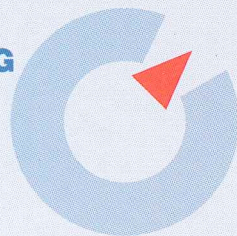


**KOORDINATIONSSTELLE FÜR  
DROGENFRAGEN  
UND FORTBILDUNG**



Pittrich W., Rometsch W., Sarrazin D. (Hrsg.)

*Neue Wege in der  
ambulanten  
Suchtberatung*

– Fachtagung –

11./12. August 1998  
Geseke

Forum Sucht  
Band 21

ISSN 0942-2382

**GESUNDHEITSABTEILUNG**



**Landschaftsverband  
Westfalen-Lippe**

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
Abteilung Gesundheitswesen  
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle für Drogenfragen und Fortbildung  
Leiter: Wolfgang Rometsch  
Hörsterplatz 4  
48133 Münster

Redaktion: Doris Sarrazin  
Schreibarbeiten: Elisabeth Rocklage

1. Auflage  
1.-2.000

Münster 1999

© 1999 Landschaftsverband Westfalen-Lippe

*Neue Wege  
in der ambulanten Suchtberatung*

*- Fachtagung -*

**11./12. August 1998**  
**Geseke**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	5
<b>Qualitätsentwicklung und Leistungsbeschreibung konkret</b> . Bernd Hündersen, Offenbach	7
<b>Das ILSE-Arbeitsprojekt für medikamentengestützt</b> ..... <b>lebende Rauschmittelabhängige</b> Hartwig Marx, Berlin	24
<b>Drogenberatung online</b> .....	49
Sigrid Borse, Frankfurt	
<b>Möglichkeiten wirksamer Öffentlichkeitsarbeit</b> .....	54
Michaela Thier, Münster	
<b>Wovon können Suchtberatungsstellen</b> .....	58
<b>sich verabschieden?</b> Jost Leune, Hannover	

## Vorwort

Die Fachtagung "Neue Wege in der ambulanten Suchtberatung" hat sozusagen eine Geschichte. Vor rund einem Jahr veranstaltete die Koordinationsstelle eine Tagung zum Thema "Müssen Suchtberatungsstellen sich verändern?". Durch äußere Einflüsse wie die Kürzung von Budgets, aufkommende Forderungen nach Dokumentation und Qualitätsentwicklung, Leistungsbeschreibungen in Kooperation mit - aber auch in Abgrenzung zu - anderen regionalen Anbietern u.a.m. waren Veränderungsprozesse bereits initiiert und die Frage nur noch rhetorisch. Eine Folgetagung zu dieser Thematik bot sich daher geradezu an.

Prof. Dr. Kruse zeigte in seinem Vortrag zur Gestaltung von Veränderungsprozessen sehr deutlich, daß es in manchen Situationen nicht mehr um Optimierung gehen kann, sondern zur Gestaltung von etwas wirklich Neuem ein Prozeßmusterwechsel erforderlich ist. Ein solcher Wechsel verursacht aber immer auch Instabilität, Unsicherheit und Unwohlsein, bis eine neue Stabilität entstanden ist.

Selbst aktiv zu werden und zu handeln anstatt abzuwarten, ist bekanntlich die beste Möglichkeit, Veränderungsprozesse zu bewältigen. Um hierzu Anregungen zu ge-

ben, stellen wir Ihnen innovative Projekte aus der ambulanten Suchthilfe vor, die ihre erste Bewährungsprobe in der Praxis bereits bestanden haben. Die Erläuterung des Aufbaus und der konkreten Arbeitsweise soll Mut machen, auf die eigene Einrichtung bezogene Ideen zu entwickeln und notwendige Schritte zu wagen.

Mehrfach gewünscht wurden auch Informationen zu einer effektiven Öffentlichkeitsarbeit. Dieses Anliegen haben wir aufgegriffen und thematisiert.

Auch in einem Veränderungsprozeß sollte Bewährtes erhalten und nur Veraltetes erneuert werden, doch wo liegt die Grenze? Wovon sollte sich die ambulante Suchtberatung verabschieden? Mit dieser Frage beschäftigt sich der letzte Beitrag.

Wir hoffen, daß die folgenden Beiträge Mut machen, anstehende Veränderungsprozesse aktiv mitzugestalten.

Dr. Wolfgang Pittrich  
Landesrat

Wolfgang Rometsch  
Referatsleiter

Doris Sarrazin  
Fort- und Weiterbildung

# Qualitätsentwicklung und Leistungsbeschreibung konkret

## **Bernd Hündersen**

Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof  
Kaiserstraße 42  
63065 Offenbach

## **Inhalt**

- I. Zur Geschichte der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof
  - a) Zum Außennachweis
  - b) Zum Innennachweis
- II. Veränderungen auf der Strukturebene
  1. Politische Repräsentanz
  2. Mitgliedereinbindung
  3. Einsetzung "flacher Hierarchien"
  4. Betriebsinterne EFQM-Schulungen
  5. Aufbau von Qualitätszirkeln
  6. Aufbau eines Assessment-Centers
  7. Einführung von Reviews
- III. Programmatrisch-inhaltliche Reformen
  1. Spezialisierung auf den Suchtbereich
  2. Beschränkung auf den Bereich der stoffgebundenen Süchte
  3. Öffnung für den Alkoholbereich
  4. Einführung neuer Produkte
  5. Einführung einer Gebührenordnung
  6. Erweiterung der Zugangszeit
- IV. Einführung zentraler Elemente eines QM-Modells
  1. Deutliche Kundenorientierung
  2. Einführung einer Prozeßkostenrechnung
  3. Entwicklung einheitlicher Dokumentationsraster
- V. Vernetzung und Kooperation
  1. Externe Vernetzung
    - a) Kooperation mit anderen Trägern der Suchtkrankenhilfe
    - b) Realisierung einheitlicher Projekte
    - c) Intensivierung hochrangiger Gremienarbeit
    - d) Pressearbeit
  2. Interne Vernetzung
    - a) Räumliche Zentrierung
    - b) Fallkonferenzen/Schnittstellen
    - c) Atmosphärenbildung  
Wiedereinführung betrieblicher Feste  
Wöchentlicher Small-Talk
    - d) Kooperation mit dem Betriebsrat

