SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste Bocholt e.V.

Tätigkeitsbericht 2022

Bocholt, im Mai 2023

Berthold Tenhonsel

9 Arbeit mit suchtgefährdeten/-abhängigen ALG II Empfängern

Einleitung

Die Stadt Bocholt stellt dem SKM Bocholt seit Juli 2013 Fördermittel für eine halbe Stelle für die Arbeit mit suchtgefährdeten/-abhängigen ALG-II-Empfängern:innen zur Verfügung. Ziel der Maßnahme ist es, suchtgefährdete oder abhängige Menschen durch eine Stabilisierung der Lebenssituation die Integration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Die rechtliche Grundlage findet sich im §16a des SGB II, der die Suchtberatung ausdrücklich als eine kommunale Eingliederungsleistung benennt, die zur Verwirklichung einer ganzheitlichen und umfassenden Betreuung und Unterstützung bei der Eingliederung in Arbeit erbracht werden kann.

Sozialgesetzbuch (SGB) Zweites Buch (II) - Bürgergeld, Grundsicherung für Arbeitsuchende - (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954)
§ 16a Kommunale Eingliederungsleistungen
Zur Verwirklichung einer ganzheitlichen und umfassenden Betreuung und Unterstützung bei der Eingliederung in Arbeit können die folgenden Leistungen, die für die Eingliederung der oder des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in das Erwerbsleben erforderlich sind, erbracht werden:

1. die Betreuung minderjähriger Kinder oder von Kindern mit Behinderungen oder die häusliche Pflege von Angehörigen
2. die Schuldnerberatung,
3. die psychosoziale Betreuung,
4. die Suchtberatung.

Suchtgefährdete oder abhängige Menschen weisen häufig in den Bereichen psychischer Gesundheit und psychosozialer Stabilität massive Einschränkungen auf. Bei ihnen steht das Beschaffen des Suchtmittels und das Verheimlichen des Konsums im Vordergrund des täglichen Handelns, sie sind in der Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und es fehlt ihnen an Tagesstruktur. Oft steht das Verheimlichen des Konsums im Vordergrund des Handelns und verhindert einen geregelten Tagesablauf. Die Post wird nicht geöffnet, Termine werden nicht eingehalten, auch wenn Sanktionen drohen. Freizeitaktivitäten sind meist eingeschränkt oder finden nicht statt. Das soziale Umfeld der Betroffenen ist meist stark belastet.

Neben einer Suchtproblematik bestimmen oftmals die Folgen deutlicher psychischer Erkrankungen den Beratungsprozess. Viele Klient:innen weisen mehr oder weniger massive Persönlichkeitsstörungen auf, oft einhergehend mit Depressionen, Angst- und/oder Beziehungsstörungen, sozialem Rückzug und Isolation. Impulskontroll- oder Ich-Abgrenzungsstörungen sind häufig wiederkehrende Symptome. In einigen Einzelfällen steht die Suchtproblematik im Vordergrund, manchmal ist sie nur ein Begleitsymptom oder tritt gar nicht in Erscheinung.

Klient:innen haben oft unterschiedlichste Hilfesysteme durchlaufen, haben dann aber die Hilfen nach kurzer Zeit abgebrochen. Es blieb aus ihrer Sicht die Erfahrung „*die konnten mir auch nicht helfen*“, „*die haben mich nicht verstanden*“, und dies nicht zum ersten Mal. Sie erleben diese Erfahrung als eine Kette des Scheiterns. Daher ist es besonders wichtig, das Vertrauen der Klienten:innen zu gewinnen. Hier heißt es für die betreuende Person „dran bleiben“ und auch nach eventuellen Rückschritten immer wieder verstehend und wohlwollen da zu sein („ich bin für dich da, auch wenn mal was schiefläuft“)

Auffällig ist, dass fast alle Klient:innen oft seit Jahren vereinzelt leben, sie reagieren im Kontakt misstrauisch, haben ihre Problemlösungskompetenzen verloren, schämen sich für ihre Lebenssituation und sehen keine Perspektive mehr. Es fällt ihnen schwer, über ihre Probleme zu reden. Sie sind in der Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt und es fehlt ihnen an Tagesstruktur.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zum Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme durch den SKM die basalen Lebensgrundlagen der Klient:innen, die im Rahmen dieses Projektes von uns betreut werden, unmittelbar gefährdet oder bereits nicht mehr existent waren. Hierzu zählen Wohnung, laufende Zahlungen zum Lebensunterhalt,

