

Stefan Sell

Vision sozialer Dienstleistungen und beschäftigungspolitischer  
Modelle für Suchtkranke im SGB II

---

Bibliografische Daten:

Sell, Stefan: Vision sozialer Dienstleistungen und beschäftigungspolitischer Modelle für Suchtkranke im SGB II. Remagener Beiträge zur Sozialpolitik 02-2008, Remagen 2008

---

*Der Beitrag ist die schriftliche Fassung eines Vortrags im Rahmen eines Expertengesprächs zum Thema „Schnittstelle Beratung, - Behandlung – Fallmanagement und integrativer Arbeitsmarkt“, gemeinsam veranstaltet vom Landschaftsverband Rheinland, der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege in NRW, Arbeitsausschuss Drogen/Sucht und Arbeit/Arbeitslosigkeit sowie dem Städtetag Nordrhein-Westfalen am 3. Juni 2008 in Köln.*

---

Prof. Dr. Stefan Sell

Professur für Volkswirtschaftslehre,  
Sozialpolitik und Sozialwissenschaften

Fachhochschule Koblenz  
Campus Remagen  
Südallee 2  
53424 Remagen

Internet: [www.stefan-sell.de](http://www.stefan-sell.de)

## 1. Vorbemerkungen: Zukunft der Teilhabe am Arbeitsleben in einer „(Arbeits-)Gesellschaft der Süchte“ – Perspektiven im grundlegenden Spannungsfeld von Exklusion und Inklusion

Betrachtet man die epidemiologischen Daten,<sup>1</sup> dann ist es nur auf den ersten Blick eine Übertreibung, wenn man postuliert, dass wir in einer „Gesellschaft der Süchte“ leben, der es zugleich wahrlich nicht an „Wachstumsperspektiven“ mangelt, trotz aller Bemühungen der Suchtpolitik, nicht nur kurativ und rehabilitativ, sondern auch präventiv dagegen zu halten.

- Von einer theoretisch wie praktisch grundlegenden Bedeutung ist die Frage, ob die Menschen nicht schon immer in einer „süchtigen Gesellschaft“ gelebt haben und sie in ihrer Mehrzahl gar nicht in der Lage wären, auf suchtförmige Verhaltensweisen zu verzichten, wir es mithin mit einer Art *anthropologischen Grundkonstante des Menschseins* zu tun haben. Zumindest sollte man sich darauf verständigen können, dass es höchst plausible Argumente für die These gibt, dass in einer hochgradig ausdifferenzierten komplexen (Arbeits-)Gesellschaft suchtförmigen Verhaltensweisen eine *funktionalistische Grundkonstante* darstellen, dass sie also – natürlich nur bis zu einem gewissen Grad<sup>2</sup> – eine die derzeitige Verfasstheit unserer Gesellschaft mindestens stabilisierende, wenn nicht sogar eine partiell vorantreibende Funktion ausüben.<sup>3</sup> Diese Argumentation wird verständlicher, wenn man sich die Rolle des Konsums anschaut, der als ein wesentlicher Treibstoff innerhalb eines Marktsystems fungiert und der auch gerade auf der Verhaltensebene stimuliert wird, der aber durchaus in suchtförmiges Verhalten mit pathologischem Durchbruch ausdifferenzieren kann. Immerhin belaufen sich aktuelle Schätzungen hinsichtlich der Betroffenheit von Kaufsucht (Oniomanie) auf knapp 8% der Deutschen, während es Anfang der 1990er Jahre in Westdeutschland erst 5% waren. Mittlerweile gibt es eine wirksame gruppentherapeutische Behandlung, bei der aber das Therapieziel nicht „Kaufabstinenz“ ist – was in einer von Konsum durch und durch geprägten Gesellschaft auch gar nicht realisierbar wäre -, sondern ein „angemessenes Kaufverhalten“ (und damit die Rückführung des suchtförmigen Verhaltens an einem Punkt, an dem das Konsummuster in die Anforderung des „nur bis zu einem gewissen Grad“ passungsfähig ist).<sup>4</sup>
- In ihrer radikalen Variante wird der Blick auf das Zusammenspiel von Sucht und „System“ in marxistischer Traditionslinie stehend zu einem Wesensmerkmal der Subjektivität im kapitalistischen System: Danach gehört „Sucht“ zum Gebrauchswert der Arbeitskraft und sie wird durch das System selbst reproduziert.<sup>5</sup> Da die Sucht die Menschen von dem Kontakt mit ihren Gefühlen schützt, verhindert sie, dass sie den Schmerz erfahren über die Isolation, über die Unaufrichtigkeit, über die Destruktivität des Systems, dessen Entwicklung sie durch ihr eigenes Handeln mit vorantreiben.

1 Vgl. beispielsweise den aktuellen Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung (Drogenbeauftragte 2008).

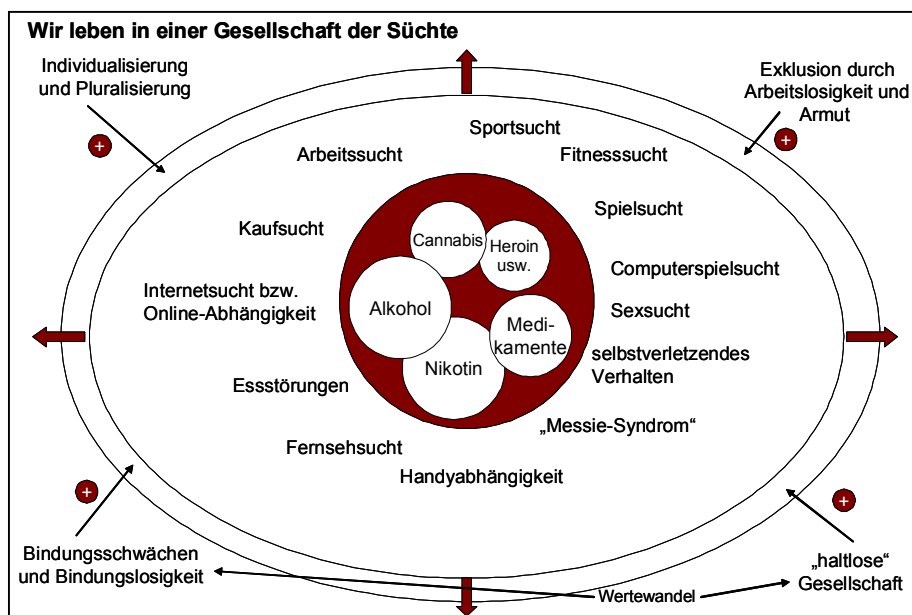
2 Und genau in diesem „natürlich nur bis zu einem Grad“ liegt operativ ein Hauptproblem der Suchthilfe, wenn sie sich denn nicht auf einem „Entweder-Oder“-Mechanismus reduziert, sondern sich einzulassen versucht auf ein Kontinuum von Verhaltensweisen, die den Übergang in und damit auch aus der Abhängigkeit eher fließend modelliert. Mag man im Bereich bestimmter „klassischer“ stofflicher Abhängigkeiten noch über die Angemessenheit eines „Entweder-Oder“-Modells diskutieren können, so lässt sich dieser traditionelle Ansatz der Suchtpolitik bei den neueren Suchtformen beispielsweise in den Bereichen Konsum und Arbeit nicht durchhalten. Schon seit Jahren wird in der Fachdiskussion an einer Entdogmatisierung des Suchtbegriffs gearbeitet, vgl. nur beispielhaft für eine systemische Perspektive aus der Literatur die Beiträge in Emlein et al. (1998) sowie kritisch zu den individuenzentrierten Ansätzen in der Drogentheorie und Drogenpolitik Themann (2006).

3 Dieser Aspekt wird in der gängigen Fachliteratur untergewichtet oder sogar völlig ausgespart. Man reduziert sich auf einen interventionistisch verengten Zugang zur Thematik, in dem man die Zusammenhänge von Arbeit, Arbeitslosigkeit und Sucht hervorhebt und den Unternehmen mit der kostenseitigen Bedeutung kommt, die die Suchtproblematik in ihren Betrieben hat, um sie für entsprechende Maßnahmen zu sensibilisieren – vgl. hierzu z.B. die Beiträge in Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2001).

4 Vgl. hierzu den Bericht von Hübner (2008). Die an der Universitätsklinik Erlangen entwickelte Gruppentherapie für Kaufsucht besteht aus zwölf Gruppensitzungen. Sechs Monate nach der letzten Gruppensitzung sind immerhin die Hälfte der Teilnehmer nicht mehr rückfällig geworden.

5 Hier bestehen interessante Parallelen zu einer neueren Deutung des Phänomens des Burnout. So betrachtet Sanz (2008) entgegen der gängigen Interpretationen Burnout als „legitime Belastungsstörung“. Dabei kann es sich um eine adäquate Reaktion auf das gesellschaftlich-organisationale Umfeld handeln. Dies gilt für Einzelpersonen wie auch für Gruppen.

Sucht ist letztlich Ausdruck von Selbstausbeutung und damit Basis von Fremdausbeutung. Das Kapital als „Sucht-system“ erzeugt und reproduziert die grundsätzlich grenzenlose Bedürftigkeit und stellt gleichzeitig die - natürlich immer „knappen“ - Mittel für eine (kompensatori-



sche) Befriedigung bereit: Mittel stofflicher Art (vom Alkohol, sonstigen „Drogen“, Medikamenten im weitesten Sinne bis zu den ausdifferenziertesten „Genussmitteln“), aktive sowie passive „Unterhaltungsangebote“. Selbst „Information“ eignet sich hervorragend als Suchtmittel - nicht nur durch den transportierten Inhalt, der gewöhnlich im Mittelpunkt der Kritik steht, sondern allein durch die schon längst nicht mehr verarbeitbare Massenhaftigkeit,<sup>6</sup> mit der sie über die Massenmedien auf die Menschen einwirkt (vgl. zu dieser Argumentation Heide 2002). In diesem Kontext werden dann beispielsweise Arbeitssucht<sup>7</sup> oder Konsumsucht als besonders markante Ausformungen interpretierbar.

