

# **(RE)INTEGRATION VON SUCHTKRANKEN MENSCHEN IN DIE GESELLSCHAFT – WAS HABEN WIR ERREICHT, WAS KÖNNEN WIR NOCH ERREICHEN?**

Fachtag „Integrative Suchthilfe in Mainz –  
Entwicklungen, Herausforderungen & Perspektiven“

14. November 2018

Jutta Henke

# EIN SCHNELLER ÜBERBLICK

## Warum stehe ich hier?

- 📌 2016: Bundesweite Untersuchung bei Jobcentern: „**Gute Praxis der Aktivierung und Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben**“
- 📌 Auftraggeber: BMG und BMAS, Konsortium: FIA, GISS, zoom e.V. und Dieter Henkel

## Worum geht's?

- 📌 Integration und Teilhabe – in den Begriffen steckt der Maßstab
- 📌 Ergebnisse der Studie zur Erwerbsteilhabe suchtkranker Menschen und den Unterstützungsangeboten der Jobcenter (Arbeitsmarktintegration, Unterstützung der Rehabilitation)
- 📌 Was bleibt zu tun?

# INTEGRATION UND TEILHABE

# GESELLSCHAFTLICHE INTEGRATION SUCHTKRANKER

## Integration in die Gesellschaft

- Ein Begriff – unterschiedliche Lesarten
  - Einerseits: Einschluss in gesellschaftliche Systeme, setzt bei allen Akteuren Integrationsbereitschaft voraus
  - Andererseits: Anforderung an den einzelnen, sich an die Normen der Mehrheitsgesellschaft anzupassen (→ z. B. Integrationsgesetz)
  - Exklusionsrisiko: Grenzziehung zwischen Integrierten und Nicht-Integrierten
- Schwacher Rechtsbegriff
- Kein Maßstab für die Qualität von Einschluss

# TEILHABE UND INKLUSION

## 🔗 Weicher Begriff mit hartem Kern

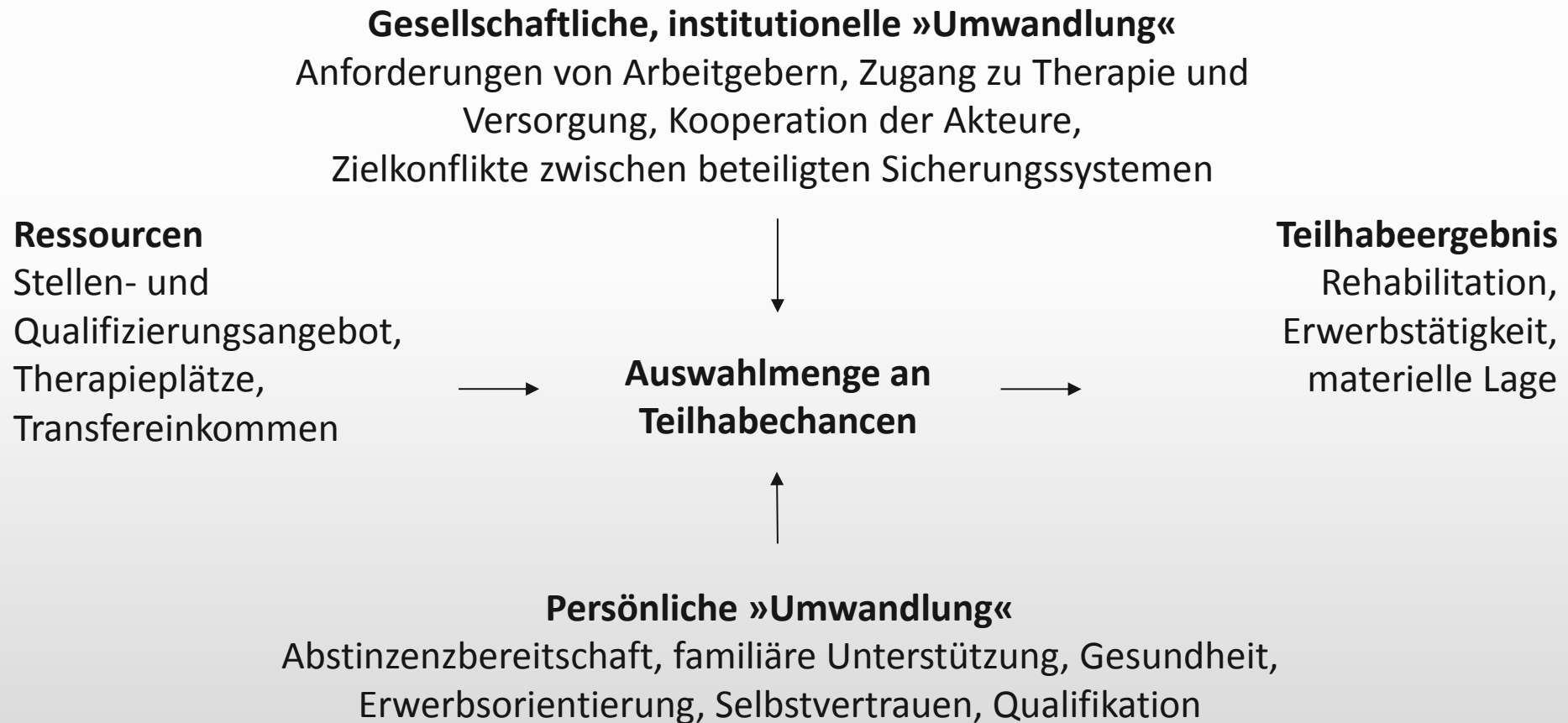
## 🔗 Was macht Teilhabe aus?

