



# Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe

## Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe

Vorschläge des Fachverbandes Drogen  
und Rauschmittel e.V. zu den Arbeitgrundlagen  
von ambulanten Hilfen für Suchtkranke

## Inhalt

Vorwort	3
Die Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe in Kurzfassung	4
Grundsätze ambulanter Suchthilfe	6
Gesundheits- und sozialpolitische Ziele der Suchthilfe	6
Grundlagen der Suchthilfe	6
Prinzipien der Suchthilfe	6
Kernkompetenzen ambulanter Suchthilfe	7
Handlungsleitende Ziele	7
Zielgruppen	7
Aufgaben	7
Niedrigschwelliger Kontakt	7
Prävention	8
Beratung	8
Betreuung	9
Methoden und Arbeitsweisen der ambulanten Suchthilfe	10
Qualitätsmanagement	10
Kooperation und Vernetzung	10
Leistungsbeschreibungen	11
1. Niedrigschwelliger Kontakt	11
1.1. Aufenthaltsangebote mit lebenspraktischer Hilfe	11
1.2. Gesundheitsvorsorge und medizinische Basisversorgung	12
2. Aufsuchende Maßnahmen der Betreuung und Beratung	13
2.1 Streetwork	13
2.2 Hausbesuche	13
2.3. Aufsuchende Beratung	14
3. Maßnahmen der Beratungsstellen	16
3.1 Informationsvermittlung	16
3.2 Problemorientierte Beratung	17
3.3 Vermittlung	17
4. Betreuung	19
Psychosoziale Betreuung Substituierter	19
5. Nachsorge	20
6. Vermittlung in, Initiierung von und Kooperation mit der Selbsthilfe	21
7. Institutionelle Arbeit (Koordination und Kooperation)	22
Sozialrechtliche Grundlagen	23
Personenkreis und Zugang zum Hilfesystem	23
Leistungssegmente und Zuordnung	24
Die Leistungsvereinbarung	25
1. Grundlagen	25
2. Vorschlag für eine Leistungsvereinbarung gemäß § 17 Abs. 2 SGB II	27
Finanzierung	29
Zusammenfassung der Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter	30
Dokumentation	31
Regionalisierung und Vernetzungsanforderungen	33

## Vorwort

---

Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (fdr) macht mit seinen „Mindeststandards für die ambulante Suchthilfe“ Vorschläge zu den Arbeitsgrundlagen von Beratungsstellen für Suchtkranke<sup>1</sup>. Sie sind das Ergebnis eines Expertinnen und Experten -Hearing zur Zukunft der ambulanten Suchthilfe, das der (fdr) am 16. Juni 2004 in Frankfurt veranstaltet hat. Wir bedanken uns herzlich bei den Expertinnen und Experten Catharina Baden (Der Paritätische, Kiel), Hans Gros (Landeshauptstadt Stuttgart), Heike Kaminski (Der Paritätische, Potsdam), Heiner Peterburs (STEP gGmbH, Hannover) und Wolfgang Schmidt (Landesstelle für Suchtfragen, Frankfurt/Main) sowie bei Rüdiger Lenski, (vae Frankfurt) für die sozialrechtliche Beratung und bei Prof. Dr. Christel Zenker, Bremen für die gewissenhafte Durcharbeitung des Textes und wesentliche Anregungen sowie Peter Boehl, Frankfurt/Oder für eine kritische Nachbetrachtung.

Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. versteht unter ambulanter Suchthilfe die Tätigkeit der Beratungsstellen für Suchtkranke im engeren Sinne. Für die ambulante medizinische Rehabilitation gilt die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, auf die ausdrücklich Bezug genommen wird. Zur psychosozialen Betreuung Substituierter hat der (fdr) im Jahr 2003 Leitlinien veröffentlicht, deren Zusammenfassung als Anlage beigefügt ist.

Die nachfolgenden formulierten Mindeststandards sollen eine Hilfestellung bieten. Sie sollen Prozesse bewusst machen, die für die ambulante Suchthilfe Kernaufgaben darstellen. Sie sollen gleichzeitig strukturierend und damit entlastend für die Fachkräfte sein. Sie sind Mindeststandards, die je nach regionalen Gegebenheiten variiert werden müssen. So gesehen stellen die Mindeststandards einerseits eine „politische Erklärung“ nach außen dar, andererseits sind sie eine „Strukturhilfe“ im System.

Der (fdr) hält es für sinnvoll, dass die ambulante Suchthilfe zur Absicherung ihrer Aufgaben

- wissenschaftlich oder empirisch belegte Leitlinien formuliert, die verbindlich beschreiben, was Suchthilfe auf Grund welcher Umstände, mit welchen Mitteln und welchem Aufwand tun soll, um Betroffenen zu helfen,
- die Qualität beschreibt, in der die leitlinien-orientierten Leistungen erbracht werden,
- Leistungen definiert und mit Preisen versieht, um finanziellen Aufwand transparent zu machen,
- Versorgungsregionen definiert, um ihren lebenswelt-bezogenen Ansatz deutlich zu machen,
- Regionale Hilfeverbände mit allen Einrichtungen und Professionen (z.B. Ärzten und Krankenhäusern, Psychiatrie und Justiz, Kinder- und Jugendhilfe u.a.) gründet, die mit Suchtkranken zu tun haben, und die sich regelmäßig in verbindlich geführten Netzwerken abstimmen,
- es versteht, die hilfesuchenden Menschen so zu aktivieren, dass sie Hilfeangebote gewinnbringend nutzen können (Hilfe zur Selbsthilfe) und
- die Betroffenen dort erreicht, wo sie sich aufhalten.

Selbstverständlich muss sich die ambulante Suchthilfe kontinuierlich den Entwicklungen von Konsummustern und sich ändernden Suchtverhaltensweisen anpassen und entsprechende Antworten und Handlungsstrategien entwickeln. Träger ambulanter Suchthilfe müssen ihrerseits definieren, welches Leistungsspektrum, von Beratung und Betreuung bis zu Angeboten nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz, sie abdecken können.

Für die Zusammenarbeit mit den Agenturen für Arbeit verweisen wir auf die **„Empfehlungen für die Suchtberatung nach § 16 (2) SGB II“ des Arbeitskreises Sucht im Paritätischen Gesamtverband.**

Mit den Anhängen wollen wir weitere wichtige Themen ambulanter Suchthilfe beschreiben. Dazu gehören die psychosoziale Betreuung Substituierter, die Dokumentation, Anforderungen an Vernetzung und ein Hinweis auf die Risiken ihrer Tätigkeit zwischen den Polen wirtschaftlicher und fachlicher Anforderungen.

Hannover, im Juni 2005

**Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V.**

Michael Hoffmann-Bayer

Jost Leune

Birgit Wichelmann-Werth

---

<sup>1</sup> Der Begriff 'Suchtkranke' umfasst Konsumenten legaler und illegaler Drogen (stoffungebundene Formen), der Begriff 'Suchtmittel' legale und illegale Drogen.

## Die Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe in Kurzfassung

---

1. Der **fdr** versteht unter „ambulante Suchthilfe“ die Tätigkeit von Beratungs- und Betreuungsstellen für suchtfährdete und abhängige Menschen.

Ihre Aufgaben werden im wesentlichen bestimmt durch die Übernahme öffentlicher Leistungen, die durch sozialrechtlich gesetzte Ziele bestimmt sind:

- Führung eines Lebens ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht (SGB XII)
- Gesundheitsförderung (Gesetze über öffentliche Gesundheit)
- Behandlung von Krankheit / Rehabilitation (SGB VI/V).
- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (SGB VI)
- Unterstützung bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit und Sicherung des Lebensunterhalts (SGB II)
- Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe (SGB IX)

Aufgabe der Suchthilfe ist es dabei, die fachliche und ethischen Normen der eigenen Arbeit auf die sozialrechtlichen Anforderungen hin abzustimmen. Dazu müssen gesundheits- und sozialpolitische Ziele und Prinzipien formuliert sein.

2. Träger der Suchthilfe haben sich auf einen Zielkatalog zu verständigen, in dem der **fdr** vorschlägt, folgende **Kernkompetenzen** zu verankern:

- Minderung konsumbedingter gesundheitlicher Risiken und Folgeschäden,
- psychische, physische und soziale Stabilisierung
- Senkung des Mortalitätsrisikos und Sicherung des Überlebens
- Entlastung des Gesundheitssystems
- Erreichen von Suchtmittelkonsumentinnen und -konsumenten, die bislang keinen Kontakt zum Hilfesystem haben
- Senkung des Drogenkonsums, insbesondere bei jungen Menschen

Dabei sollte die Tätigkeit der ambulanten Einrichtungen diesen **Zielen** folgen:

- Information und Aufklärung über Wirkung und Gefahren des Suchtmittelkonsums und anderer Suchtverhaltensweisen (z.B. Ess-Störungen, Spielsucht)
- Erhöhung der Bereitschaft, weitergehende Hilfe in Anspruch zu nehmen
- Förderung individueller Ressourcen und Potentiale zur Überwindung des Suchtverhaltens
- Verhinderung von Chronifizierung der Sucht
- Unterstützung bei der Überwindung bzw. dem Ausstieg aus Missbrauchs- und Abhängigkeitsproblematik
- Berücksichtigung der Bedarfe spezifischer Zielgruppen mit Merkmalen wie Gender, Alter, soziale Lage, Ethnizität
- Sicherung der Qualität der Leistungen
- Anpassung und Differenzierung der Arbeit an neue Anforderungen

3. Die Zielerreichung wird durch diese **Methoden und Arbeitsweisen** unterstützt

- Aufsuchende Arbeit: Unterstützende Gespräche und ‚Lebenspraktische Angebote‘
- Gesprächsführung und Gruppenleitung, deren Qualität durch langjährige Erfahrung, Fort- und Weiterbildung, und Supervision gesichert wird.
- Individuelle Hilfeplanung, inkl. Zielvereinbarung mit den Klienten und Fallkonferenzen
- Verbindliche Regelungen der Fallzuständigkeit
- Casemanagement
- Motivierende Gesprächsführung
- Krisenintervention
- Einzel- und Gruppentherapie nach den vom VDR empfohlenen Methoden für die Rehabilitation Suchtkranker

4. Das **Qualitätsmanagement** wird erreicht durch:

- Dokumentation,
- ein geeignetes System,
- Fort- und Weiterbildung der Fachkräfte sowie

- kollegiale und/oder externe Supervision
5. Eine **Kooperation und Vernetzung** mit anderen ambulanten und stationären suchtspezifischen Diensten der Region auf der Grundlage von Kooperationsverträgen ist unerlässlich. Verbindliche Kooperation ist notwendig mit in angrenzenden Feldern tätigen Diensten der Region z.B. im Bereich Gesundheitswesen oder Jugendhilfe aber auch in Betrieben, Justizvollzugsanstalten und mit Verwaltung und Politik.
6. Ambulante Suchthilfe bietet diese **Leistungen** an:
1. **Niedrigschwelliger Kontakt**
    - 1.1. Aufenthaltsangebote mit lebenspraktischer Hilfe
    - 1.2. Gesundheitsvorsorge und medizinische Basisversorgung
  2. **Aufsuchende Maßnahmen der Betreuung und Beratung**
    - 2.1. Streetwork
    - 2.2. Hausbesuche
    - 2.3. Aufsuchende Beratung
  3. **Maßnahmen der Beratungsstellen**
    - 3.1. Informationsvermittlung
    - 3.2. Problemorientierte Beratung
    - 3.3. Vermittlung
  4. **Betreuung**
    - 4.1. Psychosoziale Betreuung Substituierter
    - 4.2. Weitere Betreuungsangebote
  5. **Nachsorge**
  6. **Vermittlung in, Initiierung von und Kooperation mit der Selbsthilfe**
  7. **Institutionelle Arbeit (Koordination und Kooperation)**
7. Dazu sind von den Trägern **Leistungsvereinbarungen** abzuschließen
- mit den regionalen Arbeitsagenturen / Job-Centern für Leistungen zur Suchtberatung nach § 16, 2 SGB II und
  - für langfristige Beratungskomplexe in Zusammenhang mit einer Eingliederungsvereinbarung, die sollten landesweit einheitlich sein sollten.
8. Für die **Finanzierung** ist zu berücksichtigen, dass
- die direkt an Klientinnen und Klienten erbrachten Leistungen nicht der einzige Finanzierungsstrang sein dürfen. Es muss weiterhin eine pauschale Zuwendung für die Grundfinanzierung einer Einrichtung geben.
  - zusätzlich die Berechnung eines durchschnittlichen Stundensatzes für Fachkräfte notwendig ist. Es sollte angestrebt werden, einen Stundensatz nicht unter 50,00 € zu erzielen.
9. Ambulante Suchthilfe muss sich kontinuierlich den Entwicklungen von Konsummustern und sich ändernden Suchtverhaltensweisen anpassen und entsprechende Antworten und Handlungsstrategien entwickelt. Träger ambulanter Suchthilfe müssen definieren, welches Leistungsspektrum, von Beratung und Betreuung bis zu Angeboten nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz sie abdecken können.