Welchen theoretischen Zugang man auch immer präferieren mag – ganz offensichtlich leben wir derzeit in einer manifesten „Gesellschaft der Süchte“ und viele gesellschaftlich beobachtbare Entwicklungen haben eine „suchtexpansive“ Seite.

Viele gesellschaftliche Trends sprechen dafür, dass die Ausprägung von Abhängigkeiten bzw. suchtförmiger Verhaltensweisen eher weiter zunehmen wird, da es sich hierbei nicht selten auch um eine Kompensationsfunktion handelt, die befriedigt wird oder werden muss. Zugleich werden immer mehr dem ökonomischen System vor- und teilweise widergelagerte Systeme wie z.B. die Familien oder die Einbindung in soziale Hilfs- wie auch Kontrollstrukturen innerhalb lokaler Gemeinschaften aufgelöst, sie verflüchtigen sich in den zahlreichen „Modernisierungsprozessen“, die unsere Gesellschaft durchwirken.

Die Abbildung soll zudem verdeutlichen, dass die - auch heute noch vorherrschende - Perspektivverengung auf stoffliche Abhängigkeiten zumindest deutlich erweitert werden muss um nicht-stoffgebundene Abhängigkeiten, die zum einen eng korrelieren mit der „normalen“ gesellschaftlichen Entwicklung und die sich auf deren Antriebsmomente beziehen (Konsum, Arbeit, auch Spiel), die zum anderen aber in einer vielleicht sogar viel subtileren Art und Weise als bei den gängigen stoffgebundenen Abhängigkeiten mit Arbeit und Arbeit haben verbunden sind, sich nicht selten sogar aus der Arbeit unmittelbar ableiten bzw. durch sie stabilisiert und verstärkt werden.

Beschränkt man sich auf drei ausgewählte – und zudem sozialpolitisch hoch relevante - Entwicklungen, dann lassen sich Hinweise finden, die darauf hindeuten, dass wir – zumindest auf der Bedarfssei-

<sup>6</sup> Vgl. hierzu aktuell mit Blick auf das Phänomen der „Daten-Sucht“ durch E-Mail-Fluten und grenzenlosen Online-Informationen den materialreichen Beitrag von Hornig/Müller/Weingarten (2008).

<sup>7</sup> Zur Arbeitssucht vgl. neben den Beiträgen in Heide (2002) die Arbeit von Voigt (2006), die sich mit den Persönlichkeitsmerkmalen von Arbeitssüchtigen und den hier beobachtbaren Rollenmodellen befasst, sowie aus einer personalwirtschaftlichen Perspektive Meißner (2005) zur Ambivalenz der Unternehmen als „Dealer“ und gleichzeitig als „Risikoträger“ des Phänomens Arbeitssucht.

te – vor einem tendenziell sehr weit reichenden Schub in Richtung *mehr* Abhängigkeitsmuster aufgrund ausgesprochen „suchtförderlicher“ Rahmenbedingungen stehen:

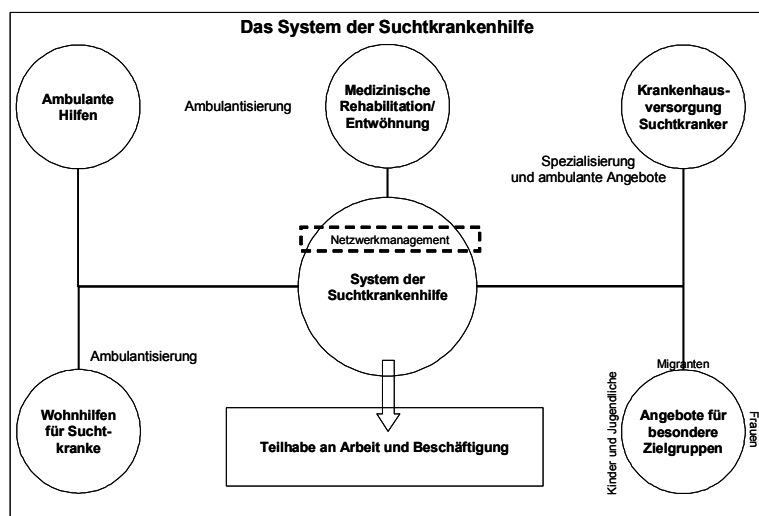
(a) Nach jahrzehntelanger relativer Stabilität zwischen den Schichten findet seit einigen Jahren eine *Scherenentwicklung zwischen „unten“ und „oben“* statt; der Anstieg der Armutsquote ist nur ein Ausdruck dieser Entwicklung. Die Ausbreitung bzw. Verfestigung von süchtigen Verhaltensweisen kann als *eine Begleiterscheinung von Exklusionsprozessen* verstanden werden.

(b) Aufgrund massiver Rationalisierungen und kontinuierlicher Arbeitsverdichtung kann man auch und gerade bei den so genannten „**Leistungsträgern**“ Fluchtbewegungen in Süchte beobachten. Dies wird zudem gefördert durch ein Mehrfachbelastungsmuster, was gerade diese Personengruppen anfällig macht für suchtförmig ausgeprägte Ablenkungsbemühungen.

(c) Aufgrund der unterentwickelten Stütz- und Ersatzsysteme für **Kinder und Jugendliche aus sozial belasteten Familien bzw. mit überforderten Eltern** verfestigen sich Suchtverhaltensmuster bereits sehr früh und stoßen dann auch noch auf eine scheinbar tolerante, in Wirklichkeit aber teilnahmslose Gesellschaft, die vor erzieherischen Aufgaben zurückweicht und dadurch falsche Anreize setzt.

Während die Gesellschaft insgesamt betrachtet ziemlich „tolerant“ und „gelassen“ auf die konkreten Manifestationen suchtförmigen Verhaltens reagiert (vor allem, wenn es sich nicht um ein offensichtlich dissoziales Verhalten handelt, sondern das jeweilige Individuum [noch] eingebettet erscheint in die Strukturen der Normalität),<sup>8</sup> sind die betroffenen Menschen damit konfrontiert, dass die meisten heutigen Arbeitsplätze Anforderungen stellen, mit denen die Folgen suchtförmigen Verhaltens sehr schnell in Konflikt geraten. Wenn sie „Glück“ haben gibt es eine Chance auf Wiedereingliederung unter der Bedingung, sich einer Behandlung zu unterwerfen. Nicht selten aber werden sie offen oder „versteckt“

gekündigt, weil sie – auch bei einer eventuellen Behandlungsbereitschaft – über eine längere Zeit die Performance des Betriebs beeinträchtigen würden und man eher bestrebt ist, die Problembewältigung auszulagern „in die Gesellschaft“ und aus dem eigenen Unternehmen. Noch schwieriger stellt sich die Situation für diejenigen dar, die im Kontext von Rehabilitation wieder einen Einstieg suchen und zusätzlichen Vermittlungshemmnissen ausgesetzt sind. Und genau an diese Gruppe richtet sich die Teil-



habe an Arbeit als ein Teilhandlungsfeld der modernen Suchthilfe.

## 2. Das System der Suchthilfe und die Probleme im Bereich der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

Das System der Suchthilfe hat eine erhebliche Ausbau- und Ausdifferenzierungsphase hinter sich. Sowohl die stationären wie gerade auch die ambulanten Einrichtungen und Angebote wurden ausgebaut. Während es bei den stationären Einrichtungen vor allem in Richtung **Spezialisierung** und teilweise dem **Angebot ambulanter Dienste** ging, wurden parallel **Angebote für besondere Zielgrup-**

<sup>8</sup> Diese aus pädagogischer Sicht durchaus problematische „Toleranz“ und „Gelassenheit“ kann und muss man beispielsweise leider beobachten im Umgang mit dem öffentlichen Konsum von Alkohol bei Kindern und Jugendlichen. Muss man denn ernsthaft darüber diskutieren, dass es „nicht in Ordnung“ ist, wenn 13-Jährige in aller Öffentlichkeit und davon ungestört Alkohol konsumieren können? Und muss man daran erinnern, dass im vergangenen Jahr 10.500 männliche Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren auf Grund der Diagnose „Akute Alkoholvergiftung“ in ein Krankenhaus eingeliefert wurden und die Steigerungsraten seit längerem erheblich sind?

pen wie **Kinder und Jugendliche, Migranten oder Frauen** geschaffen. Über alle Wachstumsbereiche hinweg ist ein dominanter **Trend zur Ambulantisierung** erkennbar.<sup>9</sup>

Die Ambulantisierung der Angebote hat sich vor allem in drei Dimensionen ausgeprägt:

- An allen Kliniken wurden **spezialisierte ambulante Angebote** – mit einer sehr unterschiedlichen Organisation dieser Angebote – eingerichtet.
- Das Angebot an **Behandlungs- und Beratungsstellen** wurden erheblich ausgeweitet. 75% dieser Stellen befinden sich in Trägerschaft der Wohlfahrtsverbände bzw. der Kirchen.
- **Ausbau der niedrigschwelligen Hilfen**: Zum einen kam es zu einer weiteren *Ausdifferenzierung der Hilfestruktur* in Form einer zunehmenden Etablierung von Kontaktläden, Streetwork, Notschlafstellen, Krisenintervention und Notfallhilfe. Zum anderen lässt sich ein weiterer *Ausbau der Hilfekette* beobachten durch Drogentherapeutische Ambulanzen (DTAs) und Konsumräume.