## Vortrag

*Der Titel dieser zweitägigen Fachkonferenz „Neue Wege in der ambulanten Suchtberatung“ ist verführerisch und vielversprechend, produziert - erwartbaren und berechtigten - Druck für die hier zu Wort kommenden Referent/innen. Gleichzeitig dürfte Ihnen klar sein, ohne daß ich dies detailliert ausführen muß, daß neue Wege Vorgesichten, Vorläufe haben, ohne die sie nicht neue Wege wären, sondern bestenfalls andere, d.h. es wird in meinem Beitrag auch immer wieder um eine evolutionäre Perspektive gehen, um Prozessualisierung von Programmen, Inhalten und Strukturen, nicht um neue Deklamationen.*

Ich möchte meinen Beitrag zum besseren Verständnis in fünf Unterpunkte ausdifferenzieren.

Zu Beginn werde ich

1. skizzenhaft über die Geschichte der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof berichten, um daraus
2. die sich entwickelnden Veränderungen im strukturellen Bereich und
3. um programatisch-inhaltlichen Bereichs zu verdeutlichen.

In einem weiteren Schritt werde ich versuchen darzulegen, was die Implementierung zentraler Elemente eines Qualitätsmanagementmodells, und zwar des Modells der European Foundation for Quality Management (EFQM) in der Praxis sozialer Dienst- und Hilfeleistungssysteme bedeuten kann, wie sie konkretisiert werden kann am Beispiel zweier Grundpfeiler des Arbeitskonzeptes der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof

1. dem Selbstbeschreibungs-Ansatz im Funktionssystem "soziale Hilfe",
2. der Übersetzungsstruktur des EFQM-Modells für kleinere und mittlere Träger.

In einem letzten Teil soll es um

4. Vernetzung und Kooperation gehen, ausdifferenziert in bedeutsame externe und interne Faktoren.

### **I. Zur Geschichte der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof**

Die Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof e.V. ging im Jahre 1972 aus einer Selbsthilfegruppe Offenbacher Suchtmittelkonsument/innen (Haschisch, Heroin, LSD) hervor und erlebte in den darauffolgenden Jahren ihren ersten Professionalisierungsschub, in dessen Folge der Selbsthilfegedanke zwar weiterhin thematisiert wurde, jedoch in der Einstellungspraxis ausgebildeter Sozialarbeiter/innen und Diplom- Psycholog/innen seine praktische und auch konzeptionelle Grenze fand. In Anerkennung der damals gültigen Richtlinien für Drogenberatungsstellen des Landes Hessen wurde 1976 die erste Beratungsstelle des Trägers eröffnet. Träger war ein kommunal-naher Verein, dessen Mitglieder natürliche Personen und einige Städte und Gemeinden des Landkreises Offenbach waren. An dieser Grundstruktur hat sich bis heute wenig verändert (siehe Punkt - II - Veränderungen im strukturell-organisatorischen Bereich). Entscheidend - aus heutiger Sicht - für die nächsten ca. 15 Jahre bis zum Beginn des jetzi-

gen Jahrzehnts war eine - wie in vielen vergleichbaren Projekten festzustellende - relative Nähe zur Klientel, verbunden mit einer politischen, auch arbeits- und marktpolitischen Position, die ihre Wurzeln aus der „Nach-1968-Ära“ nicht leugnen konnte, und dieses auch nicht wollte. Daß dies selbst fachlich-konzeptionell durchsetzbar war, zeigt ein Auszug aus der Konzeption der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof vom Herbst 1982, in der es vielversprechend heißt: „Die Mitarbeiter können nur soviel an Freiheit und Unabhängigkeit vermitteln und den Prozess der Unabhängigkeit bei anderen unterstützen, wie sie selbst die dafür notwendigen Freiräume in ihrer Arbeit haben“. Wurden diese Freiräume in den frühen achtziger Jahren in der Regel noch sehr verantwortungsbewußt genutzt, ging es doch auch noch um kollegiale Solidarität, Einbettung der Arbeit von Beratungsstellen in sozialpolitische Kontexte, so wurde die Nutzung von Freiräumen bei wachsender Desillusionierung, Privatisierung des gesellschaftlichen Lebens und entsprechenden Korrekturen am Zeitgeistempfinden zunehmend umgestellt auf eher negative Formulierungen, wie Kontrollvermeidung oder Widerstand gegen die Sozialtechnokratisierung. Wie mit diesen eher dünnen Worten nur karg umrissen werden kann, stellte sich in der Praxis der OAW - und ich bin so frei zu behaupten, daß dies nicht nur bei diesem Träger der Fall war - , eine Situation ein, die eine neue Mitarbeiterin einmal sarkastisch so umschrieb: „Die Beratungsstelle garantiert volle Arbeitsplatzsicherheit und stetig wachsende Bezüge bei weitestgehender Unternehmerautonomie“. Die „staatlich alimentierte Privatpraxis als Gemeinschaftsunternehmen“ schien das Ziel. Dieses Bild wurde - wie Sie alle wissen - spä-

testens seit den publikumswirksamen Äußerungen eines Horst BOSSONG mit seinem undifferenzierten Generalangriff auf die in der Sucht tätigen Professionen heftig erschüttert. Die auch an der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof nicht vorbeiziehenden Fragen und zuweilen Unterstellungen hinsichtlich ihrer Effektivität (die richtigen Dinge zu tun) und Effizienz (diese auch richtig zu tun) aktivierten jedoch eine Verunsicherung, die ihr produktives Outcome in der Selbstinitiierung einer Organisationsanalyse und Organisationsberatung fand, die, 1993 begonnen, zu den im folgenden dargelegten multidimensionalen Reformen führte.

