



Intelligente Vernetzung von Suchthilfe und von Arbeitslosenhilfe

Stuttgart
02.03.2016

Beispiele aus der Praxis, die Mut machen:

Karl Lesehr:

das Kooperationsmodellprojekt Su+Ber der Werkstatt Parität gGmbH

*Unterstützt durch das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden
Württemberg aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF).*



und durch



Das Kooperationsprojekt Su+Ber

Su+Ber (Sucht und Beruf) ist angeregt durch das Projekt Q-Train (Pforzheim) und ist dessen fachliche und strukturelle Weiterentwicklung.

Su+Ber wird vom Landes-ESF und vom Sozialministerium gefördert, von den Jobcentern der Projektstandorte in ihrem Zuständigkeitsbereich mitfinanziert und von der DRB BW fachlich und in der Evaluation unterstützt.

Dass Su+Ber trotz seiner vielfältigen Überschreitung gewohnter Systemgrenzen an den Start gehen konnte – das macht tatsächlich Mut – trotz aller bei einem solchen Projekt auftretenden Probleme, Verzögerungen, Krisen.

Das Kooperationsprojekt Su+Ber in seiner Startphase

8/2015: ESF-Projektauftrag NaWiSu durch das SM auf der Grundlage der Rahmenkonzeption der LSS zur beruflichen Reintegration langzeitarbeitsloser Abhängigkeitskranker in den regulären Arbeitsmarkt

9/2015: Projektantrag Su+Ber der Werkstatt Parität gGmbH als Kooperationsantrag von Beschäftigungs- und Suchthilfeträgern von 6 Standorten (Pforzheim, Karlsruhe, Heilbronn, Ludwigsburg, Stuttgart, Sigmaringen) mit insgesamt ca. 60 Plätzen

10/2015: Zuschlagsentscheidung des Landes-ESF, danach bis heute Klärung der definitiven Kofinanzierungen durch die örtlichen Jobcenter

01/2016: Start der Projektarbeit, 2/2016 Start der Arbeitsfördermaßnahmen bei den Beschäftigungsträgern und Beginn der suchtbefindlichen Betreuungsbereitschaften

Das Kooperationsprojekt Su+Ber

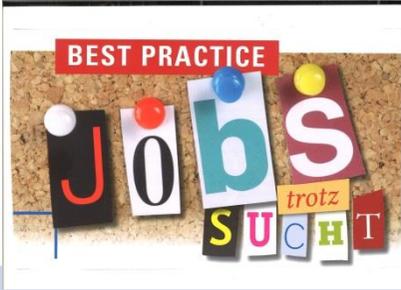
Natürlich kann ich derzeit noch nichts erzählen von der konkreten Umsetzungspraxis (wir haben noch nicht mal ein eigenes Projektlogo).

Ich will als einer der Initiatoren und als fachlicher Leiter dieses Projekts Ihnen deshalb etwas erzählen zu den **Ideen und fachlichen Hintergründen dieses Projekts** und Sie dafür zu Themen der Suchthilfe mitnehmen.

Su+Ber zielt auf eine Integration auf den regulären Arbeitsmarkt ab:

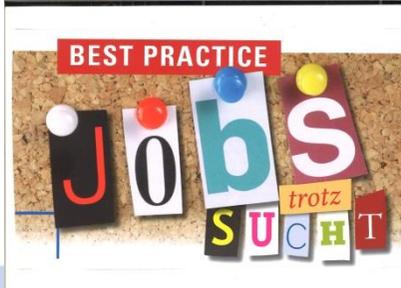
- die wollen das doch gar nicht?
- die können das doch gar nicht (mehr) – leistungsgemindert?
- mit denen ist alles schwierig und unsicher (Rückfallrisiko)?
- ihr nehmt wieder mal nur die Stabilsten (creaming up)?

Su+Ber ist ganz wesentlich ein Projekt zur strukturellen Entwicklung der Versorgungsstrukturen – wirksamere Vernetzung und Einbeziehung der Suchtrehaträger in die nachhaltige Förderung beruflicher Teilhabe!!



um was soll es beim Projekt Su+Ber gehen?

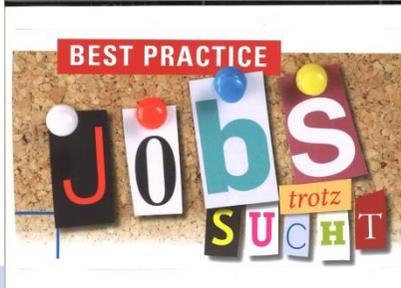
- **Suchtmittelmissbrauch und Langzeitarbeitslosigkeit – Daten und Fakten zur Zielgruppe**
- **Aktuelle Konzepte zur beruflichen Reintegration langzeitarbeitsloser Menschen mit Abhängigkeitsstörungen**
- **Zusammenarbeit von Suchtberatung und Jobcenter: zwischen Verweisung und Kooperation**
- **Von „best practice“ in der Kooperation zur Vernetzung von Teilhabeleistungen im Landes-ESF-Projekt Su+Ber**



1. Langzeitarbeitslosigkeit und Suchtmittelmissbrauch – wie bedeutsam ist eigentlich das Problem?

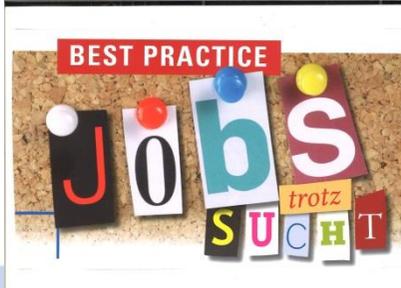
- In BaWü nach den offiziellen Definitionen ca. **71.000** Langzeitarbeitslose: wie viele real „Langzeitarbeitslose“ (faktisch seit mehr als einem Jahr ohne Arbeit) haben wir aber tatsächlich und wie viele davon haben eine Suchtproblematik?
- Es gibt aus nachvollziehbaren methodischen Gründen keine spezifizierte Erfassung des Anteils von vermittlungsrelevanten Suchtproblemen bei Langzeitarbeitslosen:
 - wer identifiziert wie kompetent und differenziert die Einzelmerkmale einer in aller Regel mehrdimensionalen Vermittlungsproblematik?
 - wer differenziert zwischen einer die Arbeitslosigkeit bedingenden Suchtproblematik und einem problematischen Suchtmittelkonsum, der wesentlich durch die spezifischen Belastungen der Langzeitarbeitslosigkeit bedingt ist?

