

Welche neuen Möglichkeiten zur beruflichen Reintegration langzeitarbeitsloser Suchtkranker eröffnen sich mit dem Projekt Su+Ber?

Beitrag zur Fachtagung der Werkstatt Parität gGmbH
zum Landes-ESF-Projekt Su+Ber
am 19.05.2017 in Stuttgart

Karl Lesehr

Entwicklungen und Erfahrungen aus dem ersten Projektjahr von Su+Ber – meine Gliederung:

1. Stellenwert von Arbeit / Beschäftigung für suchtkranke Menschen
2. Stellenwert von Arbeit / Beschäftigung in der Suchthilfe
3. die Zielsetzungen des ESF-Projektauftrags NaWiSu angesichts systembedingt unzureichender Reintegrationsperspektiven für langzeitarbeitslose Suchtkranke
4. Konkrete Umsetzung des Projekts Su+Ber
5. Spezifika der bei ihrer Arbeitsorientierung leistungsverbundenen ambulanten Suchtreha im Projekt Su+Ber
6. Ausblick auf die weitere Projektlaufzeit von Su+Ber

I. zum Stellenwert von Arbeit / Beschäftigung für suchtkranke Menschen

- Abhängigkeitsstörungen sind „**Beziehungsstörungen**“: Arbeit / Beschäftigung sind eine subjektiv wichtige, weil relativ strukturierte Form sozialer Teilhabe, die aber durch suchtassoziierte Verhaltensmuster gefährdet wird
- Abhängigkeitsstörungen: durch gesundheitliche Auswirkungen und durch Sozialisations-effekte oft erhebliche Leistungsrisiken und -beeinträchtigungen
- Arbeit / Beschäftigung sind für manche Menschen mit Abhängigkeitsstörungen in ihrer Biografie eine alltagsferne und abgewertete Herausforderung: Fremdbestimmung, Anpassungsdruck, Regeleinhaltung, Leistungskontinuität

- **viele langzeitarbeitslose Menschen mit Abhängigkeitsstörungen leben mit einer hohen Ambivalenz gegenüber regelmäßiger Arbeit / Beschäftigung:**
 - Arbeit kann Selbstwerterleben / Selbstwirksamkeitserfahrungen fördern; biografisch aber viele Erfahrungen von Überforderung, Versagen, Enttäuschung / Alleingelassensein
 - Im Netzwerk einer suchtassoziierten Subkultur (Drogenszene, Wohnungslose u.ä.) ist regelmäßige Arbeit eher ein „Störfaktor“ und verfestigt sich zur „Arbeitsmarktferne“
 - jedes Interesse dieser Menschen an Arbeit / Beschäftigung ist aber trotz dieser Ambivalenz immer ein lohnender Ansatz für Veränderungsförderung

2.

Stellenwert von Arbeit / Beschäftigung in der Suchthilfe

- Trotz eines anderen Behandlungsansatzes in der Substitution dominiert weiter die Haltung, dass berufliche Reintegration erst nach einer erfolgreichen Suchtbehandlung möglich sei
- Die ambulante Suchthilfe wird deshalb mehrheitlich genutzt als Institution zur Vermittlung in Behandlung bzw. für eine psychosoziale Stabilisierung
- nur selten wird die Fachkompetenz der Suchthilfe direkt genutzt für und in Maßnahmen einer konkreten Arbeitsförderung – in den PSBs gibt es deshalb auch erst begrenzte Spezialkompetenzen für eine direkt arbeitsbezogene und suchtkompetente Förderung

- Bemühungen um eine Arbeitsintegration werden meist in die (teil)stationäre Suchtreha verwiesen. Durch ihre Wohnort- und Alltagsferne bleibt deren Bemühen aber zwangsläufig häufig im Stadium einer „Arbeitsbefähigung“, die durch Anschlussmaßnahmen noch nachhaltig stabilisiert werden müsste (Schnittstellenprobleme)
- Ambulante Suchthilfe hat bislang nur an wenigen Orten wirksame Vernetzungen mit Maßnahmen der Arbeitsförderung aufbauen können, die in ihrer Struktur und Zahl auch den Entwicklungsmöglichkeiten der langzeitarbeitslosen Menschen mit Abhängigkeitsstörungen gerecht werden (Schulungen sind kein Ersatz für aktive Beteiligung)