Für den hier interessierenden Teilbereich der **Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung** muss abweichend allerdings konstatiert werden, dass es *keine* Entsprechung zum Ausbau der ambulanten Angebote gegeben hat. Es lassen sich mehrere **Problembereiche** identifizieren:

- Die gewachsene und ausdifferenzierte Angebotslandschaft in diesem Feld bezieht sich vor allem auf die „**klassischen**“ (**Schwer**)-**Behinderungen** und ist den Suchtkranken von Einzelfällen abgesehen weitgehend *verschlossen*.
- In den Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) und den zugelassenen kommunalen Trägern (Optionskommunen) des SGB II-Systems gibt es **nur sehr wenige spezielle Maßnahmen/Angebote für Suchtkranke**.
- Hinzu kommt, dass es **nur sehr wenige bis gar keine langfristig angelegte Arbeits- und Beschäftigungsprojekte** gibt, die Suchtkranken einen „geschützten Rahmen“ anbieten können.
- Hinzuweisen ist auf eine in Zeiten der expansiven (und immer auch auf das Ziel des Abbaus stationärer Kapazitäten gerichteten) Ambulantisierung **problematische Diskrepanz**: In den stationären Wohneinrichtungen des Suchthilfesystems gibt es arbeitstrainierende und tagesstrukturierende Beschäftigungsangebote, während für das Wachstumsfeld ambulantes Betreutes Wohnen festgehalten werden muss, dass nur sehr selten Angebote zur Arbeit und Beschäftigung vorzufinden sind.<sup>10</sup>

Als Zwischenfazit muss von einem „**doppelten Defizit**“ im Handlungsfeld Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung gesprochen werden: Ein Defizit an Strukturen wie auch an konkreten Ansätzen und Angeboten. Zugespißt formuliert: Suchtkranke „passen nicht“ in die gewachsenen Angebotslandschaft und es gibt kaum zielgruppenbezogene Angebote für diese Personengruppe.

### **Exkurs: Ein kurzer Rückblick oder: The times are changing, aber nicht überall und manchmal auch sehr langsam**

Schaut man mehr als zehn Jahre zurück, dann wirkt eine 1997 publizierte Einschätzung der beruflichen Wiedereingliederung von Suchtkranken höchst aktuell – was zugleich verdeutlicht, wie träge und langsam Systeme reagieren:

*„Im Rahmen des Rehabilitationsprozesses von Suchtkranken sind viele Möglichkeiten gegeben, berufliche Rehabilitationsmaßnahmen frühzeitig einzuleiten und durchzuführen. Allerdings vermittelt die*

---

<sup>9</sup> Vgl. grundsätzlich und durchaus kritisch zur Ambulantisierung als eine in vielen Handlungsfeldern des Sozial- und Gesundheitswesens seit Jahren an Bedeutung gewinnende Entwicklungsachse den Beitrag von Sell (2008a).

<sup>10</sup> Diese Diskrepanz korrespondiert mit gleichlaufenden Entwicklungen im Bereich der beruflichen Rehabilitation insgesamt, hier vor allem in einem teilweisen existentiellen Belegungsrückgang bei den Berufsförderungswerken und der stärkeren Ausrichtung des Systems auf betriebsnahe ambulante Reha-Maßnahmen, was erhebliche Selektionseffekte nach sich zieht, denn diese Maßnahmen eignen sich eher für die „guten Risiken“ unter den Rehabilitanden.

verfügbare Literatur den Eindruck, daß diese Chancen bisher noch zu selten genutzt werden. Dies wird im wesentlichen auf das vorwiegend medizinisch-psychologisch ausgerichtete Behandlungskonzept, die unzureichende Sensibilisierung der eingebundenen Akteure für berufliche Bedarfslagen und Möglichkeiten der Klienten sowie die defizitäre Kooperation zwischen Therapeuten und Leistungsträgern (insbesondere Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung) zurückgeführt, die wiederum durch die institutionelle und rechtliche Trennung zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation bedingt werden. Bemängelt wird in diesem Zusammenhang insbesondere die unzureichende Berufsförderung von arbeitslosen und in der Psychiatrie behandelten Suchtkranken.

Die zur Verfügung stehenden Informationen signalisieren, daß Berufsförderungsmaßnahmen bei Abhängigen verhältnismäßig selten durchgeführt werden. Zudem wird deutlich, daß weder über die Zahl, noch über die Erfolge der betreffenden Aktivitäten Daten in quantitativ und qualitativ ausreichendem Maße vorhanden sind, um diese adäquat beurteilen zu können. Aufgrund der immensen volkswirtschaftlichen Schäden, die sich infolge nicht, zu spät oder unzureichend erfolgter Rehabilitation Suchtkranker ergeben können, erscheint die Kontrolle der Bemühungen um berufliche Rehabilitation aber besonders dringlich, auch wenn dies wegen der Vielfalt potentieller Aktivitäten und Akteure mit erheblichen Schwierigkeiten bei Dokumentation und Evaluation der Maßnahmen verbunden sein dürfte“ (Faßmann 1997: 491).

Eines hat sich allerdings seit damals gravierend verändert: Mit den „Hartz-Reformgesetzen“ wurde zu Beginn des Jahres 2005 ein neue Grundsicherungssystem für erwerbsfähige Menschen und ihre Angehörige eingeführt (SGB II), das aufgrund der dort vorgenommenen Festlegung einer mindestens dreistündigen Erwerbsfähigkeit pro Tag als Abgrenzungskriterium für die Zuordnung zum SGB II- oder SGB XII-System dazu führt, dass das SGB II-System hoch relevant ist auch für die suchtkranken Menschen. Insofern ist es erforderlich, danach zu fragen, was dieses System speziell leistet oder eben nicht leistet für die Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung.

### 3. Die Suchtproblematik im SGB II-System – hoch relevant und doch nicht im Blick?

Zwei Zahlen mögen genügen, um die **Relevanz der Suchtproblematik im SGB II-System** zu illustrieren:

- Am Ende der stationären medizinischen Rehabilitation sind **75%** der Menschen mit Arbeitslosigkeit konfrontiert, im Bereich der Suchtberatung sind es **60%** (Daten für 2006).
- Je nach ARGE variiert der problematische Suchtmittelgebrauch **zwischen 5% und 20% der Kunden** und bei den unter 25-Jährigen sind es **bis zu 30%** (Daten für 2007).<sup>11</sup>

Allein diese Daten verdeutlichen, dass es sich bei der Suchtproblematik um ein erhebliches Problem im Alltag der Arbeit der Grundsicherungsträger handelt und insofern ist es interessant, danach zu fragen, *ob und wie* diese Thematik *in der Praxis* abgebildet wird. Die Beantwortung dieser Frage wird dadurch massiv erschwert, dass bislang nur relativ wenige Befunde vorliegen, die neben rechtlichen oder aufbauorganisatorischen Fragen der tatsächlichen Ausgestaltung der Arbeit gerade im Fallmanagement der SGB II-Träger nachgegangen sind.

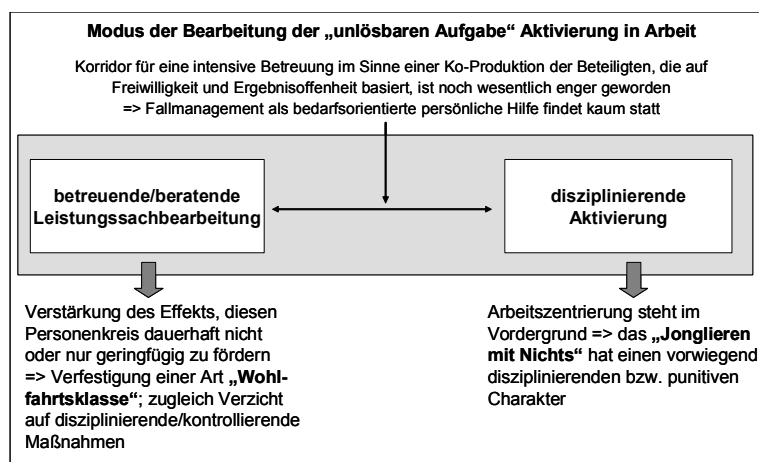
#### Was passiert im „terra incognita“ Fallmanagement?

Aus den aktuell vorliegenden Studien seien an dieser Stelle zwei besonders hervorgehoben.

---

<sup>11</sup> Quelle der Daten: IWS Koblenz im Rahmen der Arbeit der Fachstelle für Arbeitsmarktintegration und Reintegration Suchtkranker (Faire).

Zum einen haben *Kolbe* und *Reis* in einer empirischen Untersuchung die praktische Umsetzung des Fallmanagements im SGB II-System untersucht.<sup>12</sup>



Den Autoren geht es um die Erstellung einer **Typologie der Fallbearbeitung im Fallmanagement** als Versuch, den grundsätzlichen Zielkonflikt in die eine oder andere Richtung aufzulösen. Der grundsätzliche Zielkonflikt besteht darin, dass die primär geforderte „**Aktivierung in Arbeit**“ vor dem Hintergrund der realen Arbeitsmarktlage und im Zusammenspiel mit den personalen Integrationshemmnissen eine gleichsam „**unlösbare**

**Aufgabe**“ darstellt (die Autoren beziehen sich hier terminologisch auf Bourdieu).

Die Autoren kommen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass in der Praxis der Fallbearbeitung eine Polarisierung stattfindet auf die beiden Endpunkte einer eher hilflosen „Disziplinierung“ der Arbeitslosen mit – je nach individuellem Verhalten – unterschiedlich ausgeprägten punitiven Zügen und einer eher als Rückzugsbewegung zu verstehenden Leistungssachbearbeitung mit einer unterentwickelten Förderung (in Kombination aber auch mit einem Verzicht auf disziplinierende bzw. kontrollierende Elemente).

