



**Handreichung
Leistungsvereinbarungen
für Suchtberatung nach
§ 16 (2) SGB II**



**Zielgruppe:
Paritätische Anbieter der (ambulanten) Sucht- und Drogenhilfe**

Überarbeitete Fassung vom 18.12.2004
durch Eberhard Ewers, Paritätischer Gesamtverband



Handreichung Leistungsvereinbarungen für Suchtberatung nach § 16 (2) SGB II



Zielgruppe: Paritätische Anbieter der (ambulanten) Sucht- und Drogenhilfe

Eine Handreichung für Verhandlungen mit den Verantwortlichen der Job-Center. Erstellt von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe des Paritätischen Gesamtverbands und des FDR¹. Abgestimmt innerhalb des Paritätischen Arbeitskreises Suchtfragen (AKS).

Gliederung

- 1 Vorbemerkung**
- 2 Zielsetzung der Handreichung**
- 3 Mögliche Leistungsangebote der Sucht- und Drogenhilfe**
 - 3.1 Mitarbeit an der Eingliederungsvereinbarung
 - 3.2 Fallmanagement durch die Sucht- und Drogenhilfe?
 - 3.3 Suchtberatung durch einen Konsiliardienst im Job-Center
 - 3.4 Module zur Suchtberatung
 - 3.4.1 Motivierende Gesprächsführung für unter 25jährige
 - 3.4.2 Informationsvermittlung
 - 3.4.3 Ressourcenorientierte Beratung
 - 3.4.4 Vermittlung in weiterführende Maßnahmen Umfang
 - 3.4.5 Arbeitsgelegenheiten
 - 3.4.6 Vermittlung in Arbeit für langzeitarbeitslose, suchtauffällige Personen
 - 3.4.7 Wiedererlangung von Erwerbsfähigkeit
 - 3.5 Schulungsangebote durch die Paritätische Sucht- und Drogenhilfe
- 4 Fakten (und Annahmen) zur Umsetzung des SGB II**
 - 4.1 Grundlegende Zahlen
 - 4.2 Wer sind die Verantwortlichen in den Job-Centern?
 - 4.3 Wie kommt es zur Inanspruchnahme der Leistung „Suchtberatung“?
- 5 Grundlagen der Sucht- und Drogenhilfe für die Suchtberatung nach § 16 (2)**
 - 5.1 Das biopsychosoziale Modell als Grundlage für die Verortung der Suchthilfe
 - 5.2 Ressourcen- und lösungsorientierter Ansatz
 - 5.3 Dokumentation von Wirksamkeit und Erfolg

¹ Catharina Baden (Paritätischer LV Schleswig-Holstein), Heike Kaminski (Paritätischer LV Brandenburg), Heliane Schnelle (FDR), Eberhard Ewers (Parität. GV), Albert Kern (Paritätischer LV Baden-Württemberg), Jost Leune (FDR).

1 Vorbemerkung

Zum 1.1.2005 wird das SGB II – „Grundsicherung für Arbeitsuchende“ – vollständig in Kraft treten². Es bringt zahlreiche Neuerungen sowohl für die Arbeitslosengeld-, Arbeitslosenhilfe- und Sozialhilfebezieher/innen als auch die für diesen Personenkreis tätigen Dienste und Einrichtungen.

D.h., es wird auch Auswirkungen auf die Strukturen und die Leistungsangebote der Suchthilfe in Deutschland haben, insbesondere für die Suchtberatungsstellen. Deshalb werden Träger ambulanter Hilfen nicht umhin können, sich mit den neuen Regelungen ab 2005 auseinanderzusetzen und ihre Leistungsangebote zu überprüfen. Die Hilfe für Suchtkranke muß ihr Angebot ihre Angebote auf zwei Beine stellen: Zum einen auf die praxiserprobte und wissenschaftlich begründete Fachlichkeit, zum andern auf eine realistische Finanzierungsgrundlage, die durch die neuen Sozialgesetze (Sozialgesetzbuch II und Sozialgesetzbuch XII, welches das bisherige BSHG ablöst) und die öffentlichen Haushalte bestimmt ist. Alte Konzepte lassen sich voraussichtlich sehr bald mit den neuen Finanzierungsformen nicht mehr zur Deckung bringen. Die Augen davor zu verschließen ist u.E. in Bezug auf die Finanzierungssicherheit der Einrichtungen zumindest riskant.

Kernpunkt der auch als „Hartz IV“ genannten Sozialrechtsreform ist die Zusammenführung von Sozialhilfe und Arbeitslosenhilfe als Grundsicherung für Arbeitssuchende ab Januar 2005. Hiernach gelten alle Personen, die im erwerbsfähigen Alter sind³ und mehr als drei Stunden täglich arbeiten können, wenn sie ohne Arbeit sind, als „arbeits-suchend“ und sind „Kunden“ der Bundesagentur für Arbeit – bzw. deren regionalen Niederlassungen. D.h., ein nicht geringer Anteil der durch Suchtberatungs- und Behandlungsstellen ambulant betreuten Klientel ist im neuen Sinne des SGB II **„arbeits- und vermittlungsfähig“**. Zuständig für die Vermittlung **dieser Zielgruppe** in Arbeit ist in der Regel die örtliche Arbeitsagentur⁴. Nicht vermittlungsfähige Klienten fallen unter das neue SGB XII – dies ist jedoch nicht Thema dieser Empfehlungen und wird im Folgenden ausgespart.

Andererseits sind viele dieser zu vermittelnden, prinzipiell „arbeitsfähigen“ Klienten nicht in der Lage, sich auf dem ersten Arbeitsmarkt zu behaupten, sondern benötigen eine fachspezifische, psychosoziale Begleitung oder Behandlung. Diese Aufgabe soll nach wie vor die örtliche ambulante Suchthilfe übernehmen: In § 16 Absatz 2 SGB II ist als ergänzende Leistungen explizit die Suchtberatung genannt; **Ziel ist die Beseitigung des Vermittlungshemmnisses**, welche für die Eingliederung in das Erwerbsleben erforderlich ist. Die zuständigen Träger dieser Leistungen (Arbeitsagenturen, Arbeitsgemeinschaften, Kommunen) sollen die Träger der Freien Wohlfahrtspflege in ihrer Tätigkeit angemessen unterstützen (§ 17 Abs. 1 SGB II).

² Gemäß des „Vierten Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt“ tritt das SGB II am 1. Januar 2005 in Kraft (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr.66, ausgegeben zu Bonn am 29.12.2003). Abweichend davon traten einzelne Paragraphen bereits zum 1.1.2004 in Kraft.

³ 16 – 65 Jahre (§ 7 Abs. 1 SGB II)

⁴ bzw. eine Arbeitsgemeinschaft (ARGE), die durch die Kommune und die örtliche Arbeitsagentur gebildet wird (§ 44b SGB II). Im Fall einer „optierenden“ Gemeinde werden die Aufgaben an die Kommune delegiert (Experimentierklausel § 6a sowie § 6b SGB II).

Hierbei ist vorgesehen, diese Leistungen nach SGB II in Form von **Leistungsvereinbarungen** analog § 93 BSHG vertraglich zu regeln. *„Wird die Leistung von einem Dritten erbracht sind die Träger der Leistungen ... zur Vergütung nur verpflichtet, wenn mit dem Dritten oder seinem Verband eine Vereinbarung insbesondere über 1. Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen, 2. die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beiträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzen kann, und 3. die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen besteht. Die Vereinbarungen müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen.“* (Zitat: § 17 Abs. 2 SGB II)⁵ Aus dem Text im SGB II geht nicht eindeutig hervor, ob der Gesetzgeber den Anschluß von Leistungsvereinbarungen vorgesehen hat oder nicht. Der Paritätische Gesamtverband empfiehlt jedoch dringend, daß Leistungsvereinbarungen angestrebt werden sollten, da berücksichtigt werden muß, daß ein öffentliches Vergabeverfahren Nachteile mit sich bringen kann.⁶

Die Grundsicherung umfaßt Leistungen zur Beendigung (oder Verringerung) der Hilfebedürftigkeit durch Eingliederung in Arbeit und Sicherung des Lebensunterhalts. Erwerbsfähige Hilfebedürftige müssen aktiv an allen Maßnahmen zu ihrer Eingliederung in Arbeit mitwirken. Dazu gehört auch der Abschluß einer **Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II**:

„Die Agentur für Arbeit soll mit jedem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen die für seine Eingliederung erforderlichen Leistungen vereinbaren (Leistungsvereinbarung). Die Eingliederungsvereinbarung soll insbesondere bestimmen, 1. welche Leistungen der Erwerbsfähige zur Eingliederung in Arbeit erhält, 2. welche Bemühungen der erwerbsfähige Hilfebedürftige in welcher Häufigkeit zur Eingliederung in Arbeit mindestens unternehmen muß und in welcher Form er die Bemühungen nachzuweisen hat.“ (ZITAT: § 15 Abs. 1 SGB II)

Für die Suchthilfe stellt sich somit eine grundsätzliche Frage: Soll und kann die Sucht- und Drogenhilfe – wie es die Sozialrechtsreform propagiert - auf Arbeit als wesentlichen Schlüssel zur Teilhabe an der Gesellschaft setzen? Ist dies nicht utopisch angesichts des Zahlenverhältnisses von offenen Stellen und Arbeitslosen – besonders angesichts oft geringen Qualifizierungen der Suchtkranken? Was kann Fordern, aber auch Fördern in Form einer erfolgreichen Suchtberatung nützen, wenn es für die Klientel wenig oder keine Chancen auf einen Arbeitsplatz gibt?