## Grundsätze ambulanter Suchthilfe

(Aus: Konsenspapier von akzept e.V. und der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen „Ziele, Grundlagen und Prinzipien der Sucht- und Drogenhilfe“ (Hamm 2005))

### Gesundheits- und sozialpolitische Ziele der Suchthilfe

1. Suchthilfe respektiert die Menschenwürde.
2. Der Beginn des Konsums psychoaktiver Substanzen ist zu verhindern oder hinauszuzögern. KonsumentInnen müssen bei der Entwicklung eines eigenverantwortlichen und risikominimierenden Konsums unterstützt werden. Dazu ist angemessene Prävention zu leisten.
3. Die Senkung der Konsumfrequenz und -menge und das Erlernen von Gebrauchsmustern mit geringem Risiko sind wichtige gesundheitspolitische Ziele.
4. Die Mehrfachbelastung der KlientInnen erfordert eine differenzierte Planung und Steuerung der Suchthilfe.
5. Sucht ist eine Krankheit, die häufig einen chronischen Verlauf mit wechselnder Intensität nimmt.
6. Suchthilfe unterstützt und begleitet die Veränderungsbereitschaft der KonsumentInnen, die schädlichen Auswirkungen des Konsums zu reduzieren und erleichtert KlientInnen den Ausstieg.

### Grundlagen der Suchthilfe

7. Suchthilfe ist wirtschaftlich und sparsam.
8. Suchthilfe orientiert sich am Betroffenen und bietet individuelle Lösungswege.
9. Die suchtspezifische Kompetenz der Regelversorgung muss gewährleistet sein.
10. Leistungen der Suchthilfe werden einheitlich und nahtlos sichergestellt.
11. Suchthilfe hat ein mehrdimensionales Verständnis des Konsums und der Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen.
12. Suchthilfe vernetzt sich in einem Verbundsystem.
13. Suchthilfe strebt mehrperspektivische Schadensminimierung an.
14. Suchthilfe arbeitet mit adäquaten Zielen.
15. Suchthilfe basiert auf methodisch begründeten, wissenschaftlichen Erkenntnissen.
16. Professionelle Suchthilfe dokumentiert und evaluiert die geleistete Arbeit.
17. Praxisberatung und Supervision sind unverzichtbarer Bestandteil der Fachlichkeit der Suchthilfe.

### Prinzipien der Suchthilfe

18. Suchthilfe interveniert früh.
19. Suchthilfe ist an den Fähigkeiten der Betroffenen ausgerichtet.
20. Betroffene arbeiten in der professionellen Suchthilfe mit.
21. Professionelle Hilfen und Selbsthilfe ergänzen sich.
22. Suchthilfe zielt auch auf die Normalisierung der gesellschaftlichen Situation.
23. Suchthilfe vertritt Betroffeneninteressen mit dem Ziel der (Re-)Integration.
24. Suchthilfe sichert den Transfer aus der Regelversorgung.
25. Ambulante Hilfen haben Vorrang.
26. Suchthilfe arbeitet im Regelfall wohnortnah.
27. Suchthilfe orientiert sich an der Veränderungsbereitschaft.
28. Im Hilfeprozess werden Grenzen vereinbart.
29. Alle Besprechungsinhalte sind vertraulich.
30. Suchthilfe arbeitet vernetzt und in multiprofessioneller Kooperation.
31. Suchthilfe wahrt Chancengleichheit in allen Angeboten (*Managing Diversity, EU-Richtlinien*).
32. Suchthilfe in einem Einwanderungsland erfordert interkulturelle Kompetenz.
33. Suchthilfe sichert familiengerechte Versorgung.
34. Kinder suchtkranker Eltern erfahren besondere Aufmerksamkeit.

## Kernkompetenzen ambulanter Suchthilfe

---

Die Aufgaben der ambulanten Suchthilfe sollen sich an den nachfolgend genannten Zielbereichen orientieren:

### Handlungsleitende Ziele

---

- Minderung konsumbedingter gesundheitlicher Risiken und Folgeschäden,
- Psychische, physische und soziale Stabilisierung
- Senkung des Mortalitätsrisikos und Sicherung des Überlebens
- Entlastung des Gesundheitssystems
- Erreichen von Suchtmittelkonsumentinnen und -konsumenten, die bislang keinen Kontakt zum Hilfesystem haben
- Senkung des Drogenkonsums, insbesondere bei jungen Menschen
- Sicherung der Teilhabe

### Zielgruppen

---

- Suchtmittelmissbrauchende Jugendliche, Frauen und Männer
- Suchtmittelabhängige Jugendliche, Frauen und Männer
- Familienangehörige und sonstige Bezugspersonen
- Suchtmittelmissbrauchende und -abhängige Migrantinnen und Migranten

### Aufgaben

---

- Information und Aufklärung über Wirkung und Gefahren des Suchtmittelkonsums und anderer Suchtverhaltensweisen (z.B. Ess-Störungen, Spielsucht)
- Erhöhung der Bereitschaft, weitergehende Hilfe in Anspruch zu nehmen
- Förderung individueller Ressourcen und Potentiale zur Überwindung der Suchtverhaltensweisen
- Verhinderung von Chronifizierung der Sucht
- Unterstützung bei der Überwindung bzw. dem Ausstieg aus Missbrauchs- und Abhängigkeitsproblematik
- Unterstützung bei der gesellschaftlichen Eingliederung
- Berücksichtigung der Bedarfe spezifischer Zielgruppen mit Merkmalen wie Gender, Alter, soziale Lage, Ethnizität
- Sicherung der Qualität der Leistungen
- Anpassung und Differenzierung der Arbeit an neue Anforderungen

## Niedrigschwelliger Kontakt

### Zielgruppen:

Suchtmittel missbrauchende und -abhängige Menschen, die aktuell keine eindeutige Motivation zur Änderung des Konsumverhaltens haben und/oder nicht mit anderen Leistungen erreicht werden.

### Ziele:

- Sicherung des Überlebens
- Gewährung von Akuthilfen
- Informationsvermittlung
- Schaffung eines leichten Zugangs zu Hilfeangeboten
- Anbindung an das Hilfesystem
- Erhöhung der Bereitschaft, weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen
- Soziale und gesundheitliche Stabilisierung
- Unterstützung bei der Überwindung der Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsproblematik

### Leistungen:

- Voraussetzungsloses/r Angebot (z.B. streetwork) oder Aufenthalt
- Vermittlung von Übernachtungsangeboten, anderen strukturell notwendigen und weiterführenden Hilfen

- Infektionsprophylaxe
- Informationsvermittlung zu gesundheitlichen Risiken und Problemen des Suchtmittelmissbrauchs
- Vermittlung in weiterführende Hilfen
- Streetwork
- Lebenspraktische Hilfen
- Medizinische Versorgung
- Qualitätssicherung der Leistungen

## Prävention

### **Eigenständige Präventionsangebote gehören nicht in jedem Fall zum Leistungsspektrum der ambulanten Drogenberatungseinrichtungen.**

Die Aufgaben beinhalten stattdessen die Weitergabe von Informationen über Suchtprävention und das Suchthilfespektrum. Dafür wird der Kontakt mit regionalen und überregionalen Präventionsfachstellen gehalten. Multiplikatoren werden bei der Durchführung und Organisation von suchtpreventiven Veranstaltungen von der Drogenhilfe fachlich beraten.

#### **Zielgruppen:**

- Jugendliche, Frauen und Männer, die Suchtmittel konsumieren oder missbrauchen
- Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die psychosozial auffällige Symptome zeigen, deren Ursache im Konsum psychoaktiver Drogen vermutet werden
- Die Bezugspersonen der Betroffenen
- Multiplikatoren: Lehrer/Kontaktlehrer, Erzieher und Sozialpädagogen oder Verantwortliche aus anderen Bereichen.

#### **Ziele:**

- Sensibilisierung für Risiken
- Früherkennung von Gefährdung
- Bereitstellung und Weitergabe von aktuellem Informationswissen und -material
- Informationsaustausch mit den Fachstellen für Suchtprophylaxe
- Sicherung der Qualität der Leistungen

#### **Leistungen:**

- Informationsvermittlung durch elektronische und Printmedien
- Fachliche Beratung bei der Organisation und Durchführung suchtpreventiver Veranstaltungen.
- Vermittlung an Fachstellen

## Beratung

Beratungsleistungen sind mit den Job-Centern nach SGB II abzustimmen!

#### **Leitziele der Leistungen:**

- ▷ Beratung zielt auf Personen, die Suchtmittel konsumieren, missbrauchen oder davon abhängig sind oder andere Suchtverhaltensweisen haben und auf deren Bezugspersonen.
- ▷ Beratung setzt voraus, dass ein Beratungsbedarf besteht und dieser gefordert wird oder erarbeitet werden kann. Beratung reicht von Informationsvermittlung, Aufklärung, Orientierung, Sensibilisierung, Motivierung bis zur qualifizierten Unterstützung bei der Bearbeitung von Suchtproblemen.
- ▷ Beratung ist ein dialogischer, zielgerichteter und entwicklungsorientierter Prozess, der sich am individuellen Hilfebedarf des Klienten orientiert und bei Bedarf im Hilfeverbund erfolgt.

#### **Zielgruppen:**

- Menschen mit Informationsbedarf
- Jugendliche und Erwachsene, die Suchtmittel probieren, konsumieren und/oder missbrauchen oder andere Suchtverhaltensweisen haben
- Suchtmittelabhängige, unabhängig von Alter, Geschlecht, Ethnizität und Konsumstatus

- Zielgruppen mit spezifischen Merkmalen, wie Gender, Alter, soziale Lage, Ethnizität
- Angehörige und Bezugspersonen
- Insassen von Justizvollzugsanstalten
- Absolventinnen und Absolventen medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen
- Fachkolleginnen und -kollegen und Multiplikatoren aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich.
- Selbsthilfegruppen

**Ziele:**

- Frühestmögliche Intervention
- Schadensminimierung
- Information und Aufklärung über Sachverhalte, Wirkungen und Gefahren bei Suchtmittelkonsum
- Förderung individueller Kompetenz, Ressourcen und Potentiale
- Motivation zur Inanspruchnahme von Hilfe
- Überwindung der Missbrauchs- bzw. Abhängigkeitsproblematik

**Leistungen**

- Voraussetzungs- und kostenloses Erstgespräch
- Krisenintervention
- Informationsvermittlung, Aufzeigen von Hilfemöglichkeiten
- Suchtmittelanamnese, Indikationsstellung, Klärung des Hilfebedarfs
- Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen
- Erstellen individueller Hilfepläne
- Vermittlung in weiterführende Einrichtungen
- Aufsuchende Beratung
- Kontrolle des Beratungsverlaufs
- Beratung von Bezugspersonen
- Leistungen im Sinne von Nachsorge und Integration
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfe
- Qualitätssicherung der Leistungen

**Betreuung**

Betreuungsleistungen der Suchthilfe entsprechen begrifflich nicht der gesetzlichen Betreuung

**Leitziele der Leistungen:**

Betreuungsleistungen sind in der Regel die Fortsetzung von Beratungsprozessen. Sie werden insbesondere bei komplexen Problemlagen und entsprechenden Lösungsansätzen notwendig, bei krisenhaften Verläufen eines Beratungs- und Vermittlungsprozesses und zur Sicherung der Nachhaltigkeit einer Beratungs- und Vermittlungsleistung.

**Zielgruppen:**

- Menschen, die Suchtmittel missbrauchen oder abhängig sind oder andere Suchtverhaltensweisen haben. Ihre Problemlagen sind komplex und/oder es bestehen Mehrfachschädigungen.