## **II. Veränderungen auf der Strukturebene**

Auf der organisatorisch-strukturellen Ebene wurden drei Reformbereiche in Angriff genommen, deren Realisierung sich insbesondere in der Außendarstellung zwischenzeitlich positiv bemerkbar gemacht hat. Zum einen wurde die Empfehlung der Organisationsberatung umgesetzt, daß im Vorstand der OAW - als einem kommunalnahen Verein - politische Prominenz vertreten sein sollte, um

1. diese als Türöffner fungieren zu lassen und
2. komplexere und ggfs. streitbare Themen, wie die Regelung in der Substitutionsambulanz, die Debatte um Konsumräume und dergleichen mehr, zumindest auf der Stadt- und Kreisebene zu konsensualisieren und sozialpolitische Pattsituationen zu verunwahrscheinlichen.



So wurde ein geschäftsführender Vorstand installiert, der sich zusammensetzt aus dem Landrat des Landkreises Offenbach, der Sozialdezernentin der Stadt Offenbach, sowie dem Bürgermeister der größten kreisangehörigen Stadt. Dieser geschäftsführende Vorstand arbeitet eng und quasi alltäglich (turnusmäßig) mit den Leitern der Suchthilfezentren zusammen. Die Konstruktion von Suchthilfezentren - ein zweiter Reformbereich - dient der Kopplung und Vernetzung der unterschiedlichen Einrichtungen der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof. Mit der Einführung von Leitungsebenen wurde dieser Schritt möglich. Jede Einrichtung des Suchthilfezentrums wird von einem Leiter / einer Leiterin geführt, der Gesamtleiter des SHZ koordiniert und entscheidet in nicht-konsensualen Fragen. Er ist rechenschaftspflichtig nur dem geschäftsführenden Vorstand gegenüber.

3. wurden schließlich auf der politischen Ebene Anstrengungen unternommen, mit dem Erfolg, daß **alle** Städte und Gemeinden im Landkreis Offenbach Mitglied der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof wurden; zugleich sind dies die einzigen Mitglieder in dieser Vereinskonstruktion. Natürliche Personen können mittlerweile lediglich den Status eines Fördermitgliedes erwerben.

### **III. Programmatisch-inhaltliche Reformen**

Im Bereich der programmatisch-inhaltlichen Reformen ist eine Reihe von Veränderungen initiiert worden, von denen ich die wesentlichen hier knapp vorstellen möchte:

#### *1. Spezialisierung auf den Suchtbereich*

Diese Reduktion der Programmangebote wurde „erkauft“ durch einen Verzicht auf den Bereich der nicht suchtspezifischen Jugendberatung. Im Bereich der Nomenklatur spiegelt sich dies wider: aus den Jugend- und Drogenberatungsstellen wurden Einrichtungen des Suchthilfezentrums. Ganz nebenbei sei an dieser Stelle angemerkt, daß die über zwei Jahrzehnte gängige Ineinsennung der Bereiche Jugend- und Drogenberatung aus meiner Sicht dem Mißverständnis Vorschub leistete, daß die Drogenproblematik im wesentlichen ein Phänomen, vermutlich auch Problem, der jungen Generation sei und die bei der Entstehung von Suchtproblemen äußerst bedeutungsvolle Leitdifferenz der Frage einer Identitätsproblematik, die, wie Sie alle wissen, in der postmodernen Gesellschaft u.a. generationsübergreifend ist, aus dem Blick verloren wurde.

#### *2. Beschränkung auf den Bereich der stoffgebundenen Süchte*

Die zuweilen bis heute anzutreffende Einstellung „wir sind für alle (Sucht-) Probleme der jungen Menschen da“ ist für unser Praxisfeld einer Großstadt so nicht mehr haltbar. Zum ersten waren wir genötigt, die Nachfrage nach unseren Dienstleistungsangeboten zu verengen, da wir anderenfalls mit enormen Wartezeiten hätten arbeiten müssen, zum anderen - und dies belegt beispielsweise eindrucksvoll die öffentliche Debatte über Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten von Kokainkonsument/innen - bedarf es spezifischer Fachkonzepte, um so unterschiedliche Problem- und Phänomenbereiche wie

Arbeitssucht einerseits, Eßstörungen oder Heroinismus andererseits abdecken zu können. Unsere Entscheidung lautete daher: Spezialisierung auf den Bereich stoffgebundener Süchte, d.h. Bescheidenheit, was die konzeptionelle Breite des Dienstleistungsangebotes angeht, gepaart mit fachlicher Weiterentwicklung in der Tiefe des Angebots. Für die Frage nicht-stoffgebundener Süchte steht das Suchthilfezentrum lediglich noch für wegweisende Einmalgespräche zur Verfügung.