3. die Zielsetzungen des ESF-Projektauftrags NaWiSu angesichts systembedingt unzurei- chender Reintegrationsperspektiven für lang- zeitarbeitslose Suchtkranke

- ✓ verfestigter Sockel von Langzeitarbeitslosen: der Anteil daran von Menschen mit Abhängigkeitsstörungen ist allerdings bislang nirgends ernsthaft quantifiziert (vgl. AOK-Studie Henkel)
- ✓ Wachsende Zahl von Drogensubstitutionskunden, oft ohne qualifizierte und bedarfsgerechte Förderung einer Arbeitsintegration; ähnliches gilt auch für den Bereich der Wohlfürden
- Trotz allgemein guter Erfolge unseres rehabilitativen Suchtbehandlungssystems haben langzeitarbeitslose Suchtkranke schlechte Reintegrationsperspektiven (ARA-Studie)
- Bemühungen um zeitliche, fachliche und personelle Schnittstellenverbesserungen zwischen Suchttherapie und wohnortnaher Arbeitsförderung bislang eher wenig erfolgreich

- Konzepte der arbeitsorientierten Rehanachsorge oft nur im Beratungssetting verortet (Risiko von Wirklichkeits- und Akzeptanzbrüchen)
- Bei zeitlich/inhaltlicher Rangfolge von Suchtbehandlung und Arbeitsintegration wird das Motivations- und Konfrontationspotential einer konkreten Arbeitssituation / Arbeitsperspektive nicht genutzt (s. Projekt Q-Train)
- Das Modell einer Teilhabeverbesserung bei strukturiertem Substanzkonsum (Substitution) wird bislang nicht auf seine Nutzbarkeit für andere Zielgruppen (Alkohol) geprüft

Wenn man nicht einfach den betroffenen Menschen die Verantwortung für diese Situation zuschreibt (mangelnde Krankheitseinsicht / Behandlungsbereitschaft), dann muss man **systemische Mängel** an unseren Reintegrationsperspektiven für langzeit- arbeitslose Suchtkranke feststellen!

deshalb:

Zielsetzungen des ESF-Projektauftrags NaWiSu

- Ausbau wohnort-/alltagsnaher Behandlungsansätze und Fördermaßnahmen mit wirksamen fallbezogenen Kooperationen
- nutzerbezogen integrierte und zeitlich überschaubare Fördermaßnahmen mit klar differenzierten Zielperspektiven
- Die PSBs brauchen für eine über die Regelung des §16a SGB II hinausgehende Intensität der Fallarbeit eine ergänzende Leistungsfinanzierung über die Suchtreha
- Rehabilitative Leistungen zur nachhaltigen Arbeitsintegration sollten auch unabhängig von Abstinenz möglich sein
- Die PSBs müssen insgesamt in ihrer Orientierung auf eine suchtkompetente und unmittelbare Begleitung von Maßnahmen der Teilhabeverbesserung gestärkt werden

4. Konkrete Umsetzung des Projekts Su+Ber

a) Zielgruppen im Projekt Su+Ber – gibt es Ausnahmen vom Bild der „weitgehend Hoffnungslosen“?

- LZA, die hinreichend stabil substituiert und an einer vollwertigen beruflichen Integration interessiert sind
- LZA, die aktuell nicht zur Abstinenz (v.a. Alkohol) bereit / fähig sind, die aber hinreichend leistungsfähig sind und bei denen begründete Aussicht auf eine erfolgreiche berufliche Reintegration gegeben ist
- LZA im nahtlosen Anschluss an eine (teil)stationäre Suchtreha, die für eine nachhaltige berufliche Reintegration aber noch eine intensive und längerdauernde Unterstützung im Arbeitsalltag brauchen
- LZA Teilnehmer aus ambulanter Suchtreha, die wiederholt an ihrer Abstinenzentscheidung scheitern, bei denen aber dennoch eine gute Prognose für eine berufliche Reintegration gesehen wird