- Direkte Wohlfahrtsmessung – Aktivitäten und Handlungsmöglichkeiten, die eine Person mit Ressourcen erreichen kann
- Wahl der eigenen Lebensweise – Rechte, Beteiligung, Einfluss
- Mehrdimensionalität – Konzept für alle Bereiche der Lebensführung
- Orientierung an einer gesellschaftlich üblichen Lebensweise
- Bewertung gesellschaftlicher Bedingungen aus individueller Perspektive

## 🔗 Teilhabe setzt Ungleichheit Grenzen

- Untere Grenze: »Mindestmaß an Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Leben« (BVerfG)
- Obere Grenze: »volle und wirksame Teilhabe / Einbeziehung« (UN-BRK)

# »UMWANDLUNG« VON RESSOURCEN IN TEILHABE



Quelle: nach SOFI/Bartelheimer

Jutta Henke, 14.11.2018

# TEILHABE ALS MESSLATTE

- Je weniger Ressourcen vorhanden sind und je gravierender die Einschränkungen bei den persönlichen Bedingungen sind, desto dringender kommt es auf die gesellschaftlichen Umwandlungsbedingungen an, um Teilhabe/Integration zu erreichen.
- **Wo lässt sich ansetzen?**
  - Lebenslagen/Teilhabledimensionen: Erwerbsteilhabe, Einkommen, gesundheitliche Teilhabe, Wohnen, soziale Beziehungen, Stigmatisierung
  - Teilhabewünsche: ... „ein ganz normales Leben führen“
  - Inklusive Ausgestaltung der Hilfesysteme: barrierefrei, ermöglicht Normalität und Selbstbestimmung, ermittelt Teilhabeeinschränkungen und beseitigt sie, stellt sich dem Urteil der Nutzer/innen

# SUCHT UND ARBEITSLOSIGKEIT

## 🔗 Arbeit vermittelt Teilhabe

- Existenzsicherung/Einkommen, Ansprüche auf soziale Sicherung (Arbeitslosengeld, Rente), Soziale Beziehungen, Qualifikation und Lernen, Zeitverwendung, Struktur, Sinn, Anerkennung