### 3. *Öffnung für den Alkoholbereich*

Vielleicht mitbedingt durch die besondere Lage Offenbachs, quasi als östlicher und keineswegs prosperierender Ausläufer Frankfurts, ist die massive Alkoholproblematik unübersehbar. In der Konsumentenszene ist an dem Hang - trotz deutlich niedrigerer Preise beispielsweise für Heroin oder Kokain im Vergleich zu früheren Jahren - zu politoxikomanen Konsummustern, d.h. vor allem auch Einbezug von relativ preiswerten Suchtmitteln wie Alkohol und Tabletten, ebensowenig vorbeizusehen. Die Entscheidung, daß sich das Suchthilfezentrum auch für den Alkoholbereich öffnet, war somit naheliegend, zumal die suchtpolitischen Vorgaben des Landes Hessen einen solchen integrativen Ansatz unterstützen und mittlerweile selbst einfordern.

### 4. *Einführung neuer Produkte*

Existenzsicherung durch maßvolle Expansion; die Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof war zu Beginn der 90er Jahre in eine ökonomische und konzeptionelle Situation gekommen, die typisch für viele kleine und mittlere Un-

ternehmen zur Zeit ist. Der Kostendruck wurde kompensiert durch Sparzwänge, freiwerdende Stellen wurden z.B. nicht wiederbesetzt, Vorlaufinvestitionen für neue Produkte wurden nicht getätigt und dergleichen mehr, so daß der Zeitpunkt erkennbar war, an dem die ursprüngliche Arbeits- und damit auch Wettbewerbsfähigkeit - nicht mehr gegeben gewesen wäre. Die Flucht nach vorn erwies sich - bislang - als der sinnvolle Weg, um zum einen die suchtspezifische Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen und zum anderen, in neuere Bereiche vorzustoßen, die entweder thematisch in der Region noch nicht besetzt waren und somit einen Zuständigkeitsanspruch markierten, oder - im Rahmen der Möglichkeiten der Suchthilfe als gemeinnützigem Verein - Zusatzverdienste möglich erscheinen zu lassen. Beispielhaft zu nennen wären hierfür die Betriebliche Suchtarbeit, die Vorbereitung auf die Medizinisch-Psychologische-Untersuchung (MPU), vertraglich mit den Städten und Gemeinden fixierte Familienprojekte, das Betreute Wohnen für Personen, die im Methadonprogramm substituiert werden, oder - entwicklungslogisch im Rahmen des Drogenhilfesystems - die Ambulante Rehabilitation, gemäß den Empfehlungsvereinbarungen der Rentenversicherungsträger. Selbstreferentiell bedeutet maßvolle Expansion schließlich die Sicherung der Arbeitsplätze.

Mit einem letzten kleinen Beispiel möchte ich den vielleicht zu erwartenden Hinweis auf die bloße Ökonomisierung, unter der diese programmatische Erweiterung ablief, zwar nicht widerlegen, zumindest jedoch korrigieren oder ergänzen. Seit dem Herbst des letzten Jahres bietet das Suchthil-

fezentrum ein Gruppenangebot an, welches sich an den Bedürfnissen und aus den Bedürfnissen der Kund/innen entwickelt hat. Hintergrund ist das Ihnen bekannte Phänomen des Beikonsums in der Substitution. Ein zugegebenermaßen nicht allzugroßer Teil der sich in der Substitution befindlichen Menschen konsumiert bei **und** reflektiert dieses durchaus selbstkritisch, formuliert für sich die Absicht, den Beikonsum reduzieren zu wollen, ggf. auch einzustellen. Genau für diesen Konsumenten - oder Kundenkreis ist unser professionell begleitetes Gruppenangebot gedacht: Akzeptanz und Entwicklung stehen hier im Vordergrund, nicht - wie leider häufig zu beobachten - Nicht-Akzeptanz und Entwicklung oder Akzeptanz und Nicht-Entwicklung, wenn ich es zugespitzt und polemisch formulieren möchte. Insgesamt geht der Ausbau der Produktpalette mit dem Personalausbau von ca. 1,7 Stellen einher.

### *5. Erweiterung der Zugangszeit*

Kurz und knapp beschrieben ist das Suchthilfezentrum von montags bis freitags in der Zeit von 9 bis 19 Uhr erreichbar, die Zeiten der Einschaltung des Anrufbeantworters sind somit vorbei. Mit einer Zugangszeit von 50 Stunden pro Woche können wir uns problemlos messen mit anderen Anbietern sozialer Dienstleistungen. Erreicht werden konnte dies durch eine Flexibilisierung der Arbeitszeiten der Mitarbeiter/innen und durch Reformen im Verwaltungsbereich. Darüberhinaus haben wir eine tägliche "offene Sprechstunde" eingeführt, die ohne Voranmeldung genutzt werden kann und die zweimal wöchentlich sogar bis 19 Uhr geöffnet ist.

### *6. Einführung einer Gebührenordnung*

Die monetär prekäre Situation vieler Einrichtungen und Träger im Suchthilfebereich wirft seit geraumer Zeit die Frage zusätzlicher Einnahmequellen auf. Rein betriebswirtschaftlich besonders attraktiv sind Einnahmen, die erzielt werden können, ohne daß aufwendige Zusatzleistungen erbracht werden müssen. Dies ist das Modell von u.a. Gebührenordnungen oder Entgeltlisten. De facto heißt dies, daß das Suchthilfezentrum für Bescheinigungen, die über reine vorstandardisierte Teilnahmebescheinigungen hinausgehen, Stellungnahmen, Gutachten etc. ein Entgelt verlangen kann, daß für Vortragsveranstaltungen, Elterninformationsabende etc. entsprechend einem Fachleistungsstundensatz Rechnungen erstellt werden. Fundierte Professionalität läßt sich u.E. heute nicht mehr kostenneutral abfragen.