Die Umsetzung des „Aktivierungsparadigmas“ in den beiden Bearbeitungsmodi führt im Ergebnis zu *gegenteiligen* Effekten – zum einen werden die Arbeitslosen eher „**passiviert**“ im Leistungsbezug und die „Aktiveren“ unter ihnen werden sich Kombinationsformen mit weiteren Hinzuverdienstmöglichkeiten suchen oder sich einrichten im „Aufstockerdasein“ (eine neue und möglicherweise auf Dauer gestellte Gruppe von „halb exkludierten“ Transferleistungsempfängern), während die „harte Tour“ nicht selten **scheitern** muss angesichts der fehlenden Arbeitsmöglichkeiten. Hier offenbart sich das Grundproblem aller Workfare-Ansätze: Sie brauchen eine entsprechende Infrastruktur des Zwangs und der Disziplinierung, letztendlich eine Zwangsarbeit, um den „pädagogischen“ Druck auf die Hilfeempfänger glaubhaft untermauern zu können. Steht diese Infrastruktur nicht oder nur rudimentär zur Verfügung, dann werden sich die „Aktiveren“ relativ einfach dem disziplinären Zugriffen entziehen können, während vor allem die – aus welchen Gründen, z.B. aus einer Abhängigkeit heraus, auch immer – Schwächeren unter den Arbeitslosen in den Netzen hängenbleiben und nicht selten ausgesteuert werden.

Im Ergebnis führen beide Bearbeitungsmodi des Aktivierungsauftrags zu dem überaus problematischen Effekt, dass der zwischen den beiden Polen liegende **Korridor einer fachlich (und auch aus Sicht der Betroffenen) angemessenen Form** der intensiven Betreuung auf Grundlage einer Ko-Produzenten-Konfiguration **immer enger** wird – und das trifft ganz besonders „schwierige“ Zielgruppen wie beispielsweise Suchtkranke, die nunmehr sehr schnell – nicht selten auch in Verbindung mit individuellen „Auffälligkeiten“ - entweder „passiviert“ (versehen mit dem Label „sowieso nicht zu vermitteln“) oder aber unter Druck gesetzt werden, dem sie auszuweichen versuchen.

Ein über diese eher polarisierende Typologie von Kolbe und Reis hinausgehender Typisierungsversuch wurde jüngst in einer qualitativ ausgerichteten Studie von Ames (2008) vorgelegt, die sich mit der Arbeitssituation und mit dem Rollenverständnis der so genannten „Persönlichen Ansprechpartner“

<sup>12</sup> Vgl. Kolbe/Reis (2008) sowie – nicht nur von historischem Interesse - die bereits 2005 veröffentlichte Vorläuferstudie (Kolbe/Reis 2005) „am Vorabend von Hartz IV“.



nach § 14 SGB II beschäftigt hat.<sup>13</sup> In der Zusammenfassung zur Studie werden folgende Punkte hervorgehoben:

- Die meisten Gesprächspartner fühlen sich durch die Statistiken, die sie führen müssen, sowie das Controlling und Benchmarking, dem die Statistiken dienen, sehr belastet.
- Durch die Anforderung, bestimmte Werte bei statistischen Kennzahlen zu erreichen, sehen sich viele Interviewpartner in starkem Ausmaß zu Tätigkeiten gezwungen, die sie als "sinnlos" erleben, und an einzelfalladäquater Arbeit gehindert.
- Die zu hohe Zahl an Klienten steht an zweiter Stelle der von den Gesprächspartner berichteten Belastungen ihrer Arbeitssituation.
- Viele Interviewpartner nehmen eine wachsende Kluft zwischen den Anforderungen des Arbeitsmarktes einerseits und der Qualifikation und der körperlichen Leistungsfähigkeit ihrer Klienten andererseits wahr.
- Die persönlichen Ansprechpartner sehen sich als "Einzelkämpfer". Fachlicher Austausch und die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses der Arbeit fehlen.
- Das drückt sich nicht zuletzt in extrem unterschiedlichen Sanktionsquoten aus.
- Sanktioniert wird ganz überwiegend wegen Terminversäumnissen und Nicht-Antritt oder Abbruch von Trainingsmaßnahmen, nicht wegen der Ablehnung von Arbeit.

Besonders relevant für die hier im Mittelpunkt stehende Suchtproblematik sind die Erkenntnisse von Ames zum **Rollenverständnis** der „Persönlichen Ansprechpartner“, erfordert doch die Bearbeitung dieser Problematik eine entsprechende Spezialisierung und eine hohe Fachlichkeit. *„Bei den meisten Gesprächspartner/-innen war ein konsistentes Rollenverständnis ... nicht erkennbar ... Die meisten persönlichen Ansprechpartner/-innen betrachten den so genannten ersten Arbeitsmarkt nicht oder nicht mehr als realistische Perspektive für einen großen Teil der ALG II-Bezieher/-innen. Dass sie mit dieser Betrachtungsweise nicht allein stehen, wird daran deutlich, dass ein Träger all seine ‚Kunden‘ in solche für den ‚ersten‘ und solche für den ‚zweiten‘ Arbeitsmarkt einteilt, ohne dass ein zweiter Arbeitsmarkt tatsächlich vorhanden wäre. Hinter der ‚Mitwirkungspflicht‘ dieses Großteils der Alg II-Bezieher/-innen steht ein äußerst diffuser und unreflektierter Integrationsbegriff. Es bleibt völlig unklar, in was die betroffenen Menschen integriert werden sollen. Zwar haben einige Gesprächspartner/-innen erläutert, dass ihre Arbeit zu einem erheblichen Teil aus ‚Sozialarbeit‘ bestünde, indem sie sich um soziale und gesundheitliche Probleme von Klienten kümmern, um die sich sonst niemand kümmert. Sie haben aber selbst Zweifel geäußert, ob solche vielleicht der sozialen Integration der Betroffenen dienende Arbeit sinnvoll im Jobcenter angesiedelt ist, und sie haben deutlich gemacht, dass sie mit diesem Teil ihrer Arbeit nicht die an sie gerichteten Erwartungen erfüllen und dafür Anerkennung finden. Sie leiden unter dem Widerspruch, in einer hierarchisch organisierten Behörde, die einen sehr starken Kontroll- und Disziplinierungsanspruch gegenüber den Hilfebedürftigen hat, klientenzentrierte Hilfeleistungen erbringen zu wollen. Der Zwang zum ‚Lavierem zwischen derartigen widersprüchlichen Orientierungssystemen‘, der für die in Sozialadministration eingespannte Sozialarbeit ohnehin typisch ist, hat in der Rolle des/der persönlichen Ansprechpartners/-in nach dem SGB II seinen vorläufigen Höhepunkt gefunden ... Die Vorgaben der SGB II-Träger tragen nichts zur Klärung des Integrationsbegriffes und zur Klärung der Mittel, mit denen Integration bewirkt werden soll, bei. Die Vorgaben bestehen nach eindringlicher Darstellung fast aller Gesprächspartner/-innen in der Hauptsache in Kennzahlen, die erreicht werden sollen. Eine solche Anforderung stellt den Sinn von Statistik auf den Kopf und macht sie als Informations-Hilfsmittel wertlos ... Wie sehr die SGB-II-Träger offenbar davon ausgehen, zu erreichende Kennzahlen an die Stelle prozess- und zielbezogener fachlicher Anforderungen an ihre als persönlichen Ansprechpartner/-innen beschäftigten Mitarbeiter/-innen setzen zu können, wird schon an den völlig unterschiedlichen Qualifikationen und beruflichen Erfahrungen der*

<sup>13</sup> Es handelt sich um eine explorative Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, bei der mit leitfadengestützten Interviews 28 als „persönliche Ansprechpartner“ bei insgesamt acht SGB II-Trägern tätige Personen befragt wurden. Der Erhebungszeitraum lag zwischen August und Oktober 2007.

*persönlichen Ansprechpartner/-innen deutlich, sowie daran, dass es kaum tätigkeitsspezifische Weiterqualifikation, schon gar keine verbindliche, gibt. Die Arbeit der persönlichen Ansprechpartner/-innen ist im Verständnis der SGB-II-Träger offenbar Hilfsarbeit, die keiner spezifischen Aus- oder Weiterbildung bedarf ... Gegenwärtig haben die persönlichen Ansprechpartner/-innen zwar große Freiheit zur Rolleninterpretation, aber kein Gegenüber, an dessen Ansichten sie ihre eigenen ‚abarbeiten‘ können. Die Klienten sind hierfür in einer zu untergeordneten und abhängigen Position, und die Vorgesetzten verstecken sich hinter Kennzahlen, über deren Bedeutung sie keine Diskussion zulassen. So bedeutet die Freiheit entweder fortwährende Unsicherheit oder sie wird zur blanken Anmaßung und Machtausübung gegenüber den Bezieher/-innen von Arbeitslosengeld II genützt“ (Ames 2008: 171 ff.).*

Diese Ausführungen zum (diffusen) Rollenverständnis und die Hinweisen auf die aus fachlicher Sicht nicht förderlichen Organisationskulturen bei den SGB II-Trägern müssen kritisch gelesen werden vor dem Hintergrund der Anforderungen, die Suchtkranke an eine gute Betreuung und Begleitung stellen und lassen den vorläufigen Schluss zu, dass es hier nicht zum Besten bestellt ist.