Die Positionierungen zu dieser Grundfrage liegt zwischen zwei Polen: Auf der einen Seite stellt die Sucht- und Drogenhilfe z.T. selbst Arbeitsplätze zur Verfügung, wie es einige Träger erfolgreich vorgemacht haben. Auf der anderen Seite trainiert man ggf. die Klientel dahingehend, auch ohne Arbeit zufrieden zu sein und gesund zu leben. Beide Extreme erfordern Mut zu Neuem. Aber auch bei einer Positionierung zwischen diesen Polen steht die Sucht- und Drogenhilfe vor der nachdrücklichen Forderung der Kostenträger, gerade jetzt, wo die Integration in Arbeit noch schwieriger ist als in den Jahren davor, diese Integrationsleistungen zu verstärken und dabei erfolgreicher zu sein.

⁵ § 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.

⁶ Der Paritätische Gesamtverband hat zur Unterstützung seiner Mitgliedsorganisationen einen „Entwurf für eine Leistungsvereinbarung nach § 17 Abs. 2 SGB II“ erarbeitet, der als Orientierung dienen kann. (Siehe ANLAGE 2 sowie: www.paritaet.org ☞ Fachinfos ☞ Arbeitsfeld ☞ Arbeitsfeld ☞ Fachübergreifend ☞ Informationen zur Umsetzung des SGB II)

2 Zielsetzung der Handreichung

Welche Leistungen konkret unter Suchtberatung als Eingliederungsleistung nach § 16 (2) SGB II⁷ zu verstehen sind, ist noch nicht festgelegt. Diese Handreichung propagiert ein **aktives Vorgehen** der Paritätischen Sucht- und Drogenhilfe, d.h.: Bevor die Verantwortlichen in den Job-Centern die Suchtberatungsleistungen definieren, sollten die leitenden Mitarbeiter/-innen Paritätischer Einrichtungen den zuständigen Fachkräften der Job-Center Angebote zur Suchtberatung unterbreiten. Schwerpunkt der Handreichung sind deshalb Vorschläge für fundierte Angebote für unterschiedliche Module zur Suchtberatung in Form von Leistungsvereinbarungen, die sowohl für die Paritätischen Einrichtungen als auch für deren Klientel konstruktiv und angemessen sind.

3 Mögliche Leistungsangebote der Sucht- und Drogenhilfe

3.1 Mitarbeit an der Eingliederungsvereinbarung

Wenn die Eingliederungsvereinbarung den Inhalt der Suchtberatung nicht detailliert vorgibt⁸, kann die Sucht- und Drogenhilfe dem jeweiligen Einzelfall angemessene Beratungen bieten (zumindest im verabredeten Zeitraum). Möchte der Fallmanager aber möglichst konkrete Suchtberatungsleistungen in der Eingliederungsvereinbarung festhalten ohne über das notwendige Know-how zu verfügen, dann sollte die Suchtberatung möglichst vor dem Abschluß der Eingliederungsvereinbarung die Möglichkeit erhalten, aufgrund mindestens zweier Beratungskontakte eine Art Hilfeplan als Grundlage für eine festzulegende Suchtberatungsleistung zu liefern. Diese Leistung könnte als „Clearing-Modul“ angeboten werden, wobei ein pauschaler Kostensatz hierfür vereinbart werden sollte⁹.

3.2 Fallmanagement durch die Sucht- und Drogenhilfe?

Da zumindest zu Jahresanfang 2005 davon auszugehen ist, daß zum einen nicht ausreichend Fallmanager zur Verfügung stehen werden, und zum anderen überlegt wird, für bestimmte Zielgruppen spezielle Anlaufstelle zu schaffen, bietet sich je nach Lage vor Ort möglicherweise die Chance, das Fallmanagement für suchtauffällige ALG II-Bezieher/innen als Beratungsstelle zu übernehmen. Außer dem direkten Leistungsbezug (ALG II und ggf. zusätzliches Sozialgeld) sowie den eventuell durchzusetzenden Sanktionen (jeweils hoheitliche Aufgaben) könnte auch ein Dritter das Fallmanagement inklusive der Eingliederungsvereinbarung übernehmen.

⁷ *SGB II, § 16 Leistungen zur Eingliederung, Abs. (2): Über die in Absatz 1 genannten Leistungen hinaus können weitere Leistungen erbracht werden, die für die Eingliederung des erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in das Erwerbsleben erforderlich sind. Dazu gehören insbesondere*

- 1. die Betreuung minderjähriger oder behinderter Kinder oder die häusliche Pflege von Angehörigen,*
- 2. die Schuldnerberatung,*
- 3. die psychosoziale Betreuung,*
- 4. die Suchtberatung,*
- 5. das Einstiegsgeld nach § 29,*
- 6. Leistungen nach dem Altersteilzeitgesetz.*

⁸ *Es ist zu erwarten, daß die zu Eingliederungsvereinbarungen in der Regel keine eng gefaßten Verträge darstellen werden, sondern lediglich den Rahmen festlegen darüber, was der Hilfesuchende zu unternehmen hat (Bsp: „Kontaktaufnahme mit einer Suchtberatungsstelle“)*

⁹ *beispielsweise der Ansatz von zwei Beratungsstunden*

3.3 Suchtberatung durch einen Konsiliardienst im Job-Center

Die Paritätische Sucht- und Drogenhilfe sollte darauf hinarbeiten, ihre Leistungen (auch) in Form eines Konsiliardienstes innerhalb des Job-Centers zu erbringen.¹⁰ Folgende Vorteile könnten dann genutzt werden: (1) Die Mitarbeiter des Job-Centers könnten vergleichsweise unkompliziert, sozusagen „über den Flur“, im Umgang mit schwierigen Kunden beraten werden. (2) Bei Unsicherheiten zu konkreten Festlegungen in der Eingliederungsvereinbarung ist der Mitarbeiter der Suchtberatungsstelle schneller zu erreichen. (3) Die Kunden können direkt vom Fallmanager gebracht oder gemeinsam mit dem Fallmanager beraten werden. Ein neuerlicher Anlauf zu einer unbekanntenen Einrichtung entfällt; die Schwelle zur Inanspruchnahme sinkt.

3.4 Module zur Suchtberatung

Die Herausforderung für die Paritätische Sucht- und Drogenhilfe bei der Gestaltung von Suchtberatung nach § 16 (2) besteht darin, den impliziten Auftrag zum Abbau des Vermittlungshemmnisses Suchtauffälligkeit anzunehmen. Trotz einer möglicherweise komplexen Problemlage soll der Aspekt der vollen Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit im Vordergrund stehen. Einerseits ist die Hervorhebung der Integration in Arbeit nicht immer einfach, andererseits weiß die Sucht- und Drogenhilfe um die besondere Gefährdung von Arbeitslosen (wieder) suchtkrank zu werden und hat deshalb ein hohes Interesse daran, die eigenen Beratungserfolge nicht durch Arbeitslosigkeit zunichte machen zu lassen.

In den folgenden Modulen wird auf die Angabe von Kosten in Entgeltwerten verzichtet und eine „Eck-Fachkraft“ als Ansatz genommen:

Personalkosten

Gehaltsstufe: BAT IVa, Alter: 40 Jahre; Familienstand: verheiratet, 2 Kinder

Verwaltungskosten

Pro volle Beraterstelle wird von $\frac{1}{4}$ Verwaltungsstelle ausgegangen (BAT VII)

Sachkosten

Pro volle Beraterstelle werden 15% der Stellenkosten angesetzt.

Die jeweils konkreten Kosten müssen je nach Tarifsituation vor Ort sowie dem Alter bzw. Familienstand der Beschäftigten errechnet werden.

Alternativ kann mit dem Kostensatz der Ambulanten Rehabilitation gerechnet werden.

Auch wenn davon ausgegangen werden muß, daß keine zusätzlichen Gelder für die Suchtberatung nach § 16 (2) fließen werden, ist eine Darstellung mit den entstehenden Kosten vorteilhaft für die Sucht- und Drogenhilfe. So wird dokumentiert, daß professionell gearbeitet wird und – wenn (noch) keine leistungsbezogene Vereinbarungen geschlossen wurden – die Beratungsstelle in der Lage ist, ihre Angebote auch aufgrund von konkreten Leistungsvereinbarungen zu erbringen.

¹⁰ vgl. Baumgärtner, Ellen/Zemlin, Uwe (2001: 161-168): *Psychologische Konsiliardienst für arbeitslose Menschen mit Suchtmittelproblemen*, in: DHS (Hg.): *Sucht und Arbeit – Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt*. Lambertus. Freiburg.

3.4.1 Motivierende Gesprächsführung für unter 25jährige

Da die unter 25jährigen zu 70% in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden sollen (zum Vergleich: insgesamt wird ein Quote von 26% angestrebt) und ihnen gemäß § 3 (2) SGB II¹¹ unverzüglich nach Antragstellung eine Ausbildung, eine Arbeit oder eine Arbeitsgelegenheit (Arbeit und Arbeitsgelegenheit mit Qualifizierungsanteilen) zu vermitteln ist, ist **diese Zielgruppe von besonderer Bedeutung**.

