberatung darin sahen, dass der Einstieg in eine Beschäftigungsmaßnahme ermög-

► **Tab. 3** Suchtbezogene Pflichten in der Eingliederungsvereinbarung (Mehrfachnennungen).

In der Eingliederungsvereinbarung wird die Verpflichtung festgehalten,	2009	2016
	% der JC	% der JC
eine Suchtberatung nach § 16a SGB II zu beginnen und sich dementsprechend bei einer Suchtberatungsstelle zu melden	93,3	88,7
die Teilnahme an einer suchtspezifischen Fördermaßnahme	-	33,5
die Suchtberatungsstelle und/oder Ärzten/Ärztinnen von der Schweigepflicht zu entbinden	44,8	32,7
sich beim einer Fachärztin/einem Facharzt vorzustellen	31,4	25,0
eine Entgiftung Oder eine Therapie zu beantragen	27,8	21,1
sich mit dem Suchtproblem auseinanderzusetzen	38,1	17,6
eine Suchtselbsthilfegruppe zu besuchen	-	16,5
während der Teilnahme an einer Arbeitsfördermaßnahme abstinent zu bleiben	8,4	4,9
Sonstiges	9,4	12,0
N Gesamtzahl antwortender Jobcenter (JC)	299	284

licht wurde. Über 60 % der Jobcenter gaben an, dass meistens bzw. häufig eine psychische Stabilisierung erreicht wurde (61 %) und auch eine Erhöhung der Abstinenzbereitschaft (69 %), wenngleich nur eine Minderheit von rund 18 % der Jobcenter davon berichteten, dass meistens/häufig eine Suchtmittelabstinenz erzielt wurde. 48 % waren der Meinung, dass Vermittlungshemmnisse abgebaut bzw. reduziert wurden, und 56 % urteilten, dass meistens/häufig mit der Sucht verbundene Folgeprobleme bearbeitet wurden.

Netzwerke

Suchtbezogene Maßnahmen allein genügen in aller Regel nicht, um eine Integration ins Erwerbsleben zu erreichen, da häufig weitere Vermittlungshemmnisse bestehen. Erforderlich ist daher ein entsprechend komplexes Konzept der Betreuung und Integration in Zusammenarbeit mit anderen externen Akteuren im sozialen Hilfesystem. Die meisten Jobcenter verfügten diesbezüglich über breitgefächerte lokale Netzwerke und nutzten diese in struktureller und fallbezogener Hinsicht: sozialpsychiatrischer Dienst/Gesundheitsamt, Sozialhilfeträger, Jugendhilfeeinrichtungen, Haus-/Fach-/substituierende Ärzte/Ärztinnen, Arbeitgeber der Region u.a.m. Wichtige Kooperationspartner waren 2016 auch die Schuldnerberatungsstellen, an die 66 % der Jobcenter suchtkranke Leistungsberechtigte oft vermittelten. Darüber hinaus nahmen die Jobcenter zur Optimierung ihrer Netzwerkarbeit an verschiedenen Gremien und Arbeitskreisen teil: 70 % an regelmäßigen Arbeitstreffen mit Suchtberatungsstellen, 51 % an örtlichen Arbeitskreisen zum „Netzwerk Sucht“, 20 % an Arbeitskreisen der Jugendhilfe, 13 % am gemeindepsychiatrischen Verbund und 9 % an örtlichen Gesundheitskonferenzen.

Kooperation mit der Suchtrehabilitation

Kooperation setzt den gegenseitigen Austausch von Informationen voraus, v. a. darüber, welche arbeitsbezogenen Fördermaßnahmen seitens des Jobcenters begonnen wurden und möglicherweise von der Reha-Klinik nahtlos fortgesetzt werden könnten. Doch nach wie vor gaben nur 13 % (2009: 12 %) der Jobcenter entsprechende Informationen an die Einrichtungen der Suchtrehabilitation weiter, 59 % (63 %) taten das nicht und bei 28 % (24 %) gab es dazu kein einheitliches Vorgehen. In umgekehrter Richtung erhielten 21 % (2009: 23 %) der Jobcenter von Reha-Einrichtungen in der Regel Informationen über die dort durchgeführten arbeitsbezogenen Leistungen und weitere 30 % (27 %) zumindest auf Nachfrage. Nahezu alle Jobcenter, die solche Informationen bekamen, bewerteten diese als hilfreich (66 %; 2009: 66 %) oder zumindest teilweise hilfreich (22 % bzw. 27 %) für die weitere Konzeptionierung ihrer Maßnahmen.