**Ziele:**

- Sicherstellung von Kontinuität
- Inanspruchnahme weiterführender Hilfen
- Soziale, gesundheitliche und psychische Stabilisierung
- Schadensminimierung und Überlebenssicherung
- Minderung der Beeinträchtigungen und Stabilisierung durch weiterführende spezifische Hilfen
- Hilfestellung bei der Wiedererlangung einer selbstständigen Lebensführung und lebenswerten Perspektive
- Wiedereingliederung in die Gesellschaft und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Hilfe zur Lebenserhaltung und Förderung von Selbsthilfe und selbständiger
- Lebensführung

**Leistungen:**

- Erstellung individueller Hilfeplanungen, inkl. Zielvereinbarungen sowie deren Fortschreibung
- Begleitung bis zum Therapiebeginn
- Organisation von Hilfen in den Bereichen Freizeit, Beschäftigung, Wohnen, Selbsthilfe
- Erschließung und Vermittlung weiterer sozialer Hilfen, wie Obdachlosenhilfe, Schuldnerberatung, Rechtsberatung
- Initiierung von Selbsthilfeangeboten
- Kontinuierliche Kontrolle und Korrektur des Hilfeplans
- Qualitätssicherung der Leistungen

**Methoden und Arbeitsweisen der ambulanten Suchthilfe**

---

- Aufsuchende Arbeit: Unterstützende Gespräche und 'Lebenspraktische Angebote'
- Gesprächsführung und Gruppenleitung, deren Qualität durch langjährige Erfahrung, Fort- und Weiterbildung<sup>2</sup>, kollegiale und externe Supervision gesichert wird.
- Individuelle Hilfeplanung, inkl. Zielvereinbarung mit den Klienten und Fallkonferenzen
- Verbindliche Regelungen der Fallzuständigkeit
- Casemanagement
- Motivierende Gesprächsführung
- Krisenintervention
- Einzel- und Gruppentherapie nach den vom VDR empfohlenen Methoden für die Rehabilitation Suchtkranker<sup>3</sup>

**Qualitätsmanagement**

---

- Dokumentation
- Qualitätsmanagementsystem
- Fort- und Weiterbildung
- Kollegiale und/oder externe Supervision

**Kooperation und Vernetzung**

---

- Mit den Agenturen für Arbeit mit Leistungen nach dem SGB II
- Mit anderen ambulanten und stationären suchtspezifischen Diensten der Region, auch auf der Grundlage von Kooperationsverträgen.
- Mit in angrenzenden Feldern tätigen Diensten der Region z.B. im Bereich Gesundheitswesen oder Jugendhilfe aber auch in Betrieben, Justizvollzugsanstalten und mit Verwaltung und Politik.

---

<sup>2</sup> Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. empfiehlt die Weiterbildung »Suchtberater/in-FDR«

<sup>3</sup> Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. empfiehlt die Weiterbildung »Suchttherapeut/in-FDR (Psychodrama)«

## Leistungsbeschreibungen

---

### 1. Niedrigschwelliger Kontakt

---

Niedrigschwellige Kontakte dienen der Sicherung des sozialen, psychischen und physischen Überlebens der Betroffenen

#### 1.1. Aufenthaltsangebote mit lebenspraktischer Hilfe

##### **Beschreibung**

Aufenthaltsangebote mit lebenspraktischer Hilfe werden durch Kontaktläden oder Drogenkonsumräume angeboten. Klientinnen/Klienten können sich jederzeit unter Beachtung der Einrichtungsregeln in diesen Einrichtungen für einige Minuten bis Stunden aufhalten, um sich auszuruhen, um die von den Einrichtungen angebotenen Maßnahmen der primären Überlebenshilfe wie Essen, Waschen, Duschen, Spritzentausch etc. in Anspruch zu nehmen, aber auch um soziale Kontakte zu pflegen.

Neben diesen Angeboten können sie jederzeit die Möglichkeit der stützenden Gespräche, spezielle Beratungen oder die Vermittlung in weiterführende Hilfen wahrnehmen.

##### **Zielgruppe**

Personen mit substanzbezogenen Störungen, die lebenspraktische und substanzbezogene Hilfen benötigen

##### **Ziele und Aufgaben**

- Potentiellen Klientinnen/Klienten die Möglichkeit geben, sich unverbindlich zu informieren und mit der Atmosphäre der Einrichtung vertraut zu machen
- Abbau von Hemmschwellen hinsichtlich des Zugangs zur Beratungsstelle
- Vermittlung von Informationen über andere Hilfeangebote
- Verbesserung der Ernährung / des Ernährungszustandes
- Verbesserung der hygienischen Situation
- Psychische, physische und soziale Stabilisierung
- Fachliche Kontaktaufnahme / Beratung
- Möglichkeit zur sozialen Begegnung in einem „Schutzraum“ außerhalb des Szenemilieus

##### **Umfang / Dauer**

Bei den Aufenthaltsangeboten mit lebenspraktischer Hilfe handelt es sich um die Bereitstellung eines Angebots. Der Umfang des Angebots muss in einem angemessenen Verhältnis zur Größe der Zielgruppe und der Inanspruchnahme stehen.

##### **Orte**

In der Einrichtung oder mobil in Szenetreffs und in spezifisch niedrigschwelligen Einrichtungen.

##### **Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen**

Für das Arbeitsfeld qualifiziertes und weitergebildetes Fachpersonal<sup>4</sup>, ggf. unter Einbeziehung geschulter Ehrenamtlicher, unter der Supervision der Fachkräfte.

Ggfs. zusätzliches Servicepersonal (Praktikantinnen/Praktikanten, ehrenamtliche Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter, Personen mit ehemaligem Substanzkonsum), Hauswirtschafter/-innen

##### **Sachliche Ressourcen**

Aufenthaltsraum oder Konsumraum mit adäquater Ausstattung  
Duschen / Waschräume, Waschmaschinen und Trockner, Küche  
Ggf. Konsumraum mit adäquater Ausstattung

---

<sup>4</sup> Geeignet ist die Weiterbildung »Suchtberater/in-FDR« des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel e.V.

## 1.2. Gesundheitsvorsorge und medizinische Basisversorgung

### Beschreibung

Alle medizinischen, sozialberaterischen oder pädagogisch-psychologischen Basisaktivitäten, um die negativen Konsequenzen des Substanzkonsums zu reduzieren und das gesundheitsfördernde Verhalten der Zielgruppe zu unterstützen wie z. B.

- medizinische Untersuchungen und Basisversorgung
- individuelle Beratung zum HIV-Antikörpertest, Hepatitis-Test
- Erstellung und Verteilung von Informationsmaterialien, auch in anderen Sprachen als deutsch
- Durchführung von Impfkampagnen
- Informationsveranstaltungen oder Beratungen zu gesundheitlichen Problemen und Risiken
- Kondomvergabe, Sprizentausch oder Betrieb von Spritzenverkaufsautomaten

### Zielgruppe

Personen mit substanzbezogenen Störungen, die vom herkömmlichen medizinischen Versorgungs- oder Beratungssystem nicht erreicht werden

### Ziele und Aufgaben

- Herstellung und Aufrechterhaltung des Kontakts zu nicht oder nur schwer erreichbaren Substanzabhängigen
- Information über Risiken und Vermeidung von Infektionen (Hepatitis, HIV) und anderen Erkrankungen, Aufklärung im Sinne der Gesundheitsförderung, um das individuelle Gesundheits- und Körperbewusstsein und gesundheitsförderndes Verhalten zu stärken
- Information über Behandlungsmöglichkeiten, Rechte und Leistungsansprüche
- Früherkennung von Krankheiten
- Ärztliche und pflegerische Behandlung zur Minderung gesundheitlicher Folgeschäden
- Vermittlung in notwendige Weiterbehandlungen wegen seelischer und körperlicher Störungen
- Motivierung für weiterführende Maßnahmen

### Umfang / Dauer

Bei dieser Leistung handelt es sich um die Bereitstellung eines Angebots, dessen Umfang in einem angemessenen Verhältnis zur Größe der Zielgruppe und der Inanspruchnahme stehen muss.

### Orte

In der Einrichtung oder mobil in Szenetreffs und in spezifisch niedrigschwelligen Einrichtungen.

### Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen

- Für medizinische Versorgung: Mindestens eine in Teilzeit / als Honorarkraft arbeitende Ärztin/arbeitender Arzt und eine Pflegekraft
- Für die anderen Tätigkeiten: Entsprechendes Fachpersonal

### Sachliche Ressourcen

- Je nach Einrichtung und Konzept: entsprechend räumliche, technische, medizinische Ausstattung und Verbrauchsmaterialien

## 2. Aufsuchende Maßnahmen der Betreuung und Beratung

Aufsuchende Maßnahmen beruhen auf der Grundidee, nicht darauf zu warten, bis gefährdete Personen bzw. Personen mit substanzbezogenen Störungen oder Suchtverhaltensweisen mit einer Institution der Suchthilfe Kontakt aufnehmen, sondern auf sie zuzugehen, um sie so früh wie möglich zu erreichen. Aufgesucht werden sie an den bekannten Treffpunkten, in ihrem Lebensumfeld, in der Drogenszene sowie in Institutionen wie Haftanstalten, Betrieben oder Krankenhäusern.

### 2.1 Streetwork

#### Beschreibung

Streetworkerinnen und Streetworker suchen die Klientinnen und Klienten in ihrer Lebenswelt auf der Straße auf. Sie sollen insbesondere Kontakte zu Substanzkonsumentinnen und -konsumenten aufbauen, die von den Beratungsstellen nicht erreicht wurden. Durch kontinuierliche Präsenz bauen Streetworkerinnen und Streetworker ein Vertrauensverhältnis zu den Betroffenen auf, bieten Orientierungshilfe und ermutigen zu Einstellungsänderungen und Handlungsalternativen. Der Aufgabenbereich der Streetworkerinnen und Streetworker umfasst neben Kontakt-, Informations- und Beratungsarbeit die soziale Unterstützung der Konsumentinnen und Konsumenten in Krisen- und Notsituationen sowie gesundheitspräventive Maßnahmen.

#### Zielgruppe

Personen mit substanzbezogenen Störungen, die ihren Lebensmittelpunkt auf der Straße und/oder keinen Kontakt zur Suchthilfe haben.

#### Ziele und Aufgaben

- Kontakt(wieder-)aufnahme, Motivierung
- Zugang zum Hilfesystem ermöglichen
- Vermittlung notwendiger Hilfen (Soforthilfe)
- HIV/AIDS/Hepatitis-Prophylaxe
- Schadensminimierung
- Informationsgewinnung über aktuelle Entwicklungstendenzen in der Szene

#### Umfang / Dauer

Der Umfang des Angebots muss in einem angemessenen Verhältnis zur Zielgruppengröße und Inanspruchnahme stehen.

#### Orte

Offene Szenen, öffentliche Lokale, Straßen und spezifische Treffpunkte wie Bahnhöfe und / oder Parks

#### Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen

In Streetwork qualifiziertes Fachpersonal, ggf. unter Einbeziehung geschulter Ehrenamtlicher, unter der Supervision der Fachkräfte.

#### Sachliche Ressourcen

Spritzen, Kondome, Alkoholtupfer, Obst, Süßigkeiten, im Bedarfsfall „Erste-Hilfe-Ausstattung“, Mobilfunk

### 2.2 Hausbesuche

#### Beschreibung

Aufsuchende Form der Sozialarbeit, um Klientinnen/Klienten in ihren Wohnungen/ihrer Lebensumwelt zu erreichen, weil sie aufgrund ihrer gesundheitlichen oder sozialen Situation nicht oder zeitweise nicht in der Lage sind, in die Beratungsstelle zu kommen oder bei denen alltägliche Lebensbezüge in der Beratung aufgegriffen werden sollen.

#### Zielgruppe

Personen mit substanzbezogenen Störungen oder Suchtverhaltensweisen, die aufgrund ihrer gesundheitlichen, sozialen oder räumlichen Situation nicht in der Lage sind, die Einrichtungen der Suchthilfe in Anspruch zu nehmen oder bei denen alltägliche Lebensweltbezüge in der Beratung aufgegriffen werden sollen.

**Ziele und Aufgaben**

- Kontakt(wieder-)aufnahme
- individuellen Hilfebedarf feststellen
- Informationen über das Suchthilfesystem
- Information und Beratung
- Krisenintervention

**Umfang / Dauer**

Zur Zeit keine Quantifizierung möglich. Die Anzahl und Dauer der Kontakte pro Klientin/Klient sind als Messeinheiten denkbar.

**Orte**

Wohnungen der Klientinnen/Klienten, Wohnraum nach ordnungsrechtlicher Unterbringung (Pensionen, Hotels), Einrichtungen für Wohnungslose.

**Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen**

Fachpersonal, ggf. unter Einbeziehung geschulter Ehrenamtlicher, unter der Supervision der Fachkräfte

**Sachliche Ressourcen**

Dienstfahrzeug / Mobiltelefon

**2.3. Aufsuchende Beratung****2.3.1. Beratung in Haft- und Vollzugsanstalten****Beschreibung**

Die Beratung in Untersuchungshaft und im Justizvollzug ist eine Form der aufsuchenden Sozialarbeit. Hier werden Gespräche zur Erleichterung der Haftsituation oder Beratungen zur Vermittlung weiterführender Hilfen durchgeführt. Die Vermittlung wird vorbereitet und initiiert. Ehemalige Klientinnen/Klienten aus dem Vollzug werden in Beratungsstellen weiterbetreut.

**Zielgruppe**

- Personen mit substanzbezogenen Störungen, die vor ihrer Inhaftierung die Beratungsstelle kontaktiert haben (kontinuierliche Weiterbetreuung)
- Inhaftierte, die zur Zielgruppe der Suchtberatung zählen (Erstkontakte)

**Ziele und Aufgaben**

- Vorbereitung und Vermittlung weiterführender Hilfen (vor allem Rehabilitationsmaßnahmen) außerhalb von Haft oder Vollzug, anstelle von Strafverbüßung innerhalb des Vollzuges
- Kontaktaufnahme und Motivationsentwicklung zur Anbahnung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung in der Beratungsstelle (Zugang zum Hilfesystem)
- Fortführung der ambulanten Beratungs- oder Betreuungsarbeit im Vollzug
- Begleitende Hilfe zur Erleichterung der Haftsituation
- Kooperation und wechselseitiger Wissenstransfer zwischen Fachpersonal der Suchtberatung und der Haft-/Vollzugseinrichtung

**Umfang / Dauer**

Zur Zeit keine Quantifizierung möglich. Die Anzahl und Dauer der Kontakte pro Klientin/Klient sind als Messeinheiten denkbar.