Es ist zu erwarten, daß in dieser Altersgruppe die Einsicht in die eigene Suchtproblematik eher gering ausfällt. Methodisch bietet sich bei dem eigenen Suchtmittelkonsum gegenüber ambivalent eingestellten Klienten die motivierende Gesprächsführung („motivational interviewing“) nach Miller/Rollnick¹² an. Sofern Erfahrungen mit FreD¹³, MOVE¹⁴, easyContact¹⁵ oder Führerscheingruppen vorliegen, sollten diese in ein entsprechendes Angebot einfließen.

Vorstellbar erscheint ein **Gruppenangebot** für (maximal) 10 Personen mit insgesamt 10 Terminen (jeweils 2 Doppelstunden). Sofern für das Gruppenangebot zwei Personen eingesetzt werden und die Vor- und Nachbereitungszeit pro Termin zwei Stunden beträgt, ergibt sich folgende Grundlage für die Leistungsvereinbarung:

2 Fachkräfte x 4 h x 10 Termine x vereinbarter Stundensatz

Die folgenden Module Informationsvermittlung, Ressourcenorientierte Beratung und Vermittlung in weiterführende Maßnahmen sind in den Prozeßbeschreibungen des Paritätischen Landesverbands Baden-Württemberg ausführlich beschrieben. Als Grundlage für eine Leistungsbeschreibung als Eingliederungsmaßnahme sollte hierbei jedoch der Aspekt der Reintegration in Arbeit stärker betont werden.

3.4.2 Informationsvermittlung

Umfang: max. 5 Einheiten à eine Stunde

3.4.3 Ressourcenorientierte Beratung (siehe Anlage 3)

Umfang: durchschnittlich 25 Stunden

3.4.4 Vermittlung in weiterführende Maßnahmen Umfang:

durchschnittlich 20 Stunden

¹¹ § 3 Abs. 2 SGB II: „Erwerbsfähige Hilfebedürftige, die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind unverzüglich nach Antragstellung auf Leistungen nach diesem Buch in eine Arbeit, eine Ausbildung oder eine Arbeitsgelegenheit zu vermitteln. Können Hilfebedürftige ohne Berufsabschluß nicht in eine Ausbildung vermittelt werden, soll die vermittelte Arbeit oder Arbeitsgelegenheit darauf hinwirken, daß die vermittelte Arbeit oder Arbeitsgelegenheit auch zur Verbesserung ihrer beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten beiträgt.“

¹² Vgl. Miller, W.R./Rollnick, S. (Hg.) (1999): Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Freiburg. Lambertus

¹³ Bundesmodellprojekt FreD (2000-2003): Frühintervention bei erstaußälligen Drogenkonsumenten, Abschlußdokumentation unter: <http://www.bmgs.bund.de/download/broschueren/F299.pdf>

¹⁴ MOVE: Motivierende Kurzintervention, Beratungskonzept für riskant konsumierende Jugendliche und Fortbildung für Kontaktpersonen, Konzept siehe unter: <http://www.ausweg.de/texte/move.htm>

¹⁵ „easyContact“: Projekt zur Frühintervention bei jungen Suchtmittel-Konsumenten/innen, Konzept siehe unter: <http://www.ausweg.de/texte/proj9.htm>

3.4.5 Arbeitsgelegenheiten

Sofern eine Suchtberatung zugleich fundierte Erkenntnisse über die konkrete Erwerbs- und Vermittlungsfähigkeit suchtauffälliger Personen erbringen soll, erscheint es notwendig, die tradierte Beratung mit einer Arbeitserprobung durch begleitete Arbeitsgelegenheiten (sogenannte Ein- oder Zwei-Euro-Jobs) zu koppeln. Für ergänzende Potentialanalysen oder Assessments bietet sich eine Kooperation mit Beschäftigungsinitiativen oder Bildungsträgern an.

Gerade bei jungen Suchtauffälligen, die wenig Einsicht in ihre Suchtproblematik zeigen, kann eine längere Arbeitserprobung die Situation für alle Beteiligten transparent machen. Verbunden mit motivierenden Interventionen (wie motivational interviewing) können die Ambivalenzen in der Einstellung zum eigenen Suchtmittelkonsum gecoacht werden und der drohende Aspekt des Forderns durch die freundliche Perspektive des Förderns ergänzt werden.

Für all die Beratungsstellen, die schon Hilfe zur Arbeit nach §§ 19f. BSHG anbieten, gilt es, diese Jobs nun als Arbeitsgelegenheiten nach § 16 (3) finanziert zu bekommen. Es ist für die Sucht- und Drogenhilfe aber insgesamt eine reizvolle Herausforderung (v.a. in den neuen Bundesländern, in die verstärkt Mittel fließen sollen), weitere Jobs für „Tagelöhner“ zu schaffen – und der Klientel damit Zuverdienstmöglichkeiten zu ermöglichen. Da diese Jobs zumindest für die unter 25jährigen mit einer Qualifizierung verbunden sein müssen, erscheinen um Qualifizierungsaspekte erweiterte Ein-Euro-Jobs durchaus als sinnvolle Ergänzung des bestehenden Leistungsspektrums der Beratungsstellen.

Zur Finanzierung: Vorgeschlagen ist derzeit eine Monatspauschale von 500 Euro. Davon erhält der „Jobber“ 200 Euro; die verwaltende Stelle 300 Euro. Bei 10 Personen beträgt die Pauschale also 3.000 Euro. Das könnte für eine Halbtagsstelle reichen, deren Aufgabenspektrum es ist, eine niedrighschwellige Jobbörse mit Arbeitsgelegenheiten zu organisieren, die stunden- oder tageweise eingegangen werden können. Dafür sind entsprechende Kontakte zu Arbeitgebern notwendig, die Organisation der Jobs sowie die Verwaltung dieser Tätigkeiten (Abrechnungen etc.).

Sollen Qualifizierungsanteile enthalten sein, reicht diese Pauschale nicht mehr aus; dann muß auch geklärt sein, ob eine solche Ein-Euro-Stelle länger als ein Jahr dauern darf.

3.4.6 Vermittlung in Arbeit für langzeitarbeitslose, suchtauffällige Personen

Zumindest überlegenswert für die Sucht- und Drogenhilfe ist die Vermittlung in den Arbeitsmarkt nach § 37a SGB III. Dabei teilt die Agentur / das Job-Center 30 Langzeitarbeitslose (in zwei Gruppen à 15 Personen) mit multiplen Vermittlungshemmnissen wie eine existierende Suchtproblematik geeigneten Dritten zur Vermittlung in den Arbeitsmarkt zu.

Innerhalb von sechs Monaten müssen diese Personen ein Coaching hinsichtlich ihrer Vermittlungs- und Erwerbsfähigkeit erhalten. Wesentlicher Bestandteil davon ist die Potentialanalyse zu Beginn der Maßnahme. Außerdem bestehen einige, weitgehend standardisierte Berichtspflichten.

Die geeignete Einrichtung muß für diese Vermittlungsmaßnahme einen Casemanager (Berechnungsgrundlage: Sozialarbeiter mit BAT IVa) einstellen. Finanziert wird die Maßnahme über die Übernahme der Kosten für den Casemanager. Die Agenturen

rechnen mit 32.256 Euro pro Maßnahmedauer (sechs Monate). Zusätzlich werden Prämien bei erfolgreichen Vermittlungen bezahlt, je nach vorhergehender Dauer der Arbeitslosigkeit zwischen 1.500 und 2.500 Euro. Werden alle 15 zugewiesenen Personen erfolgreich vermittelt, dann sind noch einmal 30.000 Euro möglich. Erfolgreich ist die Vermittlung aber erst dann, wenn die Person auch sechs Monate nach der Vermittlung noch an der Stelle arbeitet.

3.4.7 Wiedererlangung von Erwerbsfähigkeit

Nicht für das Job-Center, sondern für den zuständigen Kostenträger Sozialamt erscheint ein Angebot sinnvoll, daß erwerbsunfähigen Sozialhilfebezieher dazu verhilft, wieder soweit einer Arbeit nachzugehen, daß sie in die Zuständigkeit der Job-Center fallen. Erfahrungen mit einer Gruppenangebot für eine solche Zielgruppe liegen vor.¹⁶

3.5 Schulungsangebote durch die Paritätische Sucht- und Drogenhilfe

Die Paritätische Sucht- und Drogenhilfe ist deshalb aufgefordert, den Verantwortlichen ein Fortbildungsangebot zu machen, um die Fallmanager in den Job-Centern fit zu machen für das Erkennen von und den Umgang mit suchtauffälligen Personen. Es bietet sich an, hier auf die Erfahrungen mit Schulungen für die betriebliche Suchtarbeit zurückzugreifen¹⁷ oder die Materialien des FDR zu nutzen. (Ausgefeilte) Kenntnisse in der Diagnostik erscheinen für Fallmanager dagegen nicht notwendig.

4 Fakten (und Annahmen) zur Umsetzung des SGB II

4.1 Grundlegende Zahlen

ALG II-Bezieher unter den Klienten: Werden die Suchtberatungsstellen durch das SGB II mit neuen Klienten überflutet werden? Nach Hochrechnungen bzw. Schätzungen des Paritätischen werden zwischen 150 und 560 Klienten pro Agentur¹⁸ und Jahr erwartet. Wie viele davon bereits in Suchtberatungsstellen beraten werden, ist nicht bekannt. Im Sinne der bei den Agenturen sogenannten „Kundenstromsteuerung“ ist es für die strategische Planung jeder Suchtberatungsstelle wichtig zu wissen, (1) wie viele ihrer aktuellen Klient/-innen ALG II-Bezieher sein werden – und (2) auf wie viele neue Klienten mit ALG II-Bezug man sich einstellen muß. Außerdem sollte jede Beratungsstelle fähig sein zu beziffern, (3) wie hoch die dritte Gruppe unter den Klienten ist: die Personen, die nicht ALG II-Bezieher sind und für die die neuen Regelungen nicht gelten.