Ein weiteres Indiz für die nach wie vor weitgehend defizitäre Bearbeitung der Schnittstelle zwischen Jobcentern und Suchtrehabilitation ist der Befund, dass es nur 30 % (2009: 37 %) der Jobcenter in den meisten Fällen schafften, die arbeitsbezogenen Maßnahmen zeitlich nahtlos an die Suchtrehabilitation anzuschließen; 43 % der Jobcenter (2009: 41 %) gelang dies manchmal, 14 % (11 %) selten bzw. nie; die übrigen hatten dazu keine Erkenntnisse.

Integration in Arbeit

Das letztendliche Ziel der Betreuung im SGB II ist die Überwindung der Hilfebedürftigkeit durch Aufnahme einer Existenz sichernden Beschäftigung. Auf ihre Erfahrung gestützt, waren in 2016 lediglich rund 3 % der Jobcenter der Auffassung, dass die Erwerbsinteg-

ration bei Suchtkranken im Rahmen des SGB II nicht weniger häufig gelingt als bei Leistungsberechtigten ohne Suchtproblematik. 67 % (2009: 86 %) gaben an, eine Erwerbsintegration Suchtkranker gelinge nur in Ausnahmefällen. Allerdings sei dafür nicht immer primär die Suchtkrankheit verantwortlich, urteilten 2016 rund ein Fünftel der Jobcenter. Die Ergebnisse offenbaren zudem eine große Skepsis der Jobcenter in Hinblick auf mögliche zusätzliche Bedingungen, die die Integrationschancen erhöhen könnten. Aber immerhin beurteilten 59 % der Jobcenter die Fortsetzung der persönlichen Unterstützung nach erfolgter Arbeitsplatzvermittlung positiv für die Stabilisierung des Integrationsprozesses. Im Vergleich zu 2009 fiel die Einschätzung der Integrationschancen im Jahr 2016 deutlich weniger pessimistisch aus.

Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen

Als Zwischenschritte auf dem Weg zur Integration ins Erwerbsleben können seitens der Jobcenter unterschiedliche Maßnahmen zur Beschäftigung und Qualifizierung zum Einsatz kommen. Die damit verbundenen Zielsetzungen können je nach Einzelfall sehr verschieden sein und in der psychosozialen Stabilisierung, Sicherung und Erhöhung der Beschäftigungsfähigkeit, einer Stärkung der Erwerbsmotivation, der Vermittlung von Qualifikationen oder von Erfahrungen mit dem Arbeitsalltag bestehen. Solche Maßnahmen können unterschiedlich gestaltet sein. Sie können speziell für Suchtkranke konzipiert sein, oder es handelt sich um allgemeine Maßnahmen, in denen aber die besonderen Bedarfe von Suchtkranken berücksichtigt werden, z. B. durch angepasste Arbeitszeiten oder Begleitung durch suchtspezifisch geschultes Personal. 20 % der Jobcenter boten beide Varianten an, 32 % nur die erste und 22 % nur die zweite Variante. Schlechte Praxis ist, wenn die besonderen Bedarfe der Suchtkranken bei der Maßnahmengestaltung überhaupt nicht berücksichtigt werden, wie dies bei rund 26 % der Jobcenter der Fall war, nahezu unverändert gegenüber 2009 mit rund 29 %. Wo die Jobcenter Maßnahmen vorhielten, in denen die Bedarfe von Suchtkranken berücksichtigt wurden, fand häufig eine psychosoziale Begleitung statt.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

Seit dem 1. Juli 2010 stehen den Jobcentern Mittel zur Gesundheitsförderung zur Verfügung [13]. Doch nur eine kleine Minderheit der Jobcenter motiviert und unterstützt suchtkranke Leistungsberechtigte, an solchen Maßnahmen teilzunehmen, z. B. an Beratungsangeboten, Informationsveranstaltungen, Aktionstagen in Kooperation mit Krankenkassen. Nur rund 5 % der Jobcenter motivierten Suchtkranke zu Tabakentwöhnungsmaßnahmen, 16 % zu Angeboten der Ernährungsberatung (z. B. bei Adipositas) und rund 14 % zu Sport- und Fitnessmaßnahmen.