Es gibt offenbar keine validen Daten aus der Arbeitsverwaltung zur Quantifizierung des Problems!



Suchtmittelmissbrauch und Langzeitarbeitslosigkeit – wie bedeutsam ist eigentlich das Problem aus Expertensicht?

- Die Bezugsgrößen bei vielen Expertenschätzungen variieren heftig: Leistungsbezieher ALG II, Langzeitarbeitslose nach den Definitionen des JC, „subjektiv“ Langzeitarbeitslose in Versorgungsstrukturen / Suchtberatung.
- Prof. Henkel schätzt den Anteil der Langzeitarbeitslosen mit einer Suchtproblematik als Vermittlungshemmnis vorsichtig auf 5% - das wären also landesweit für BaWü **3.550 Betroffene**.
- In anderen Publikationen wird der Anteil der Menschen mit Suchtproblemen bei den Langzeitarbeitslosen auf 10% geschätzt – also **7.100 Menschen**.
- In einem Arbeitskreis der FK Wilhelmsheim wurde von Praktikern aus Jobcentern dieser Anteil vor einigen Jahren aber auf bis zu 50% geschätzt- das wären also landesweit bis zu **35.500 Betroffene**.

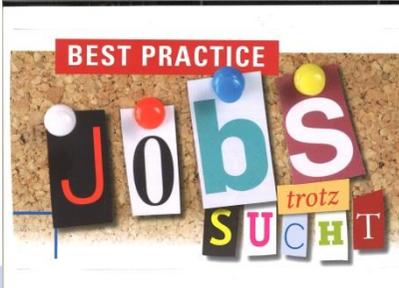


Nach den Daten der Landessuchtstatistik BaWü (alle PSBs sind dort erfasst) sind 23,7% der dort betreuten Menschen langzeitarbeitslos. Von den Menschen mit einer eigenen Suchtproblematik, die von den Suchtberatungsstellen in unterschiedlicher Intensität betreut werden, sind ca. **11.000 langzeitarbeitslose Betroffene** (= 15% der als langzeitarbeitslos Gemeldeten in BaWü)!

Bei vorsichtiger Schätzung (=30% der Langzeitarbeitslosen haben Suchtprobleme) hat also wohl **die Hälfte der Langzeitarbeitslosen mit vermuteten Suchtproblemen aus eigener Entscheidung die Unterstützung einer Suchtberatungsstelle** gesucht – und dies mit wichtigen Aspekten:

- eine Suchtproblematik ist dort bereits unmittelbar Thema einer geschützten Beratung; die Klienten haben dieses Problem selber artikuliert
- die Fachkräfte der PSB haben oft bereits differenzierte Betreuungserfahrungen mit diesen Menschen, können teilweise sogar auf qualifizierte Daten und Informationen aus stationärer Suchtreha zugreifen

Beste Grundlagen in der Suchtberatung also für eine konstruktive Förderung beruflicher Teilhabe?



allerdings:

- Nur bei 5,6% (= 1530) aller beendeten Betreuungen (also nicht nur von Langzeitarbeitslosen!) wird in der Suchtberatung eine **Kooperation mit der Arbeitsagentur / einem Jobcenter** und bei 181 Fällen (0,6%) eine **Kooperation mit einem Beschäftigungsträger** während der Betreuung dokumentiert / also für dokumentationsrelevant gehalten: da Doppelnennungen möglich sind, können diese beiden Zahlen auch nicht addiert werden! Und landesweit wird sogar nur für insgesamt 80 Betreuungen am Betreuungsende zur weiteren Förderung eine **Weitervermittlung** an eine Arbeitsagentur / Jobcenter realisiert.
- Und nur 2,4% wiederum aller in den PSBs betreuten Personen wurden laut Suchthilfestatistik **von einer Arbeitsagentur / Jobcenter an die Suchtberatung verwiesen / vermittelt** = 680 Fälle (weniger als 1% der offiziellen Langzeitarbeitslosen – alle Suchthilfezahlen aus 2014!).
- **Was ist da los:** Faulheit / Desinteresse / Hochnäsigkeit / Überforderung / Überlastung der jeweils verantwortlichen Fachkräfte oder ist es die Angst der KlientInnen vor einer Rückkoppelung der Betreuungsinformation an das JC??

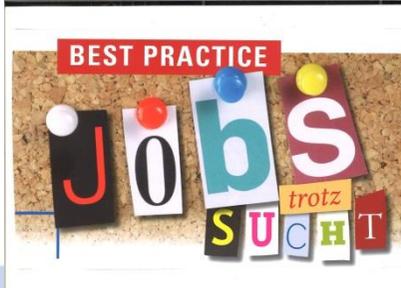


Die Handlungsperspektive des SGB II geht von einer **one-direction-Kooperation** aus: aufgrund eines mehr oder weniger klar definierten suchtassozierten Vermittlungshemmnisses sollen Kunden (meist mit dem Ziel einer Behandlung in einer Suchttherapie) an die Suchtberatung verwiesen werden.