Finanzierung: Für die Eingliederungsleistungen stehen 2005 insgesamt 9,65 Mrd. Euro bereit, davon sind 3,3 Mrd. für die Verwaltungskosten. Durchschnittlich stehen damit

¹⁶ vgl. *Haug, Matthias/Siedow, Paul et al. (2001: 203-205): Aktivierende Sozialhilfe zur Wiedereingliederung in das Berufsleben, in: DHS (Hg.): Sucht und Arbeit – Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt. Lambertus. Freiburg.*

¹⁷ Beispielsweise die Blöcke II und III der Ausbildung „Soziale Ansprechpartner im Betrieb“, wie sie von *Ute Pegel-Rimpl* vorgeschlagen werden. Gemeinsam umfassen die beiden Blöcke 80 Stunden. Quelle: *Ute Pegel-Rimpl (2001: 181-187): Soziale Ansprechpartner im Betrieb – Qualifizierung für ein Nebenamt mit dem Schwerpunkt „Sucht“, in: DHS (Hg.): Sucht und Arbeit – Prävention und Therapie substanz- und verhaltensbezogener Störungen in der Arbeitswelt. Lambertus. Freiburg. Die Fallmanager sollten auch die Methode der „Motivierenden Gesprächsführung kennen, um die Motivation der suchtauffälligen Kunden zu nutzen. Vgl. dazu Hans-Jürgen Rumpf/Ulfert Hapke et al. (2001: 189-201): Die Rolle von Motivation und neuen Formen der Kurzintervention in der betrieblichen Suchthilfe, in: s. vorige Fußnote.*

¹⁸ In Deutschland gibt es insgesamt 181 Agenturen.

2005 Finanzmittel für Eingliederungsleistungen in Höhe von ca. 35,1 Mio. Euro pro Agentur zur Verfügung. Für die konkrete Verteilung der Mittel sind die Zahlen der ALG II-Empfänger pro Agenturbezirk maßgeblich; außerdem sollen mehr Fördermittel in den Osten fließen.¹⁹

Betreuungsschlüssel im Job-Center: Bei einem Schlüssel von 1:75 für die ALG II-Bezieher unter 25 Jahren und 1:150 für alle anderen ALG II-Bezieher und die dazugehörige Bedarfsgemeinschaft hat der jeweilige Fallmanager im Vergleich zum derzeitigen Arbeitsvermittler (Schlüssel durchschnittlich ca. 1:700) viel Zeit, seine Betreuungskunden intensiv zu begleiten.

4.2 Wer sind die Verantwortlichen in den Job-Centern?

1. Gemäß § 44 b SGB II sollen Kommunen und Agenturen in Arbeitsgemeinschaften (ARGE) zusammenarbeiten.²⁰ Die jeweilige ARGE soll als eigenständige Rechtsform begründet werden. Der Entwurf eines ARGE-Mustervertrags von BMWA und BA liegt seit März 2004 vor, überarbeitet wurde sie im Mai 2004. Bisher ist zu erkennen, daß sich die Verantwortlichen der Kommunen und der Agenturen an diesem Entwurf orientieren. Zumindest der Entwurf sollte deshalb bekannt sein²¹; sofern vor Ort bereits eigene Verträge für eine ARGE existieren (Berlin, Nürnberg, Stuttgart), sollten diese bekannt sein. Aus den Verträgen dürfte hervorgehen, welche Personen die neuen Ansprechpartner für die Eingliederungsleistung Suchtberatung nach § 16 (2) sind.

Möglich sind noch zwei andere Möglichkeiten hinsichtlich der Verantwortlichen:

2. Die Kommune hat optiert; dann sind die Verantwortlichen innerhalb der Kommune zu finden. Vermutlich sind es dann die bereits bekannten Verhandlungspartner (Suchthilfekoordinator; Sozialdezernent, etc.).
3. Es wird (noch) keine ARGE begründet. Möglicherweise existieren dennoch Vereinbarungen über eine Zusammenarbeit in einem gemeinsamen Job-Center (ARGE ohne eigene Rechtsform). Die Verhandlungspartner sind dann den Vereinbarungen zu entnehmen.

Der ungünstigste Fall: Kommune und Agentur können sich nicht über eine Kooperation einigen. Dann sind die Ansprechpartner sowohl in der Kommune als auch in der Agentur zu identifizieren, da in diesem Fall beide Institutionen weitgehend berechtigt sind, die Geschäfte in der Zuständigkeit des jeweils anderen zu bearbeiten.

¹⁹ Für Stuttgart ist das Eingliederungsbudget für SGB II Leistungen inzwischen bekannt.

²⁰ Bei 73 davon sind die Grenzen nicht deckungsgleich mit den Gebietsgrenzen der Kreise; ARGE'n zu begründen dürfte in diesen Fällen noch schwieriger sein.

²¹ ARGE_Mustervertrag Stand 17.08.04.pdf"

4.3 Wie kommt es zur Inanspruchnahme der Leistung „Suchtberatung“?

Jeder ALG II-Empfänger wird von einem persönlichen Ansprechpartner („Fallmanager“) betreut. Fällt diesem Fallmanager auf, daß sein (Betreuungs-) Kunde Suchtprobleme hat, kann er in der Eingliederungsvereinbarung festlegen (gemeinsam mit dem Kunden und in Absprache mit dem kommunalen Verantwortlichen), daß eine Suchtberatung in Anspruch genommen werden muß. Zur vorgesehenen Vernetzung des Fallmanagers siehe die nebenstehende Übersicht aus: Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt, Bericht der Kommission, S.73).

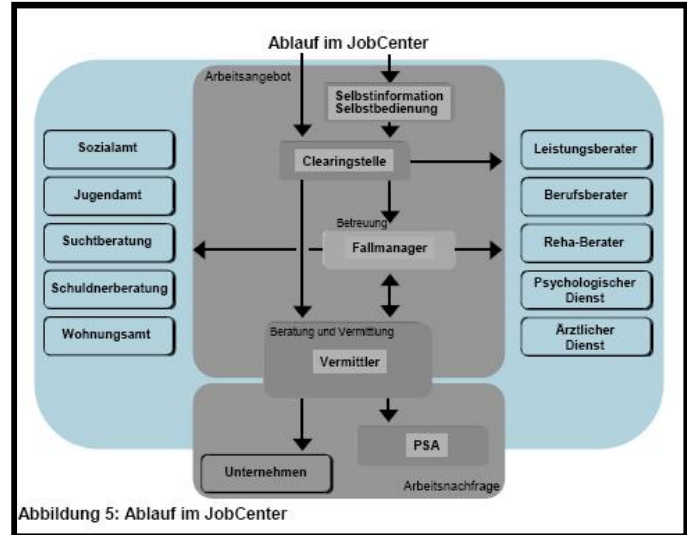


Abbildung 5: Ablauf im JobCenter

Entscheidend für die Leistung

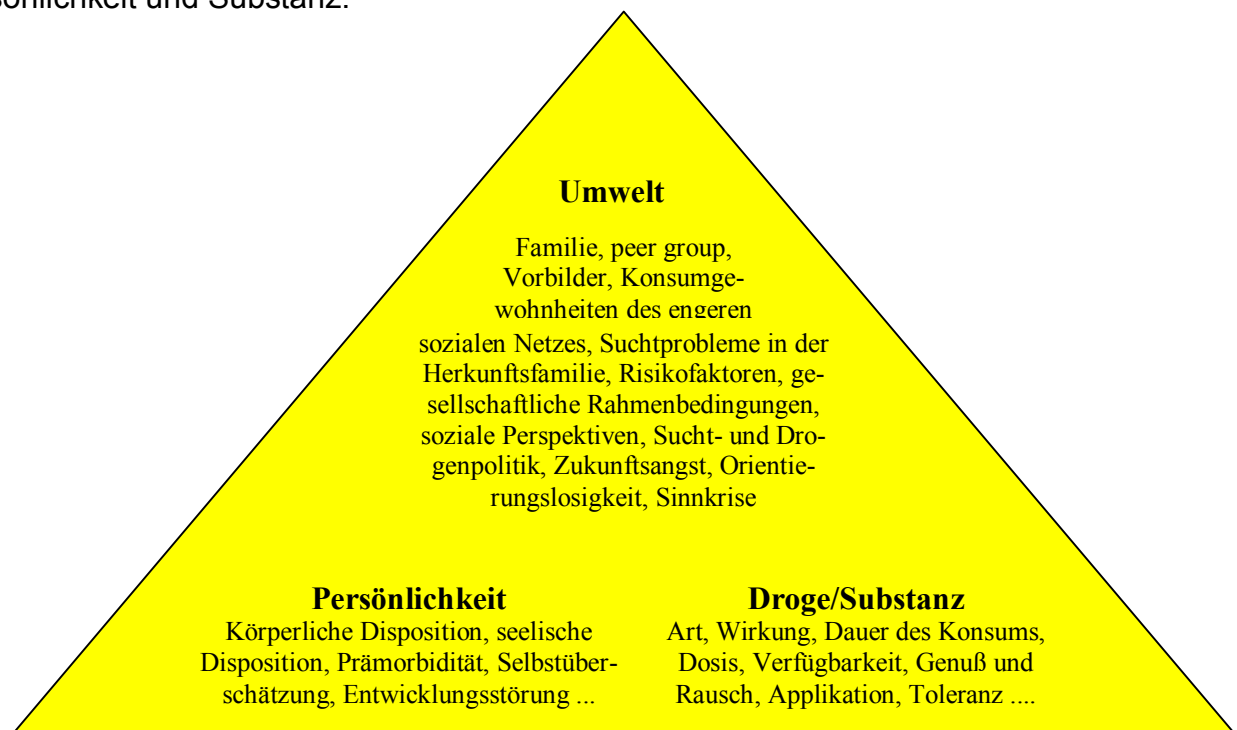
„Suchtberatung“ ist deshalb zum einen die Person des Fallmanagers und zum anderen die Art und Weise, wie eine Eingliederungsvereinbarung zustande kommt.