### Das SGB II-System in einem doppelten Spannungsfeld

Bereits vor dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Verfassungswidrigkeit der Arbeitsgemeinschaften (ARGen) vom Dezember 2007 und dem Auftrag an den Gesetzgeber, eine verfassungskonforme Neuregelung der Trägerschaft im Grundsicherungsbereich bis Ende 2010 zu schaffen,<sup>14</sup> konnte beobachtet werden, dass das SGB II-System vor allem durch zwei widerstreitende Entwicklungsrichtungen belastet war und ist:

- Zum einen das **Spannungsfeld von Kommunalisierung und Zentralisierung**, das der grundsätzlichen Frage nach der Verortung der Trägerschaft zugrunde lag und liegt,<sup>15</sup> aber darüber hinaus auch innerhalb des Systems für erhebliche Friktionen sorgt, wie man aktuell am Beispiel der Auseinandersetzung über die Fördermaßnahmen nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB II sehen kann (vgl. hierzu ausführlich Sell 2008b). Gerade für die Suchthilfe mit ihrer Verankerung im kommunalen Raum sind die Auseinandersetzungen hier höchst relevant, denn für hoch spezialisierte Angebote eignet sich *grundsätzlich* ein Rahmen mit ausgeprägten kommunalen Freiheitsgraden besser als ein zentralistisch gesteuertes System, das zudem auf normierte und standardisierte Maßnahmen setzt, die über das Vergaberecht mit Ausschreibungen realisiert werden.<sup>16</sup> Genau darum geht es bei der aktuellen Auseinandersetzung über den § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB II.

14 Interessanterweise scheint man sich zwischenzeitlich darauf geeinigt zu haben, nichts Wesentliches verändern zu wollen, sondern durch eine in den Raum gestellte Verfassungsänderung den bestehenden verfassungswidrigen Zustand „zu heilen“. Offensichtlich fürchtet man das ansonsten fällige Aufschneiden des Gesamtpakets und hierbei vor allem der höchst komplexen Finanzierungsregelungen zwischen den föderalen Ebenen. Eines ist bei den bislang laufenden Debatten über eine Neuregelung der Trägerschaft allerdings schon auffällig: Die Perspektive der Betroffenen, also der Grundsicherungsempfänger, und ihrer Ansprüche und Erwartungen spielt so gut wie keine Rolle, sie wird zumeist gar nicht mal erwähnt.

15 Die derzeit umstrittene Regelform der gemeinsamen Trägerschaft von BA und Kommunen mit den ARGen und die als Experiment zugelassene kommunale Trägerschaft in den so genannten „Optionskommunen“ war ein Kompromiss genau zwischen den beiden Polen des Spannungsfeldes Kommunalisierung versus Zentralisierung. Damit versuchte man – wie aktuell anscheinend wieder – eine eindeutige Positionierung zu vermeiden, inkorporiert aber natürlich damit die Spannung in das System. Insofern muss der aktuelle Streit über die § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB II-Maßnahmen als „Stellvertreter-Krieg“ zwischen Bund und BA auf der einen und den Kommunen mit Unterstützung der Bundesländer auf der anderen Seite gelesen werden.

16 Die Betonung liegt hier auf „grundsätzlich“ oder „im Prinzip“, man kann auch sagen „theoretisch“, denn **kommunalisierte Systeme** haben ein Wesensmerkmal, was eine generalisierende Bewertung schon dem Grunde nach verunmöglicht: Sie zeichnen sich aus durch eine **erhebliche lokale Varianz der tatsächlichen Umsetzung**. Dies ist aus unterschiedlichen Perspektiven nicht unproblematisch, beispielsweise aus einer sozialrechtlichen Sicht auf eine anzustrebende Gleichmäßigkeit des Verwaltungshandelns. Faktisch bedeutet Kommunalisierung, dass es für die betroffenen Leistungsempfänger von entscheidender Bedeutung für die Förderwahrscheinlichkeit ist, in welchem Landkreis oder in welcher kreisfreien Stadt sie leben. Das kann man kritisch sehen. Auf der anderen Seite muss man akzeptieren, dass es sich um ein Wesensmerkmal von Kommunalisierung handelt, der sich nicht wird vermeiden lassen.

- Zum anderen besteht also ein **Spannungsverhältnis zwischen Einzelfallorientierung und Standardisierung**, was besonders markante Auswirkungen hat auf die Frage, wie man Zielgruppen wie die der suchtkranken Menschen betreut und behandelt. *Grundsätzlich* und gerade mit Blick auf die enorme individuelle Problemstreuung bei den Menschen im Suchthilfesystem gilt: *Je mehr Einzelfallorientierung, desto besser und angemessener lassen sich adäquate Hilfestrategien realisieren*, da gerade diese Menschen im Regelfall durch die groben Maschen standardisierter Programme fallen. Auf der anderen Seite gilt aber auch, dass einzelfallorientierte Strategien der Betreuung und der Förderung sehr anfällig sind gegenüber Restriktionen wie schlechte Rahmenbedingungen oder fehlende Fachlichkeit. Sowohl hinsichtlich der Rahmenbedingungen wie gerade auch mit Blick auf die Fachlichkeit innerhalb des SGB II-Systems muss man derzeit zumindest ein großes Fragezeichen setzen, wenn es um suchtkranke Menschen geht.

### **Komplexitätssteigerungen: Die kommunale soziale Infrastruktur im „SGB II-Sog“ nach unten?**

Die grundsätzlichen Spannungsfelder gleichsam verschärfend kommt hinzu, dass wir derzeit beobachten müssen, dass früher unbekannte „Verschiebebahnhöfe“ in der gegenwärtigen Verwaltungspraxis hinzugekommen sind, an die gar keiner gedacht hatte, als das SGB II – gerade mit dem Ziel eines Abbaus von „Verschiebebahnhöfen“ zwischen der alten Sozial- und Arbeitsverwaltung<sup>17</sup> – implementiert worden ist. Auf diesen scheinbaren Widerspruch hat jüngst Helga Spindler in einem instruktiven Beitrag hingewiesen:

*„Die neue Verschiebep Praxis liegt in der Einstellung der Angebote und der Finanzierung komplexerer sozialer Dienstleistungen nach SGB XII, und zwar mit der Begründung, das sei jetzt ausschließlich Aufgabe der SGB II-Träger“ (Spindler 2008: 13).<sup>18</sup>*

Die Relevanz für das Suchthilfesystem im Kontext SGB II verdeutlicht Spindler an zwei Beispielen, die sich strukturell im Umfeld der ehemaligen Hilfen in besonderen Lebenslagen bewegen – hier handelt es sich in der Regel um komplexere Dienstleistungsangebote und die meisten Betroffenen sind durchaus ein „bisschen“ erwerbsfähig, was sie zum Alg II-Bezug legitimiert. Auch hier ist aktuell von kommunaler Seite das Bestreben zu erkennen, wegen der neuen gespaltenen Zuständigkeit alles, was nur im entferntesten mit Arbeit zu tun hat, möglichst dem Grundsicherungsträger zu überantworten und sich aus dem umfassenden Leistungsspektrum zurückzuziehen (Spindler 2008: 14)<sup>19</sup>:

- *„Bezüglich der Eingliederungshilfe für eine rückfallgefährdete langjährige Alkoholabhängige hat das Sozialgericht Halle geurteilt, dass die Eingliederungsleistungen nach §§ 53,54 SGB XII umfassender sind als die Leistungen nach § 16 Abs. 2 SGB II, die nur Bezug auf die Eingliederung in Arbeit nehmen ... hier sollte die Unterbringung in einer Tagesstätte zur Stabilisierung der Tagesstruktur und Vorbeugung der Rückfallgefahr mit Verweis auf die angeblich vorrangige Zuständigkeit des SGB II eingestellt werden“ (Spindler 2008: 15). Der Sozialhilfeträger wurde verpflichtet, weiter zu leisten. Eine Bestätigung ist zwischenzeitlich seitens des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt er-*

17 Gemeint ist hier die alte Praxis, Sozialhilfeempfänger durch „Hilfe zur Arbeit“-Maßnahmen in den Zuständigkeitsbereich der Arbeitslosenversicherung zu verschieben. Vgl. zur damaligen Praxis ausführlich Sell (1999).

18 **Sozialrechtlich** gesehen geht es um die Frage der **Klärung von Vorrang und Nachrang**, insbesondere um das **Verhältnis der Dienstleistungen nach SGB XII zu den Eingliederungsleistungen nach § 16 SGB II**. Obgleich – so die Argumentationslinie von Spindler – die Ausschlussregelung schon dem Wortlaut nach nicht gilt (denn die wechselseitigen Ausschlussregelungen von § 5 Abs. 2 SGB II und § 21 SGB XII schließen nur Leistungen nach dem 3. Kapitel des SGB XII aus, also Leistungen für den Lebensunterhalt und nicht die übrigen Leistungen des SGB XII, was eine Kombination der Leistungen nach dem Bausteinprinzip ermöglicht), stellt sich die Aufgabe einer Klärung des Verhältnis praktisch, vor allem, wenn Leistungen wie die Schuldnerberatung ausdrücklich in beiden Gesetzen genannt sind. **Sozialpolitisch** geht es um den Aspekt, dass das SGB XII auch nach der Einführung des SGB II seine **Auffangfunktion** nicht verloren hat und die Betroffenen aufgrund der engeren Zielsetzung des SGB II auch auf die Realisierung dieser Funktionalität angewiesen sind.