**Ort**

Haft-/Vollzugsanstalten

**Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen**

Fachpersonal mit

- spezifischen, für diese Klientel bedeutsamen Kenntnissen des Strafrechts,
- Kenntnissen über Organe der Rechtspflege sowie

- Kenntnissen der formellen und informellen Organisationsstrukturen der Justiz und der Strafvollstreckungsbehörden.
- der Fähigkeit, mit den dort Zuständigen zu kooperieren.
- der Möglichkeit einer Einbeziehung geschulter Ehrenamtlicher unter Supervision des Fachpersonals

**Sachliche Ressourcen**

Dienstfahrzeug / Laptop

**2.3.2. Beratung in anderen medizinischen oder (psycho)sozialen Versorgungsbereichen****Beschreibung**

Diese Arbeit findet als eine Form der aufsuchenden Sozialarbeit bei unbürokratischer Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe oder ihre Weiterbetreuung durch Fachkräfte der Suchtberatung in folgenden Einrichtungen statt:

- Jugendhilfe
- Wohnungslosenhilfe
- Altenhilfe
- Behindertenhilfe
- Krankenhäusern,
- Arztpraxen,
- Altenheimen
- Sozialstationen
- Arbeits- und Beschäftigungsprojekten
- Einrichtungen der beruflichen Integration
- Migrationsdienste
- Straffälligenhilfe
- Einrichtungen des allgemeinen Sozialdienstes
- in sozialpsychiatrischen Diensten ohne Suchtfachkompetenz

Die inhaltlichen Angebote der mobilen Beratung richten sich nach den konkreten Bedürfnissen vor Ort. Die Beratung umfasst aufklärende, beraterische und betreuerische Leistungen.

**Zielgruppe**

Gefährdete oder Abhängige, die sich in medizinischer Behandlung oder Pflege befinden und keinen Kontakt zum Hilfesystem haben

**Ziele und Aufgaben**

- Kontinuierliche Zusammenarbeit und Wissenstransfer zwischen den Fachkräften der Suchtberatung und den genannten Einrichtungen
- Fortführung einer ambulanten Beratung (kontinuierliche Weiterbetreuung)
- Kontaktaufnahme, Erleichterung eines Zugangs zum Hilfesystem und Motivationsentwicklung zur Anbahnung einer kontinuierlichen Weiterbetreuung in der Beratungsstelle (Zugang zum Hilfesystem)
- Vermittlung und Vorbereitung von weiteren Hilfemaßnahmen
- Begleitende Hilfe
- Information, Aufklärung über den Umgang mit und die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen
- Abstimmung und Organisation der Hilfemaßnahmen (Kooperation, Case-Management)

**Umfang / Dauer**

Die Anzahl und Dauer der Kontakte pro Klientin/Klient sind als Messeinheiten denkbar.

**Orte**

In den jeweiligen Einrichtungen

**Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen**

Fachpersonal - ggf. Einbeziehung geschulter Ehrenamtlicher unter Supervision des Fachpersonals

**Sachliche Ressourcen**

Dienstfahrzeug

### 3. Maßnahmen der Beratungsstellen

---

Professionelle Beratung ist eine wissenschaftlich fundierte Methode zur Unterstützung von Entwicklungsaufgaben und zur Lebenshilfe. Die Interaktion zwischen Beraterin und Berater sowie Klientin und Klient dient der Lösung aktueller oder absehbarer Probleme. Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit der Klientinnen und Klienten sowie die Formulierung von Beratungszielen sind charakteristische Merkmale. Beratung schließt kurzfristige informationsorientierte, wie auch mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Gespräche ein. Neben der Vermittlung von Sachinformationen wird der Problemlöseprozess durch Reflexion der Lösungsalternativen strukturiert und gesteuert.

Die Beratungstätigkeit ist eine flexible, am individuellen Bedarf der Klientin/des Klienten orientierte Vorgehensweise und ist durch folgende Elemente charakterisiert:

- Kontaktaufnahme
- Erstgespräch
- Informationsvermittlung
- Biografieerhebung und Diagnostik
- Motivationsarbeit
- Erstellung eines Hilfeplanes
- Problemorientierte Gespräche, Unterstützung und Intervention
- Fortlaufende Anpassung des Hilfeplans
- Je nach Indikation Vermittlung anderer Hilfen.

#### 3.1 Informationsvermittlung

##### **Beschreibung**

Die informationsorientierte Beratung ist kurzfristig und soll Zweifel, Fragen, Ängste reduzieren helfen. Themen sind:

- Umgang mit Betroffenen
- Schädlicher Konsum oder Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen
- Suchtverhaltensweisen
- Wissensvermittlung über Abhängigkeitsentwicklungen
- Unterschiedliche Konsum- und Erscheinungsformen
- Körperliche und psychosoziale Folgen des schädlichen/abhängigen Konsums oder von Suchtverhaltensweisen
- Co-Abhängigkeiten
- Informationen über Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten in der Suchthilfe und in angrenzenden Bereichen
- Zugangsmöglichkeiten zu den Hilfeangeboten

Diese Art der Beratung kann sowohl im persönlichen Gespräch im Einzel- oder Gruppenkontakt als auch anonym über Telefon, Brief, Fax, über Email oder online erfolgen.

##### **Zielgruppe**

Alle Personen mit persönlichem oder anonymem Informations- und / oder Beratungsbedarf.

##### **Ziele und Aufgaben**

- Sensibilisierung gegenüber dem Thema Suchtmittelmissbrauch, -abhängigkeit und Suchtverhaltensweisen.
- Kontaktschwelle zu Angeboten der Suchthilfe senken
- Aufzeigen von Hilfemöglichkeiten
- Vermittlung an weitere Stellen

##### **Umfang / Dauer**

1-5 Kontakte

##### **Orte**

Innerhalb oder außerhalb der Beratungsstelle

##### **Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen**

Fachpersonal

Ehrenamtliche unter fachlicher Anleitung und Supervision

**Sachliche Ressourcen**

Dienstfahrzeuge, Mobiltelefon, Internetzugang  
Schriftliches Informationsmaterial, Broschüren.

**3.2 Problemorientierte Beratung****Beschreibung**

Bei der problemorientierten Beratung werden in einem mittel- bis längerfristigen Beratungsprozess Rat suchende bei der Lösung von suchtbefragten sozialen, psychischen und körperlichen Problemen unterstützt. Die Beratungstätigkeit kann in Form von Einzel-, Paar- oder Familiengesprächen und Gruppen durchgeführt werden.

**Zielgruppe**

- Ratsuchende, die bei der Bearbeitung ihrer Suchtprobleme Hilfe benötigen
- Bezugspersonen und Angehörige

**Ziele und Aufgaben**

- Informationsvermittlung
- Motivation
- Aufzeigen von Hilfemöglichkeiten
- Biograficerhebung und Diagnostik
- Hilfeplanung
- Problemorientierte Beratungsgespräche, Unterstützung und Intervention
- Krisenintervention
- Vermittlung in weiterführende Hilfen (Entgiftung, Entwöhnung etc.)

**Umfang / Dauer**

5-20 Kontakte

**Orte**

Innerhalb oder außerhalb der Beratungsstelle

**Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen**

Fachpersonal mit langjähriger Erfahrung und/oder Fort- und/oder Weiterbildung

**Sachliche Ressourcen**

Beratungsbüro, Informationsmaterialien  
Dienstfahrzeuge

**3.3 Vermittlung**

Bei entsprechender Indikation erfolgt in Absprache mit der Klientin/dem Klienten die Weitervermittlung in entsprechende Einrichtungen oder Angebote.

Die Vermittlungstätigkeit erfordert eine intensive Vorbereitung und schließt typischerweise die Motivierungsphase, die Erstellung des Sozialberichts mit Anamnese, Diagnose, Behandlungsplan und Prognose, die Antragsstellung, die Verhandlung mit Kostenträgern und Behandlungsvorbereitungsgespräche ein.

**Zielgruppe**

Klientinnen/Klienten, die über die Leistungen der Beratungsstelle hinausgehende Hilfen benötigen

**Ziele und Aufgaben**

- Motivation und Vorbereitung auf die weitergehende Beratung und / oder Behandlung
- Vorbereitung und Veranlassung der notwendigen administrativen Schritte
- Vermittlung zu geeigneten weiterführenden Angeboten
- Unterbringung in oder Anbindung an eine andere Einrichtung

**Umfang / Dauer**

1-10 Kontakte, in Einzelfällen häufiger

**Orte**

Innerhalb und außerhalb der Beratungsstelle, aber auch als Teil der aufsuchenden Arbeit

**Fachliche Voraussetzungen**

Fachpersonal mit Grundkenntnissen im Case-Management, der regionalen Einrichtungsstruktur und Kenntnissen im Sozialrecht vor allem im Bereich der medizinischen Rehabilitation

**Sachliche Ressourcen**

Dienstfahrzeug, Mobiltelefon

Informationsmaterial, Broschüren usw., Zugang zum Internet

## 4. Betreuung

---

### **Beschreibung**

Psychosoziale Betreuung bezeichnet alle komplexen Angebote für süchtige Klientinnen und Klienten, bei denen körperliche, psychische und/oder soziale Beeinträchtigungen vorhanden sind.

Dies können abstinente oder nichtabstinenten (stabile) mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke sein, die eine mittel- bis längerfristige Unterstützung benötigen.

Die Angebote der psychosozialen Betreuung umfassen kontinuierliche Beratung, fortlaufende Motivation und Unterstützung in den vom Betreuten und Betreuer definierten Problemfeldern. Vorbedingung ist das Vertrauensverhältnis zwischen Unterstützer und Betreutem, Ziel die Wiedererlangung psychosozialer Kompetenzen. Die psychosoziale Betreuung erfordert Kooperationsbezüge zu allen am medizinischen und sozialen Hilfesystem beteiligten Einrichtungen.

### **Zielgruppe**

Klientinnen und Klienten mit einer Kombination ausgeprägter körperlicher, psychischer und sozialer Beeinträchtigungen.

### **Ziele und Aufgaben**

- Wiederherstellung, Festigung und Verbesserung einer angemessenen sozialen, psychischen und somatischen Situation, durch Kooperation mit anderen Facheinrichtungen im Sinne des Case Managements und mit dem Ziel der
- Erreichung einer möglichst hohen Selbständigkeit und Integration in normale Lebensverhältnisse.

### **Umfang / Dauer**

10-50 Kontakte, in Einzelfällen länger

### **Ort**

intern und extern

### **Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen**

Fachpersonal mit Fortbildung über chronifizierte Folgen langjähriger Abhängigkeit und spezifische Hilfen.

### **Sachliche Ressourcen**

Beratungsbüro, Informationsmaterialien  
Dienstfahrzeuge

## **Psychosoziale Betreuung Substituierter**

### **Beschreibung**

Dazu sind vom Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. Leitlinien veröffentlicht worden. Eine Zusammenfassung findet sich im Anhang

## 5. Nachsorge

---

Maßnahmen der Nachsorge sind Teil der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker im Sinne der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen. Da dort jedoch keine Aussagen zur Nachsorge getroffen werden, werden hier ergänzend diese Leistungen beschrieben.

### **Beschreibung**

Die Nachsorge umfasst alle Angebote, die im Anschluss an eine stationäre Behandlung / Rehabilitation das bisher Erreichte sichern.

Die Nachsorge schließt sich an eine stationäre Rehabilitation möglichst nahtlos an. Sie wird in der Fachklinik vorbereitet. Die Nachsorge wird meist von der vermittelnden ambulanten Stelle durchgeführt.

Die Nachsorge kann in Einzelgesprächen und/oder eigenen Nachsorgegruppen stattfinden. Eine besondere Bedeutung hat die Vermittlung in Selbsthilfegruppen.

### **Zielgruppe:**

Personen nach einer stationären Rehabilitation, die schon vor der stationären Phase Kontakt zur ambulanten Stelle hatten oder diesen neu aufnehmen.

### **Ziele und Aufgaben**

- Festigung und Vertiefung von Veränderungsprozessen, die in der Entwöhnungstherapie begonnen wurden
- Umsetzung des in der Klinik neu Gelernten/Erworbenen in den Alltag
- Stabilisierung der getroffenen Abstinenzentscheidung
- Bewältigung von Krisen besonders bei Rückfällen
- (weitere) Förderung der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung
- Bearbeitung von Paar- und Familienthemen
- Förderung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen

### **Umfang und Dauer**

Dauer und Umfang der Nachsorge orientieren sich nach der Indikation und der Zielsetzung.