Es ist zu erwarten, daß es zu Beginn des Jahres 2005 nicht ausreichend viele qualifizierte Fallmanager in den Job-Centern geben wird. Dies gilt auch für die fehlende Qualifikation, Suchtprobleme zu erkennen und mit suchtauffälligen Personen adäquat umgehen zu können.

5 Grundlagen der Sucht- und Drogenhilfe für die Suchtberatung nach § 16 (2)

5.1 Das biopsychosoziale Modell als Grundlage für die Verortung der Suchthilfe

Die Leistungsangebote der Sucht- und Drogenhilfe – von Diagnostik bis zu komplexen Interventionen – beruhen auf dem biopsychosozialen Modell der Suchtentwicklung und Suchtabhängigkeit. Das Modell von Wilhelm Feuerlein zeigt die Trias von Umwelt, Persönlichkeit und Substanz.



Die auf der nächsten Seite folgende Übersicht²² zeigt – basierend auf der biopsychosozialen Trias – die bevorzugten Einsatzfelder der Sucht- und Drogenhilfe. Demnach arbeitet die Suchtkrankenhilfe in den Tätigkeitsfeldern Umwelt und Person. Bei Leistungen, die die Suchthilfe nach § 16 (2) anbietet, sollten die Kompetenzen in diesen Bereichen herausgestellt werden. Hier liegt das Plus der Sucht- und Drogenhilfe, das weder der medizinische noch der psychiatrische Sektor so erbringen können.

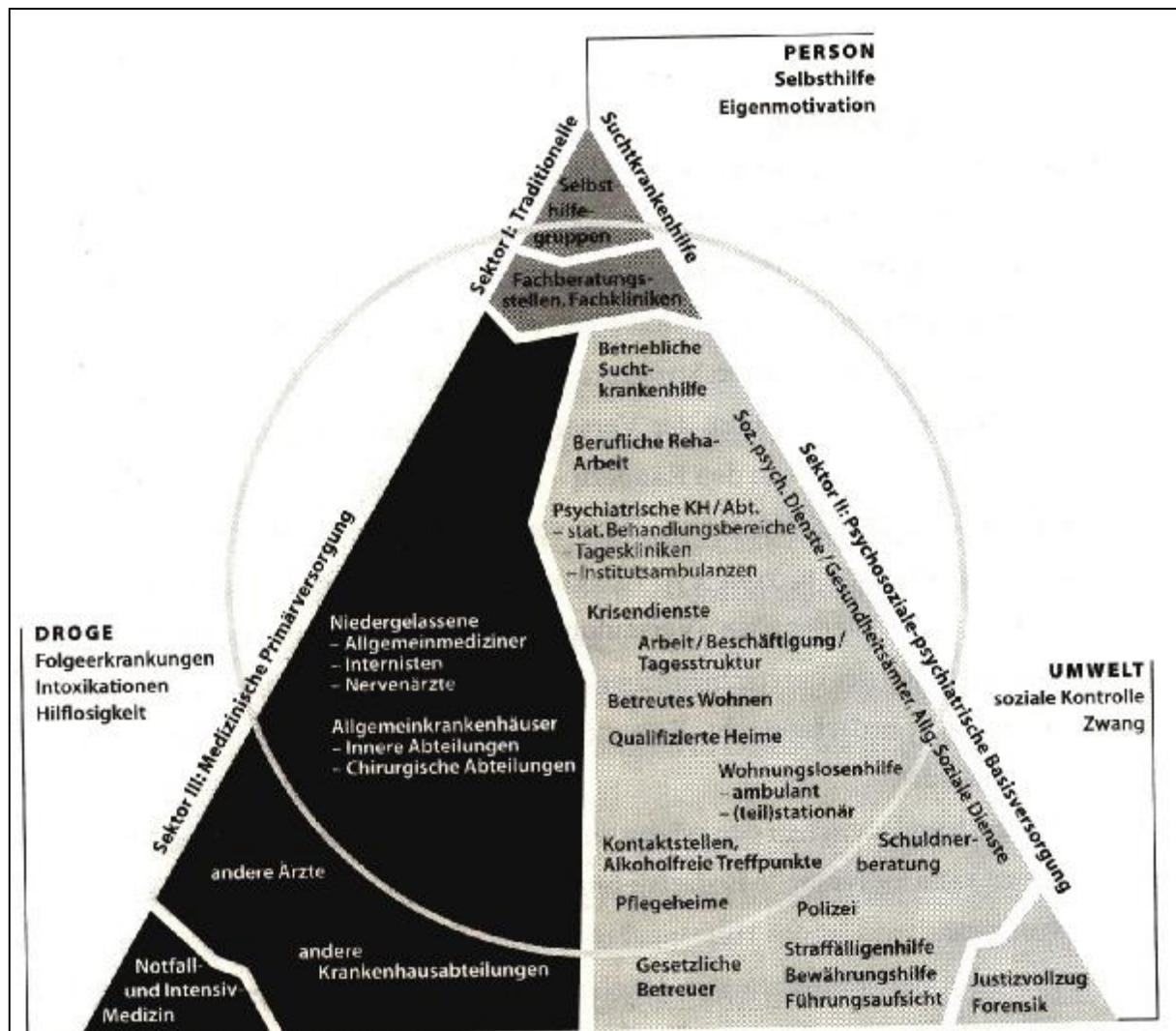
5.2 Ressourcen- und lösungsorientierter Ansatz

Die Leistungen der Sucht- und Drogenhilfe orientieren sich an den Ressourcen der Klient/-innen und sind klar zielorientiert. Zur Ressourcenorientierung gehört nach z.B. Mobilisieren von Zuversicht, das Aufnehmen einer emotional bedeutsamen Beziehung, ein "Auftauen" verfestigter Erlebens- und Verhaltensmuster, das Interpretieren des Lebens nach einem dem Klienten plausiblen Konzept sowie korrigierende emotionale Erfahrungen. Gegenüber der problemorientierten Herangehensweise des medizinischen und psychiatrischen Sektors hat die Suchthilfe hier ein „Alleinstellungsmerkmal“. Die Zielorientierung, die durch die regelhaft schriftlich fixierten Entwicklungspläne (Hilfepläne; gemeinsam mit den Klienten erstellt) deutlich wird, ist zugleich die Grundlage für die Dokumentation der Wirkung und des Erfolgs der Leistungen. Außerdem kann der Entwicklungsplan auch als Zuarbeit für die Eingliederungsvereinbarung nach dem SGB II verwendet werden.

Hinweis: Ein weitgehend einheitlich gehandhabter Hilfeplan aller Paritätischer Einrichtungen wäre wünschenswert.²³ Die Anlage 6 beinhaltet einen sehr klar strukturierten Hilfeplan, der je nach örtlichen Gegebenheiten noch verändert werden kann. Insbesondere eine feinere Abstufung der Hilfebereiche „Arbeit und Ausbildung“ erscheint angebracht.

²² Quelle: Wienberg, Günther (2001:17): Die „vergessene Mehrheit“ heute – Teil 1: Ein Blick zurück nach vorn; in: Wienberg/Driessen (Hg.): Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit. Psychiatrie Verlag, Bonn

²³ . Als Vorlage dafür kann bspw. das Handbuch Hilfeplan aus Rheinland-Pfalz verwendet werden.



Mit einer klaren Ausrichtung auf die Bereiche Umwelt (Sozialarbeit) und Person (im Sinne eines ressourcen- und lösungsorientierten Ansatzes) kann die Sucht- und Drogenhilfe ihr „Alleinstellungsmerkmal“ hinsichtlich des Abbaus von Vermittlungshemmnissen deutlich machen.

Die Leistungsmodul müssen diese Ausrichtungen stets berücksichtigen!

Dokumentation von Wirksamkeit und Erfolg

Für eine umfassende Leistungsvereinbarung sind auch Prüfungsvereinbarungen vorgesehen (§ 17 (3) Ziffer 3) Im SGB II sind diese Vorschriften im Unterschied zum § 93 BSHG aber nicht konkretisiert. Dennoch ist es im eigenen Interesse der Sucht- und Drogenhilfe ihre Erfolge dokumentieren zu können. Dies sollte aber nicht ausschließlich mit dem Faktor „Vermittlung in Arbeit“ erledigt werden. Ein Zuwachs an Motivation, ein Wechsel in die Substitution oder in ein Programm zum kontrollierten Trinken kann durchaus auch ein Erfolg sein.