Krankenversicherung, soziale Teilhabe, Tagesstruktur. In einigen Fällen drohte Obdachlosigkeit oder war schon vorhanden. Ein strukturiertes Freizeitverhalten war fast allen fremd geworden, ein soziales Umfeld war nicht mehr existent oder spielte sich fast ausschließlich in subkulturellem Milieu ab. Häufig fühlten sich Nachbarn vom Sozialverhalten der Betroffenen stark belastet.

Konzeptionelle Gedanken

Die persönliche Entwicklung und das soziale Verhalten der Klient:innen ist geprägt durch ihre unterschiedlichen individuellen Lebenserfahrungen und -biographien. Gemeinsam ist ihnen häufig, dass es ihnen seit der Kindheit sehr schwerfällt, intensive soziale Beziehungen einzugehen, bzw. sie längerfristig zu halten.

Hintergrund sind oft frühe Erfahrungen im Elternhaus. Vernachlässigung (*„ich war ein Schlüsselkind, meine Eltern waren immer nur arbeiten“),* Gewalt in der Familie (*„wenn der Alte mal wieder besoffen war, haben wir uns immer versteckt. In meinem Zimmer hab ich dann gehört, wie er meine Mutter verprügelt hat“),* sexueller Missbrauch (*„mein Onkel hat mich angepackt. Meine Mutter wusste davon, da bin ich mir sicher, hat aber immer abgelenkt, wenn ich Andeutungen gemacht hab. Da fühlte ich mich einsam und hab mich zurückgezogen“)* etc. sind Erfahrungen, mit denen sie oft schon seit der Kindheit lernen mussten umzugehen.

Es entwickelten sich kindliche und jugendliche Überlebensstrategien, die jedoch in der Erwachsenenwelt nicht mehr greifen. Unverständnis, Ausgrenzung, Versagen etc. prägen ihre Erlebniswelt und formen ihre Persönlichkeit mit den unterschiedlichsten Ausprägungen der Verarbeitung: depressiver Rückzug (*„ich kann nicht mehr, oft denk ich daran, wenn du jetzt gegen den Baum fährst, dann ist alles vorbei“*), aggressives Verhalten (“*wenn*

mir einer querkommt, hau ich drauf. Das hat er verdient“), Misstrauen gegenüber anderen und somit auch gegenüber Hilfsangeboten *(„die können mir sowieso nicht helfen“, „der hat mich überhaupt nicht verstanden, da bin ich nicht mehr hingegangen“)* und vieles mehr. Oft sind diese Bereiche mit Scham besetzt, es fällt den Betroffenen schwer, über ihre Probleme zu reden.

Der Zugang zum Einzelnen ist niedrigschwellig und akzeptierend. Grundlage der Arbeit ist die Freiwilligkeit der Annahme des Hilfsangebotes seitens der Klient:innen.

Dies gelingt nur über die Erarbeitung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Berater:in und Klient:in. Ein Gefälle zwischen „wissendem Berater und hilfebedürftigem Klienten“ soll vermieden werden.

Die individuelle Lebenssituation wird eruiert, um den Hilfebedarf zu konkretisieren. Als nächster Schritt werden gemeinsam mit dem Klienten geeignete Unterstützungsangebote erarbeitet. Häufig sind zusätzliche Angebote für das soziale Umfeld notwendig. Denn eine Suchtproblematik belastet zwangsläufig das Familienleben und andere soziale Bereiche.

Es ist notwendig, zunächst die vordringlichen Probleme des Einzelnen, die durch den Konsum entstehen, anzugehen. Die individuelle Lebenssituation ist zu eruieren, um geeignete Unterstützungsangebote anbieten zu können. Häufig sind zusätzliche Angebote für das soziale Umfeld notwendig. Denn eine Suchtproblematik belastet zwangsläufig das Familienleben und andere soziale Bereiche.