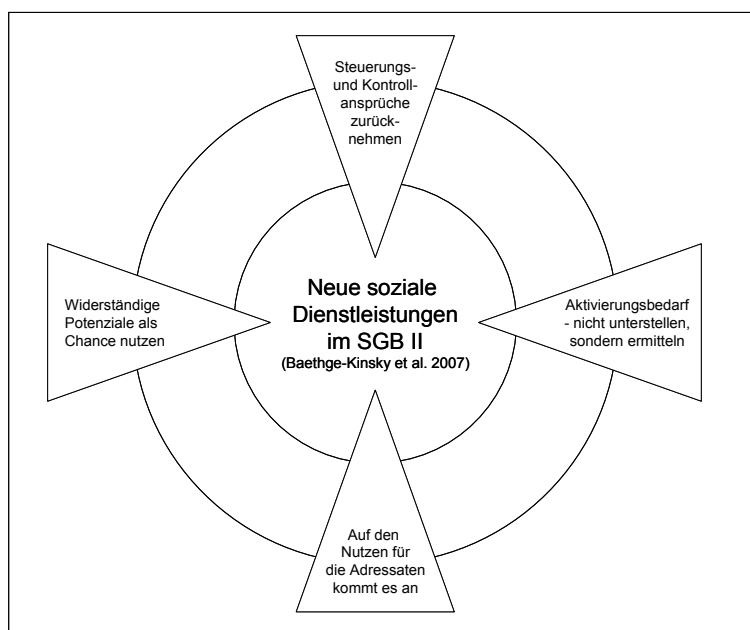
19 Spindler weist zu Recht darauf hin, dass dies **neue Verschiebebahnhöfe** sind, von denen man vor Einführung des SGB II-Systems nie etwas gehört hat, was daran lag, dass die Sozialhilfe auf BSHG-Basis früher zumeist ganzheitlich für die Hilfe zum Lebensunterhalt und für die Hilfen in besonderen Lebenslagen zuständig war.

folgt mit der Begründung, dass die Leistungen einer Tagesstätte, die konzeptionell nicht ausschließlich für erwerbsunfähige Sozialhilfeempfänger vorgesehen sind und nicht nur an der Integration in den Arbeitsmarkt ansetzen, nicht durch den Nachranggrundsatz der Sozialhilfe ausgeschlossen werden, da der Bedarf der Betroffenen nicht vollständig durch Leistungen nach § 16 Abs. 2 S. 2 SGB II gedeckt werden können. Allerdings sieht auch das Gericht die Grundproblematik einer trennscharfen Zuordnung derartiger Angebote.

- Aber es gibt auch höchst problematische Entscheidungen auf sozialgerichtlicher Ebene. Spindler (2008: 15) zitiert ein Urteil des Sozialgerichts Schleswig, die eine **integrierte Maßnahme der Eingliederungshilfe** betraf, in der für ehemals Suchtabhängige **eine therapeutische Wohngemeinschaft mit einem darauf abgestimmten Arbeitsprojekt** durchgeführt wurde. Das Gericht ging davon aus, „dass nach der neuen Gesetzeslage derartige Projekte auf Dauer getrennt mit zwei Kostenträgern zu verhandeln seien: bezüglich des Wohnangebots mit dem Sozialhilfeträger und bezüglich des Arbeitsangebots im Vergabeverfahren mit der ARGE. Wie lange unter diesen Umständen ein integriertes Angebot noch aufrechtzuerhalten sein wird, mag man sich ausrechnen“ (Spindler 2008: 15).

Was lernen wir aus solchen Beispielen – vor allem angesichts der Randbedingung, dass die meisten dieser Fälle gar nicht vor Gericht kommen, weil oft schon durch die Einstellung der Finanzierung gar keine einschlägigen Angebote mehr am Ort vorhanden sind?

Ein bereits hinsichtlich Angebot und Zugang unterentwickeltes System der Teilhabe an Arbeit (zu wenig Angebote für die Zielgruppe der Suchtkranken und zu hohe, zumeist formale Zugangshürden) trifft auf die Abgrenzungsbewegungen zwischen zwei Systemen, die – auch aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsquellen – eher auf gegenseitiges Verschieben ausgerichtet sind. Potenziert wird dies durch eine nur zwangsläufige Neuausrichtung der Träger, die versuchen (müssen), ihr Angebot alleine auf die Anforderungen des SGB II zu reduzieren und ihre bisherigen ganzheitlichen Konzepte aufgeben (müssen), wollen sie „am Markt“ bestehen bleiben. Zugleich wird immer deutlicher erkennbar, dass die Vision von „Dienstleistungen aus einer Hand“ nach der Philosophie der one-stop-agencies wenn überhaupt, dann nur in einer sehr reduzierten inhaltlichen Art und Weise auf die schnelle Integration in irgendeine Arbeit ausgerichtet wird und die gerade mit Blick auf die Suchtkranken höchst notwendigen komplexeren Dienstleistungen und die diese ermöglichende Infrastruktur in einem „Bermuda-Dreieck“ der Systeme verschwinden.



Zugleich wird immer deutlicher erkennbar, dass die Vision von „Dienstleistungen aus einer Hand“ nach der Philosophie der one-stop-agencies wenn überhaupt, dann nur in einer sehr reduzierten inhaltlichen Art und Weise auf die schnelle Integration in irgendeine Arbeit ausgerichtet wird und die gerade mit Blick auf die Suchtkranken höchst notwendigen komplexeren Dienstleistungen und die diese ermöglichende Infrastruktur in einem „Bermuda-Dreieck“ der Systeme verschwinden.

#### 4. Zu den möglichen Visionen für soziale Dienstleistungen und beschäftigungspolitischer Modelle für Suchtkranke im SGB II

„Wer Visionen hat, sollte zum Arzt gehen.“ (Helmut Schmidt)

„Die Vergangenheit muss ich zu Kenntnis nehmen. Mit der Gegenwart muss ich leben; für die Zukunft aber muss ich Visionen haben.“ (Wolfgang Kownatka)

Wie man an den beiden Zitaten erkennen kann, sind Visionen in der Politik höchst *ambivalent* besetzt, was sicherlich auch und gerade an ihrem *normativen Gehalt* liegt. Aus Sicht des Pragmatismus haben Visionen eher eine störende Komponente, weil sie nicht nur Routinen hinterfragen, sondern auch gewachsenen Strukturen notwendigerweise die Gefolgschaft aufkündigen (müssen). Aus Sicht eines Verständnisses von „gestaltender Gesellschaftspolitik“ erscheint hingegen der Verzicht auf Visionen eher als ein - auf lange Sicht gesehen - impotenter Versuch der Stabilisierung des Bestehenden.

Der Blick nach vorne muss ausgehen von der Analyse des Bestehenden<sup>20</sup> – und da zeigen die bisherigen Skizzierungen doch erhebliche Schwachstellen für die suchtkranken Menschen im SGB II-System.

Die Analyse, dass derzeit mit der „**Fallbearbeitung nach SGB II**“ bei allen Unterschieden zwischen den beobachteten Geschäftsmodellen eine neue, charakteristische soziale Dienstleistung entsteht, wurde in einer Konzeptstudie von Baethge-Kinsky et al. (2007) aufgegriffen. Vor allem ihre Schlussfolgerungen aus der qualitativ angelegten Untersuchung beobachtbarer Praxis innerhalb des SGB II-Systems, die in der Abbildung zusammenfassend skizziert sind, sollen hier mit Blick auf das, was wir gerade hinsichtlich der Zielgruppe der Suchtkranken eigentlich brauchen, herausgestellt werden:

- **Steuerungs- und Kontrollansprüche zurücknehmen:** „Soziale Dienstleistungen brauchen einen **personalisierten Auftrag**. Diese Bedingung wird umso wichtiger, je komplexer und ‚diffuser‘ der organisatorische Auftrag ist ... Wird sie im ‚Setting‘ der Dienstleistung nicht hinreichend berücksichtigt, setzt sie sich hinter dem Rücken der Organisation durch. Für die Aushandlung des Auftrags und der Dienstleistungsbeziehung nutzen oder schaffen die Beteiligten dann informelle Spielräume“ (Baethge-Kinsky et al. 2007: 61).<sup>21</sup> Für die Fallbearbeitung im SGB II sollten die Organisationseinheiten *Spielräume* akzeptieren und *Steuerungs- und Kontrollansprüche zurücknehmen*. Praktisch könnte das bedeuten, die „Segmentierung“ der Kunden und die Ausgestaltung der Dienstleistung **stärker den Beteiligten zu überlassen**, die z.B. *fallweise* entscheiden, ob und wann eine Eingliederungsvereinbarung geschlossen wird. Wichtig hierbei ist aber, die Spielräume nicht einseitig den Fachkräften zu überlassen: „Deren größerem Ermessensspielraum müssten dann **Rechtsansprüche, Initiativ-, Wunsch- und Wahlrechte der Adressat/inn/en** entsprechen, damit diese ihre Stärken in die Interaktion einbringen können“ (Baethge-Kinsky et al. 2007: 61). Statt existenzsichernde Leistungen zu kürzen, könnten nach Auffassung der Autoren dann Sanktionen darin bestehen, Adressaten von bestimmten Leistungen auszuschließen.
- **Aktivierungsbedarf – nicht unterstellen, sondern ermitteln:** Ob ein Bedarf an „aktivierender“ Fallbearbeitung besteht, wäre **im Einzelfall** zu ermitteln. Unzureichende Suchintensität darf nicht generell unterstellt werden, erst dann wird eine fachliche Bestimmung möglich. Wenn sich der institutionelle Auftrag verengt auf eine allgemeine Aktivierungsstrategie, dann kommt es „in vielen Fällen zu einer unbegründet hierarchischen Rollenverteilung zwischen ‚Aktivierern‘, die gar nicht so viele zusätzliche Arbeitsmarktangebote einzubringen haben, und aktiven ‚Aktivierten‘, die eher

20 Und – wenn man ganz korrekt sein will – von einem **Blick zurück**, der nicht selten offenbaren wird, dass es bereits in der Vergangenheit durchaus taugliche Lösungswege gegeben hat, die in den aufgeregten, zumeist ahistorisch angelegten tagessaktuellen Debatten schlichtweg vergessen werden.