Im Bereich der Angehörigenberatung arbeiten wir mit einem Modus der wirtschaftlichen Selbsteinschätzung der Kund/innen. Der Mindestbetrag beläuft sich auf DM 20,—, nach oben ist keine Grenze markiert. Die Beratung konsumierender, gefährdeter oder abhängiger Menschen ist weiterhin kostenlos.

Auch hierzu sei eine kurze Randbemerkung formuliert: zum Zeitpunkt der Einführung der Gebührenordnung gab es, wie Sie sich evtl. denken können, Einwände und Widerstände von Seiten einiger - bevorzugt mit langer Betriebszugehörigkeit - Mitarbeiter. Zwischenzeitlich ist regelmäßig der Effekt zu beobachten, daß auch ehemals diesem Modell eher ablehnend gegenüber eingestellte Mitarbeiter diese Veränderung favorisieren, und zwar weniger aus wirtschaftlichen, sondern eher aus Selbstwertaspekten heraus.

Soviel zu den Veränderungen im programmatisch-inhaltlichen Feld. Wie dies gekoppelt ist mit Elementen moderner Qualitätsmanagementmodelle, soll im folgenden Teil dargelegt werden.

#### **IV. Einführung zentraler Elemente eines QM-Modells**

Für einen kleinen bis mittleren Träger der Suchtkrankenhilfe (der Gesamt-Etat der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof beläuft sich auf ca. 2,5 Mill. DM, das Personal umfaßt incl. Teilzeitstellen und Mitarbeiter/innen im Arbeitsprojekt ca. 35 Personen) stellt sich die Frage der Einführung eines entwickelten Qualitätsmanagementmodells **NICHT** in der ganzen Breite dieser Modelle, sondern lediglich in Dimensionen von Extrakten. Die seit wenigen Jahren in aller Munde geführte QM-Euphorie hat mancherorts dazu geführt, jegliche auch methodische, Bescheidenheit ad acta zu legen. Will man jedoch seriös der Frage nachgehen, wie soziale Dienstleistungsanbieter mit dem Thema der Qualitätsentwicklung umgehen, stellt sich rasch heraus, daß Beschränkung auf einige, spezifisch zugeschnitten auf die Erfordernisse des Trägers oder der Einrichtung, wesentliche Bestandteile von QM-Modellen not tut.

Ohne an dieser Stelle detailliert auf die jeweiligen Unterschiede eingehen zu wollen, erschien uns die Konzentration auf das Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) aus folgenden Gründen wünschenswert:

- im Gegensatz zu Modellvarianten des Lean-Managements oder der DIN EN ISO 9000 ff - Reihe erlaubt das EFQM-Modell nicht nur die Selbstbeschreibung, sondern ist

diese zentraler Bestandteil des Modells. Dies ermöglicht gerade auch eine u.U. ausschnitthafte, zumindest auf bestimmte Aspekte von Qualität reduzierte, Handhabung und macht das Modell handhabbar für kleinere Anbieter;

- das EFQM-Modell ist deutlich entwicklungs- und prozeßorientiert. Es arbeitet mit Trends, wobei Trends definiert werden als qualitative Entwicklungen über einen Mindestzeitraum von drei Jahren. Das EFQM-Modell entspricht somit einem - in der Sprache des QM-CIP(Continuous Improvement-Process)-Ansatz und ist - anders als die Modelle der DIN EN ISO 9000 ff-Reihe primär nicht gedacht für die Außenüberprüfung zu einem festen und vorgegebenen Zeitpunkt;
- das EFQM-Modell bietet bei beschränktem finanziellen Einsatz (z.B. für die Ausbildung zum EFQM-Assessor) viele Transfermöglichkeiten in den Betrieb.
- Schließlich ermuntert dieses Modell verstärkt zu einer auch internen Kundenorientierung und mißt den reinen Geschäftsergebnissen - wie Sie vielleicht wissen - einen deutlichen, aber keineswegs prioritären oder gar ausschließlichen Stellenwert bei.

Nun zu einzelnen Aspekten, die aus Sicht des Verfassers in die Praxis von Dienstleistungsangeboten zu implementieren sind:

##### *1. Deutliche externe und interne Kundenorientierung*

Zum Begriff der externen Kundenorientierung fallen bei kleineren spontanen

Umfragen meistens die Namen der Geldgeber, wie Rentenversicherungen, Krankenkassen o.ä., oder der politischen Instanzen, die Einrichtungen und Träger finanzieren.

Dies ist durchaus einleuchtend und leicht nachvollziehbar. Seltener werden Kooperationspartner als Kunden begriffen (Beispiel: Entgiftungseinrichtungen und andere Beratungseinrichtungen), oder gar die Klient/innen und Kund/innen genannt. In modernen Qualitätsentwicklungsansätzen wird jedoch von einem wechselseitig komplementären Kundenbegriff ausgegangen. Dies praktikabel zu gestalten und fachlich abzustützen erscheint als nicht allzu kompliziertes Unterfangen, mit einer Ausnahme: wie können, medikalisiert formuliert, „kranke Patienten“ als Kunden beschrieben werden? Setzt doch der Kundenbegriff voraus, daß der Kunde Entscheidungssouveränität besitzt, er im Sinne einer Ver- oder Gebraucherberatung lediglich das für ihn passende Produkt oder die für ihn viable Dienstleistung erhalten möchte, für welche er ein Entgelt zu entrichten hat.

#### *Meine These:*

Klient/innen können als institutionell finanzierte Kund/innen betrachtet werden, wenn ich mit einem Akteursbegriff arbeite, wie er beispielsweise im systemtheoretischen Konstruktivismus eines Fritz B. SIMON für die Psychologie und die Psychiatrie, oder eines Niklas LUHMANN für die Soziologie, oder eines Theodor BARDMANN oder Heiko KLEVE für die Sozialarbeitswissenschaft entwickelt ist. Dieser Akteursbegriff setzt - und das kann in diesem Rahmen ebenfalls lediglich umrissen aber nicht en detail entwickelt werden - operative Geschlossenheit des jeweiligen Systems ebenso voraus, wie die Angewiesenheit auf Umwelt (hier z.B.