Zu Beginn der Arbeit wird der Mitarbeiter des SKM getestet, steht vor verschlossener Haustür, Telefonate werden nicht abgenommen. Oder: Ein gemeinsam erarbeiteter Weg, der auch schon kleine Erfolge gezeigt hat, wird plötzlich abgelehnt, (*„ich will nicht mehr, das hat sowieso alles keinen Sinn“)* sind oft unterbewusste Testversuche, den Mitarbeiter zu prüfen. Hier ist dann die nicht wertende, akzeptierende Haltung des Mitarbeiters gefordert, um bisherige Erfahrungen nicht zu festigen.

Der Arbeitsansatz ist ein ganzheitlicher. Der Mitarbeiter sollte Grundkenntnisse aus den verschiedensten sozialarbeiterischen, therapeutischen und pädagogischen Arbeitsansätzen haben, um Situationen adäquat einschätzen und darauf reagieren zu können. Erstes Ziel ist die Verbesserung der individuellen Lebenssituation. Was das bedeutet, bestimmt der Klient. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn es ihm/ihr gelingt, wieder Vertrauen in sich selbst zu bekommen. Dazu benötigt er/sie Erfahrungen der Wertschätzung, die der Mitarbeiter entgegenbringt. Ist eine Vermittlung zu anderen Fachdiensten angesagt, so unterstützt und begleitet der Mitarbeiter die Klient:innen hierbei, um das Gefühl, abgeschoben zu werden nicht aufkommen zu lassen. Kontinuität und Zuverlässigkeit sind Grundlagen der Arbeitsbeziehung. Der Mitarbeiter ist für die Hilfesuchenden auch außerhalb der Dienstzeiten erreichbar. “Hilfe just in time“, ein Begriff aus der niedrigschwelligen Drogenhilfe, gilt insbesondere für diesen Arbeitsbereich. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass Klient:innen dies bei einer tragfähigen Arbeitsbeziehung nicht ausnutzen.

In der praktischen Arbeit haben sich Hausbesuche oder Treffen an neutralen Orten bewährt. Zu Hause sind Klient:innen in ihrem Reich, hier haben sie das

Sagen, der Mitarbeiter ist Gast *(„Wenn ich in deinem Büro bin, fühl ich mich eingeengt, da kann ich nicht so frei sprechen“).* Die Haltung des Mitarbeiters ist in den Gesprächen wertschätzend: „egal wie du dich entscheidest, es ist ok so“. Eine Wertschätzung, die die Klient/-innen in der Regel noch nicht erfahren haben.

Im Einzelnen werden folgende konkrete Maßnahmen umgesetzt:

- Beratung in spezifischen Lebenslagen
- Krisenintervention
- Ambulante Behandlung der Suchtproblematik
- Vermittlung in Entgiftung oder Therapie
- Vermittlung in weiterführende Hilfen (z.B. Schuldnerberatung, Psychotherapie, Selbsthilfegruppen)
- Erarbeitung einer Tagesstruktur
- Hilfen bei der Freizeitgestaltung
- Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Beratung

Die konkrete Arbeit gestaltet sich möglichst offen und flexibel. Besonders in akuten Problemsituationen wird zeitnah agiert. Je nach Problemlage werden Hausbesuche, aufsuchende Arbeit am Arbeitsplatz oder Beratungsgespräche in der Einrichtung
angeboten. Eine intensive Kooperation mit allen Beteiligten ist erforderlich. Der Berater versteht sich als Helfer und Vermittler. Vordringliche Aufgabe ist die psychosoziale Stabilisierung der Lebenssituation. Ist diese erreicht, können schrittweise neue Handlungsalternativen eingeübt und gegebenenfalls weitere Maßnahmen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt eingeleitet werden.

In den letzten Jahren wurden auch immer wieder Klient:innen in das Projekt vermittelt, bei denen nicht die Sucht, sondern andere psychische und/oder soziale Problemlagen im Vordergrund standen. Auch diese haben in der Regel schon die unterschiedlichsten Hilfsangebote durchlaufen und benötigen intensive psychosoziale Betreuung, um eine Chance zu haben, in den Arbeitsmarkt wieder eingegliedert werden zu können.