Da im ersten halben Jahr nach einer stationären Behandlung die meisten Krisen und Rückfälle geschehen, sollen die Angebote diese Zeit erfassen und bis zu 20 Maßnahmen enthalten. Im Einzelfall kann eine Nachsorge auch länger dauern und der ambulanten Phase einer Kombibehandlung entsprechen.

### **Ort**

Beratungsstelle

### **Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen**

Fachpersonal mit Zusatzqualifikation

### **Sachliche Ressourcen**

Geeignete Räumlichkeiten und Therapiematerial

## 6. Vermittlung in, Initiierung von und Kooperation mit der Selbsthilfe

---

### **Beschreibung**

Beratungsstellen fördern und unterstützen die Sucht-Selbsthilfe, durch Initiativen zur Neugründung von Gruppen. Sie vermitteln Kontakte zu den Selbsthilfeverbänden. Informationsangebote, Besprechungen und Qualifizierungsangebote für Gruppenverantwortliche finden statt. Geeignete Räume werden zur Verfügung gestellt. Bei Bedarf erhalten die ehrenamtlichen Mitarbeiter professionelle Unterstützung. Je nach Situation vor Ort werden sie bei Hausbesuchen, Erstkontakten, Informationsvermittlungen u.a. einbezogen. Die Klientinnen und Klienten sowie Bezugspersonen werden zum Besuch einer Selbsthilfegruppe motiviert und auch dahin vermittelt.

### **Zielgruppe**

Klientinnen/Klienten der Beratungsstellen, Bezugspersonen von Klientinnen/Klienten, Mitglieder von Selbsthilfegruppen, Gruppenverantwortliche und andere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

### **Ziele und Aufgaben**

- Erleichterung der privaten und beruflichen (Wieder-) Eingliederung
- Aufbau und Unterstützung der Abstinenzkultur
- Optimierung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Beratungsstelle
- Wechselseitiger Wissenstransfer zwischen Beratungsstelle und Selbsthilfegruppe

### **Umfang/Dauer**

Professionelle Anleitung und Begleitung sind ggf. notwendig, ohne dass das zeitlich quantifiziert werden kann

### **Orte**

Beratungsstelle/Selbsthilfegruppe

### **Fachliche Voraussetzungen/Ressourcen**

Fachpersonal als Ansprechperson der Selbsthilfegruppen

### **Sachliche Ressourcen**

Geeignete Räumlichkeiten, Informationsmaterial

## 7. Institutionelle Arbeit (Koordination und Kooperation)

---

### **Beschreibung**

Die Arbeit der ambulanten Suchthilfe erfordert in hohem Maße eine enge institutionelle Kooperation. Auch die Mitwirkung bei sozialpolitischer Meinungsbildung in der Öffentlichkeit und bei Entscheidungsträgern auf städtischer-, Landes- und Verbandsbene gehört zum Aufgabenbereich der Träger und Einrichtungen. Mit einer qualifizierten Öffentlichkeitsarbeit werden Betroffene, (psycho-)soziale Dienste, medizinische Einrichtungen, und weitere Kooperationspartner und die Medien erreicht.

### **Zielgruppe**

Alle im Wirkungskreis der Suchthilfe tätigen Institutionen und Dienste sowie Kooperationspartner und Kostenträger

Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit

Entscheidungsträger in Verwaltung und Politik.

### **Ziele und Aufgaben**

- Effiziente Versorgung der Betroffenen durch aktuelle Information über das kooperierende Feld
- Weiterentwicklung hoher Fachlichkeit und effektiver Vernetzung.
- Konzeptionelle Weiterentwicklung der Angebote
- Interessenvertretung
- Vermitteln qualitativ hochwertiger Informationen an Klientel, Fach- und allgemeine Öffentlichkeit.

### **Umfang und Dauer**

Die genannten Aufgabenbereiche sind permanentes Arbeitsfeld.

### **Orte**

Beratungsstellen und andere Institutionen sowie politische Entscheidungsgremien und Medien.

### **Fachliche Voraussetzungen / Ressourcen**

Fachkräfte mit Leitungsfunktionen

### **Sachliche Ressourcen**

Geeignetes Informationsmaterial

[Weiterentwickelt auf Grundlage der Leistungsbeschreibung der Stadt Stuttgart, 2004]

## Sozialrechtliche Grundlagen

### Personenkreis und Zugang zum Hilfesystem

Unter besonderer Berücksichtigung des SGB II und SGB XII wird Menschen mit einer Suchterkrankung zukünftig, je nach ihrer persönlichen Situation ein unterschiedlicher Zugang in die ambulante Suchthilfe gewährt werden (Stand: Januar 2005).

Personengruppen	Zugang
Personen, die auf dem <u>allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sind</u> , werden weiterhin die Suchtberatungsstellen, Rehabilitations- und Nachsorgeangebote nutzen.	Für diese Gruppe wird es nach wie vor notwendig sein, einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zur Suchtberatung erhalten zu können. Für die Aufrechterhaltung der Suchtberatung im Rahmen der Daseinsfürsorge wird weiterhin in den Regionen gestritten werden müssen.
Personen, die <u>Grundsicherung für Arbeitsuchende</u> erhalten, d. h. Personen, die Arbeitslosenhilfe zuvor nach dem SGB III bezogen haben und Personen, die zuvor Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG bezogen haben und mehr als 3 Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten können, werden zukünftig das gesamte Spektrum der Suchthilfe in Anspruch nehmen. Hier wird es zu Veränderungen der Angebotsstruktur der Suchtberatungsstellen und ggf. des Betreuten Wohnens nach §§ 53/54 SGB XII (bisher 39/40 BSHG) kommen. Qualifizierte Hilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, der Hilfe zur Pflege, der Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfen in anderen Lebenslagen nach dem SGB XII können neben den Leistungen nach dem SGB II gewährt werden.	Personen, die Leistungen nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende § 5 Abs. 2 SGB II) erhalten, werden - je nach individueller Eingliederungsvereinbarung gem. § 15 SGB II – einzelne Leistungen als Eingliederungsmaßnahme beschrieben werden. Vorrangig werden es Leistungen der Eingliederung entsprechend dem SGB III (SGB II § 16 Abs.1) sein. Darüber hinaus können nach § 16 Abs. 2 SGB II weitere Leistungen für die Eingliederung des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen erbracht werden. Hierzu gehören schwerpunktmäßig insbesondere die psychosoziale Betreuung und die Suchtberatung. Die Agentur für Arbeit bestimmt, ob jemand erwerbsfähig und in welchem Ausmaß er hilfebedürftig nach § 8 SGB II ist. Gesetzlich verankert ist, dass die Agenturen keine eigenen Einrichtungen und Dienste neu schaffen sollen, sondern dass nach § 17 Abs. 1 SGB II die Agentur für Arbeit die Träger der freien Wohlfahrtspflege in ihrer Tätigkeit auf dem Gebiet der Grundsicherung für Arbeitsuchende angemessen unterstützen soll. Gleichzeitig sollen Vereinbarungen mit den Leistungserbringern entsprechend § 17 Abs. 2 SGB II abgeschlossen werden. Die Suchtberatungsstellen werden besondere Konzepte für Personen nach dem SGB II vorhalten. Als Grundlage für eine abzuschließende Leistungsvereinbarung wäre die Erarbeitung einer auf SGB II bezogenen Leistungsbeschreibung sinnvoll.
Personen, die <u>Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung</u> erhalten (siehe § 41 SGB XII) bzw. Bezieher und Bezieherinnen von <u>Altersrente</u> nach dem SGB VI vor Vollendung des 65. Lebensjahres wird weiterhin aufstockende Sozialhilfe gem. §§ 27 ff. SGB XII gewährt. Sie werden die „klassischen Angebote“ der Suchtberatung und ggf. Hilfen nach dem SGB XII nutzen	Für diese Gruppe, den chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken ist offen, ob angesichts des Interessenkonfliktes von Rentenversicherung, Arbeitsagentur und Sozialhilfe/Kommune verstärkt frühzeitig Grundsicherungsleistungen im Alter bzw. bei Erwerbsminderung angestrebt werden. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden dort dann zunehmend verwehrt werden.
Personen, die über 25 Jahre sind, die jedoch <u>länger als 6 Monate in stationärer Einrichtung</u> gem. § 7 Abs. 4 SGB II wohnen, erhalten keine Grundsicherung für Arbeitsuchende. Sie sind weiterhin anspruchsberechtigt gem. SGB XII und beziehen Hilfe zum Lebensunterhalt. Probleme können sich bei der Entlassung oder Überleitung in z.B. ambulante Hilfen ergeben (Grundsicherungsleistungen für Arbeitssuchende).	Für Personen, die bisher in stationären Einrichtungen oder teilstationären Einrichtungen leben, wird der Übergang in den allgemeinen Arbeitsmarkt anders gestaltet werden müssen. Hier wird man die Entwicklung abwarten müssen, welche Leistungen und auf welcher sozialrechtlichen Grundlage Personen, die z. B. über das Betreute Wohnen betreut werden, erhalten. Dieses wird von der jeweiligen Grundsicherungsleistung abhängig sein.

## Leistungssegmente und Zuordnung

Leistungssegment	SGB II	SGB V	SGB VI	SGB XII	Bemerkungen
<b>3. Niedrigschwelliger Kontakt</b>					
1.1. Gesundheitsvorsorge und medizinische Basisversorgung		x		x	
1.2. Aufenthaltsangebote mit lebenspraktischer Hilfe				x	
1.3. Übernachtungsangebote in Notschlafstellen / Krisenwohnungen				x	
1.4. Krisenintervention und Notfallhilfe				x	x Zuwendung L/K <sup>5</sup>
1.5. Konsumräume					
<b>2. Prävention</b>					
2.1. Einzelveranstaltungen					x Zuwendung L/K
2.2. Projektangebote					x Zuwendung L/K
2.3. Schulung und Beratung von Multiplikatoren					x Zuwendung L/K → Mitarbeiter /-innen Job-Center?
2.4. Präventionsberatung von Organisationen, Institutionen, Betrieben					x Zuwendung L/K
2.5. Erstellung/Bereitstellung von Informationsangeboten					x Zuwendung L/K/GKV
<b>3. Beratung / Aufsuchende Maßnahmen</b>					
3.1. Streetwork					x Zuwendung L/K
3.2. Hausbesuche				x	x Zuwendung L/K
3.3. Beratung in Justizvollzugsanstalten bzw. Jugendjustizanstalten					x Zuwendung L/K
3.4. Beratung in Krankenhäusern, Arztpraxen, Altenheimen und Sozialstationen					x Zuwendung L/K
3.5. Beratung in Einrichtungen anderer psychosozialer Versorgungsbereiche, z.B. der Jugend- und Wohnungslosenhilfe				x	x Zuwendung L/K
<b>4. Beratung</b>					
4.1. Informationsvermittlung	x				x Zuwendung L/K
4.2. Problemorientierte Beratung	x				x Zuwendung L/K
4.3. Motivierende Beratung	x				x Zuwendung L/K
4.4. Vermittlung	x				x Zuwendung L/K
<b>5. Betreuung</b>					
5.1. Allgemeine psychosoziale Betreuung	x			x	x Zuwendung L/K
5.2. Psychosoziale Betreuung in Verbindung mit privat genutztem Wohnraum					x Zuwendung L/K
5.3. Freizeitangebote				x	x Zuwendung L/K
5.4. Betreute Wohnangebote				x	x Zuwendung L/K
5.5. Arbeits- und Beschäftigungsangebote	x				auch SGB III
5.6. Entschuldungshilfen	x				x Zuwendung L/K
5.7. Vermittlung in, Initiierung von und Kooperation mit der Selbsthilfe					x Zuwendung L/K
<b>6. Medizinische Rehabilitation</b>					
6.1. Ambulante Medizinische Rehabilitation		x			
6.2. Nachsorge		x			x Zuwendung L/K

<sup>5</sup> In der Regel finanziert durch freiwillige Leistungen von oder Leistungsvereinbarungen mit Land und /oder Kommune

## Die Leistungsvereinbarung

### 1. Grundlagen

**Die Träger der Beratungsstellen müssen sich mit den regionalen Arbeitsagenturen / Job-Centern in Verbindung setzen, um Leistungen zur Suchtberatung nach § 16, 2 SGB II anzubieten. Informationen dazu bietet das Arbeitspapier des Paritätischen Gesamtverbandes „Empfehlungen für die Suchtberatung nach § 16 (2) SGB II“**

Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. geht dabei davon aus, dass kommunale Träger die bereits vorhandenen Einrichtungen und Dienste weiter nutzen werden. Die Suchtberatungsstellen und/oder Einrichtungen, die die Psychosoziale Betreuung anbieten (wollen), müssen Gespräche mit den Kommunalen Trägern aufnehmen, um Angebote nach dem SGB II zu machen.