## 🔗 Wechselwirkung zwischen Arbeitslosigkeit und Sucht

- Hohe Suchtprävalenzen bei Arbeitslosen: Sucht als Auslöser von Arbeitsplatzverlust, Arbeitslosigkeit als Verstärker für Suchtprobleme
- Z.B. AOK-Studie (Henkel): Patient/innen mit Suchtdiagnose (Alkohol): AGL II: 6,1 % (m) 2,0 % (w), Beschäftigte: 1,1 % (m), 0,3 % (w)
- Sehr konsistente Befunde, wenig Veränderung: Auch gute Arbeitsmarktbedingungen wirken sich nicht deutlich begünstigend aus
- Stellt Therapieerfolg in Frage: Arbeitslosigkeit nach Behandlung



## DIE INTEGRATION SUCHTKRANKER LEISTUNGSBERECHTIGTER IN BESCHÄFTIGUNG AUF DEM 1. ARBEITSMARKT (INKL. DER VERMITTLUNG IN AUSBILDUNG) ...

67,4%

*gelingt aufgrund der Suchterkrankung nur in Ausnahmefällen*

58,6%

*gelingt dann häufiger, wenn der/die suchtkranke Arbeitnehmer/in nach der Vermittlung weiter persönlich unterstützt wird.*

22,9%

*gelingt dann häufiger, wenn die Suchtberatungsstelle dem Arbeitgeber gegenüber weitere Unterstützung für den/die suchtkranke Arbeitnehmer/in zusichert*

# **GUTE PRAXIS DER INTEGRATION SUCHTKRANKER INS ERWERBSLEBEN IM RAHMEN DES SGB II – WAS TUN DIE JOBCENTER?**

# AUF DER SUCHE NACH GUTER PRAXIS: ONLINE-BEFRAGUNG UND FALLSTUDIEN

**2016: Bundesweite Untersuchung im Auftrag des BMG und des BMAS**

**Wiederholungsbefragung nach 2009**

## **1. Online-Befragung bei 408 Jobcentern**

🔗 325 Jobcenter haben sich beteiligt (79,7 %), darunter 237 gE und 88 zkT

## **2. Fünf Fallstudien**

🔗 85 Gespräche mit Jobcentern, Kommunen, Arbeitsagenturen, Suchtberatungsstellen, Sucht-Reha-Einrichtungen, Maßnahmeträgern, Leistungsberechtigten

## **3. Literaturstudie und Befragung Suchtfachverbände**

## **4. Workshopreihe**

# EINIGE BEFUNDE IM ÜBERBLICK

**Wesentliche Veränderungen seit 2009 aus Sicht der Jobcenter: mehr Suchtkranke, bessere Vernetzung, höhere Beratungskompetenz**

- Schulungen mit positiven Effekten auf Beratungskompetenz und Kooperation
- Besonders schwierig: Suchterkrankung erkennen und ansprechen

**Hohe Heterogenität: mehr Jobcenter mit suchtspezifischen Zuständigkeiten, innovative Maßnahmekonzepte – aber auch viele Jobcenter ohne Angebot**

**Effekte im Einzelfall höher bewertet als Integrationen**

- Tagesstruktur, „Stabilisierung“, Erhöhung von Veränderungsbereitschaft, gesundheitsbewussteres Verhalten, Abstinenzmotivation

# BERATUNG UND VERMITTLUNG IM JOBCENTER

## Nutzung interner und externer Expertise – suchtsensible Beratung

- Einschaltung des Ärztlichen Dienstes der Agentur (2009: 50 %, 2016: 82 %), der Suchtberatungsstellen (kaum verändert: 63 %) und des Berufspsychologischen Services (2009: 12 %, 2016: 32 %) bei Diagnosefragen
- Sucht spricht als „wichtiger Grund“ gegen Sanktion: 38 % der JC (2009: 28 %)
- Erwerbsfähigkeit zwischen JC und DRV „strittig“: Ein Drittel der Jobcenter schränkt Vermittlungsbemühungen ein.