Aber: Selbst wenn wir mögliche Dokumentationslücken berücksichtigen, macht diese grobkörnige Datenanalyse schon deutlich, dass die Suchtberatung keinesfalls nur der Abnehmer von Jobcenterkunden sein kann!

Viele der Menschen, die im Jobcenter erst mit Suchtproblemen identifiziert und dann gefördert werden sollten, suchen doch bereits konkrete Unterstützung in den Suchtberatungsstellen!!

These für Su+Ber: eine berufliche Reintegration Langzeitarbeitsloser mit Suchtproblemen braucht eine wirksamere beidseitige Vernetzung zwischen Suchtberatung und Jobcenter. Das geht angesichts der Zuwendungsfinanzierung für die Suchtberatung wohl kaum ohne zusätzliche Ressourcen, für die die leistungsfinanzierte Suchttherapie eingebunden werden muss!

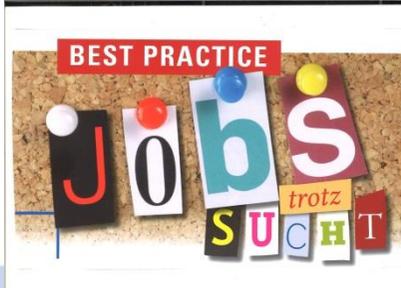


Aktuelle Konzepte zur beruflichen Reintegration langzeit-arbeitsloser Menschen mit Abhängigkeitsstörungen – eine Vorbemerkung

Vorsicht Falle: das Konzept einer generalisierten Behandlungsbedürftigkeit von Sucht beeinträchtigt die Chancen einer beruflichen Teilhabeförderung

- Abhängigkeitsstörungen als krankheitswertige Störung /WHO: **1952** / BSG: 1968)
- Sehr hohe deutsche Prävalenzzahlen für Abhängigkeitsstörungen, v.a. für Alkoholabhängigkeit: Leistungsberechtigung über die Definierung einer „**Behandlungsbedürftigkeit**“ durch die ICD-10-Diagnostik:
 - Definition nicht nur über direkte gesundheitliche Folgeprobleme (Entzugssymptom)
 - Sondern wesentlich **über destruktive / selbstschädigende Verhaltensmuster, die als direkte Krankheitsfolgen etikettiert** werden.

Andere aus dem Lebenskontext stammende Erklärungsoptionen für solche destruktiven Verhaltensmuster scheint es nach dieser Diagnostik nicht zu geben!



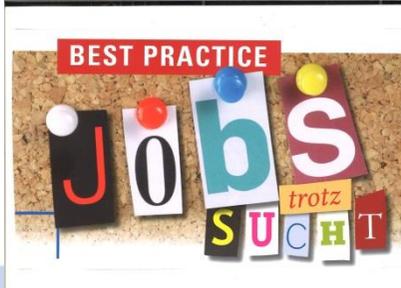
Das Konzept einer sogar überwiegend über Verhaltensmuster definierten Behandlungsbedürftigkeit scheint aus Erfahrung hochplausibel.

Erst in jüngster Zeit werden aber auch bei uns wieder ernsthaft Ergebnisse aus der weltweiten Versorgungsforschung rezipiert (Rumpf), wonach **bis zur Hälfte** der als behandlungsbedürftig definierten Menschen mit Abhängigkeitsstörungen **ohne professionelle Hilfe / Behandlung** einen für sie ausreichenden Weg aus dieser Krisenerfahrung findet. Und jeder kennt wohl auch Menschen, die trotz einer Abhängigkeit weiter einer Arbeit nachgehen.

Es gibt also offenbar persönliche, familiäre und soziale Faktoren, die zumindest einem Teil der abhängigen Menschen eine selbstverantwortete Krisenbewältigung ermöglichen.

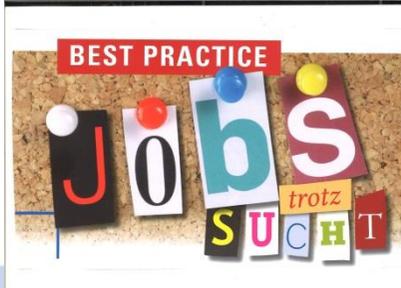
Zu diesen sozialen Faktoren zählen mit Sicherheit eine geregelte Arbeit / Beschäftigung.

Und: berufliche Teilhabe ist für viele Menschen die für ihr Alltagsverhalten und ihre Lebenskompetenzen wichtigste Form einer sozialen Teilhabe und gleichzeitig aktive Gesundheitsförderung!



Wenn wir diese Feststellungen für unsere Themenstellung ernst nehmen und gleichzeitig berücksichtigen, dass in den letzten Jahren durch sozialpolitische Entscheidungen die Leistungszuständigkeit für Suchtrehamaßnahmen sich immer stärker auf die eben nicht für berufliche Teilhabe zuständige Krankenversicherung verlagert hat, dann werden wir uns künftig stärker damit auseinandersetzen müssen,

- ❖ dass die von allen teilhabeorientierten Sozialleistungen (teilweise sogar von direkt existenz-sichernden Leistungen wie der WoLoHilfe) recht hartnäckig vertretene Vorstellung einer generalisierten Behandlungsbedürftigkeit (vorrangige Suchtbehandlung) eher der Abgrenzung aus eigenen Leistungsverpflichtungen dient und kaum Ergebnis einer offenen Einzelfallprüfung (Hilfeplanung) ist
- ❖ wir auch deshalb dringend ganz neue offenere und vernetzte Konzepte für eine teilhabeorientierte Suchtreha brauchen - nicht am Mangel orientieren, sondern Potentiale fördern!
- ❖ dass die derzeitige leistungsrechtliche Aufspaltung zwischen der Förderung beruflicher und sozialer Teilhabe gerade für abhängige Menschen dabei unsinnig und für die unterstützungsbedürftigen Menschen destruktiv ist;