Aus der Suchthilfepraxis gibt es zwar Schätzungen und Vermutungen zu den **Größenordnungen** dieser Teilklientengruppen, die ja überwiegend bereits im Hilfesystem sind. Das erste Projektjahr in Su+Ber hat aber - wie erwartet - deutlich gemacht, dass die **Realität der Veränderungsbereitschaften** dieser Menschen **erst dann wirklich erkennbar und auch veränderbar** wird, wenn es tatsächlich ein konkretes und mit Bedingungen verbundenes Behandlungs- und Förderangebot für sie gibt.

Die dadurch entstehende **Differenzierung der Hilfe Suchenden nach ihrer aktuell konkreten Reintegrationschance** birgt zwar das Risiko eines „creaming up“, kann aber nach unserer Überzeugung das eher desolate gesellschaftliche Bild der Reintegrationsfähigkeit und –bereitschaft der Zielgruppen verändern und wenigstens einigen Betroffenen auch eine ernsthafte Reintegrationschance eröffnen.

b) 3 Projektphasen

- **Projektphase A:** bereichsübergreifende Teilnehmergewinning, Klärung persönlicher Entwicklungsperspektiven, Leistungser-schließung über ein integriertes Grobclearing:
 - Ort: v.a. PSB, aber auch Jobcenter und Arbeitshilfeträger,
 - Dauer: nach individuellem Bedarf; Leistungszusagen bei positivem Ergebnis des gemeinsamen Clearings innerhalb weniger Tage
- **Projektphase B:** lebensweltorientierte Arbeitsfördermaßnahme mit Integration einer arbeitsbezogenen ambulanten Suchtreha-maßnahme: Training an einem am regulären Arbeitsmarkt orien-tierten Arbeitsplatz und eine in den Arbeitsalltag zeitlich, örtlich und personell integrierte Suchtreha (natürlich ohne Aufhebung der jeweiligen Leistungszuständigkeiten):
 - Ort: ganz überwiegend beim Arbeitshilfeträger, aber auch aufsuchende Leistungen im häuslich-familiären Kontext
 - Dauer: 6-8 Monate mit einer „Prognoseüberprüfung“ nach 8 Wochen; bei Übernahme aus (teil)stationärer Reha verkürzte Gesamtmaßnahme

- **Projektphase C:** nachhaltige alltagsorientierte Stabilisierung an einem regulären Arbeitsplatz durch Auseinandersetzung mit verhaltensrelevanten Risiken und mit auftretenden Krisen

Ort: PSB, ggfs. aufsuchende Leistungen im Lebensumfeld und am Arbeitsplatz

Dauer: im Regelfall für ein Jahr mit bis zu 1 AE ambReha/Woche (nach max. 18 Monaten einer ambReha ggfs. als Rehanachsorge)

Das Projekt Su+Ber basiert grundsätzlich auf einer Leistungsvernetzung von ambulanter Suchtreha und einer Maßnahme der Beschäftigungsförderung: das eine ist nicht ohne das andere möglich. Die Projektphase C kann deshalb im Projekt Su+Ber nur genutzt werden, wenn die Projektphase B erfolgreich durchlaufen und ein eigener regulärer Arbeitsplatz gefunden wurde.

Die gesamten Leistungen der einzelnen PSB im Projekt Su+Ber werden im Umfang von je knapp einer Fachkraftstelle von Land und ESF gefördert.