Was ist besonders schwierig?

In der Arbeit mit Suchtkranken identifizierten die Jobcenter wie schon 2009 3 herausragende Schwierigkeiten: 94 % (2009: 91 %) fanden das Erkennen von Suchtproblemen schwierig, 76 % bzw. 80 % die Motivierung der suchtkranken Leistungsberechtigten zur Inanspruchnahme einer Suchtberatung und 75 % bzw. 84 % die nachhaltige Vermittlung in Ausbildung bzw. Beschäftigung. Mit deutlichem Abstand folgen 2 Herausforderungen, die 2016 im Ver-

gleich zu 2009 häufiger als schwierig eingestuft wurden: Suchtprobleme ansprechen und guten Kontakt zu den Leistungsberechtigten aufbauen und halten (jeweils 48 % bzw. 39 %). Als schwierig stuften 34 % bzw. 38 % der Jobcenter auch die Verfügbarkeit von speziell auf Suchtkranke zugeschnittenen Arbeitsfördermaßnahmen ein und 25 % bzw. 20 % die Abstimmung mit der Suchthilfe in der Fallsteuerung und Fallverantwortung. Das Sanktionieren von suchtkranken Leistungsberechtigten wurde nur noch von einem Viertel (2009: 34 %) der Jobcenter als schwierig bewertet, was darauf zurückzuführen sein dürfte, dass die Jobcenter-Fachkräfte deutlich seltener Sanktionen verhängen und auch eine geklärtere Haltung gegenüber Sanktionen entwickelt haben.

Diskussion

In den Bereichen, in denen es konsensfähige Kriterien guter Praxis und Vergleichswerte aus den Erhebungen 2009 und 2016 gibt, lassen sich teils deutliche, teils leichtere Fortschritte in der Praxis der Jobcenter nachweisen. Auch hinsichtlich des Umgangs mit Sanktionen sind ausgeprägt positive Veränderungen festzustellen. Gleichwohl ist zu problematisieren, dass zwar weniger, aber nach wie vor viele Jobcenter Verpflichtungen in der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II festschreiben, die nicht sanktionsbewehrt sein dürfen. Eine Zuweisung zur Suchtberatung setzt das Einverständnis des Hilfebedürftigen voraus [14]. Weiter reichende in ► **Tab. 3** aufgeführte Behandlungspflichten (Arztkonsultation, Entgiftung, Suchttherapie) dürfen nach gängiger Rechtsprechung nicht Gegenstand einer Eingliederungsvereinbarung sein [9]. Analoges dürfte für andere suchtbetragene Maßnahmen gelten, z. B. den Besuch einer Suchtselbsthilfegruppe. Diesem Trend sind die Jobcenter gefolgt, wenngleich nur in begrenztem Maße. Das gilt auch für die Forderung, sich mit dem Suchtproblem auseinanderzusetzen, die grundsätzlich höchst problematisch ist, weil sie in Hinblick auf ihre Einhaltung (und damit Sanktionierbarkeit) kaum überprüfbar bzw. beliebig auslegbar ist. Zur Schweigepflichtbindung führt die Bundesagentur für Arbeit aus, dass sie eine Einwilligung ist, „(...) die nur rechtswirksam ist, wenn sie freiwillig erfolgt. Deshalb verbietet es sich auch, sie zum Bestandteil der sanktionierbaren Eingliederungsvereinbarung zu machen“ [15]. Die Befragungsergebnisse in ► **Tab. 3** zeigen, dass in 2016 im Vergleich zu 2009 zwar deutlich weniger, aber immer noch ein Drittel der Jobcenter gegen dieses Rechtsprinzip verstießen.