.....dann werden wir uns künftig stärker damit auseinandersetzen müssen,

- ❖ dass es zwingend notwendig ist, betroffene Menschen mit ihrer gesamten individuellen Biografie / Sozialisationserfahrung als Partner in Fördermaßnahmen zu sehen, sie ernsthaft und konsequent zu unterstützen sowie nachhaltig zu begleiten bei der Suche nach der für ihren gesamten Lebenskontext bestmöglichen Problemlösung! Die Förderung beruflicher Teilhabe kann dabei ein wichtiger, vielleicht sogar vorrangiger Schritt sein – Arbeit ist aber auch für abhängige Menschen nicht das ganze Leben!
- ❖ Und das kann auch bedeuten, dass wir es für möglich halten müssen, dass die Einforderung des „Königswegs der Abstinenz“ auch direkt zum Scheitern einer eigentlich von allen Beteiligten angestrebten und gewünschten beruflichen Reintegration beitragen kann.

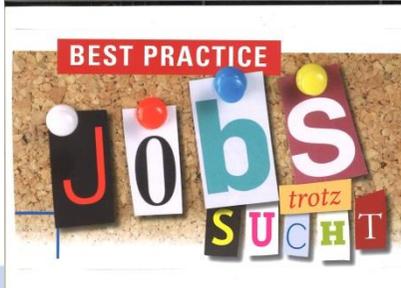


2. Konzepte zur beruflichen Reintegration langzeitarbeitsloser Menschen mit Abhängigkeitsstörungen

A – der Königsweg der abstinenzorientierten Suchtrehabilitation

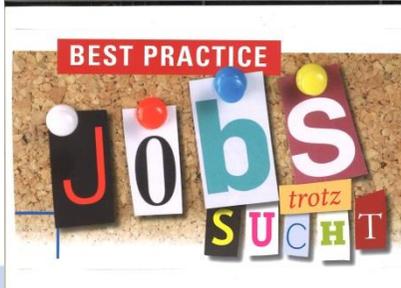
Dass Suchtrehabilitationsmaßnahmen erfolgreich auch zur einer nachhaltigen beruflichen Reintegration beitragen können, ist durch zahlreiche katamnestiche Untersuchungen hinreichend belegt! Die Idee einer **vorrangigen Suchtbehandlung** auch zur Stärkung der Persönlichkeit des Rehabilitanden ist deshalb sicher auch heute noch richtig, wenn....!

- ✓ **Ja:** wenn Behandlung = Auseinandersetzung mit und Linderung einer krankheitswertigen Störung zur Verbesserung der Selbststeuerungskompetenzen der Klienten / Kunden bedeutet
- ✓ **Problematisch:** wenn Behandlung reduziert wird auf eine zwar wirksame, aber eben auch hochschwellige, oft alltagsferne und viele potentielle Nutzer abschreckende und Alltagsintegration erschwerende stationäre Suchtreha



✓ **Problematisch vor allem weil:**

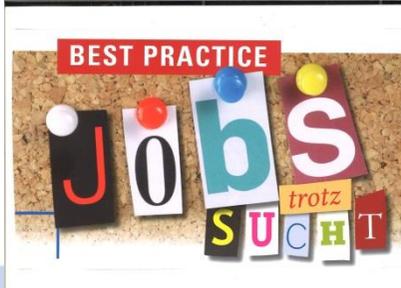
- viele v.a. ältere Langzeitarbeitslose aufgrund ihrer Lebenserfahrung den Glauben an eine berufliche Reintegration verloren und nicht die Bereitschaft und Kraft zu einer lebenslangen umfassenden Suchtmittelabstinenz haben
- mit der Substitutionsbehandlung für Drogenabhängige seit 2 Jahrzehnten ein niederschwelliges und alltagsnahes Behandlungsangebot besteht, das aber unmittelbar (von einzelnen Projekten der DRV BW mal abgesehen) oft keinen realistischen Zugang zu Fördermaßnahmen zur beruflichen Teilhabe eröffnet
- die Nichtnutzung bisheriger suchtrehabilitativer Angebote diesen Menschen zu oft als fehlende Mitwirkungsbereitschaft angekreidet wird und sie damit in ihrer Veränderungsbereitschaft demotiviert und diffamiert werden
- letztlich über die Engführung der traditionellen Suchtreha das Bild einer schwierigen, widerständigen und kaum entwicklungsbereiten Kundschaft und damit Hoffnungslosigkeit verstärkt wird – und zwar bei Betroffenen **und** bei allen professionellen Akteuren / Institutionen.



Was kann Suchtreha leisten für eine berufliche Reintegration?