Möglich wäre nach § 17 (2) SGB II, dass für die Leistungen der Suchtberatungsstelle und der Psychosozialen Betreuung Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen sowie Aussagen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität angestrebt werden, insbesondere für langfristige Beratungskomplexe, die direkt im Zusammenhang mit einer Eingliederungsvereinbarung stehen. Um die Strukturen und fachlichen Standards im Bereich der gesamten Suchthilfe aufrechterhalten zu können, sollten landesweit einheitliche Beschreibungen von Leistungen und deren Umfang, sowie den Aussagen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität abgestimmt werden.

Das ambulant Betreute Wohnen nach 39, 40 BSHG (zukünftig §§ 53/54 SGB XII) könnte teilweise in eine Leistung nach § 16 Abs. 2 Nr. 3 umgewandelt werden. Im Betreuten Wohnen nach BSHG liegen bereits Erfahrungen über Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen vor. Die Zielsetzung wäre jedoch die berufliche Wiedereingliederung.

Leistungen im Sozialrecht werden oftmals, wie z. B. auch in den Bereichen der Sozialhilfe und der Jugendhilfe, aufgrund von Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern erbracht. Die Leistungserbringung erfolgt hier im sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis von öffentlichem Leistungsträger, privatem Leistungserbringer und Leistungsberechtigtem. Der *Paritätische Wohlfahrtsverband* vertritt die Auffassung, dass ihrem Abschluss nicht zwingend ein Ausschreibungsverfahren vorausgehen.

Der Grund hierfür ist, dass es sich um sog. Konzessionsverträge handelt, die faktisch eine Zulassung zur Leistungserbringung zu ausgehandelten Konditionen darstellen. Die konkrete Leistung und Zahlungspflicht im Einzelnen wird jedoch erst ausgelöst, wenn ein Leistungsberechtigter den zugelassenen Träger im Rahmen seines Wunsch- und Wahlrechts in Anspruch nimmt. Im Gegensatz zur Vergabe eines öffentlichen Auftrages, um die es bei Vergaberecht geht, ist Gegenstand von Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer nicht die Beschaffung von Dienstleistungen gegen ein Entgelt als Gegenleistung, sondern die Klärung der Bedingungen für die beschriebene Leistungsabwicklung im Einzelfall. „Beschafft“ wird die Sozialleistung durch den Bewilligungsbescheid, einen Verwaltungsakt, gegenüber dem Leistungsberechtigten oder durch Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts durch den Leistungsberechtigten zugunsten einer bestimmten Einrichtung.

§ 17 Abs. 2 SGB II enthält Vorgaben für Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern. Er entspricht fast wörtlich dem § 93 Abs. 2 BSHG, der den Abschluss einer Leistungsvereinbarung für Einrichtungen und Dienste regelt. Es fehlen allerdings weitergehende Vorschriften zur Ausgestaltung dieser Vertragsbeziehungen, wie sie in den §§ 93 a bis 93 c BSHG enthalten sind. Insofern geht aus der Vorschrift nicht eindeutig hervor, ob der Gesetzgeber den Abschluss von Leistungsvereinbarungen vorgesehen hat oder nicht.

Der Abschluss von Leistungsvereinbarungen sollte von freien Trägern jedoch in jedem Fall angestrebt werden, da berücksichtigt werden muss, dass ein öffentliches Vergabeverfahren Nachteile mit sich bringt und das Vergaberecht der Rolle und der Bedeutung der Leistungen des SGB II nicht gerecht wird. Der Grund hierfür ist, dass die Vergabe eines öffentlichen Auftrages gerade dadurch gekennzeichnet ist, dass eine eindeutige Leistungsbeschreibung durch den Auftraggeber vorliegt, damit alle Angebote miteinander verglichen werden können. Leistungserbringer können in der Zusammenarbeit mit dem Sozialleistungsträger somit nicht mehr über Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen mitbestimmen.

Der Paritätische hat zur Unterstützung der Mitgliedsgliedsorganisationen einen „Entwurf für eine Leistungsvereinbarung nach § 17 Abs. 2 SGB II“ erarbeitet, der zur Orientierung dienen und die Vorbereitung konkreter Leistungsvereinbarungen im Einzelfall ermöglichen soll.

Es wird empfohlen, aktiv auf die Leistungsträger zuzugehen und den Abschluss von Leistungsvereinbarungen anzubieten. Nachfolgend wird ein Muster vorgestellt, das entsprechend den konkreten Gegebenheiten zu ergänzen ist.

Es ist beabsichtigt, dieses allgemeine Vereinbarungsmuster durch bereichsspezifische Vertragsmuster zu ergänzen. Hierzu wird um Rückmeldung aus der Praxis gebeten.

## 2. Vorschlag für eine Leistungsvereinbarung gemäß § 17 Abs. 2 SGB II

Zwischen dem zuständigen Leistungsträger (vgl. Infoblatt Leistungsträger) und dem Träger „.....“ (im Folgenden: Träger) wird folgende Vereinbarung geschlossen:

### § 1 Vertragsgegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist eine Leistungsvereinbarung nach § 17 Abs. 2 SGB II über die Erbringung folgender Leistungen

.....

durch den Träger in .....

### § 2 Art und Umfang der Leistung

Der Träger betreibt in ..... (Ortsbezeichnung) eine Einrichtung zur.....(Beschreibung der Tätigkeit der Einrichtung).

Er betreibt die Einrichtung in eigener Verantwortung. Er ist selbstständig in seiner weltanschaulichen Ausrichtung und seiner fachlichen Leistungserbringung (Methode) sowie der Gestaltung seiner Organisationsstruktur.

Der Träger erbringt seine Leistungen auf der Basis der Konzeption vom ....., die als Anlage Bestandteil dieser Vereinbarung wird. Die Konzeption enthält nähere Angaben über Art, Umfang und Ausgestaltung der Leistung; Änderungen der Konzeption bedürfen der Zustimmung des Leistungsträgers, soweit sie sich auf Bestandteile dieser Vereinbarung auswirken.

### § 3 Personelle Ausstattung und Qualifikation

Die Einrichtung muss sachlich, personell und fachlich so ausgestattet sein - *alternativ: Die Leistungen müssen sachlich, personell und fachlich so erbracht werden* -, dass die Verwirklichung der Zielsetzung der Einrichtung und eine den Bedürfnissen der Hilfebedürftigen entsprechende ..... (Darlegung der Art der Leistungserbringung) gewährleistet ist.

Die Leistungen werden im Wesentlichen durch ..... (Bezeichnung der Fachkräfte bzw. des Personals) erbracht.

Folgende personelle Besetzung der Einrichtung –*alternativ: Folgende personelle Besetzung zur Erbringung der Leistungen* - ist erforderlich und der Kalkulation von Vergütungen zugrunde zu legen .....(Anzahl, Bezeichnung und ggf. Vergütung der Stellen).

### § 4 Qualitätssicherung

Der Träger ist dafür verantwortlich, dass interne Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Er kann sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligen.

Für die Qualitätssicherung werden geeignete Maßnahmen ausgewählt. Diese können u. a. sein:

- systematische Dokumentation der Einzelfallbearbeitung
- die Beteiligung an einrichtungsübergreifenden Qualitätszirkeln
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Leistungserbringung.

Die Durchführung der Qualitätssicherung wird vom Träger dokumentiert.

### § 5 Grundsätze zur Zusammenarbeit

Der Träger verpflichtet sich, die Leistungen gemäß den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit zu erbringen.

Der Träger verpflichtet sich, mit dem Leistungsträger zusammen zu arbeiten und diesen über alle wesentlichen Vorgänge zu informieren.

Die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, u. a. die §§ 35 SGB I und 67 ff SGB X sind einzuhalten.

Der Träger unterrichtet die von ihm eingesetzten Fachkräfte über ihre Schweigepflicht und über die Voraussetzungen, unter denen ausnahmsweise eine Offenbarung personenbezogener Daten zulässig ist.

### **§ 6 Vergütung**

Für die Inanspruchnahme der Leistungen berechnet der Träger einen Stundensatz/ einen Tagessatz/ eine Fallpauschale in Höhe von € ....

Mit dieser Vergütung sind Investitionsaufwand, Sachkosten und Personalkosten abgegolten.

Förderungen aus öffentlichen Mitteln, die demselben Zweck dienen, sind auf die Vergütung anzurechnen.

Eine Abrechnung der Leistungen gegenüber dem Leistungsträger erfolgt nur, soweit dieser vorab eine Kostenübernahme erklärt hat.

Jeweils am Monatsende stellt der Träger seine Leistungen personenbezogen / gruppenbezogen in Rechnung. Der Leistungsträger ist zur Zahlung binnen zehn Tagen nach Rechnungseingang verpflichtet.

### **§ 7 Prüfung der Qualität**

Gegenstand der Prüfung der Qualität ist die Überprüfung der Erbringung der vertraglich vereinbarten Leistungen zwischen dem zuständigen Leistungsträger und dem Träger der Einrichtung.

Sofern begründete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der Einrichtungsträger seine Leistungen nicht in der vereinbarten Qualität erbringt, ist der zuständige Leistungsträger berechtigt, die Qualität durch unabhängige Sachverständige überprüfen zu lassen. Vor der Prüfung ist der Einrichtungsträger zu den Vorwürfen zu hören. Der Sachverständige hat nach Rücksprache mit dem Einrichtungsträger Zugangrecht zu der Einrichtung. Er hat kein Recht, an Beratungsgesprächen teilzunehmen.

### **§ 8 Prüfung der Wirtschaftlichkeit**

Gegenstand der Prüfung ist die Wirtschaftlichkeit im Hinblick auf das Verhältnis der Vergütungsbestandteile zu den vereinbarten Leistungen.

Der zuständige Leistungsträger ist berechtigt, die Wirtschaftlichkeit von vereinbarten Leistungen durch unabhängige Sachverständige prüfen zu lassen, wenn Anhaltspunkte vorliegen, dass die Einrichtung die Anforderungen zur Erbringung einer angemessenen und wirtschaftlichen Leistung nicht oder nicht mehr erfüllt. Solche Anhaltspunkte können insbesondere die Feststellung von Mängeln im Rahmen der Qualitätssicherung nach § 4 sein. Das Verfahren richtet sich nach dem Verfahren bei Prüfung der Qualität.

### **§ 9 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Klauseln dieser Vereinbarung unwirksam sein, berührt dies nicht die Wirksamkeit der übrigen Vereinbarung. Die Beteiligten verpflichten sich für diesen Fall, die unwirksamen Bestimmungen durch solche zu ersetzen, die dem Gewollten unter Beachtung der Zielsetzung des SGB II nahe kommen.

Alle Änderungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Gültigkeit der Schriftform.

### **§ 10 Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt zum .....in Kraft.

Jeder Beteiligte kann diese Vereinbarung mit einer Frist von ..... kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform.

Unterschrift des Leistungsträgers

Unterschrift des Einrichtungsträgers

## Finanzierung

---

Notwendig ist die **Berechnung eines durchschnittlichen Stundensatzes für Fachkräfte**

**Beispiel:**

<b>Personalkosten:</b> Vergütungsgruppe IVb, Alter 39 Jahre, Familienstand: verheiratet, 2 Kinder Arbeitgeberbrutto ca. →	
Für die Berechnung der <b>Fachleistungsstunde</b> werden 25 % zu den Personalkosten hinzugerechnet: →	
<b>Verwaltungskosten:</b> Pro volle Beratungsstelle werden ¼ Verwaltungsstelle gerechnet (VergGr. VII) →	
<b>Sachkosten:</b> Dafür werden 15% der Personalkosten gerechnet. →	
Als Gesamtkosten für eine Fachkraft ergeben sich	
Bei durchschnittlich <b>1.567 Arbeitsstunden jährlich</b> (KGSt-Angaben; Urlaub und Krankheitszeiten berücksichtigt) ergibt dies einen <b>Stundensatz</b> von: →	

Es sollte angestrebt werden, einen Stundensatz nicht unter 50,00 € zu erzielen.  
Die direkt an Klientinnen und Klienten erbrachten Leistungen dürfen nicht der einzige Finanzierungsstrang sein. Es muss weiterhin eine pauschale Zuwendung für die Grundfinanzierung einer Einrichtung geben.

## Anhang 1

### Zusammenfassung der Leitlinien der psychosozialen Betreuung Substituierter

Die Substitution des Heroinkonsums stellt eine ärztliche und psychosoziale Behandlungsform der Drogenabhängigkeit dar. Die Entscheidung über die Durchführung einer Substitutionsbehandlung wird - unter Einbeziehung der gesundheitlichen, psychischen und sozialen Gesamtsituation des Einzelfalles - auf der Grundlage einer ärztlichen Indikation getroffen. Die Vergabe des Substituts erfolgt in der Regel durch niedergelassene Ärztinnen oder Ärzte. Die vorliegenden Leitlinien beziehen sich auf die verpflichtende psychosoziale Betreuung im Rahmen der Substitutionsbehandlung. Sie definieren die Qualität der zu erbringenden Leistungen.