21 Hervorhebungen in den Zitaten nicht im Original.

spezialisierte Unterstützung als umfassende Anleitung benötigen“ (Baethge-Kinsky et al. 2007: 61). Wichtigste Konsequenz aus diesem Anliegen wäre dann eine wesentlich differenziertere Ermittlung der unterschiedlichen Dienstleistungsbedarfe und ein darauf aufbauendes wesentlich breiteres Repertoire an Arbeitsweisen zu entwickeln.

- **Auf den Nutzen für die Adressanten kommt es an:** Dass die Dienstleistungen den Adressaten einen Nutzen versprechen, damit er sie annimmt bzw. annehmen kann, würde als Handlungsmaxime die Situation der Fachkräfte normalisieren: „Ein Risiko, dass die Klientel ausbleibt und das vom Leistungsträger ausgedachte Angebot nicht nützlich findet, trägt jeder Anbieter sozialer Dienstleistungen“ (Baethge-Kinsky et al. 2007: 62). Im Kernbereich der Vermittlung und Förderung bedeutet das: Nur wenn die Fachkräfte überhaupt Stellen- und/oder Maßnahmeangebote haben, werden sie eine attraktive Dienstleistungen anbieten können, die bei den Adressaten auch einen Nutzen generieren könnten. „Die Vorstellung von Fallmanagement als bloßer Steuerung von Leistungen, die an spezialisierte Dritte delegiert werden, bewährt sich nicht ... der Persönliche Ansprechpartner (pAp) muss in vielen Bereichen eine **entspezialisierte Erstversorgung** selbst übernehmen, damit ein Problem bearbeitet wird“ (Baethge-Kinsky et al. 2007: 62).
- **Widerständige Potenziale als Chance nutzen:** „Die an Fürsorgetraditionen orientierten Regeln des Forderns und Förderns treffen auf Widerstand. Fachkräfte sind versucht, Anforderungen zu unterlaufen, indem sie z. B. Eingliederungsvereinbarungen zurückstellen, auf Sanktionen verzichten und den Adressat/inn/en Entscheidungen überlassen. Diese wiederum verteidigen Spielräume, betreiben Informationspolitik, verzichten ggf. auf Leistungen bzw. nehmen Sanktionen in Kauf, um Entscheidungsspielraum zu behalten“ (Baethge-Kinsky et al. 2007: 62). Die Autoren verweisen darauf, dass man diese Widerstände nicht nur als Störungen auffassen muss. Sie sehen hier Chancen für eine Ausgestaltung der modernen arbeitsmarktnahen Dienstleistungen auf der Basis von sozialen Rechtsansprüchen.

Fazit: Von zentraler Bedeutung ist auf der einen Seite, dass die Fachkräfte vor Ort die notwendigen Freiheitsgrade für eben auch individuell angepasste Strategien der Förderung erhalten und nicht wie bislang unter die normierenden und standardisierenden Vorgaben einer zahlengetriebenen Steuerung gedrückt werden. Dies darf sich aber nicht nur auf die Breite der Entscheidungsspielräume beziehen, sondern müsste konsequent zu Ende gedacht natürlich gerade auch für die Ebene der Instrumente gelten. Dies wäre notwendig, aber nicht hinreichend, denn die bislang vorliegenden Befunde aus der qualitativen Forschung verdeutlichen, dass insgesamt die Philosophie der SGB II-Träger gegenüber den Grundsicherungsempfängern umgestellt werden sollte, um die ausgeprägte Asymmetrie der Beziehungen zumindest abzumildern. Deutlich wird dies an der richtigen Forderung von Baethge-Kinsky et al. (2007), den Betroffenen gleichsam spiegelbildlich zu den größeren Freiräumen für die Fachkräfte **Rechtsansprüche, Initiativ-, Wunsch- und Wahlrechte** zu ermöglichen.<sup>22</sup> Nur in einem solchen Zusammenspiel haben besonders vulnerable Zielgruppen wie die Suchtkranken eine Möglichkeit, ihrer individuellen Lage angepasste Strategien der Eingliederung oder eben auch der unterstützten Exklusion realisieren zu können und nicht im Strudel der Verengung auf kurzfristige Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt unterzugehen.

---

22 Eine interessante Parallele zu dieser Forderung findet sich in der „visionären“ Debatte über eine **Weiterentwicklung der Arbeitslosenversicherung zu einer Beschäftigungsversicherung** – vgl. hierzu das instruktive Gutachten von Schmid (2008), denn auch in diesem Kontext wird darauf hingewiesen, dass in der Arbeitsmarktpolitik eine Reanimation individueller Rechtsansprüche erforderlich sei. Eine zukünftige Beschäftigungsversicherung umfasst neben der universellen Grundsicherung (dem heutigen Arbeitslosengeld II) die lohnbezogene Einkommenssicherung (das heutige Arbeitslosengeld I) und darüber hinaus eine lebenslaforientierte Arbeitsmarktpolitik, in der neben dem Arbeitsmarktausgleich insbesondere die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit im Zentrum stehen. Schmid präsentiert neue Überlegungen, wie z. B. ein **Persönliches Entwicklungskonto (PEK)**, das die Einzelnen in die Lage versetzen soll, individuell über Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Beschäftigungsfähigkeit selbst zu entscheiden. Die Gewährleistung von Rechtsansprüchen auf Sicherheiten bei Übergängen während des Erwerbsverlaufs wird bei Schmid (2008: 25) zu Recht unter dem grundsätzlichen Punkt „soziale Integration“ gefasst.

## Anforderungen an ein modernes System der Beschäftigungshilfen für Suchtkranke

Von großer Bedeutung für die weitere Entwicklung im Anschluss an das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom Dezember 2007 zur Verfassungswidrigkeit der ARGEn in der bisherigen Form ist die Frage, wie die Politik auf den Neuregelungsauftrag des Gerichts reagiert. Die möglichen Optionen bewegen sich im Spannungsdreieck zwischen **Umetikettierung**, **Kommunalisierung/Föderalisierung** oder doch eine **stärkere Zentralisierung**.

- Derzeit sind die Signale eher ernüchternd: Nach den mittlerweile vorliegenden Eckpunkten des Bundesarbeitsministeriums<sup>23</sup> deutet vieles darauf hin, dass der Weg einer Umetikettierung eingeschlagen werden soll. In Zukunft würden wir es dann mit „**Zentren für Arbeit und Grundsicherung**“ zu tun haben, die als neues Label auf das alte Gebäude der ARGEn gepappt werden. Zugleich will der Bund die Chance nutzen und das Optionsmodell mit seinen derzeit 69 Teilnehmern sogar verfassungsrechtlich auf diese Zahl begrenzt festschreiben. Korrespondierend müssen die gesetzgeberischen Aktivitäten im Kontext einer Reform der arbeitsmarktpolitischen Instrumente gesehen werden, denn in den bislang vorgelegten Entwürfen schimmert mehr als offensichtlich das Interesse des Bundes an einer faktischen *Beschneidung* der lokalen Gestaltungsspielräume durch, wobei die Auseinandersetzung über die „weiteren Leistungen“ nach § 16 Abs. 2 Satz 2 SGB II dafür nur stellvertretend stehen.<sup>24</sup>

Von zentraler strategischer Bedeutung für die praktische Arbeit wäre eine Konfiguration des Systems der Beschäftigungshilfen für Suchtkranke, dass drei handlungsleitende Prinzipien folgen sollte:

1. Die Konstruktion von **frühzeitig einsetzbaren und vernetzbaren Integrationskorridoren für die „Rückführbaren“**, wobei hier eine Abkehr von der simplifizierenden Mechanik von Stufenmodellen empfohlen wird. Gerade mit Blick auf die suchtkranken Menschen sind *lebenspraktisch ausgerichtete Ein- und Wiedereinstiegspunkte* in die Integrationskette sowie auf Seiten der SGB II-Träger die *Akzeptanz von „Auszeiten“* von großer Bedeutung für eine Integrationspolitik, die eben auch die Besonderheiten der Zielgruppe suchtkranke Menschen erkennt und zu akzeptieren bereit ist.
2. Parallel brauchen wir einen deutlichen **Ausbau von temporär angelegten Arbeits- und Beschäftigungsprojekten mit einem (arbeits)therapeutischen Schwerpunkt**. Hierbei sollte ein besonderes Augenmerk auf die Weiterentwicklung der ambulantisiereten Angebote gerichtet werden, denn vor dem Hintergrund der empirisch zu beobachteten Unterausstattung der ambulanten Angebote mit Beschäftigungsangeboten sollte erwogen werden, dies als Mindeststandard in die Leistungsbeschreibungen mit aufzunehmen und damit auch im Finanzierungssystem adäquat abzubilden.
3. Last but not least der schwierigsten Punkt: Als notwendig erachtet wird hier der **Auf- und Ausbau von dauerhaften Beschäftigungsmöglichkeiten in einem „geschützten Rahmen“ außerhalb des normalen Arbeitsmarktes** und im Regelfall auch *ohne* eine darauf gerichtete Integrationsperspektive. Es geht hier um die generelle Debatte über einen „dritten Arbeitsmarkt“, um „dauerhaft öffentlich geförderter Beschäftigung“ oder wie man das auch immer terminologisch ummantelt. Nach jahrelanger Tabuisierung hat der Gesetzgeber hierzu mit der Einführung des neuen Instruments des **Beschäftigungszuschusses für Arbeitgeber** nach **§ 16a SGB II** durch das „Zweite Gesetz zur Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II)“ im Jahr 2007 einen wichtigen Schritt getan, der allerdings im Angesicht der sehr restriktiven Ausgestaltung der Zugangsvoraus-

23 Vgl. hierzu Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Neuorganisation der Durchführung des SGB II (Nachfolgeregelung für ARGEn, Verstetigung der kommunalen Option), Entwurf, Berlin, Stand: 23. September 2008.