- Stationäre Drogenreha: viele gute Initiativen / Projekte, um im Umfeld der Rehaeinrichtungen in direkter Verbindung zur / im Anschluss an die Rehamaßnahme eine berufliche Reintegration erfolgreich zu realisieren (BISS)
- Stationäre Alkoholreha: dort eher ältere Rehabilitanden, die arbeitsmarktbedingt schlechtere Reintegrationschancen haben und i.d.R. nach der Reha an ihren bisherigen Lebensmittelpunkt zurückkehren wollen.
- **Alarmsignal der ARA-Studie (2001-2005)**: wer langzeitarbeitslos eine stationäre Alkoholreha antritt und diese erfolgreich beendet, hat dennoch nahezu keine Chance auf eine berufliche Reintegration / den Erhalt auch der Abstinenz!
- Seitdem zahlreiche Initiativen zu Verbesserung der Kooperation von stationärer Suchtreha und Arbeitsförderung, Projekte beschäftigungsorientierter Reha-nachsorge, Adaption u.ä. mit dem Ziel unmittelbar aufeinander bezogener und aufbauender Fördermaßnahmen.

wo aber sind **Daten zu nachhaltigen Reintegrationsergebnissen** (nicht nur zu Rehavermittlungen)? Nur an den Erfolg zu glauben heißt auch hier: nicht wissen!

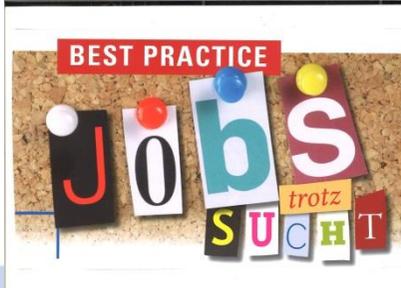


B – das Konzept einer schrittweisen beruflichen Förderung

Der alte pädagogische Ansatz gestufter Anforderungen und eines verhaltensabhängigen „Bewährungsaufstiegs“ kann für viele Betroffene sinnvoll sein!

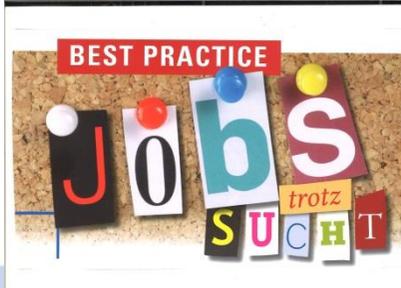
aber nur wenn:

- unterschiedliche Förder- und Integrationsangebote, die den Ausgangslagen dieser Menschen und ihrem Bedarf an Selbstwertstärkung gerecht werden, auch konkret nutzbar / verfügbar sind
- in solchen Maßnahmen für die Nutzer realistische Zeitperspektiven angeboten werden (jahrelange Erfahrungen der Dissozialität und Entwertung brauchen häufig, aber nicht immer, auch ausreichend lange „Gegenerfahrungen“)
- wenn neben Arbeit / Beschäftigung auch eine intensive und kontinuierliche menschliche Begleitung angeboten wird (durch Suchtbiografien beeinträchtigte Beziehungserfahrungen brauchen glaubwürdige neue Erfahrungen)
- wenn wir in der Betreuung konsequent ehrlich sind und diesen Menschen und uns auch ein Scheitern auf dem aktuellen Weg eingestehen und dann alternative Wege anbieten können. Für manche Zielgruppe (CMBA) haben auch wir in der Suchthilfe bestenfalls bescheidene **Entwicklungskonzepte!**



Ich überlasse es Ihnen (v.a. auch außerhalb der Landeshauptstadt) zu prüfen, wie angesichts eigener institutioneller Interessen / Abhängigkeiten, etablierter Verhaltensmuster und fixierter Handlungsannahmen die derzeitige Praxis und die Ressourcen einer solchen **step-by-step-Teilhabeförderung** in Ihrem jeweiligen Handlungsfeld (JC, Beschäftigungsträger, Suchtberatung) tatsächlich sind, wie flexibel und arbeitsmarktnah, wie attraktiv und wertschätzend die angebotenen Entwicklungsoptionen also für Sie selber als Langzeitarbeitslosen wären.

Ich wage die These, dass an den meisten Orten die Praxis einer solchen step-by-step-Förderung eher schlecht funktioniert **und dass auch darüber die Zahl der Menschen wächst, für die kaum jemand mehr an wirkliche Teilhabeverbesserung oder gar berufliche Integration glaubt.**



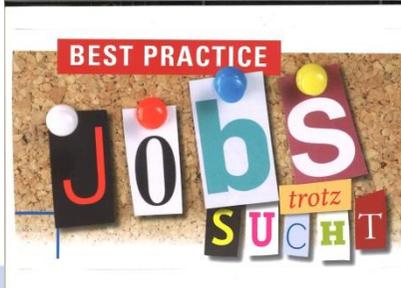
3. wo steht die fachliche Zusammenarbeit zwischen Jobcenter und PSB?

Die eingangs erwähnten Zahlen machen den Stellenwert einer wirksamen Vernetzung zwischen Suchthilfe und den Jobcentern deutlich.

Bei aller grundsätzlichen Kritik am SGB II gab es auch deshalb schon 2004 in praktisch allen Verbänden der Suchthilfe intensive konzeptionelle Überlegungen zur Umsetzung insbesondere des §16a.

Zentrale Stichworte / Themen aus diesen Konzeptdiskussionen zur Umsetzung des §16a SGB II (**2004**), an denen ich in der Diakonie beteiligt war:

- Wie können wir Klienten vor Zwang und Sanktionen schützen?
- Wie können wir unsere eigene Arbeit schützen durch konsequente Datenschutz- und Verschwiegenheitsregelungen?
- Wie können wir als Institutionen aus einer Zusammenarbeit mit den JC auch einen Vorteil ziehen?