Die psychosoziale Betreuung wird von geeigneten Einrichtungen im Sinne dieser Leitlinien durchgeführt. Dies sichert den Klient/-innen den unmittelbaren Zugang zu den Angeboten der Suchthilfe. Die psychosoziale Betreuung wird vorrangig von Sozialarbeiter/-innen, Sozialpädagogen/-innen und Dipl. Pädagogen/-innen durchgeführt, das Team wird in einigen Beratungsstellen und Ambulanzen auch durch Psychologen/-innen und Ärztinnen oder Ärzte ergänzt.

Die Finanzierung der Betreuung erfolgt entweder im Rahmen der Landes- und Kommunalzuwendungen an Einrichtungen der Drogenhilfe oder als Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG.

Ziele der Substitutionsbehandlung sind:

- Verbesserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
- Regulierung der materiellen Lebenssituation,
- Soziale Integration,
- Berufliche Integration und
- Opiat- und Drogenfreiheit

Die psychosoziale Betreuung stellt angemessene Hilfsmaßnahmen innerhalb und außerhalb des Drogenhilfesystems zur Verfügung. Dies erfordert eine differenzierte Kenntnis der unterschiedlichen Angebote der psychosozialen Hilfesysteme, deren gesetzlicher Grundlagen und die Kooperation mit verschiedenen Einrichtungen bzw. Anbietern.

Die Unterstützungsleistungen der psychosozialen Betreuungseinrichtungen werden angeboten als:

- Soziale Einzelfallhilfe
- Unterstützungsmanagement
- Einzelberatung
- Gesprächsgruppen
- Freizeitangebote/Workshops/Therapeutische Gruppenreisen
- Suchttherapie

Betreuungsdichte und -intensität müssen sich nach dem individuellen Hilfebedarf richten. Grundsätzlich gilt ein Betreuungsschlüssel von max. 1:25.

Die Beendigung der psychosozialen Betreuung erfolgt in der Regel, wenn die im Behandlungsplan vorgesehenen Ziele in der Person und den sozialen Gegebenheiten der Klient/-innen erreicht sind und eine weitere Betreuung nicht zwingend erforderlich ist.

Die psychosoziale Betreuung wird vollständig dokumentiert. Die Dokumentation umfasst die Anamnese, den Behandlungsplan, die Beschreibung des Verlaufs (Art und Umfang der erbrachten Leistungen) und eine Kontrolle der einzelnen beschriebenen Gesamtziele bzw. Zwischenziele.

Zur ambulanten psychosozialen Betreuung der Substitutionsbehandlung werden im Rahmen einer regionalen Planung folgende Unterstützungsangebote für zusätzlich notwendig gehalten: Selbsthilfetreffpunkt, Tagesstätten zur ambulanten Ganztagesbetreuung, betreute Wohnformen, Angebote zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, Substitutionsambulanzen.

Bei der Umsetzung der Leitlinien sind die Vorgaben der Gebietskörperschaften vorrangig zu berücksichtigen.

## Dokumentation

Dokumentation ist keine Garantie finanzielle Zuwendungen weiterhin zu erhalten, sondern Dokumentation ist die Voraussetzung, überhaupt am Verteilungskampf teilnehmen zu können.

### Erwartungsebenen

Kostenträger erwarten *leistungsbezogene Daten*

- zum Effizienznachweis der finanzierten Leistung
- zur Planung/Steuerung
- zur fachlichen Weiterentwicklung

Leistungserbringer benötigt sie

- zur Qualitätssicherung (organisatorisch und fachlich)
- zur Darstellung der geleisteten Arbeit (Visitenkarte)
- zum Vergleich mit Wettbewerbern (Benchmarking)

Das Arbeitsfeld benötigt sie zum

- zum Effizienznachweis und zur Existenzberechtigung des Arbeitsfeldes
- zur Öffentlichkeitsarbeit (landesweit/bundesweit)

### Handlungsebenen

Weil die geringer werdenden Geldmittel optimal eingesetzt werden müssen, ist es notwendig, dass die Einrichtung ihre erbrachten Leistungen aufschlüsseln und das Verhältnis der eingesetzten Ressourcen mit den erreichten Zielen transparent und nachvollziehbar ist, damit Leistungen von Einrichtungen untereinander vergleichbar sind. Leistungsdaten sind wichtige Elemente eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagement und zur Qualitätssicherung. Die benötigten qualitativen Daten können kaum mehr per Hand erfasst, geschweige denn ausgewertet werden

Voraussetzungen für eine gute Dokumentation auf technischer Ebene ist, dass die Endanwender/-innen einen direkten Nutzen erkennen: Gute Ergonomie, Auswertungstools, einrichtungsspezifische Rückmeldungen. Ressourcenschonend, Schulungsaufwand, Laufende Kosten (Hardware, Schulungen etc.)

Auf inhaltliche Ebene bedarf es genaue Kenntnis der eigenen Leistungen und angestrebten Ziele, um effektiv zu dokumentieren: Was will/muss ich wie wozu (für wen) heraus finden? Dokumentationen benötigt aber auch Vereinbarungen und Ziele.

EDV-Dokumentationssysteme sollten als „elektronische Handakte (Fallakte)“ fungieren und Angaben über Klienten/innen und erbrachte Leistungen enthalten. Sie entstehen automatisch „nebenbei“.

Diese Informationen können für Jahresberichte sowie statistische und wissenschaftliche Analysen (Suchthilfe - Monitoring) genutzt werden.

### Erwartungen an Dokumentationssysteme

- Klientenverwaltung
- Abrechnung
- Aktenführung
- Dokumentenverwaltung
- Berichterstellung
- Hilfeplanerstellung
- Fachliche Weiterentwicklung
- Etablierung von methodischen Standards
- Hilfsmittel für Qualitätsmanagement und Selbst- und Fremdevaluation
- Jahres-, Sach- oder Rechenschaftsberichte
- Kosten- und Leistungstransparenz
- Sozialplanung
- Planungsgrundlage für effektiven Mitteleinsatz
- wissenschaftliche Auswertungen

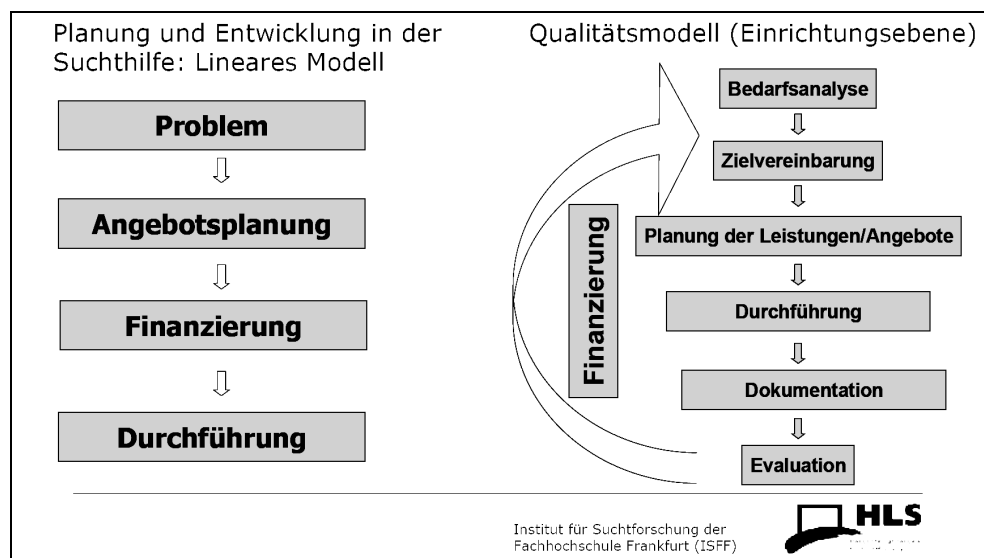
### Welche Art der Dokumentation hat sich als empfehlenswert erwiesen?

- Wenn fallbezogen gearbeitet wird, dann elektronische Handakte
- Im niedrighschwelligen Bereich quantitative Erfassung

### Können die Ergebnisse der Dokumentation Vorlage für eine Finanzierung sein ?

Dazu müssen Indikatoren für Controlling und Finanzierung festgelegt werden, um zu aussagefähigen Ergebnissen zu kommen:

- Klienten/-innenanzahl und aufgewendete Zeit
- Effekte und Ergebnisse der Beratung/Behandlung (Output)
- Katamneseverfahren festlegen (Was wird aus meinen Klienten/-innen?)
- Grunddaten der Klientel müssen berücksichtigt werden, dazu braucht es soziodemografische, gesundheitliche Parameter (problembelastete Menschen benötigen mehr Unterstützung).



### Dokumentation und Evaluation als Instrument zur Qualitätsentwicklung

- Verbesserung der Aktenführung
- verbesserte Strukturierung der Arbeit
  - Entwicklung von methodischen Standards
  - Klärung der Begrifflichkeiten
  - Informationsfluss in der Einrichtung kann verbessert werden
- empirische Grundlagen für die alltägliche Arbeit
- Daten für Qualitätssicherung (z.B. EFQM)
- Verbesserung der Jahresberichte, verfeinerte Darstellungsmöglichkeiten
- (Öffentlichkeitsarbeit)
- Statistik als Abfallprodukt der EDV-gestützten Aktenführung
- Selbst- und Fremdevaluation
  - Klientenbezogen
  - Berufsgruppenbezogen
  - Einrichtungsbezogen
  - Einrichtungsübergreifend

### Fazit

Dokumentation ist ein Instrument, das nur das auswerten und nachweisen kann, was vorher definiert wurde! Es ist ein unverzichtbares und nützliches Instrument sowohl für Geldgeber als auch professionelle Anbieter. Die Überwindung von EDV-Systemschwachstellen aber auch die Vermittlung von realistischen Anforderungen an das Leistungsvermögen der Dokumentation sowohl bei Geldgebern als auch Anwender/-innen ist aufmerksam zu begleiten. Immer mehr Kostenträger wollen Zahlen. Kosten der Träger für Pflegeverträge, Hard- und Softwareaktualisierungen, Schulungen etc. müssen beachtet werden. Um Kosten zu sparen und die Aufwendungen für Träger zu minimieren, ist es sinnvoll in einem Bundesland möglichst ein einheitliches System zu verwenden und zentral weiterzuentwickeln. EDV-Systeme müssen zertifiziert werden, um Folgekosten für Einrichtungen bei Systemwechsel zu vermeiden und Datenbestände weiterverwenden zu können. Ergebnisse müssen für die Nutzerinnen und Nutzer lesbar und verstehbar sein - Ergebnisse müssen interpretiert werden. Dokumentation ist Verkaufshilfe - aber kein Garantieschein.

## Regionalisierung und Vernetzungsanforderungen

### Dezentralisierung, Regionalisierung und Sozialraumorientierung

Gesundheits- und umweltpolitische Fragestellungen werden verstärkt im Kontext ihres sozialräumlichen Umfeldes angegangen werden. Entscheidend ist, die Lebensweltnähe der Einrichtungen zu verbessern, damit sie sowohl den Lebenskontext der Hilfesuchenden in die konkrete Arbeit einbeziehen als auch aktiv bei der Gestaltung von Sozialräumen mitwirken können.

Es geht hier zum einen um den regionalen Bezug, aber auch um die Orientierung nach gleichen Interessen, Lebens- und Problemlagen und gemeinsamen oder ähnlichen Lebenswelten von Betroffenen. Hierfür ist einerseits eine - soweit mögliche - Dezentralisierung von Einrichtungen, Diensten und Aktivitäten und andererseits eine institutionalisierte Kommunikation und Kooperation zwischen den Einrichtungen einer Region sowie ein ausgeprägter Gemeinwesenbezug nötig. Die dadurch geknüpften Netze verschaffen hilfesuchenden Menschen Orientierung und Sicherheit und tragen sicher erheblich zur Eigenaktivierung bei, das persönliche Umfeld mitzugestalten. Auch für die professionell tätigen Mitarbeiter/Innen wird die Aufgabenbewältigung erleichtert.

Bei Einrichtungen, die wegen ihrer übergeordneten Aufgabenstellung oder eines zu geringen örtlichen Bedarfs oder auch bei "tabuisierten" Problemstellungen nicht regionalisiert arbeiten können, ist auf eine sinnvolle Verzahnung zwischen zentralen und dezentralen Strukturen zu achten.

Fragestellungen:

- Welche gesundheitlichen und umweltbezogenen Problembereiche treten regional und stadtweit in welchem Ausmaß auf?
- Welche Einrichtungen/Angebote sind aufgrund der Bedarfsanalyse zu dezentralisieren, welche zentral fortzuführen?
- Ist der Handlungsbedarf so, dass regionale örtliche Angebote sinnvoll sind?
- Inwieweit findet eine Orientierung auf das regionale Umfeld seinen Niederschlag in der Konzeption der Einrichtungen?
- Gibt es eine Vernetzung mit anderen Einrichtungen in der Region? Stadtweit?
- Mit welchen Mitteln und von wem kann Vernetzung geleistet werden?
- Sind die Träger und Einrichtungen und die Bürger/-innen in die Planungen der Verwaltung mit einbezogen?