Statistik

Indikation

Die Erfahrung der letzten Jahre hat gezeigt, dass die Klient:innen des Projektes mehr oder weniger massive Persönlichkeitsstörungen aufweisen, oft einhergehend mit einer psychischen Erkrankung. Depressionen, Angst- und/oder Beziehungsstörungen, sozialer Rückzug und Isolation, Impulskontrollstörungen, Ich-Abgrenzungsstörungen sind häufig wiederkehrende Erscheinungsbilder, oft in Verbindung mit zusätzlichen Symtomatiken wie eine Suchterkrankung.

Indikation	Anzahl
Alkoholproblematik	3
Drogenproblematik	3
Psychische/Soziale Problematik	8
Sucht- und Psychosoziale Problematik	9

In 2022 wurden insgesamt 23 Klient:innen betreut, ein Klient wurden vom Jobcenter neu vermittelt, drei Fälle wurden beendet.

Die Indikationen zur Einleitung der Maßnahme waren unterschiedlich. Bei allen lag eine psychosoziale Grundproblematik vor, oft verbunden mit einem phasenweisen kritischen Konsum von Alkohol oder Drogen, bei 6 Klienten stand die Alkohol- bzw. Drogenproblematik im Vordergrund, die zwangsläufig psychische oder soziale Probleme zur Folge hatte.

Inhalte und Maßnahmen

Die Corona-Pandemie hatte auch in 2022 Auswirkungen auf die inhaltliche Arbeit. Die Flut unterschiedlicher Informationen und sich verändernde Corona-Regeln hat einige Klient:innen stark verunsichert und verängstigt. Manche ließen sich nicht impfen, wollten sich nicht an die Maskenpflicht halten oder weigerten sich, sich testen zu lassen. Bei anderen war der Status unklar, so dass einige Kontakte nur im Freien oder am Telefon stattfinden konnten. Insbesondere bei sozialen Problemstellungen, z.B. Antragstellungen etc. wurde hierdurch die inhaltliche Arbeit erschwert. Angststörungen und Phobien wurden durch die Isolation während der Pandemie noch verstärkt und einige der betroffenen Klient:innen machten dadurch erhebliche Rückschritte in ihrer Entwicklung. Auch eine Vermittlung in weiterführende Hilfen und Therapien wurde deutlich erschwert, auch weil ohnehin schon lange Wartelisten durch die Pandemie sich noch verlängert haben. Auch waren die Mitarbeiter selbst phasenweise erkrankt.

Nach Lockerung der Coronaregeln waren nun endlich wieder Kontakte im Jobcenter möglich. Durch die vorherigen Einschränkungen während der Pandemie fanden häufig nur telefonische oder schriftliche Kontakte statt. Klient:Innen, die ohnehin schon Schwierigkeiten hatten sich an Termine und Verbindlichkeiten zu halten, hatten hierdurch teils große Rückschritte gemacht.

Maßnahmen	**Anzahl**
Entgiftungsvermittlung	**1**
Rehavorbereitung/-vermittlung	**0**
Psychooziale Beratung	**24**
Arbeitsaufnahme	**1**

Krisenintervention	**16**
Vermittlung in andere psychosoziale Dienste	**1**
Begleitung/Vermittlung in Privatinsolvenz	**2**
beendet	**3**

Bei allen Klient:innen stand zunächst Sozialberatung im Vordergrund. Empathie und Akzeptanz, eine eindeutige Definition der Rolle des Beraters und die Freiwilligkeit der Zusammenarbeit, die durch eine Integrationsvereinbarung ohne Rechtsfolgen dokumentiert wird, sind Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Diese Vorgehensweise hat sich in den letzten Jahren als angebracht gezeigt.

Unbezahlte Rechnungen, nicht geöffnete Briefe, Überschuldung, Androhung der Kündigung der Wohnung oder Obdachlosigkeit waren neben der psychischen Problematik Probleme, die angegangen werden mussten. Folgende weiterführende Maßnahmen wurden im Jahr 2022 durchgeführt:

Alter und Geschlecht

Die Altersverteilung im Jahr 2022 hat sich wenig verändert. Mehr als die Hälfte der Klient:innen ist älter als 45 Jahre (13). Die unter 28-jährigen sind nicht vertreten, 6 Klient:innen sind in der Altersgruppe von 28-35 Jahren.