## Größere Bedeutung von Einzelfallhilfen: Der Fall steuert

- Auffälligkeiten wahrnehmen und ansprechen, Diagnose den Expert/inn/en überlassen
- Sozialarbeiterische Einzelfallhilfen im internen (und externen) Fallmanagement orientieren sich an der Logik des Falls

# BESCHÄFTIGUNG FÜR SUCHTKRANKE

## Minderheit der Jobcenter mit spezialisiertem Angebot

- 51 % der Jobcenter ohne spezialisierte Angebote
- 26 % mit spezialisierten und nicht spezialisierten Angeboten
- 29 % Jobcenter ganz ohne Maßnahmeangebot für Suchtkranke – mehr Angebote in Ostdeutschland

## Breites Maßnahmespektrum – Hauptziel Stabilisierung

- „Allgemeine Maßnahmen“ mit spezifischem Profil: Akzeptierende Haltung, individuell angepasste Arbeitszeiten und Anforderungen, multiprofessionelle Begleitung, praktische Unterstützung und Begleitung, Vernetzung
- Nutzung von Strukturen der Eingliederungshilfe, Reha-Maßnahmen, Modellprojekt der einzelfallbezogenen Hilfeplanung

# DIE WICHTIGSTEN ERFOLGSFAKTOREN BEI DER BETREUUNG ERWERBSFÄHIGER LEISTUNGSBERECHTIGTER MIT SUCHTPROBLEMEN AUS SICHT DER JOBCENTER

*Eine enge Zusammenarbeit mit den Suchtberatungsstellen und den anderen Einrichtungen der Suchthilfe*



2,1

*Eine Betreuungsrelation, die genug Zeit für die Arbeit mit Suchtkranken sichert*



2,2

*Ein breites und kurzfristig verfügbares Angebot sozial flankierender Dienste*



2,4

*Die suchtspezifische Qualifizierung des in der Vermittlung/Beratung tätigen Personals*



2,5

# KOOPERATION DER HILFESYSTEME



# KOOPERATION MIT SUCHTBERATUNG UND LOKALEN NETZWERKEN

## **Mehr Verbindlichkeit in der Kooperation mit Suchtberatung**

- 🔹 Nur 27 % ohne Kooperationsvereinbarung mit Suchtberatung (2009: 45 %) – aber gemeinsame Fallbesprechungen selten (2009: 10 %, 2016: 14 %)