(Aus: Zuwendungsrichtlinien der Landeshauptstadt München)

### Grundlagen der Vernetzung

Der Grundsatz, dass Suchthilfe alle ihre Angebot zu jeder Zeit, regionalisiert in einem Verbundsystem bereithalten muss und Gefährdete und Abhängige jederzeit Zugang zu angemessenen Hilfeangeboten erhalten müssen, kann nur Realität werden, wenn alle an dieser Arbeit Beteiligten eng zusammen arbeiten.

Die Vernetzung unterschiedlicher Arbeitsfelder, unterschiedlicher Professionen und unterschiedlicher Hilfsstrukturen ist notwendig, damit differenzierte Hilfeprozesse durch rechtzeitige und angemessene Interventionen möglich ist.

Darüber hinaus soll Vernetzung natürlich auch eine bessere Nutzung der Ressourcen bringen und – sehr aktuell – finanzielle Aufwendungen verringern. Und nicht zuletzt dient Vernetzung dem Ziel, die Auswirkungen der Interventionen für die Betroffenen zu verbessern.

Ein vernetztes System ist die angemessene Antwort des Hilfesystems auf die Probleme suchtkranker Menschen. Es wird unterstellt, dass durch eine Vernetzung mehr Effizienz in Hinblick auf Ziele und Wirtschaftlichkeit erreicht wird.

### Theorie von Netzwerken

Mindestvoraussetzungen für diese Netzwerke sind:

- Anzahl der mindestens notwendigen Partner: 3
- Ziel: Gemeinsames Angebot einer Dienstleistung, wobei mindestens drei Partner ein Angebot machen

- Mindestens eine beteiligte Einrichtung unterhält Wechselbeziehungen zu mehr als einer anderen beteiligten Einrichtung
- Zu den Teilnehmern eines Netzwerkes zählen alle Einrichtungen, die signifikant zur Erzeugung der gemeinsamen Leistung beitragen
- Die rechtliche Selbständigkeit der Partner muß nicht gegeben sein, allerdings sollten die Partner wirtschaftlich weitestgehend unabhängig voneinander sein.

Es gibt drei Grundvernetzungsarten: Horizontale, vertikale und laterale Vernetzungen:

- Horizontale Vernetzungen zeichnen sich dadurch aus, daß sich Partner zusammengefunden haben, deren Angebote im wesentlichen gleiche Leistungsmerkmale aufweisen (also z.B. alle Beratungsstellen einer Region).
- Vertikale Netzwerke werden durch einen eindeutig netzwerkführenden Partner gekennzeichnet, der das gesamte Angebot dominiert und koordiniert - die Zukunftsvision der Suchthilfe?
- Laterale Netzwerke sind eine Kombination aus horizontalen und vertikalen Netzwerken und entweder durch eine starke Angebotsorientierung oder durch eine dominierende zeitliche Ausrichtung geprägt.

Bei der Bildung von Netzwerken entstehen virtuelle Unternehmen. Ihnen gemeinsam ist

- zu entscheiden, welche Funktionen sie behalten und welche sie abgeben,
- sich in virtuelle Organisationsformen zu integrieren und oft gleichzeitig selbst Netzwerke zu steuern, ohne sie zu besitzen,
- völlige Transparenz zu akzeptieren, da nur die Verzahnung aller Prozesse vom Design bis zum Controlling die größten Effizienzgewinne ermöglicht,
- interne Organisationsgrenzen aufzulösen und
- ihren Mitarbeiter/-innen viel Gestaltungsspielraum zuzubilligen.

Für die Suchthilfe heißt das, in definierten Behandlungsregionen mit alle beteiligten Einrichtungen einen virtuellen Träger zu schaffen, der das Netzwerk steuert, entscheidet, welches Angebot gemacht und welches delegiert wird und dabei völlig transparent arbeitet. In diesem Netzwerk darf es dann weder innere Organisationsgrenzen noch überbordende Hierarchien geben.

### **Praxis der Vernetzung**

Als Grundlage aller Vernetzungsgedanken ist die Psychiatrie-Enquete der Bundesregierung zu sehen, deren Experten im Jahre 1990 festgestellt haben:

"Die Expertenkommission vertritt die Auffassung, daß schwerwiegende Defizite in der Versorgung Abhängigkeitskranker primär nicht in zahlenmäßig unzureichenden Behandlungsangeboten zu suchen sind, sondern ihre Ursachen in strukturellen Defiziten des Versorgungssystems haben, das sich noch immer durch fehlende Orientierung am Prinzip der Gemeindenähe, Mangel an Koordination und Kooperation sowie durch Zuständigkeits- und Finanzierungsprobleme auszeichnet. Diese Auffassung wird im Grundsatz von den Ländern und Verbänden geteilt und der Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems gefordert, in dem Kooperation und Koordination der interdisziplinären Dienste und Einrichtungen gewährleistet sind." (Deutscher Bundestag, 1990, Drucksache 11/849, S. 20).

Auf Grund dieser Aussage hat die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen in ihrem Gesamtkonzept festgestellt: Es bedarf „kooperativer Planungs- und Steuerungsbemühungen, die sämtliche Versorgungsbereiche der Suchthilfe sowie Vertreter aller Akteure (Kostenträger, Leistungsträger - auch benachbarter Versorgungsbereiche, Politik, Leistungsempfänger) berücksichtigen. Deren kontinuierlich verfolgtes Interesse muss die Sicherung einer bedarfsgerechten, effektiven (also qualitativ hochwertigen) und effizienten (also kostengünstigen) Versorgungsstruktur sein. Diese Strukturplanung hat sich gleichermaßen an quantitativen wie qualitativen Erfordernissen auszurichten.

Ihre Hauptziele betreffen die "bedarfsgerechte und umfassende Versorgung aller Menschen mit Substanzproblemen" sowie die "bedarfsgerechte Koordination aller Versorgungsdienste" durch

- Lenkung von Finanzströmen nach Bedarfen der Adressaten,
- Qualitätssicherung und -kontrolle,
- Erschließung von Ressourcen und Synergieeffekten,
- Schaffung von Rahmenbedingungen für Vernetzung und Kooperation (DHS 2000)

Kernpunkt der Vernetzung ist aber ihre regionale Organisation und verbindliche Koordination. Dafür hat die DHS folgenden Aufgabenkatalog beschrieben:

- Monitoring der Sucht im Zuständigkeitsbereich
- Bedarfsfeststellung und Bedarfsplanung für die Suchthilfe
- Die Abstimmung mit und zwischen den Trägern und Einrichtungen der Suchthilfe sowie der Arbeitskreise Sucht
- Festlegung der Versorgungsverträge mit den Einrichtungsträgern
- Beobachtung der Versorgungsqualität im Zuständigkeitsbereich
- Abstimmung mit anderen Hilfesystemen bezüglich der Suchtproblematik
- Erstellung der regionalen Suchtberichte, in denen zu o. a. Punkten und zu den Merkmalen der Qualitätssicherung Stellung genommen wird. (DHS 1998)

### **Wirkfaktoren im Netzwerk**

Es müssen mündlich, besser schriftlich fixierte Kooperationsverträge existieren, in denen Verantwortlichkeiten, Interventionsbereiche und Entscheidungswege deutlich fixiert sind.

- Es müssen verbindliche Verantwortlichkeiten benannt sein. Ohne anerkannte und verantwortliche Netzwerkkoordination ist ein vernünftiger Verbund nicht denkbar.
- Es muss bedingungslose Transparenz herrschen: Jeder muß wissen, was der andere macht und entstehende Blockaden müssen umgehend aufgelöst werden, um die Stabilität des Netzes nicht zu gefährden.

Nur mit klarem Bekenntnis zur Kooperation, klarer Verantwortung und bedingungsloser Offenheit lassen sich zeitlicher Aufwand, umständliche Wege sowie unnütze Kosten reduzieren. Je verbindlicher und präziser die Zusammenarbeit zwischen allen relevanten Stellen geregelt ist, desto problemloser, zügiger, selbstverständlicher und schließlich effizienter ist das Netz.

### **Vernetzungsprobleme**

Vernetzung braucht Inhalte und darf kein Selbstzweck sein. Sie muss für die Betroffenen einen messbaren Nutzen haben. Suchthilfe muss einbeziehen, was im Umfeld an notwendiger Arbeit geleistet wird. Brüche entstehen aber immer da, wo unterschiedliche Finanzierungssysteme aneinander stoßen, nahtlose Übergänge verhindert und damit Rückfälle produziert.

Vernetzungen sind aber auch von innen heraus gefährdet. Das z.Zt. am häufigsten verbreitete „strukturlose System“ lässt keine Verantwortlichkeiten zuordnen. Dem Grunde nach ist für das Gelingen des Hilfeprozesses jeder oder niemand verantwortlich. Der sog. „Runde Tisch“ ist ein schwerfälliges System, das langsam arbeitet und in dem jede Einzelfallentscheidung viel Zeit braucht. Auch „Case-Management“ birgt Probleme in sich. Die Netzwerkkoordination, der Case-Manager verfügt über ein Informationsmonopol, das er verantwortlich nutzen muss. Geschieht das nicht, ist das ganze System betroffen und fällt wieder in den unkoordinierten Zustand.

Ein Netzwerk, das sich über seine Gremien definiert kann nicht funktionieren. Ein Netzwerk, an dem nur Personen ohne eigenen Verantwortungsbereich teilnehmen, vermag keine maßgeblichen Entscheidungen zu treffen. Ein Netzwerk, das nur die (träger- oder verbands-)eigenen Einrichtungen miteinander verknüpft, geht ebenso am Ziel vorbei.

Ideale Netzwerke sind die, die unter Einbeziehung aller an der Suchthilfe Beteiligten, das sind im Rahmen der Früherkennung auch Ärzte, Krankenhäuser und Psychiatrien und im Rahmen von Integration und Nachsorge Arbeitgeber und Betriebe optimal und ohne Reibungsverluste so miteinander arbeiten, dass die Ziele einer effektiven und modernen Suchthilfe erfüllt sind: Regionalität, Effektivität und Erfolg.

Bestehende Netzwerke sind daraufhin zu überprüfen, ob Kooperation, Verantwortung und Strukturen eindeutig, klar und verbindlich geregelt sind. Dabei darf die Frage nicht vergessen werden, mit welchem Ziel das Netzwerk geknüpft wurde und ob die bestehenden Knoten im Netz den Zielen tatsächlich entsprechen. Schließlich ist die Frage zu klären, ob die Ergebnisse der Arbeit im Verbund tatsächlich besser sind als die Ergebnisse der individuell operierenden Stellen. Dies geht aber nur, wenn das Netzwerk auch evaluiert wird, wenn dokumentiert wird und Zielvorgaben und Ergebnisse miteinander verglichen werden können. Netzwerke müssen über ein gemeinsames Dokumentationssystem verfügen.

Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. (**fdr**) macht mit seinen „Mindeststandards für die ambulante Suchthilfe“ Vorschläge zu den Arbeitsgrundlagen von Beratungsstellen für Suchtkranke. Sie sind das Ergebnis eines Expertinnen und Experten - Hearing zur Zukunft der ambulanten Suchthilfe, dass der **fdr** am 16. Juni 2004 in Frankfurt veranstaltet hat.

Der Fachverband Drogen und Rauschmittel e.V. versteht unter ambulanter Suchthilfe die Tätigkeit der Beratungsstellen für Suchtkranke im engeren Sinne. Für die ambulante medizinische Rehabilitation gilt die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen, auf die ausdrücklich Bezug genommen wird. Zur psychosozialen Betreuung Substituierter hat der **fdr** im Jahr 2003 Leitlinien veröffentlicht, deren Zusammenfassung als Anlage beigefügt ist.

Die nachfolgende formulierten Mindeststandards sollen eine Hilfestellung bieten. Sie sollen Prozesse bewusst machen, die für die ambulante Suchthilfe Kernaufgaben darstellen. Sie sollen gleichzeitig strukturierend und damit entlastend für die Fachkräfte sein. Sie sind Mindeststandards, die je nach regionalen Gegebenheiten variiert werden müssen. So gesehen stellen die Mindeststandards einerseits eine „politische Erklärung“ nach außen dar, andererseits sind sie eine „Strukturhilfe“ im System.

# Mindeststandards der ambulanten Suchthilfe

herausgegeben vom  
Fachverband Drogen  
und Rauschmittel e.V.  
Odeonstr. 14  
30159 Hannover  
Tel.: 0511/18333  
Fax: 0511/18326  
[mail@FDR-online.info](mailto:mail@FDR-online.info)  
Juni 2005

**(fdr)**  
fachverband drogen  
und rauschmittel e.V.