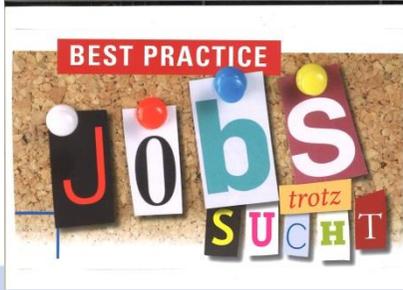
Zum Vergleich:

Stichworte aus der Arbeitsgruppe zur Erarbeitung der best-practice-Broschüre zu den Kooperationen zwischen Jobcentern und der Suchtberatung (2014):

- Hoher Stellenwert von Datenschutz und Verschwiegenheitsregelungen
- (restriktiver) Umgang mit Rückmeldungen an das Jobcenter wegen Sanktionsrisiken bzw. unklaren Konsequenzen
- Ein hoher Stellenwert von Schulungsmaßnahmen für JC-Mitarbeitende zum konstruktiven Umgang mit möglicherweise abhängigen Kunden

Manche Haltungen in der angestrebten Kooperation scheinen nach 10 Jahren fast unverändert, wohl auf beiden Seiten. Wir denken offenbar fast alle leichter in Kategorien von Verweisung (ich werd jemand los) und Zuweisung (ich sichere für jemand dessen Existenz – vgl. Rückgang Suchtreha) als von Kooperation auf Augenhöhe!

Aber: erfreulicherweise gibt es mancherorts auch spannende Bemühungen um Kooperation und in beiden Handlungsfeldern einzelne hochengagierte Fachkräfte, die um Weiterentwicklung und Verbesserung für die Unterstützung suchenden Menschen bemüht sind.

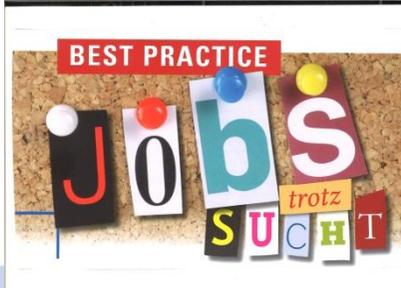


2 Themen scheinen für die Frage einer wirksamen Kooperation zentrale Bedeutung zu haben:

- Die Schutzverantwortung der Suchthilfe als Daseinsvorsorgeleistung für ihre Klienten, auch gegenüber gesellschaftlichen Institutionen
- Die Überzeugung von der ganz spezifischen und eindeutigen Fachkompetenz der Suchthilfe in Fragen des konstruktiven Umgangs mit ihren Klienten

Beides ist natürlich wichtig und richtig - aber:

- Warum dominieren diese zwei Themen fast alle anderen Kooperationsfragen?
- Haben unsere Klienten nicht auch ein Interesse an verbesserter Teilhabe, das sich an unsere beiden Institutionen gemeinsam richtet?
- Warum sollen Beziehungserfahrungen jeder Art aus anderen Handlungsfeldern weniger hilfreich und konstruktiv sein als solche aus der Suchthilfearbeit?
- Warum fällt uns allen die Begegnung und Verständigung auf Augenhöhe und damit das Eingeständnis auch eigener Unsicherheit und Hilflosigkeit so schwer?
- Woraus resultieren die Überlastungen, die uns angeblich oft daran hindern, stärker aufeinander zu zu gehen?

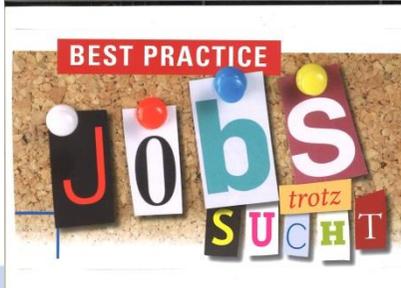


„Blockade in den Köpfen“

(aus einem Dossier der RD BW zum Thema der Langzeitarbeitslosigkeit, 2015)

Aber um Blockaden lösen zu können, müssen wir sie erst mal wahrnehmen!

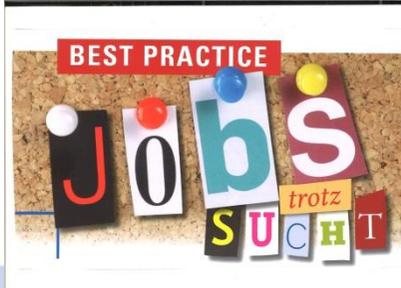
- Daten zu Ergebnissen / Wirkungen unseres Tuns suchen und auswerten, und seien sie noch so grob und vorläufig (s. meine Zahlen am Anfang)
- Sucht will immer mehr desselben! Der gesellschaftliche Aufwand für und als Folge bestimmter Handlungskonzepte muss deshalb institutionsübergreifend gesehen werden (unser System kurativer und kontrollierender Fürsorge ist teuer, aber wir orientieren uns in aller Regel nur am Aufwand in Einzelbudgets)! Wir müssen lernen, auch die Folgekosten unzureichender Förder- und Behandlungsmaßnahmen mitzudenken (Haft, Krankenhaus, Notfallhilfen etc.). Wir hätten in BaWü für eine solche versorgungsorientierte Betrachtung mit den kommunalen Netzwerken Sucht eine fast optimale Diskussionsstruktur!
- Fehlerfreundlichkeit ist nicht nur ein sinnvolles pädagogisches Konzept, sondern eine notwendige Grundhaltung im Umgang mit belasteten und deswegen Unterstützung suchenden Menschen! Wenn diese an ihrem Scheitern lernen sollen, warum dann nicht wir auch?