Hinweis: Die Module sollten - was den Erfolg betrifft - nicht die Verpflichtung beinhalten, daß alle Termine besucht worden sind, sondern daß die wesentlichen Entwicklungen und Veränderungen erzielt wurden. Deshalb ist die Erfolgsbestimmung um so wichtiger. Ein Erfolg muß nicht an alle Einheiten gebunden sein; vielleicht ist man schon nach drei Terminen, andere erst nach 10 Terminen „soweit“.

Die Fokussierung auf Ziele statt Probleme und Verbesserung der soziale Situation statt medizinisch-biologischen Stigmatisierungen muß auch die Grundlage für die Erfolgsbeschreibung sein.

In Anlehnung an GRAWE (1997: 12) kann ein Achtfelderschema die Grundlage für die Beschreibung und Dokumentation des Erfolgs der angebotenen Leistungen sein.²⁴

	Fähigkeiten und Fertigkeiten werden aktiviert		Entwicklungen kommen in Gang	
	Absichten werden verändert	Absichten werden realisiert	Absichten werden verändert	Absichten werden realisiert
Auf die Person selbst bezogen (intraindividuell)	Ich trinke weniger	Abstinenz erreicht	Hauptschulabschluß nachholen	Hauptschulabschluß geschafft
Bezogen auf Beziehungen zwischen Personen (interpersonal)	Brause gegenüber Kollegen nicht mehr so schnell auf.	Streßbewältigungsseminar erfolgreich besucht.	Kläre den Unterhalt für meine Kinder	Unterhaltszahlungen geregelt.

Jedes Feld wird zu Beginn und am Ende der Leistungserbringung (gemeinsam mit dem Klienten) ausgefüllt. Zu Beginn handelt es sich um Zielvorstellungen, die am Ende der Leistung hinsichtlich ihres Erreichungsgrades überprüft werden.

Die im Hilfeplan zu erfragenden Ziele können mit Hilfe dieses Schemas genauer bestimmt werden.

ANLAGEN (☞ gesonderte Datei)

²⁴ Siehe dazu auch Anlage 2. Weitere Quellen für Erfolgsbestimmungen in der Sozialen Arbeit:

- Norbert Herriger, Harro Dietrich Kähler (2003): Erfolg in der Sozialen Arbeit. Gelingendes berufliches Handeln in der sozialen Praxis. Ein Forschungsbericht. Bonn
- Höring, Stefan (2000): Wirkfaktoren in der lösungsfokussierten Therapie. Diplomarbeit an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften, Institut für Psychologie



ANLAGEN
zur
Handreichung
Leistungsvereinbarungen
für Suchtberatung nach
§ 16 (2) SGB II



- Anlage 1:** Gliederung für eine Leistungsbeschreibung als Grundlage/Anhang für eine Leistungsvereinbarung
- Anlage 2:** Leistungsvereinbarung gemäß § 17 Abs. 2 SGB II - Allgemeines Muster / Entwurf des Paritätischen Gesamtverbands
- Anlage 3:** Leistungsbeschreibung des Prozesses „Ressourcenorientierte Beratung“
- Anlage 4:** Ideen für eine Erfolgsmessung der Module zur Suchtberatung nach § 16 (2) SGB II
- Anlage 5:** Erläuterung des Achtfelderschemas
- Anlage 6:** Hilfeplan als Grundlage für Eingliederungsvereinbarungen

Anlage 1: Gliederung für eine Leistungsbeschreibung als Grundlage/Anhang für eine Leistungsvereinbarung

1. Zielgruppe genauer beschreiben (welche suchtauffälligen ALG II-Empfänger)
2. Angebot-Titel
3. Wissenschaftliche Grundlage für das Angebot
4. Module inhaltliche Arbeit in dem Modul; Gruppenarbeit, Einzelarbeit; einzelne Treffen inhaltlich beschreiben (Vorlage Ambulante Reha?)
5. Ziele der einzelnen Treffen und des gesamten Moduls beschreiben. (Beispiel: „Psychoedukation für psychisch Kranke und deren Familienangehörige“)

Vorstellung des Verlaufs der Gruppensitzungen

Die Familiengruppe wird in zehn Sitzungen à 90 Minuten durchgeführt. Die Gruppe wird von zwei Therapeuten geleitet. Die Inhalte der Sitzungen sind:

1. Sitzung: Gegenseitiges Kennenlernen, Äußern von Wünschen und Bedürfnissen, Vorstellen des Konzepts.
2. Sitzung: Informationen über Psychosen, Einteilung, Genese (Vulnerabilitäts-Stress-Modell), *Expressed-emotions*-Konzept, Verlauf und Prognose.
3. Sitzung: Informationen über die medikamentöse Behandlung von Psychosen, biochemische Grundlagen der medikamentösen Therapie, Nebenwirkungen.
4. Sitzung: Nichtmedikamentöse Behandlungsformen, Stressbewältigung, Perspektive nach der Entlassung.
5. Sitzung: Frühwarnzeichen erkennen und zur Rückfallprophylaxe verwenden, Krisenpläne erstellen.
6. Sitzung: Kommunikationstechniken, Übungen und Rollenspiele.
7. Sitzung: Gefühle mitteilen, Übungen und Rollenspiele.
8. Sitzung: Berechtigte Forderungen stellen, Übungen und Rollenspiele.
9. Sitzung: Vorstellen des Problemlösekonzepts.
10. Sitzung: Rollenspiele ausgehend vom Problemlösekonzept.

Nach einem halben Jahr erfolgt eine *Booster-Session* (Wiederauffrischungssitzung), in der wichtige Inhalte wiederholt und vertieft werden.

6. Die Darstellung sollte immer das Ziel „Beseitigung des Vermittlungshemmnisses“ im Blick haben. (Beispielhaft: „Beziehungsfähigkeit herzustellen ist eine bedeutsame Voraussetzung für Integration am Arbeitsplatz bzw. der Gruppe“. „Traumata bearbeiten ermöglicht es erst, den Blick für Arbeit und Beschäftigung freizubekommen“. „Entschuldigungsregelung erhöht die Motivation Geld zu verdienen (und nicht alles gepfändet zu bekommen)“ etc....

**Anlage 2: Leistungsvereinbarung gemäß § 17 Abs. 2 SGB II
Allgemeines Muster / Entwurf des Paritätischen Gesamtverbands**

Quelle: <http://www.paritaet.org/gv/infothek/pid/>

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:

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 Zugangsrecht 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 zumin Kraft.

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

Unterschrift des Leistungsträgers

Unterschrift des Einrichtungsträgers

Anlage 3: Leistungsbeschreibung des Prozesses „Ressourcenorientierte Beratung“

1. Prozeß (Leistung)

Ressourcenorientierte Beratung

(abgegrenzt von den Prozessen „Krisenintervention“, „Orientierungsgespräche“, „Behandlung“ und „Psychosoziale Begleitung“)

2. Umfang / Dauer

5 – 20 Kontakte à 30 bis 60 Minuten innerhalb eines bestimmten Zeitraums

Diese Art der Beratung erfolgt in aller Regel in Form eines persönlichen, regelmäßigen Gesprächs im Einzel- oder im Paar- bzw. Familienkontakt.

3. Zweck / Ziel / Inhalt

Zweck:

- Zielorientierte Beratung für Klient/innen

Themen und Inhalte (offene Liste):

- Informationsvermittlung, auch über weiterführende Hilfsmöglichkeiten
- Anamnese
- Diagnostik
- Unterschiedliche Konsumformen (Probierkonsum, Gebrauch, schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit)
- Körperliche und psychische Folgen von schädlichem Konsum oder einer Abhängigkeit
- Hilfeplanung (schriftlich, mit Kontrakt)
- Krisenintervention(en) im Prozeßverlauf der Beratung
- Unterstützung bei der Lösung von Problemen
- Entwicklungsthemen (Ablösung vom Elternhaus)
- Entstehung, Ursachen und Verlauf der Abhängigkeit
- Co-Abhängigkeiten und Lebensumfeld

Ziele:

- Klärung des Überweisungskontexte (wer hat geschickt?)
- Klärung der Rahmenbedingungen
- Beratung als Unterstützung und Begleitung, hilfplangestützt
- Vermittlung in Arbeit, Entgiftung, Entwöhnung, ambulante Rehabilitation oder Substitution oder andere weiterführende Hilfen
- Vermittlung an weitere Stellen (insbesondere in den medizinischen Sektor)
- Aufzeigen von Hilfemöglichkeiten
- Unterstützung bei / Vorbereitung zur Wiedererlangung des Führerscheins

4. Anwendungs- und Geltungsbereich

Innerhalb der:

- Beratungsstelle, Kontaktladen, Streetwork (aufsuchende Arbeit), Betreutes Wohnen

und außerhalb z.B. in:

- Einrichtungen der Jugendhilfe, Krankenhäuser, JVA'en, Arztpraxen, Hausbesuche, etc.