c) Nutzerorientierte Vernetzung von zwei Sozialleistungen und der Suchtberatung

- ✓ Die Arbeitsfördermaßnahme bekommt eine Personalausstattung, die den besonderen Leistungs- und Vernetzungsnotwendigkeiten im Projekt und für die Zielgruppe gerecht wird und eine gezielte Wahrnehmung und Befassung mit der auch sonst oft bestehenden Suchtproblematik erlaubt
- ✓ Die Suchtberatung differenziert im Rahmen des §16a SGB II ihre fallbezogenen Kooperationsleistungen gegenüber dem Jobcenter (Beratung / Veränderungsmotivierung) und gestaltet eine neuartige ambulante Suchtrehamaßnahme, die in Form und Inhalt (auch bezüglich des möglichen Substanzkonsums) auf eine unmittelbare Arbeitsintegration fokussiert ist: die PSB wird in der Gesamtmaßnahme gleichwertiger Partner
- ✓ Suchtrehaleistungsträger und Jobcenter lassen sich auf ein gemeinsames übergreifendes Verfahren und Instrument für eine Erfolgsprognose als Grundlage der jeweiligen zeitnahen Leistungsentscheidung ein
- ✓ Für die integrierte Maßnahme in Phase B werden den beiden Trägern Formen der zeitlichen, örtlichen und auch personellen Vernetzung empfohlen (personendifferenzierte gemeinsame Betreuung)

5.

Spezifika der bei ihrer Arbeitsorientierung leistungsvernetzten ambulanten Suchtreha im Projekt Su+Ber

a) Fallbezogene direkte Kooperationsformen statt Bemühen um formale Schnittstellenoptimierung:

- An allen Standorten über die gewohnten meist strukturellen Kooperationsformen hinaus Entwicklung von einzelfallbezogenen „Hilfeplanungen“
- Vertiefte Kenntnis und Akzeptanz der jeweiligen unterschiedlichen Sichtweisen und Interventionsmöglichkeiten
- Bereitschaft zu gemeinsamem Auftreten gegenüber dem einzelnen Projektteilnehmer und zum Sichtbarwerden von Wahrnehmungs- und Haltungsunterschieden, aber auch einer gemeinsamen Maßnahmenplanung
- Vertrauen der Leistungsträger in eine einzelfallgerechte und gleichzeitig klar zielorientierte Umsetzung der integrierten Gesamtmaßnahme bei den jeweiligen Trägern

b) Das Instrument **Grobclearing**

7 prognostisch relevante Beurteilungsdimensionen

Glaubwürdiges Motiv / Interesse an der Aufnahme regelmäßiger Arbeit

Nutzbare berufliche Basisqualifikationen

Notwendige körperliche und psychische Belastbarkeit

Eigenes Problembewusstsein über suchtbedingte Beeinträchtigungen / Risiken

Basale Alltags- und Beziehungskompetenz

Bereitschaft zur Einbeziehung der Alltagsstrukturen in die Maßnahmengestaltung

Fähigkeit zur Punktnüchternheit / Möglichkeit einer arbeitsunterstützenden Substitution

Alle am Projekt Su+Ber direkt oder indirekt beteiligten Partner bewerten mit einer 4-stufigen Matrix ihre jeweils eigenen Eindrücke / Erfahrungen; es gibt ein Verfahren zur Ermittlung einer gemeinsamen Projekt-Prognose.

c) **Alltags- und arbeitsorientierte Suchtrehagesamtplanung**

Individualisierte Rehaplanung anhand von sieben suchtrehabilitativen Zieldimensionen:

- Bewährung im Arbeitsalltag (arbeitsbezogene Leistungsfähigkeiten und Sozialkompetenzen / „Arbeitstugenden“)
- Wahrnehmung von und Umgang mit Stress / Selbstüberforderung
- Arbeitsbezogenes Belastungs- und Konfliktverhalten / angemessener Umgang mit Hierarchien
- Körperliche Stabilisierung durch geeignete Trainingsformen sowie Körperbewusstsein (Achtsamkeit für körperliche Signale)
- Statt einem rigiden Selbstkontrollkonzept individuell realistische Konzepte einer systemisch gestalteten Risikokompetenz und Entwicklungsoffenheit (Selbststeuerung)
- Teilhabeorientierter Umgang mit den eigenen Suchtrisiken / Suchtdynamik
- Konstruktiver Umgang mit Alltagsbelastungen und emotionalen Krisen