Merke

Eingliederungsvereinbarung oft nicht rechtskonform

Positiv zu bewerten ist, dass die seitens der Jobcenter bereitgestellten Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen eine große konzeptionelle und methodische Vielfalt aufweisen, die im Vergleich zu 2009 noch weiter zugenommen hat. Darin spiegeln sich im Wesentlichen die 2 zwischenzeitlich in Kraft getretenen Reformen der arbeitsmarktpolitischen Instrumente, die die Jobcenter für individuellere und flexiblere Förderkonzepte nutzten [16, 17]. Dies kam vielerorts benachteiligten Zielgruppen zugute. Der Befund, dass die Jobcenter die Integrationschancen der Suchtkranken in eine existenzsichernde Beschäftigung im Vergleich zu 2009 weniger pessi-

mistisch einschätzten, geht wahrscheinlich primär auf die seitdem deutlich verbesserte Lage auf dem Arbeitsmarkt zurück [1].

Die Zielsetzung der medizinischen Rehabilitation richtet sich auf die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben durch Wiederherstellung der Gesundheit, hier v. a. durch Behandlung der Sucht. In dieser Hinsicht gibt es eine bedeutsame gemeinsame Schnittmenge mit den Zielen des SGB II. Demzufolge besteht ein objektives Kooperationsinteresse zwischen den Jobcentern und den Reha-Einrichtungen. Dort sollen arbeitsbezogene Leistungen (z. B. Profiling, Bewerbungscoaching, PC- und EDV-Kurse, Belastungserprobungen in externen Betrieben) essenzieller Bestandteil der Behandlung sein. Deshalb wäre es sinnvoll, wenn sich die Jobcenter und die Reha-Einrichtungen in diesem Maßnahmenbereich abstimmen würden, um größere Integrationseffekte zu erzielen, Redundanz zu vermeiden und Ressourcen zu sparen. Doch hier sind wenig Verbesserungen von 2009 nach 2016 zu erkennen. Ein nahtloser Anschluss arbeitsbezogener Maßnahmen an die Suchtrehabilitation, dessen Realisierung die frühzeitige Informierung der Jobcenter durch die Reha-Einrichtungen über den Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung voraussetzt, ist von hoher Bedeutung, da die Phase nach Abschluss der Suchtbehandlung eine prekäre Übergangsphase darstellt, in der die Aufrechterhaltung des suchtspezifischen Therapieerfolgs sehr gefährdet ist und durch eine Beschäftigungsmaßnahme stabilisiert werden kann [18–20].

Substanzielle Fortschritte in der Kooperation der Jobcenter mit der Suchtrehabilitation wären zu erwarten, wenn die seitens der Suchtfachverbände entwickelten BORA-Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbzugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker [21] in den Reha-Kliniken bundesweit umgesetzt und die Jobcenter ihrerseits die entsprechenden Voraussetzungen schaffen würden.

Die überwiegend positive Einschätzung der Effekte der Suchtberatung durch die Jobcenter wird erheblich dadurch getrübt, dass viele SGB II-Leistungsberechtigte, die von einem Jobcenter einer Suchtberatungsstelle zugewiesen werden, die Suchtberatung vorzeitig bzw. unplanmäßig abbrechen. Nach einer Studie von Martens et al. [22] war dies bei 61 % der Männer und 58 % der Frauen der Fall, während es in der Gruppe der SGB II-Beziehenden ohne Jobcenter-Zuweisung mit 47 % bzw. 45 % deutlich weniger waren. Darin kommen wahrscheinlich primär Unterschiede in der Behandlungsmotivation zum Ausdruck.

Die praktizierten Verfahrensweisen zum Erkennung von Suchtproblemen und die für die Fachkräfte unterschiedlich hohen Schwierigkeitsgrade bei der Identifizierung der verschiedenen Suchtprobleme führen dazu, dass sich die von Jobcentern an die Suchtberatung Vermittelten suchtdiagnostisch stark selektiv zusammensetzen, d. h. weit überproportional häufig aus Personen mit Alkoholproblemen, während z. B. Spielsüchtige und Medikamentenabhängige so gut wie gar nicht vertreten sind [22, 23]. Zudem wird nur die Spitze des Eisbergs erfasst. Wie einleitend schon erwähnt, haben epidemiologischen Studien zufolge etwa 10 % der Menschen, die Leistungen nach dem SGB II beziehen, ein Suchtproblem (außer Tabakrauchen). Das wären, bezogen auf das Jahr 2015, rund 430 000 Personen. Denen stehen hochgerechnet lediglich 10 630 Personen gegenüber, die im Jahr 2015 von einem Jobcenter an eine Suchtberatung nach § 16a SGB II vermittelt und an die Bundesagentur für Arbeit gemeldet wurden [24]. Diese niedrigen Zahlen erklären sich zum einen daraus,