„Blockade in den Köpfen“

(aus einem Dossier der RD zum Thema der Langzeitarbeitslosigkeit, 2015)

- Das Scheitern bisheriger Konzepte könnte nicht nur an den schwierigen Kunden / Klienten oder an deren mangelnder Motivation liegen, sondern auch Hinweis sein auf eigene blinde Flecken und auch Mutlosigkeiten! Wenn wir uns bewusst machen, welche radikale Umstellung eines Lebensmusters ein Abhängiger schaffen soll und will (durchaus auch ohne das Ziel einer Abstinenz), dann fällt es uns selber vielleicht auch wieder leichter, radikal zu denken, Neues zu wagen.
- Unsere Verfassungsgeber haben aus gutem Grund nach dem Ende der NS-Zeit für unsere Gesellschaftsordnung **weder eine Pflicht zur Behandlung** (von Sucht) noch eine **Pflicht zu gesellschaftlich anerkannter Arbeit** definiert: es lohnt sich auch in den aktuellen politischen Diskussionen, sich diese Freiheiten in Erinnerung zu rufen, auch wenn diese wie alle Freiheiten etwas „kostet“! Der Respekt vor fremden und vielleicht sogar beängstigenden Lebenskonzepten tut uns allen gut.

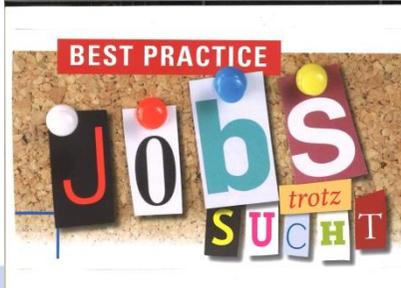


4. das Kooperationsprojekt Su+Ber – wie gings los?

Ausgangspunkt war das Projekt Q-Train (Pforzheim): warum trotz guter Evaluationsergebnisse so wenige Nachahmer?

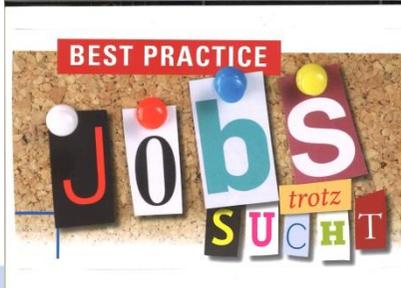
Auch aus Pforzheim kam die Idee, eine stark individualisierbare Maßnahme ambulanter Suchtreha in diesem Konzept zu verknüpfen mit aktuellen Formen einer Arbeitsfördermaßnahme. **Die Idee dahinter:** die Leistungsfähigkeit und das Handlungs- und Kooperationsinteresse der Suchtberatung zu verbessern durch leistungsfinanzierte ambulante Suchtrehamaßnahmen; gleichzeitig insbesondere für Substituierte die Optionen einer psychosozialen Betreuung zu verbessern.

Ausarbeitung einer ausführlichen Rahmenkonzeption im Rahmen der Landesstelle für Suchtfragen, um darüber besser verdeutlichen zu können, welche Effekte und Leistungsverbesserungen wir uns von einem solchen Projekt erhoffen.

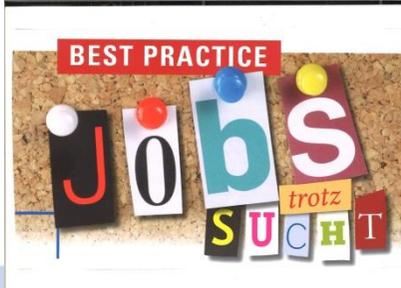


Was wollen wir also im Projekt Su+Ber?

- Auf Basis der vergleichbaren Zielorientierung der Suchtreha und der Arbeitsförderung wollen wir eine zeitliche, örtliche und fachliche Vernetzung dieser beiden Unterstützungsleistungen: Förderung aus einer Hand.
- Für die TN ergibt dies eine alltagsnahe und arbeitsweltbezogene ganzheitliche Förderung und Unterstützung mit unterschiedlichen Professionen und Handlungspotentialen.
- Zielperspektive ist die nachhaltige Gewinnung eines regulären Arbeitsplatzes.
- Die Projektteilnahme soll allen Interessierten offen stehen ohne Abstinenzverpflichtung, soweit eine Vereinbarkeit von Suchtmittelkonsum und Arbeitsfähigkeit und Leistungsbereitschaft erreichbar scheinen. Teilnahme also möglich unter Substitution, bei kontrolliertem Konsum, aber auch unmittelbar nach einer stationären Suchtreha, also nach einer Abstinenzentscheidung.
- Durch die Beteiligung der Suchtreha und der ambulanten Suchthilfe soll eine Einbeziehung des familiären und sozialen Umfelds (als Alltagsressourcen und als Belastungs- und Risikofaktoren) in die Betreuung ermöglicht werden.



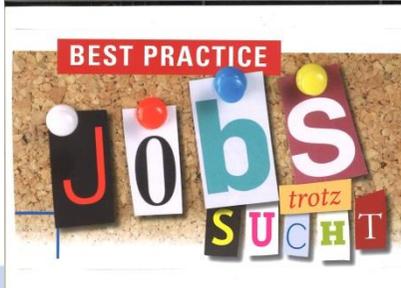
- Durch die Nachsorgekonzepte der Suchtreha soll eine Weiterbetreuung auch nach Gewinnung eines Arbeitsplatzes und damit in einer gerade für Menschen mit Suchtproblemen oft besonders risikoreichen Entwicklungsphase ermöglicht werden.
- Soziales Verhalten am Arbeitsplatz soll als eigenständige rehabilitative Aufgabe gestärkt und nicht nur als Auswirkung von Suchtmittelkonsum oder Abstinenz verstanden werden.
- Fachkräfte der Suchtberatung sollen während der gesamten Betreuungsdauer in allen Projektphasen präsent sein und eine Beziehungskontinuität schaffen.
- Die Suchtberatung wird mit pädagogischen und mit suchtrehabilitativen Leistungen unmittelbar in der Arbeitsfördermaßnahme integriert: raus aus der Isolation der fachlichen Spezialisierung hin zum im Lebensalltag der Klienten verankerten Spezialdienstleister.
- Die fallbezogene Vernetzung zweier Sozialleistungen macht eine gemeinsame Gestaltungsverantwortung der Leistungsträger und damit ganz neue Kooperationsformen im Rahmen bestehender Leistungsrechte notwendig – hoffentlich zum beiderseitigen Nutzen!.