d) Suchtrehabilitative Leistungen

- Das individuelle Suchtverhalten interessiert im Projekt Su+Ber vorrangig unter der Perspektive einer vom TN ja gewünschten Arbeitsfähigkeit / nachhaltigen beruflichen Integration
- Viele TN sind mit den traditionellen reflektierenden Gruppensitzungen zumindest in den Anfangsmonaten überfordert; geeignet sind eher konkret auf den Arbeitsalltag bezogene Verständigungen und Übungen
- Entscheidend ist eine individuelle Feinjustierung der Rehazielplanung in den ersten Wochen der Projektphase B auf die im Projektverlauf erkennbaren Entwicklungsbedarfe und deren ständige Aktualisierung in einer gemeinsamen individuellen Entwicklungsvereinbarung
- Die Fachkräfte der Suchtreha sind zumindest stundenweise in die Arbeitsfördermaßnahme eingebunden und können dies neben intensiveren Einzelgesprächen und Krisensitzungen v.a. nutzen für situative Kurzinterventionen (s. Leistungserfassung)

e) Leistungserfassung

Die DRV BW hat für unsere Rehakonzeption im Projekt Su+Ber statt des gewohnten KTL einem Erfassungsinstrument zugestimmt, das stark vereinfacht und der Leistungsvernetzung angemessen ist.

Dabei werden wie im KTL Leistungen auf 3 Ebenen kodiert:

- Die erste **Inhaltsebene** nutzt die 7 suchtrehabilitativen Dimensionen, denen alle erbrachten Einzelleistungen schwerpunktmäßig zugeordnet werden müssen
- Die zweite Ebene beschreibt verschiedene Leistungsarten, differenziert nach Leistungen mit dem einzelnen TN bzw. nach Leistungen mit einer (Klein)Gruppe oder mit sozialen Bezugspersonen
- Auf der dritten Ebene werden Zeiteinheiten in 10-Minuten-Schritten kodiert.

Diese Leistungserfassung ermöglicht eine inhaltliche, aber anders als im KTL nicht therapieschulen-spezifische Zuordnung aller Einzelleistungen; für die Leistungsabrechnung werden die kürzeren Zeiteinheiten zu den in der ambulanten Suchtreha üblichen Abrechnungseinheiten zusammengefasst.

Art der Leistung		
Einzel	10	psychosoziales Einzelgespräch
	11	arbeitsorientiertes Einzelgespräch
	12	sucht- und verhaltensbezogene Krisenintervention
	13	ärztliche Beratung
	14	Gespräch am Arbeitsplatz
	15	Leistungstestungen
	16	Gespräch oder psychoedukative Intervention im Lebensalltag / im häuslichen oder familiären Umfeld (Hausbesuch, im Einzelfall auch Begleitung zu oder Intervention bei Behörden)
	17	Gespräch mit relevanten Bezugspersonen
	18	Begleitete individuelle Sport- oder Kulturaktivitäten (soziale Teilhabe)
Kleingruppe / Gruppe	20	Grobclearing / bereichsübergreifende Hilfeplanung / behandlungsbezogene Abstimmung mit Leistungspartnern
	21	Vortrag / themenzentrierte Gesprächsgruppe
	22	psychoedukative Gruppenarbeit
	23	suchttherapeutische Gruppenarbeit
	24	arbeitsweltbezogene Gruppenarbeit
	25	alltagsbezogene Gruppenarbeit
	26	körperorientierte Arbeit in der Gruppe
	27	Suchtohrakupunktur (Kleingruppe)
	28	paar- oder familientherapeutische Arbeit
	29	begleitete Aktivitäten mit Partner, Familie oder Bezugspersonen
	30	begleitete Sport- oder Kulturaktivitäten in der Gruppe (soziale Teilhabe)

alle direkt arbeitsbezogenen Aktivitäten (z.B. Bewerbungstraining) bleiben in der vorrangigen Leistungszuständigkeit des SGB II

f) **Konsequente suchtrehabilitative Teilhabeorientierung statt nur formaler Maßnahmenverantwortung**

Gemeinsame Verantwortung für einen wirksamen arbeitsbezogenen Entwicklungsprozess der TN:

- Keine Aufspaltung von Suchtverhalten und Arbeitsverhalten
- Verbindliche Feedbackstrukturen mit allen Behandlungs-/ Maßnahmebeteiligten
- Verpflichtender Einbezug der alltäglichen Lebenswelt des TN („wir wollen Dir helfen, Dein Leben nach Deinen Vorstellungen zu verändern“)
- Gemeinsamer Fokus auf Stärkung der Selbstwirksamkeitserfahrung der TN
- Bei kritischen Verläufen frühzeitige Umsteuerung auf andere Förder- oder Behandlungsoptionen

g) Kritische Erfahrungen aus dem ersten Projektjahr

- ❖ Projektnutzung durch andere Akteure des regionalen Suchthilfesystems
- ❖ Gewinnung von für das Projekt geeigneten Teilnehmenden
 - ❖ Interesse nur an Arbeit / keine Befassung mit Suchtproblemen
 - ❖ TN mit interaktiv auffälliger Suchtproblematik und massiven suchtassozierten Beeinträchtigungen (z.B. Regeleinhaltung, Fehlzeiten, Konsumverhalten)
- ❖ Ort / Kontext der Teilnehmermotivierung
- ❖ Leistungsrechtliche Hürden: „schädliche Unterbrechungen“ der Leistungsvoraussetzung „Langzeitarbeitslosigkeit“ durch Arbeitsversuche oder Haftzeiten: Blockierung von „Motivationsfenstern“ nach aktuellen Krisen
- ❖ Datengewinnung für Evaluation
 - ❖ für die Suchtberatung völlig neuartige ESF-Dokumentation
 - ❖ Definierung projektspezifischer Zusatzitems im neuen KDS 3.0 – Handfassung im zweiten Halbjahr 2016

6.

Ausblick auf die weitere Projektlaufzeit

- Dank an Landespolitik für Bereitschaft zur Weiterförderung in 2018
- Projektnutzung durch regionale Kooperationspartner verbessern
- Teilnehmerge Gewinnung /-motivierung verbessern:
 - aus den Erfahrungen der Standorte Modelle für effiziente Erarbeitung konkretisierter Bereitschaft zur Teilhabeverbesserung entwickeln
 - Gewinnung von Teilnehmern aus anderen Arbeitsfördermaßnahmen mit der Perspektive einer „suchtkompetent assistierten Beschäftigung“
 - Erarbeitung von auch datenschutzrechtlich unbedenklich kommunizierbaren Formen einer gemeinsamen individualisierten Entwicklungsplanung
- Gestaltung der neuartigen ambulanten Suchtreha in Su+Ber:
 - Kreative Nutzung der in der Rehakonzeption bewusst vorgesehenen Gestaltungsfreiräume für arbeitsbezogene Entwicklungsziele: Teilhabeverbesserung muss als Verbesserung von persönlicher Lebensqualität subjektiv erlebbar sein

- **Verbesserung der Datenlage für eine aussagefähige Evaluation der Konzeptideen und der Rehaleistungen**
 - Nach Sicherstellung einer konsistenten EDV-gestützten Datenerfassung im Rahmen der Suchtstatistik seit Jahresbeginn 2017 müssen die noch bestehenden örtlichen Dokumentationsprobleme rasch behoben werden
 - Angesichts des aktuellen Landesprogramms für Langzeitarbeitslose werden wir ergänzend genauer dokumentieren müssen, ob und welche Zusatzqualifizierungen bei den TN nötig waren und ob bei der Vermittlung an reguläre Arbeitsplätze Integrationszuschüsse für unsere Zielgruppen als konstruktiv eingeschätzt werden
- **Vermittlung unserer Projekterfahrungen und Ergebnisse an die ambulante Suchthilfe und an die Suchtreha:**
 - Su+Ber ist entstanden in der Arbeit der LSS und wird erst dann wirklich als Projekt erfolgreich sein, wenn die erzielten Erfahrungen und Ergebnisse auch von der externen Fachöffentlichkeit wahrgenommen und genutzt werden.

Herzlichen Dank für Ihr Interesse!

Karl Lesehr, M.A.

Fachliche Beratung Sucht im Projekt Su+Ber

Werkstatt Parität gGmbH Stuttgart

lesehr@paritaet-bw.de