Sozialtherapeuten, Schuldnerberater o.ä.) wie die Systemumwelt jedoch die Grenze ihres Einflusses in der bloßen Verstörung und Irritierbarkeit der Systeme findet (vergl. dazu den bahnbrechenden Aufsatz von Dirk BAECKER 1994 „Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft in: Zeitschrift für Soziologie, Jahrgang 1923, Heft 2, 1994“ und zur Frage der operativen Geschlossenheit von Systemen Humberto MATURANA, Francesco VARELA, Niklas LUHMANN); Selbstbeschreibung des Kunden also als praktizierte Kundenorientierung. Auf der praktischen Ebene heißt dies Umsetzung in

1. externe Kundenbefragungen  
(z.Zt. läuft im Suchthilfezentrum zum zweiten Mal eine „Klient/innen“-Befragung; im Herbst des Jahres wird eine Kooperationspartnerbefragung durchgeführt)
2. Mitarbeiter/innenbefragungen  
(Vorentwickelt, die Durchführung ist für September bzw. Oktober 1998 vorgesehen)
3. Auftrags-clearing in der Klient/innen/Kund/innenarbeit;  
d.h. es geht im Erstgespräch um die Formulierung des Auftrags durch den Kunden an den professionellen Helfer. Der professionelle Helfer hat mit **diesem** Auftrag zu arbeiten. Beim professionellen Helfer setzt dies eine Synthese und Reflexion - Donald SCHÖN nennt dies "reflection in action" - von nahezu völliger Offenheit im besten naiven Sinne **UND** professionellem Erfahrungswissen voraus.

In dieser 'conversation with the situation' (Donald SCHÖN) prozessiert der

Klientenauftrag bis er abgearbeitet ist. Die professionelle Aufforderung an den Klienten zur Reflexion setzt erst dann ein, wenn dieser - trotz Erledigung des Primärauftrages - sein möglicherweise Generalproblem bzw. Grundproblem nicht gelöst hat, d.h. seine Lebensqualität dadurch nicht deutlich erhöht wurde. Erst wenn die Frage nach der Befindlichkeit weiterhin negativ beantwortet wird, wird der Kunde eingeladen, seine originäre Selbstbeschreibung zu präzisieren und ggf. zu erweitern. Dieser Selbstbeschreibungsansatz verbindet Akzeptanz, Review, Entwicklung bei operativer Autonomie des Kunden. Jede Definition des Kunden durch sich selbst, bezogen auf ein ihn tangierendes Problem stellt - durchaus auch in einem dialektischen Entwicklungsverständnis - eine in der Vergangenheit erfolgte Selbstanpassung dar. Soll diese Selbstdefinition des Kunden erneut positiv irritiert werden, um das Problem, mit dem er ein soziales Hilfesystem beschäftigt, der Lösung zuzuführen, ist eben eine problembezogene Selbstdefinition des Kunden als Beschreibung des Beginns eines Arbeitszusammenhangs von Kunde und sozialem Hilfesystem unabdingbar. Der Eruiierung genau dieser Selbstbeschreibung wird in der sozialarbeiterischen Praxis immer noch entschieden zu wenig Wert zuerkannt.

Positive Auswirkungen eines solchen Ansatzes sind festzustellen in mehreren Dimensionen:

#### Sozio-ökonomischer Bereich

- Nur die Hilfeangebote werden entwickelt, die tatsächlich ankommen, wo sie eingefordert werden; Qualität ist nicht Selbstzweck.
- Damit einhergehend wird eine Vermeidung der Bereitstellung nicht

abgefragter zeitlicher und finanzieller Ressourcen der sozialen Hilfeleistungssysteme erreicht.

#### Psychosoziales Beziehungsfeld

- Akzeptanz des Kunden (Du bist Dein Profil). Psychosozial bedeutet dies: Ressourcen- statt Defizitorientierung, systemtheoretisch bedeutet dies: der Kunde ist sein operativ geschlossenes System, welches das soziale Hilfesystem positiv perturbieren kann (möglicherweise).
- Bei Nichterreichung der Problemlösung ist ein professionelles Einwirken (als eine veränderte Perturbation) auf die systemspezifische Sinnhaftigkeit einer Selbstdefinitionsänderung des Kunden notwendig, im Verständnis eines Kundenberaters zur Erhöhung der spezifischen Lebensqualität.

#### Fachdiskurs

- Es handelt sich um einen Beitrag zur Aufhebung des Paradigmenstreites. Konkret im Feld des Suchthilfesystems bedeutet dies beispielsweise: Verlassen des unproduktiven Konfliktmusters niedrigschwelliger Hilfsangebote versus hochschwelliger Hilfsangebote. Eine Integration und Vernetzung multidisziplinärer, theoretisch divergierender Modelle, die an unterschiedlichen Anschlußpunkten in der Dienstleistung ansetzen, können erreicht werden. Dazu ein Beispiel aus dem Suchthilfesystem: Es ist in der Praxis häufig sinnvoller, aus dem entweder Sozialarbeit oder Tiefenpsychologie oder verhaltenstherapeutischer Dekonditionierung herauszutreten und ggf. die unterschiedlichen Interventions-techniken miteinander zu kombinie-

ren im Sinne „Schuldnerberatung + Psychoanalyse + Verhaltenstherapie“, selbstverständlich unter Anforderung der Operationalisierbarkeit der einzelnen Schritte und ihrer Evaluation.