24 Gemeint ist hier das Gesetz zur Neuausrichtung der arbeitsmarktpolitischen Instrumente i.d.F. des Referentenentwurfs (26.05.2008).

setzungen bei weitem noch nicht ausreichend erscheint.<sup>25</sup> Die Installierung von auch dauerhaft öffentlich geförderter Beschäftigung ist deshalb von strategischer Bedeutung, weil eine sichere, auf Dauer gestellte Perspektive der Teilhabe an Arbeit im Therapie- und Rehabilitationsprozess für suchtkranke Menschen einen eigenständigen und nicht zu unterschätzenden Wirkfaktor für eine gelingende Ausgestaltung darstellt.

Immer wieder wird **die Frage nach einer strukturellen Kooperation zwischen Suchthilfe und Jobcenter** gestellt. Es ist in diesem Beitrag bereits mit Bezug auf die Arbeiten von Helga Spindler darauf hingewiesen worden, dass neben den offensichtlichen Kooperationsschwierigkeiten in der Praxis zwischen SGB II-Trägern und dem Suchthilfesystem eine besondere Problematik darin liegt, dass es neue Verschiebepunkte im Sinne eines beobachtbaren Abbaus der kommunalen sozialen Infrastruktur gibt mit dem Verweis auf die Zuständigkeit des Grundsicherungsträgers, der sich wiederum beschränkt auf eine ausschließlich arbeitsmarktbezogene Integrationsperspektive.

- In dieser komplexen Gemengelage helfen dann auch nicht eher defensiv ausgestaltete Forderungen in einem Beschluss des Drogen- und Suchtrates vom 5. November 2007 wirklich weiter: Darin wird gefordert eine (a) fallbezogene Kooperation zwischen ARGEn einerseits und ambulanten und stationären Reha-Einrichtungen andererseits bereits während der Rehabilitation, (b) geeignete Kooperationen zwischen den beteiligten Trägern, wenn ein Wechsel zwischen SGB II und SGB XII notwendig wird aufgrund der sich abzeichnenden Behandlungsdauer sowie (c) eine möglichst zielgerichtete Nutzung der Suchtberatung als flankierende Leistung. Einerseits wären diese Punkte eigentlich als Mindestausstattung der systemischen Kooperation zu erwarten und vorauszusetzen, andererseits würde aber auch die Realisierung dieser drei Punkte nicht das grundlegende Dilemma lösen, dass derzeit Perspektiven fehlen für die Betroffenen, die auf absehbare Zeit nicht auf den „normalen“ Arbeitsmärkten integrierbar sind.

Vielleicht hilft an dieser Stelle sogar eine „**Gegenthese**“ zu der immer wieder artikulierten Forderung nach einer intensivierten strukturellen Kooperation zwischen Suchthilfe und Jobcenter: Wirklich relevant für die Betroffenen wäre eine **personelle Kooperation** in einem Handlungsraum mit einerseits vielen Freiheitsgraden für die beteiligten Fachkräfte (vor allem hinsichtlich der Instrumente und Maßnahmen, wie auch hinsichtlich der Interventionsintensität) und andererseits entsprechende Rechtsansprüche sowie Wahl- und Wunschrechte für die betroffenen Hilfeempfänger auf der Grundlage eines konsequent einzelfallorientierten Zugangs. Diese Kooperation zwischen Menschen müsste unterstützt werden durch ein professionelles Case Management als Verbindung zwischen einem einzelfallhilfeorientierten und zugleich systemsteuernden Handlungsansatz.

*In den Jobcentern* sollte eine **Spezialisierung** vorangetrieben werden – und zwar **personenbezogen** bei den Beratern/Fallmanagern wie auch **institutionell** hinsichtlich des Organisationswissens über die Möglichkeiten und Grenzen der Arbeitsmarktintegration Suchtkranker. Im Sinne einer Komplementärstrategie muss allerdings angesichts der Diffusion der Suchtproblematiken innerhalb der Kundschaft der Grundsicherungsträger unbedingt auf eine zugleich **flächendeckende Grund-Sensibilisierung bei den „normalen“ Beschäftigten** geachtet werden. Beides – sowohl die Spezialisierung wie auch die flächendeckende Grund-Sensibilisierung – darf nicht nur deklamatorisch oder wie so oft virtuell durch die Benennung von „Beauftragten“ erfolgen, sondern muss auf eine transparente und auch beispielsweise anhand von Schulungsmaßnahmen nachvollziehbare Grundlage seitens der Grundsicherungsträger gestellt werden.

---

25 Der entscheidende Punkt im Sinne einer Fortentwicklung des bisherigen – immer nur auf temporäre Beschäftigung und dann zumeist in Form einer unterwertigen Ausgestaltung z.B. als Ein-Euro-Jobs gerichteten – Instrumentariums besteht darin, dass erstmals die Möglichkeit eröffnet wird, ohne eine zeitliche Unterbrechung nach der eigentlich auf maximal 24 Monate begrenzten Förderdauer eine unbefristete Beschäftigungsbezugsschussung zu leisten, wenn eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ohne diese Förderung voraussichtlich innerhalb der nächsten 24 Monate nicht möglich ist.



## Literaturverzeichnis

- Ames, A. (2008): Arbeitssituation und Rollenverständnis der persönlichen Ansprechpartner/-innen nach § 14 SGB II. Eine Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf
- Baethge-Kinsky, V., Bartelheimer, P., Henke, J., Wolf, A., Land, R., Willisch, A. und Kupka, P. (2007): Neue soziale Dienstleistungen nach SGB II. IAB-Forschungsbericht Nr. 15/2007, Nürnberg
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.) (2001): Sucht und Arbeit. Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt, Freiburg
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2008): Drogen- und Suchtbericht 2008, Berlin
- Emlein, G., Schwertl, W., Staubach, M. L und Zwingmann, E. (Hrsg.) (1998): Sucht in systemischer Perspektive. Theorie - Forschung – Praxis, Göttingen
- Faßmann, H. (1997): Probleme der beruflichen Wiedereingliederung von Suchtkranken, in: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Heft 2, S. 491-502
- Heide, H. (Hrsg.) (2002): Massenphänomen Arbeitssucht. Historische Hintergründe und aktuelle Bedeutung einer neuen Volkskrankheit, Bremen
- Hornig, F., Müller, M.U. und Weingarten, S. (2008): Die Daten-Sucht- E-Mail Fluten und grenzenlose Online-Informationen: Der Kommunikationswahn im Netz hat verhaltensauffällige und hochnervöse Individuen hervorgebracht, die immer mehr erfahren und immer weniger wissen, in: DER SPIEGEL, Nr. 33/2008, S. 80-92
- Hübner, B. (2008): Konsumsucht ist heilbar. Hoffnung für Kauf-Kranke, in: die tageszeitung, 22.07.2008
- Kolbe, C. und Reis, C. (2008): Die praktische Umsetzung des Fallmanagements nach dem SGB II. Eine empirische Studie, Frankfurt
- Kolbe, C. und Reis, C. (2005): Vom case management zum "Fallmanagement". Zur Praxis des case managements in der Sozialhilfe und der kommunalen Beschäftigungsförderung am Vorabend von Hartz IV, Frankfurt
- Meißner, U. E. (2005): Die „Droge“ Arbeit. Unternehmen als „Dealer“ und als Risikoträger. Personalwirtschaftliche Risiken der Arbeitssucht, Frankfurt u.a.
- Sanz, A.: Burnout als Gruppenphänomen. Ein soziologisch – gruppenspezifischer Beitrag zum Wandel der (Team-)arbeit, in: Gruppendynamik und Organisationsberatung, Heft 2/2008, S. 87 – 105
- Schmid, G. (2008): Von der Arbeitslosen- zur Beschäftigungsversicherung. Wege zu einer neuen Balance individueller Verantwortung und Solidarität durch eine lebenslauforientierte Arbeitsmarktpolitik. Gutachten für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Sell, S. (2008a): Die „Ambulantisierung“ als Folge der Sozialpolitik?, in: Sozietät Prof. Dr. Reiss & Partner (Hrsg.): Sozialwirtschaftliche Managementtagung 2008: Ambulantisierung von Dienstleistungen. Implikationen für die Sozialwirtschaft. Tagungsband, Mainz, S. 15-43

- Sell, S. (2008b): David gegen Goliath in der Arbeitsmarktpolitik? Die „weiteren Leistungen“ nach § 16 Abs. 2 SGB II im Spannungsfeld von zentraler Steuerung und lokalen Freiheitsgraden (= Remagener Beiträge zur Sozialpolitik 01-2008, Remagen)
- Sell, S. (1999): Zur Schnittstellenproblematik zwischen Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe. Bestandsaufnahme der Risikoverlagerungen und Plädoyer für eine funktionsgerechte institutionelle und instrumentelle Modernisierung, in: Sozialer Fortschritt. Unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik, S. 24-33
- Spindler, H. (2008): Zum Verhältnis der Ansprüche auf Schuldnerberatung und andere soziale Dienstleistungen nach SGB II, SGB XII und SGB VIII, in: Informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht, Heft 1/2008, S. 12-16
- Themann, D. (2006): Alternativen zu individuenzentrierten Drogentheorien und zur Drogenpolitik, Marburg
- Voigt, C. (2006): Arbeitssucht. Persönlichkeitsmerkmale von Arbeitssüchtigen und prägende Rollenmodelle, Saarbrücken