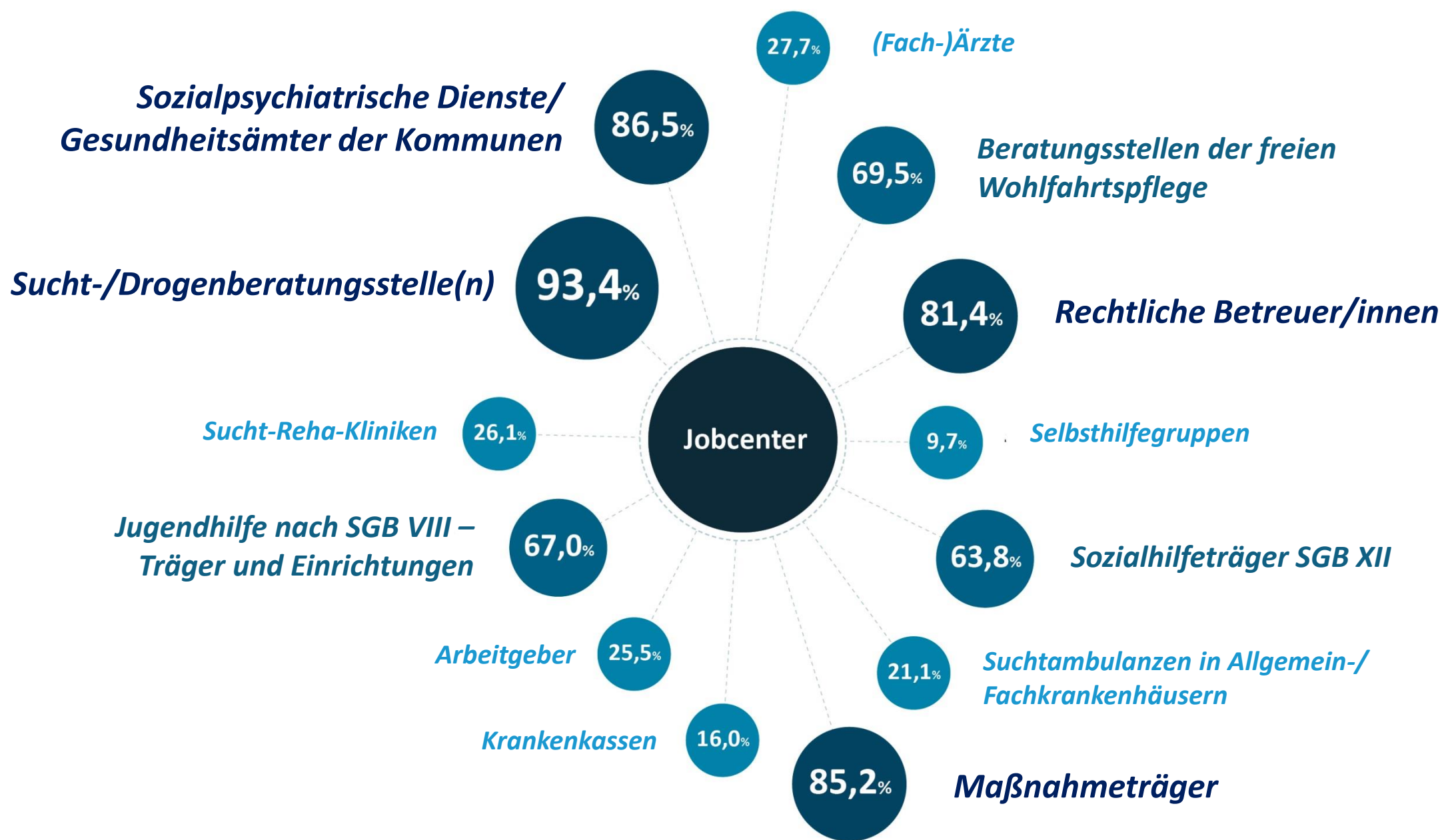
## **Vermittlung auf kurzem Weg statt Zuweisung in Suchtberatung**

## **Erweiterung der lokalen Netzwerke**

- 🔹 Z.B. Netzwerke/AK „Sucht“ (2009: 28 %, 2016: 51 %), gemeinsame Fortbildungen

## **Große Umsetzungsschwierigkeiten bei Kooperation mit Sucht-Reha**

**Förderliche Faktoren: Gegenseitige Wertschätzung und Übereinstimmung in fachlichen Fragen, geklärte Zuständigkeiten, direkte Zugänge zum Jobcenter (Sozialarbeitersprechstunden), feste Netzwerkkoordination, Schnittstellenpflege**



# KOOPERATION SUCHT-REHA

## **Großes Problem: Schnittstelle zur (stationären) Sucht-Reha**

- Information im Reha-Prozess: nur 11 % der JC mit regelmäßiger gegenseitiger Information
- „Nahtlosigkeit“: nur ein Drittel der Jobcenter erreicht nahtlose Förderung nach einer Therapie, keine Veränderung seit 2009
- Keine Beurteilungsinstrumente in „gemeinsamer Sprache“
- Kooperation mit überregional zuständige Kliniken besonders schwierig
- Positive Ansätze und Modellprojekte – aber in der alltäglichen Praxis kommt noch wenig an.

# TEILHABEBARRIEREN IM SYSTEM ABBAUEN

## Stufenweise Förderung – gibt es Alternativen?

- „First place, then train“ / Supported employment / Inklusiver Arbeitsmarkt
- Dauerhaft geförderte Beschäftigung

## Was könnte das Suchthilfesystem für eine bessere Arbeitsmarktintegration tun?

- Schwellen abbauen: auch einseitig
- Berufliche Förderung vorbereiten: Clearing, Information und Empfehlungen
- Z.B.: im stationären Setting lokale Bezüge stärken (Arbeitsmarkt, Hilfesysteme)
- JC sind offen für suchtspezifische Maßnahmekonzepte – eigene Expertise in die Gestaltung von Maßnahmen einbringen