## 2. Prozeßkostenrechnung

Neben der berechtigten und in den letzten Jahren glücklicherweise forciert gestellten Frage nach der Wirkung beratender oder therapeutischer Interventionen stellt sich aus betriebswirtschaftlichen Gründen die Frage: Was kostet die Entwicklung und Bereitstellung einer bestimmten Dienstleistung und welche Umsätze sind damit am Markt zu erzielen, so daß neben einer Kostendeckung ggf. ein Refinanzierungsanteil für andere subventionierte oder unterdeckte Arbeitsfelder erwirtschaftet werden kann? Die Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof kalkuliert die unterschiedlichen Dienstleistungsangebote entsprechend durch, und zwar nicht nur für neu entwickelte Angebote, wie z.B. die betriebliche Suchtarbeit oder die Vorbereitung auf die medizinisch-psychologische Untersuchung, sondern auch für die Grundversorgungsangebote, z.B. den Betrieb eines Kontaktladens, das Angebot der kostenlosen Betroffenenberatung oder die Arbeit der Handwerker/innen und Sozialarbeiter/in im Arbeits- und Qualifizierungsprojekt. Ziel dieser Prozeßkostenrechnung ist, die Frage nach der ökonomischen Rentabilität eines Angebotes mit der fachlich zu begründenden Notwendigkeit zu koppeln, bei Zusatzangeboten und ggf. nicht gegebener Kostendeckung das Produkt, die Akquise, den Marktpreis zu diskutieren und - im Notfall - das Produkt aus der Angebotspalette zu streichen.

## 3. Die Entwicklung vergleichbarer Dokumentationsraster

In Kooperation mit dem Betriebsrat wurde ein Zeiterfassungsraster ermittelt, welches es ausdifferenziert in 14 Arbeitssegmente ermöglicht, am Jahresende eine Kumulation der Daten einer Einrichtung zu erstellen, die darüber Auskunft gibt, wieviel Arbeitszeit in absoluten Zahlen und prozentual verwandt wurde für die einzelnen Arbeitssegmente. U.a. sind wir durch diese Berechnung in der Lage, zu eruieren, wieviel Prozent der real verfügbaren Arbeitszeit im direkten Kundenkontakt (face to face) verbracht werden, welcher Anteil für kundenbezogene, aber ohne ihn durchgeführte, Arbeit verwandt wurde (Antragsstellung, Behörden telefonate etc.). In kumulierter Fassung liegt dann ebenfalls der jährlich durchschnittliche Krankenstand vor, die Fortbildungsrate o.ä.. Für den Bereich der Kundenstatistik arbeitet die OAW mit einem modifizierten DESTAS-Programm, welches Grundlage ist für die Außendarstellung wie Presseartikel, Jahresberichte etc.

## 4. Betriebsinterne EFQM-Schulungen

Um den Bereich der QM-Entwicklung zu studieren und auszubauen, hat sich ein Mitarbeiter der Leitungsebene, der zum Thema der QM-entwicklung im ambulanten Suchthilfebereich promoviert und die diesbezügliche infrastrukturelle Unterstützung durch den geschäftsführenden Vorstand erfährt, in diesem Feld weiter qualifiziert und zum EFQM-Assessor ausbilden lassen. Die zentralen Anliegen dieses QM-Modells werden in Mitarbeiterschulungen (ca. 3-4 Tage pro Jahr ganztags) vorgestellt und für die Situation vor Ort zugeschnitten. Umgesetzt werden diese spezifischen Zuschnitte in:

## 5. Aufbau von Qualitätszirkeln

Qualitätszirkel, die, zeitlich limitiert und in der Regel aus max. drei Personen bestehend, präzise operationalisierten Fragestellungen nachgehen. So wurden einerseits mit diesem Instrument Verwaltungsabläufe optimiert, als auch z.B., um ein wesentlich komplexeres Gegenbeispiel zu nennen, fachliche Positionen präzisiert zum Thema Veränderung in der Codeinsubstitution. Zentrales Merkmal dieser Qualitätszirkel ist

- a) die Freiwilligkeit der Teilnahme
- b) die Entscheidung, Qualitätszirkel nicht vertikal zur betrieblichen Hierarchie zu bilden, sondern quer, d.h. Mitarbeiter unterschiedlicher hierarchischer Ebenen kooperieren in und mit diesem Qualitätsinstrument. Die Arbeitsweise der Qualitätszirkel ist prioritär lösungsorientiert und ihre Empfehlungen, denen in der Praxis bislang ausnahmslos nachgegangen wurde, werden im zeitlichen Abstand einem Review unterzogen; auch das eine Anforderung an praktizierte Qualität.

## 6. Der Aufbau eines Assessment-Centers

Im Unterabschnitt Kundenorientierung habe ich bereits drei wesentliche Dimensionen eines Assessment-Centers vorgestellt, nämlich die Kundenbefragungen, untergliedert in betroffene und zuarbeitende Kunden, und die Mitarbeiterbefragung. Darüberhinaus werden seit diesem Jahr erstmalig Mitarbeitergespräche geführt, an denen neben den Mitarbeiter/innen der Einrichtungs-Projektleiter und der Leiter des

Suchthilfezentrums teilnehmen. Aufgabe dieser Gespräche ist es, Stärken und Verbesserungsbereiche auszuloten, Entwicklungswünsche zu besprechen und ggf. deren Realisierung vorzubereiten und - als Gesamtziel - die "corporate identity" zu stärken. In den Mitarbeiterfragebögen, die in direkter Kooperation mit dem Betriebsrat entwickelt wurden, geht es um die interne Kundenzufriedenheit, informelle Anregungen und um die Zufriedenheit mit und Einschätzung der Leitungsebene.