Und wie sieht das nun konkret aus in Su+Ber? In aller Kürze:

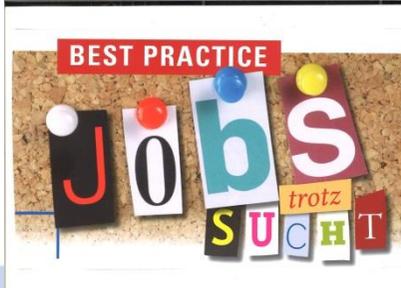
Projektphase A : Teilnehmergewinnung, Leistungsentscheidung

- Jobcenter, Suchtberatung und ggfs. Beschäftigungsträger motivieren Menschen aus ihrer Klientel / Kundschaft für eine Projektteilnahme.
- Interessenten stellen sich bei allen drei Institutionen vor, die jeweils im Rahmen eines **gemeinsamen Grobclearings** ihre Einschätzung zur vorläufigen Erfolgsprognose abgeben und sich auf eine gemeinsame Empfehlung verständigen (keiner ohne die anderen, keiner über den anderen – verbindliche Kooperationsmatrix für jeden Standort).
- In der Suchtberatung wird mit jedem Interessenten speziell der weitere Umgang mit Suchtmittelkonsum, die Einbeziehung von Familienangehörigen sowie die Notwendigkeit und die Zustimmung zu weiteren Unterstützungsmaßnahmen geklärt.
- Auf Basis dieses Grobclearings als einer vorläufigen leistungsrechtlichen Erfolgsprognose geben Jobcenter und im Idealfall auch der Suchtbehandlungsträger eine aufeinander abgestimmte Kosten-/Leistungszusage.



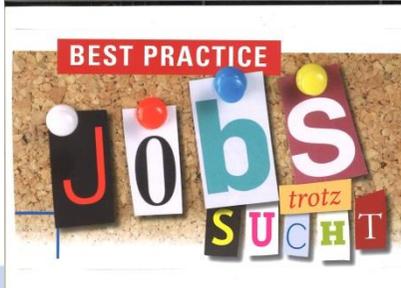
Projektphase B: die Arbeitsförder- und Suchtreatmaßnahme:

- Die Arbeitsfördermaßnahme dauert im Regelfall 6 Monate und kann bei Bedarf verlängert werden.
- Nach 8 Wochen erfolgt eine Zwischenbewertung aufgrund der Beobachtungen und Entwicklungen im konkreten Arbeitsprozess und dann eine endgültige Leistungsentscheidung.
- Die Fachkräfte der Suchtberatung sind in der Beschäftigungsmaßnahme mit einem Teil der sozialpädagogischen Betreuung beauftragt und führen suchtrehabilitative Einzel- und Gruppenmaßnahmen durch.
- Bewährungskriterium für die Teilnehmer ist nicht eine Abstinenzentscheidung oder eine vorgegebene Konsumentscheidung, sondern die alltägliche Bewährung am Arbeitsplatz, sowohl im Hinblick auf Arbeitsleistung als auch im Hinblick auf Sozial- und Risikokompetenzen.
- Der Beschäftigungsträger bemüht sich mit Unterstützung durch das Jobcenter, für den Teilnehmer einen geeigneten Arbeitsplatz zu finden.



Projektphase C: Stabilisierung in Arbeit und Lebensalltag

- Die Suchtberatung ermöglicht auf der Grundlage einer individuellen Vereinbarung im Rahmen der ambulanten Reha oder der Rehanachsorge noch für bis zu einem Jahr eine strukturierte Weiterbetreuung zur Risikosicherung.
- Bei Bedarf / Bereitschaft des TN ist auch eine konstruktive Unterstützung am neuen Arbeitsplatz möglich, für TN und Arbeitgeber.



Unterstützer des Projekts Su+Ber

- ✓ Erfreulicherweise hat sich die **DRV BW** (trotz allem „Bauchweh“ ihrer Bundesebene) dazu entschieden, unser Projekt fachlich zu unterstützen und mit uns die Entwicklung einer neuartigen „arbeitsorientierten ambulanten Suchtreha“ zu erproben, diese für die eigenen Versicherten zu finanzieren und wissenschaftlich zu evaluieren.
- ✓ Die für die einzelnen Standorte zuständigen **Jobcenter** finanzieren für das Projekt einen vergleichsweise recht guten Personalschlüssel in der Arbeitsfördermaßnahme.
- ✓ Das **Sozialministerium** hat auch über die ESF-Mittel hinaus erhebliche Mittel für die Förderung dieses Projekts zur Verfügung gestellt und damit ein entscheidendes politisches Signal für diese Entwicklung gegeben.
- ✓ Die beteiligten **Suchthilfe- und Beschäftigungsträger** lassen sich darauf ein, zu teilweise neuen und ungewohnten Kooperationen verpflichtet zu sein und in vielen fachlichen und strukturellen Fragen Neuland zu betreten.
- ✓ Leider ist aktuell das Projekt aber nur für 2 Jahre finanziert – bei einer planmäßigen Gesamtbetreuungsdauer in Su+Ber von 20 Monaten. Wir setzen deshalb auf eine Anschlussförderung zumindest für ein drittes Projektjahr.

32



Vielen Dank für Ihr Interesse!

Karl Lesehr
lesehr@paritaet-bw.de