	14–17 J.	18–21 J.	22–27 J.	28–35 J	36–45 J.	46–55 J.	über 55 J.
2021	0	0	0	4	7	10	5
2022	0	0	0	4	6	6	7

Bezüglich des Geschlechts ist festzustellen, dass die Männer weiterhin überproportional vertreten sind. Jedoch sind mitlerweile auch etwas mehr Frauen im Projekt vertreten.

3.4 Fallbeispiel

Herr R. lebt in einer winzigen Dachgeschosswohnung, in der er sich aber nur ungern aufhält. Da er sich zudem noch um seinen an Demenz erkrankten Vater kümmert, hält er sich viel im Elternhauis auf und erledigt für seine Eltern Einkäfe und begleitet den Vater zu Arztbesuchen und Terminen. Er hat einige Jahre im Rettungsdienst gearbeitet, wo er dann letztendlich aufgrund des hohen Stresses einen psychischen Zusammenbruch erlitten hatte und seither in diesem Bereich nicht mehr arbeiten kann. Er hat eine Sozialphobie entwickelt und es fällt ihm oft schwer, das Haus zu verlassen. Zum Beispiel berichtete von Situationen, wo er beim Einkaufen den gefüllten Einkaufswagen im Geschäft stehenließ, weil ihn dort eine Panikattacke überkam. Immer wieder kommt es zu Phasen, in den er sich vollkommen überfordert fühlt. Diese kompensiert er in der Regel mit übermäßigem Alkoholkonsum und depressivem Rückzug. Selbst schätzt er sich als ein reiner Wirkungstrinker ein. (eigentlich schmeckt mir gar kein Alkohol, deshalb trinke ich dann immer süße Mischgetränke…“). Der Alkoholkonsum begünstigt zudem seine Gichtschübe, was seine depressive Stimmung zusätzlich verstärkt. Aus dieser Spirale auszubrechen fällt ihm sichtlich schwer, auch wenn er kognitiv gut in der Lage ist, seine Situation zu reflektieren.

Zu Beginn der Beratung hatte er sich sehr zurückgezogen, die Facharztbehandlung abgebrochen und die verordneten Medikamente eigenmächtig abgesetzt. Im weiteren Verlauf gelang eine erneute Facharztanbindung und er schaffte es, regelmäßige Gesprächstermine wahrzunehmen. Intensive Gespräche über die belastender Familiensituation wurden geführt, auch die Mutter wurde eingebunden. Schnell wurde klar, dass die gesamte Familienkonstellation stark belastet war, die Strukturen und

Interaktionsmuster jedoch so starr und festgefahren waren, dass eine Veränderung nur in kleinen Schritten erfolgen konnte. Durch die Corona Pandemie und die damit verbundenen Einschränkungen und Regeln fiel es Herrn R. noch schwerer, seine eh schon seltenen Sozialkontakte aufrecht zu erhalten. Da er sich nicht impfen lassen und auch keine Maske tragen wollte, fanden einige Beratungsgespräche telefonisch oder im Freien statt. Er zog sich immer mehr in sein „Schneckenhaus“ zurück und nahm phasenweise auch den Kontakt zum Berater nicht mehr wahr. Mit großer Beharrlichkeit gelang es, den Kontakt wieder herzustellen und an die bisherige Arbeit anzuknüpfen. Herr R. berichtete von großem Schamgefühl („ich hab mich nicht mehr gemeldet, da hab ich mich geschämt, und je länger es dauerte, desto weniger konnte ich mich aufraffen, dir zu antworten…“).

Eine weitere engmaschige Betreuung durch die Mitarbeitenden des SKM ist notwendig, um festgefahrene Familienstrukturen zu verändern und eine weitere Entwicklung bezüglich der Sucht und Sozialphobie bei Herrn R. zu ermöglichen. Obwohl Herr R. immer wieder in alte Verhaltensweisen zurückfällt, ist insgesamt doch über die Dauer der Beratung eine deutliche Entwicklung zu erkennen. Es bedarf jedoch noch weiterer intensiver Arbeit, um eine grundlegende Veränderung der derzeitigen Situation zu ermöglichen.