dass nicht jedes Suchtproblem ein Vermittlungshemmnis darstellt; aber nur in diesem Fall kann der § 16a SGB II zur Anwendung kommen. Zum anderen ist davon auszugehen, dass seitens der Jobcenter auch informelle Zuweisungen zur Suchtberatung erfolgen. Darüber hinaus ergab die vorliegende Erhebung auch Hinweise darauf, dass die Jobcenter ihre Beratungsangebote und Vermittlungsbemühungen stark einschränken, wenn sie Suchtkranke nur noch für begrenzt erwerbsfähig bzw. vermittelbar halten. Zudem ist eine Anwendung des § 16a SGB II nicht unbedingt nötig, wenn die als suchtkrank erkannten Leistungsberechtigten bereits Klientinnen oder Klienten einer Suchtberatungsstelle sind oder waren. Die DSHS weist für 2016 insgesamt 44 762 SGB II-Beziehende aus, die von sich aus, d. h. ohne Jobcenter-Zuweisung, Kontakt zu einer Einrichtung der ambulanten Suchthilfe hatten [6].

In diesem Kontext stellt sich die Frage, in welchen Fällen bzw. unter welchen Bedingungen eine kooperative Fallbearbeitung zwischen Jobcenter und Suchtberatungsstelle gegenüber einer getrennten Betreuung zu größeren Suchtbehandlungs- und Arbeitsintegrationseffekten führen kann. Dies zu klären, wäre eine Aufgabe zukünftiger Forschung.

Verschiedene Studien zeigen, dass mind. ein Drittel der Leistungsberechtigten im SGB II an (mind.) einer gesundheitlichen Einschränkung bzw. einer manifesten Erkrankung leiden, die eine Wiedereingliederung in Arbeit erschwert [13]. Dabei spielen v. a. 3 Probleme eine wesentliche Rolle, die bei Leistungsbeziehenden nach dem SGB II (z. B. im Vergleich zu Erwerbstätigen) überproportional weit verbreitet sind: Tabakrauchen, Übergewicht/Adipositas und Bewegungsarmut [4, 25]. Daher sollten diesbezügliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu den routinemäßigen Angeboten der Jobcenter gehören, um die Integrationschancen der suchtkranken SGB II-Leistungsberechtigten weiter zu erhöhen [13].

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

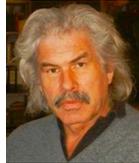
Aus suchtspezifischer Sicht sind v. a. folgende Probleme unverändert geblieben: die Schwierigkeit, im Regelbetrieb der Jobcenter Suchtprobleme zu erkennen, suchtkranke Leistungsberechtigte zu motivieren, eine Suchtberatung zu beginnen und die Schwierigkeit, diese möglichst erfolgreich abzuschließen, wobei hier natürlich ebenso die Suchthilfe gefordert ist. Während sich die Kompetenzen zur effektiven Motivierung durch entsprechende Schulungsmaßnahmen erhöhen ließen, z. B. durch Vermittlung von Techniken der „motivierenden Gesprächsführung“ [26], ist das Suchterkennungsproblem durch suchtspezifische Qualifizierungen allein nicht wirklich lösbar.

Autoren



Jutta Henke

Dipl.-Sozialpädagogin, wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Gesellschaft für Sozialforschung und Sozialplanung (GISS) e.V., Bremen.



Prof. Dr. phil. Dieter Henkel

1975–2008 Professor für Psychologie und Suchtforschung und seit 1997 Institut für Suchtforschung ISFF an der Frankfurt University of Applied Sciences, Mitglied des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS, Redakteur der Zeitschrift SUCHT.