5. Am Prozeß direkt Beteiligte / Zielgruppen

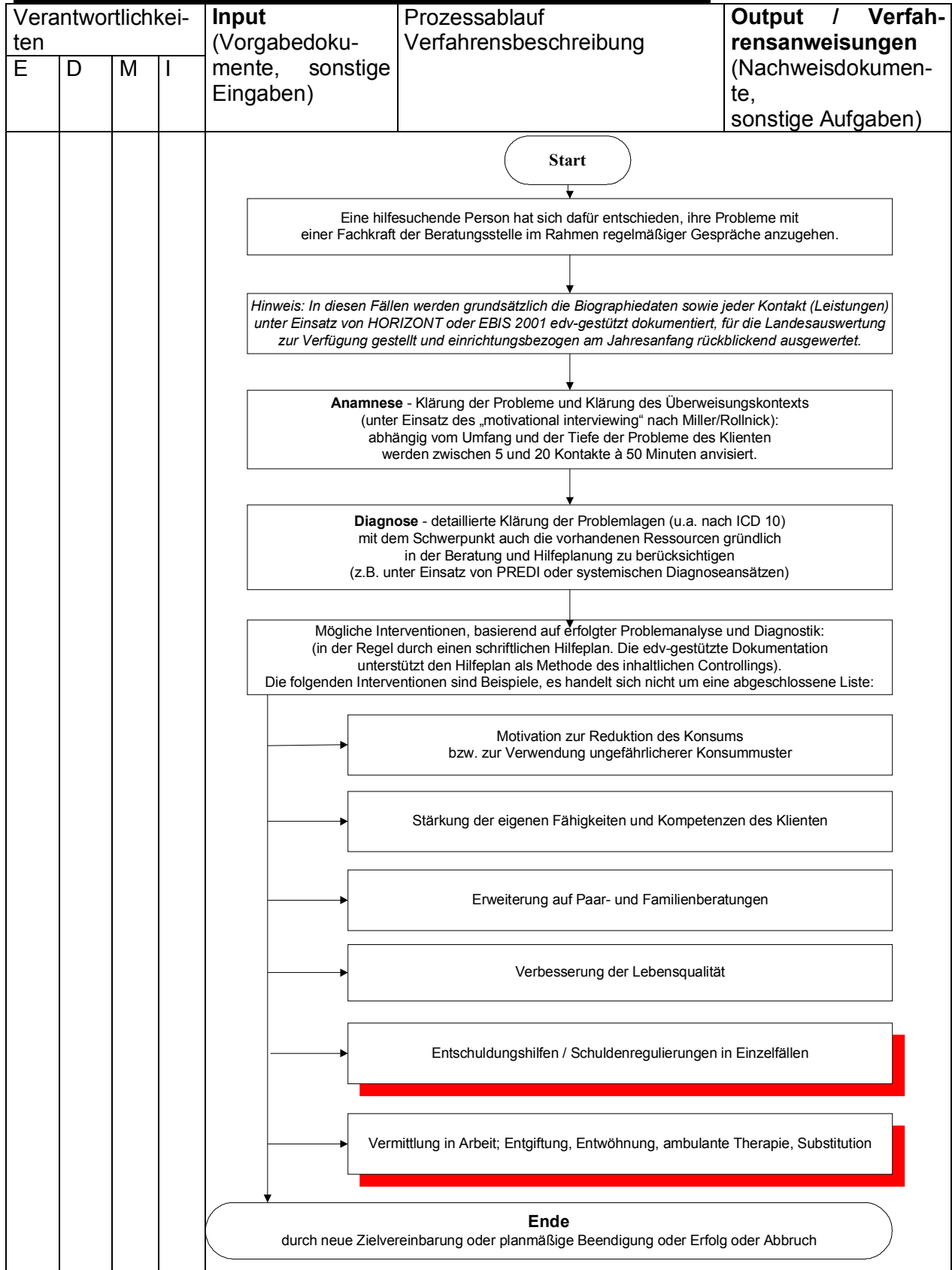
- Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstelle, des Kontaktladens, des Streetworks, des Betreuten Wohnens
- Ratsuchende, die bei der Bearbeitung der Suchtprobleme Hilfe und Unterstützung benötigen (und wünschen)
- deren Bezugspersonen und Angehörige

Kooperationspartner/innen: Ärzte, Psychiater, medizinischer Dienst, Substitutionsambulanzen und -praxen; Kontaktladen, Arbeits- und Beschäftigungsprojekte für Sucht- und Drogenabhängige und Substituierte; Jugendamt, Sozialamt; Arbeitsamt; LVA, Entgiftungseinrichtungen; Entwöhnungseinrichtungen; Ausländeramt; Fahrerlaubnisbehörde (Führerscheinstellen); Arbeitgeber; Schulen.

6. Organisatorische Durchführung und fachliche Zuständigkeit

- Fallverantwortliche Mitarbeiterin oder Mitarbeiter;
- Abteilungsleiter/in;
- Geschäftsführer/in

7. Beschreibung des Prozesses „Ressourcenorientierte Beratung“



8. Anmerkungen: obligatorische edv-gestützte, einzelfallbezogene Verlaufsdokumentation

9. Mitgeltende Dokumente:

9.1 Vorgabedokumente:

1. PSB-Richtlinien / Zuwendungsvoraussetzungen (Förderrichtlinien)
2. Vorlagen/Formulare für die Schweigepflichtentbindung
3. Auflagen gem. § 53 StGB, § 1,3 JGG (Führerschein; Gesprächsauflage)
4. Beratungsmöglichkeit als freiwillige Leistung nach KJHG
5. Allgemeine Daseinsvorsorge Art. 3 GG; § 10 Gemeindeordnung bzw. § 16 Landkreisordnung
6. Nahtlosigkeitsregelung des SGB III (§ 125)
7. § 203 StGB, Schweigepflicht gegenüber Dritten
8. § 60 und 69 SGB X, Mitwirkungspflicht (Arbeitsamt)
9. Satzung der Einrichtung (Vereinszweck; Leitbild)
10. Schriftliches Informationsmaterial und Broschüren
11. Einwilligungserklärung

9.2 Nachweisdokumente:

1. Einzelfallbezogene edv-gestützte (Verlaufs-)Dokumentation

10. Begriffe, Abkürzungen, Symbole

Anlage 4: Ideen für eine Erfolgsmessung der Module zur Suchtberatung nach § 16 (2) SGB II**1. Materielle Verbesserung der Lebenslage**

- 1.1 Existenzsicherung und Schuldenregulierung
- 1.2 Vermittlung von gesetzlich garantierten Sozialleistungen
 Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe, Jugendhilfe:
 Pflegeversicherung und Krankenversicherung:
- 1.3 Wohnungsvermittlung und Wohnraumanpassung
- 1.4 Widerstände gegen eine materielle Verbesserung der Lebenslage

2. Verbesserung sozialer Beziehungen

- 2.1 Stabilisierung von partnerschaftlichen und familiären Bindungen
- 2.2 Schaffung und Stabilisierung von informellen Netzwerk-Strukturen
- 2.3 Schaffung von neuen Bindungen und Beziehungsqualitäten

3. Veränderung von Lebensperspektiven – die Suche nach neuem Lebenssinn

- 3.1 Lebensfortschritte: Schritte in eine neue Lebensautonomie
 Die Entwicklung von Lebenszufriedenheit und Unabhängigkeit
 Erfolgreicher Schulbesuch bei Kindern aus benachteiligten Milieus
 Das Aufzeigen von neuen Lebensperspektiven
 Die Aktivierung und die Entwicklung von Eigenverantwortlichkeit im Alter
- 3.2 Lebensbegleitung: „Ein Stück gemeinsam gehen“
 Soziale Arbeit als Wegweiser zu neuen Lebensperspektiven
 Lebensbegleitung und subjektive Neuorientierung der Adressaten
 Verbesserung der Lebensqualität und die Suche nach neuen Lebenszielen
 Lebensorientierung als Aufgabe der Sozialen Arbeit
- 3.3 Die Unsichtbarkeit von langfristigen Lebensveränderungen
 Die institutionelle Unsichtbarkeit von biographischen Veränderungen
 Rückmeldungen über Lebenserfolge nach Abschluß der Hilfen

Quelle: Norbert Herriger, Harro Dietrich Kähler (2003): Erfolg in der Sozialen Arbeit. Gelingendes berufliches Handeln in der sozialen Praxis. Ein Forschungsbericht. Bonn

Anlage 5: Erläuterung des Achtfelderschemas

Zur Ressourcenaktivierung

Nach dem lösungsfokussierten Modell verfügen Klienten über Möglichkeiten und Ressourcen, die es im Verlauf der Therapie zu entdecken und zu nutzen gilt. Durch den klaren Fokus auf die Stärken, aber auch auf kurz- und langfristige Ziele, soll das Problem für den Klienten eine zunehmend geringere Rolle spielen. "In Anerkennung der Autonomie der Klienten und deren potentieller Fähigkeit zur Selbstorganisation orientiert sich der Therapeut... an den Kompetenzen und Ressourcen, die während der Sitzung entdeckt werden" (BRANDL-NEBEHAY, 1995, S. 155). Er setzt positive Konnotationen und stellt Fragen, die dem Klienten seine schöpferische Kraft und seine Potentiale verdeutlichen (z.B. "Wie haben Sie das geschafft?"). Er erkundigt sich nach positiven Veränderungen und komplimentiert - nicht nur im Rahmen der Rückmeldung am Sitzungsende - Fähigkeiten und erfolversprechendes Verhalten, auch *kleinste* Schritte.

Als eine bedeutende Ressource ist daneben die auf Kooperation ausgerichtete Therapiebeziehung anzusehen, in welcher sich der Klient in der Rolle eines kompetenten Beziehungspartners erfahren kann. Die Möglichkeit, mit dem Therapeuten über Erfahrungen und Bedeutungen zu verhandeln, zeigt dem Klienten seine Expertenschaft bei der Mitgestaltung dieser Beziehung. So kann er seine Ansichten und Kompetenzen in den therapeutischen Prozeß mit einbringen - sich in seinem Einfluß auf die eigene Umwelt erleben zu können, kann schließlich in zunehmendem Maße zum Aufbau von Erfolgserwartungen und Selbstwirksamkeit beitragen (s. dazu den Begriff der "self efficacy" von BANDURA, 1977). Die Ressourcenaktivierung ist demzufolge in der Lösungsorientierung grundlegend.