Barbara Nägele

Dipl. Sozialwissenschaftlerin, seit 2003 als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei Zoom – Gesellschaft für prospektive Entwicklungen e.V., Göttingen



Dr. phil. Alexandra Wagner

Geschäftsführerin des Forschungsteams Internationaler Arbeitsmarkt (FIA) Berlin, seit 1990 in der Arbeitsforschung tätig, u. a. am Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Institut (WSI) und am Institut für Arbeit und Technik (IAT)

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Bundesagentur für Arbeit Analyse der Grundsicherung für Arbeitssuchende. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit; Dezember 2015 und Bundesagentur für Arbeit. Arbeitsmarktstatistik. Nürnberg 2009–2016
- [2] Henkel D, Schröder H. 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 2015; 15 3: 102–113
- [3] Kaltenborn B, Kaps P. Einbeziehung der kommunalen Leistungen in die Zielsteuerung des SGB II. In Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Forschungsbericht 434 Berlin: 2012
- [4] Henkel D. Ein Überblick über empirische Daten zur Prävalenz des Substanzkonsums, des problematischen Glücksspiels und suchtförmiger Essstörungen bei Hartz-IV-Beziehenden. Suchttherapie 2016; 17 3: 106–114
- [5] Henkel D. Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). Current Drug Abuse Reviews 2011; 4: 4–27
- [6] Institut für Therapieforchung. Deutsche Suchthilfestatistik DSHS, Tabellenband 2016. IFT Institut für Therapieforchung; München: 2017

- [7] Brand H, Steppan M, Künzel J et al. Bildung und Sucht: eine explorative Untersuchung im Rahmen der Deutschen Suchthilfestatistik. *SUCHT* 2015; 61: 69–78
- [8] Henke J, Henkel D, Nägele B et al. Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2009
- [9] Henke J, Henkel D, Nägele B et al. Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration und Aktivierung suchtkranker Leistungsberechtigter nach dem SGB II: Endbericht. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2017
- [10] Bahemann A, Koch A, Zemlin et al. Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. Konsenspapier des Schnittstellenausschusses des Drogen- und Suchtrats. *SUCHT* 2012; 58: 207–209
- [11] Deutscher Bundestag. 18. Wahlperiode. Drucksache 18/10802, 6.1.2017
- [12] Winkler U. Sucht und Arbeitslosen-, Rehabilitations- und Teilhaberecht. In: Henkel D, Zemlin U, (Hrsg.). *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis.* Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag; 2008: 500–559
- [13] Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Empfehlungen des Deutschen Vereins zur gesundheitsbezogenen Ausrichtung der Integration in Arbeit. Berlin: 2016
- [14] Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. Empfehlungen des Deutschen Vereins zu den kommunalen Eingliederungsleistungen nach § 16a SGB II. Berlin: 2014
- [15] Bundesagentur für Arbeit. Befragung zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Schreiben des Vorstands Grundsicherung an die Geschäftsführer Grundsicherung in den Regionaldirektionen. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit; Februar 2009
- [16] Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente. Drucksache 16/10801 vom 8.11.2008
- [17] Deutscher Bundestag. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt. Drucksache 17/6277 vom 24.06.2011
- [18] Weissinger V. Förderung der Teilhabe Abhängigkeitskranker am Arbeitsleben. Erfordernisse für ein organisationsübergreifendes Schnittstellenmanagement aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V.. *Sucht aktuell* 2012; 19: 60–69
- [19] Weissinger V, Schneider R. Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben – eine träger- und organisationsübergreifende Aufgabe. *Sucht aktuell* 2015; 1: 27–46
- [20] Henkel D, Zemlin U, Dornbusch P. Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projekts und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: Henkel D, Zemlin U, (Hrsg.). *Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis.* Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag; 2008: 214–241
- [21] Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014
- [22] Martens M, Verthein U, Buth S et al. Ambulante Suchthilfe n Hamburg. Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation BADO. Universität Hamburg; 2008;
- [23] Henkel D, Zemlin U. Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch Jobcenter und Integration in Arbeit: eine kritische Bilanz. *SUCHT* 2013; 59: 279–286
- [24] Bundesagentur für Arbeit. *Arbeitsmarkt in Zahlen, Förderstatistik, Deutschland.* Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit; 2016
- [25] Schnuerer I, Baumann S, Haberecht K et al. Patterns of health risk behaviors among job-seekers: a latent class analysis. *International Journal of Public Health* 2015; 60: 111–119
- [26] Miller WR, Rollnick S. *Motivierende Gesprächsführung.* Freiburg: Lambertus; 3. Aufl. 2015