Zur Prozessualen Aktivierung

Im lösungsfokussierten Ansatz stehen Probleme nicht im Zentrum der Aufmerksamkeit. Dementsprechend wird ein Aktualisieren von Erlebnissen und Emotionen, die mit einer problematischen Situation zusammenhängen, auch nicht beabsichtigt. So meint KAIMER, daß zwar "die Therapeutin Schilderungen von Klagen oder Beschwerden durch die Klienten anerkennend und respektvoll Raum gibt, diese jedoch weder herausfordert noch forciert. Sie knüpft schlichtweg nicht daran an..." (1998, S. 7). Nach DE SHAZER (1996) könnte eine Konzentration auf das Problem dessen Größe und Dynamik weiter verstärken. Zwar besteht die Möglichkeit, solch eine von Emotionen begleitete Problemaktualisierung als eine Variante der Lösung anzusehen - doch aus welchem Grund muß dieses "Prinzip der realen Erfahrung" angstausslösend und leidvoll sein? Denkbar wäre im Gegensatz dazu - und da schließe ich mich SÄGESSER an - "ein reales Erleben der positiv besetzten Lösungen" (1996, S. 110), welche sich im therapeutischen Prozeß herauskristallisieren.

In den meisten Therapieschulen wird es als selbstverständlich oder schlicht notwendig angesehen, daß der Klient in der ersten und i.d.R. auch in den folgenden Sitzungen seine Schwierigkeiten präsentiert. Entdeckt man darin bereits ein von Emotionen begleitetes Erleben der Probleme, so kann dies meines Erachtens nach bereits als eine abgeschwächte Form der Problemaktualisierung angesehen werden (vgl. auch SÄGESSER, 1996, S. 110). Die Empfehlungen bei der Rückmeldung geben dem Klienten oftmals den Impuls, gemeinsam konstruierte Bedeutungsveränderungen sowie "Erfolgsgeschichten" im Alltagsleben und in den bisher als problematisch erlebten Situationen auszuprobieren.

Angestoßen werden könnte eine Prozessuale Aktivierung auch dann, wenn der Klient dazu veranlaßt wird, von seinen Ressourcen, Wünschen und Zielen zu sprechen - möglicherweise seit langer Zeit einmal wieder, oder vielleicht in dieser Form zum ersten Mal. Insgesamt läßt sich sagen, daß in SFT - anders als bei problemorientierten Modellen - keine Problemaktualisierung angestrebt und gewiß auch selten verwirklicht wird. Hingegen ist eine prozessuale Aktivierung im Sinne einer "korrektiven emotionalen Erfahrung" (ALEXANDER, 1950 n. GRAWE, 1998, S. 95) durchaus auch in lösungsfokussierter Konversation möglich.

Zur Intentionsveränderung

Das Wirkprinzip der Intentionsveränderung steht für ein Hinterfragen und Klären der Beweggründe und Ursachen, des "Warum" eines besonderen Verhaltens und Erlebens. Bestimmte Fragen begünstigen jedoch ganz bestimmte Antworten (vgl. WALTER & PELLER, 1994, S. 17) - so konzentriert sich ein Problem bei der Frage nach dem "Warum" mehr oder weniger auf sich selbst. Lösungsfokussierte Therapeuten sind der Auffassung, daß eine bestimmte Erklärung i.d.R. so gut ist wie jede beliebige andere. Eine Klärungsarbeit ist kaum von Bedeutung; und die Frage nach den Ursachen wird nur insofern als wichtig erachtet, als sie für den Klienten einen Teil seiner Lösung darstellt.

In diesem Zusammenhang spielt der "Respekt [des Therapeuten] vor der Einzigartigkeit, in der Menschen ihre Welt wahrnehmen und gestalten" (BRANDL-NEBEHAY, 1995, S. 155) eine Rolle. Dies bedeutet zuerst einmal, mit der gemeinsamen Arbeit dort zu beginnen, wo sich der Klient momentan befindet, und sich von ihm in dessen Welt führen zu lassen. Erst in einem zweiten Schritt sollte es darum gehen, mögliche mit der Problemlösung verbundene Ambivalenzen zu erörtern, Intentionsveränderungen zu unterstützen und damit "neue Bedeutungsgebungen zu schaffen" (ebd.).

Die Intentionsveränderung wird im Rahmen der Lösungsfokussierung in gewisser Weise schließlich auf dem Gebiet der Zielklärung und Zielformulierung realisiert. Das Definieren von Zielen ist - wenngleich unter anderem Vorzeichen als bei der Problemarbeit - zumeist eine eingehende Beschreibung der Wünsche, Bedürfnisse und Handlungsmöglichkeiten des Klienten. Diese Form von Klärungsarbeit bzw. Intentionsveränderung läßt sich am treffendsten mit der Frage "Was will ich?" umreißen, denn schließlich geht es um den Entwurf der Lebenssituation des Klienten in naher Zukunft (vgl. auch SÄGESSER, 1996, S. 115).

Zur Intentionsrealisierung

Im Zentrum der SFT steht die Entwicklung von Lösungen. Konzepte über Pathologien sind hier ebensowenig anzutreffen wie das explizite Vermitteln spezifischer Problemlösetechniken. Daher kann eine "Aktive Hilfe zur Problembewältigung" - wie dieses Wirkprinzip zuerst hieß - auch nicht erwartet werden. Der neuere Titel der "Intentionsrealisierung" hingegen gibt eher wieder, was auch lösungsfokussierte Therapeuten anstreben: die Verwirklichung einer Intention auf Basis eines definierten Zieles (s. auch Kap. 3.2.7.1). Insofern wird sich auf das konzentriert, was der Klient als bedeutsam für positive Veränderungen betrachtet. Eine besondere Hilfestellung bei der Zielerreichung verkörpern die Empfehlungen in der Rückmeldung am Ende jeder Therapiesitzung. Die Art dieser Empfehlung hängt vom Muster der gemeinsam konstruierten Beziehung ab (vgl. KAIMER, 1998, S.10). So können eine Beobachtungs-, eine Nachdenk- oder eine Verhaltensaufgabe mit nach Hause gegeben werden.

In der Zeit zwischen den Sitzungen kann es schließlich zu Erfolgen beim Umgang mit der "Aufgabe" und zu Erfahrungen der Selbstwirksamkeit kommen - wobei das "eigentliche Problem" zunehmend kleiner werden soll. Der Klient erfährt seinen Einfluß auf sein eigenes Verhalten, seine Umwelt und auf die Realisierung "kleiner Wunder". Innerhalb der Therapiesitzungen kommt es dann nicht nur zu einem Sprechen über die jeweiligen Erfahrungen - der Klient ist dagegen an der Ausgestaltung des therapeutischen Prozesses maßgeblich beteiligt.

Berichtet der Klient andererseits von Erfahrungen, die er in selbständiger Auseinandersetzung mit seinen Schwierigkeiten machte, wird der Therapeut ihm Aufmerksamkeit und Wertschätzung entgegenbringen, ihm jedoch gleichzeitig signalisieren, daß dieser bereits die Fähigkeit zeigt, an einer gewünschten Problembewältigung selbständig zu arbeiten - sofern solch eine Konzentration auf die Problematik dem Klienten in dieser Phase hilfreich ist.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß das Wirkprinzip der Intentionsrealisierung auch in der lösungsfokussierten Arbeitsweise sichtbar ist, allerdings unter einem anderen Aspekt: dem der Zielerreichung statt dem der Problembewältigung. Diese Akzentverschiebung in Richtung der

Ziele hat meines Erachtens nach zwei wesentliche Vorteile: Auf der einen Seite muß die Arbeit nicht zwangsläufig vom oftmals recht engen Problemraum bestimmt sein, auf der anderen Seite ist das Ziel im therapeutischen Gespräch gemeinsam so zu konkretisieren, daß es schrittweise erreicht werden kann.

Aus diesen Überlegungen läßt sich schließen, daß das Prinzip der Ressourcenaktivierung im lösungsfokussierten Modell in ausgesprochener Weise realisiert wird. Die Umsetzung der drei anderen Faktoren kann größtenteils nur als indirekt bezeichnet werden, was v.a. daran liegt, daß der Fokus weg vom Problem und hin zum Ziel verschoben ist.

Anlage 6: Hilfeplan als Grundlage für Eingliederungsvereinbarungen

Name:

Vorname: 1

Geburtsdatum:

	Probleme, Beeinträchtigungen, Schwierigkeiten	Ziele	Unterstützungspotentiale, Ressourcen	Vorgehen	Zuständigkeit / geplanter Zeitraum
--	---	-------	--------------------------------------	----------	------------------------------------

Bereich Arbeit, Ausbildung, Wohnen, Freizeit, Inanspruchnahme von Hilfen

1. Arbeits- bzw. Ausbildungsdung					
2. Wohnsituation					
3. Verschuldung					
4. Gestaltung freier Zeit					
5. Inanspruchnahme medizinischer Hilfe					
6. Inanspruchnahme sozialer Dienstleistungen und Rechte					

Bereich strafrechtliche Belastung

7. Umgang mit strafrechtlicher Belastung					
--	--	--	--	--	--