Die Befragung der betroffenen Kunden dient ebenso wie die Befragung der kooperierenden Kunden (andere Beratungsstellen, Justiz, Drogenberater etc.) zu einer der unmittelbaren Verbesserung der Arbeit, soweit möglich und nicht zur Zeit unrealisierbar, wie z.B. Veränderungen in der räumlichen Ausstattung, die - niemanden wird es wundern - unmittelbar mit der Verfügbarkeit über entsprechende finanzielle Ressourcen zusammenhängen, zum anderen der fachlichen Reputation und auch damit der Erarbeitung von Konkurrenzvorteilen. Diesen Aspekt der Konkurrenz unterschiedlicher Träger im Suchthilfesystem zu verleugnen, erschiene unseriös und Ausdruck lediglich einer Teilansicht der Herausforderung, die der Umbau des sozialen Hilfe- und Dienstleistungssystems mit sich bringt.

## 7. Einführung von Reviews

Schlußendlich sei zum Thema der Implementation von zentralen Aspekten eines QM-Modells auf die besondere Bedeutung von Reviews hingewiesen. Dieses systematische und ritualisierte In-Frage-stellen der Alltagspraxis in bestimmten zeitlichen Abständen ermög-



licht, relativ wertfrei und mit einem Schwerpunkt auf der Beschreibung, Innovationen, Experimente zu wagen, auf der Ebene der Grundversorgungsangebote, diese prozessual zu optimieren.

## **V. Vernetzung und Kooperation**

Im letzten Abschnitt meines Beitrages zu möglichen neuen Wegen in der ambulanten Suchtkrankenhilfe möchte ich mich und Sie beschäftigen mit der - frei nach George Spencer Brown, einem der bedeutendsten Differenztheoretiker - nicht beleuchteten Seite der Konkurrenz, nämlich der Vernetzung und Kooperation, in externer und betriebsinterner Variation.

### *1. Externe Vernetzung*

Der Vernetzungsgrad der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof war vor der Organisationsreform unsystematisch und primär personenzentriert, d.h. in der Regel individuelle Wünsche und schon vorhandene, auch informelle Kontakte prägten das Vernetzungsprofil. Dieser, in der Sprache der Qualitätsentwicklung, Verbesserungsbereich wurde in der Folge auf drei Ebenen optimiert.

#### a) Kooperation mit anderen Trägern der Suchtkrankenhilfe

Um die Konkurrenz und zugleich Kooperationschancen zu thematisieren, wurde ein Runder Tisch installiert, an dem alle in Stadt und Kreis tätigen Träger der stationären und ambulanten Suchtkrankenhilfe zusammenkommen, mit der Zielvorgabe, in diesen Gremien Kooperationsangebote und deutliche Ef-

ektivitätsvorgaben und Effizienzanprüche zu entwickeln. Nach anfänglich äußerst mißtrauischem Abtasten und kräftiger Skepsis gegenüber unserem Träger konnte der mögliche Nutzen einer Kooperation jedoch veranschaulicht werden.

#### b) Realisierung einheitlicher Projekte

Dies gelang beispielhaft in der Erstellung eines 1998 erstmals für alle Träger und Einrichtungen im ambulanten und stationären Bereich gültigen Dokumentationsraster bezüglich der bei anderen Trägern in der Regel immer noch Klient/innen benannten Kund/innen. Eine Vergleichbarkeit und damit auch Meßbarkeit der Tätigkeiten einer Einrichtung oder eines Trägers ist damit erstmalig gegeben, ein Beispiel dafür, wie Konkurrenzaspekte mit Kooperationsmöglichkeiten gekoppelt werden können. Mittlerweile erweist sich das Arbeitsklima dieses Runden Tisches als entspannt, die Position der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof wurde zeitgleich gefestigt und auch ausgebaut, so daß in der suchtpolitischen und suchtfachlichen Debatte die Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof den ersten Ansprechpartner in der Region darstellt.

#### c) Intensivierung hochrangiger Gremienarbeit

Um die fachliche und fachpolitische Reputation und Bedeutung des Trägers zu erhöhen, galt es in einem zweiten Schritt, überregional, d.h. vor allem auf Landesebene, die hochrangige Gremienarbeit zu intensivieren. Die Hessische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (HLS), in Hessen zwischenzeitlich zum zentralen Ansprechpartner des zuständigen Ministeriums erkoren,

da sich das Referat für Drogenfragen zunehmend weniger mit den einzelnen großen oder kleinen Trägern beschäftigen wollte, war dafür eine geeignete Plattform. Auch hier galt es, mit etwas Gespür für die zur Zeit in der hessischen oder nationalen Suchtproblematik besonders dringenden Fragen, Arbeitsfelder zu reklamieren, zu besetzen und - in der Bilanzierung sicherlich das wichtigste - zu bearbeiten. Dies gelang im Bereich der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung und dem Themenfeld eines zentralen Fachausschusses der HLS, der für Fragen der ambulanten und stationären Entwöhnung sowie der Entgiftung zuständig ist, nachweislich. Ein nicht unwesentlicher Nebeneffekt dieser fachlichen und fachpolitischen Wahrnehmung der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof besteht - und dies war zu vermuten - in der informellen Einbeziehung und Informationsweitergabe, getreu der Devise der Informationsgesellschaft, daß es (mit-)entscheidend für die Positionierung einer Person oder Institution sei, wann sie über Zugang zu welchen Informationen verfügt.

d) Pressearbeit

Als weiteres Feld der Verzahnung der Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof mit ihrer sie umgebenden (Fach-)Umwelt wurde die Pressearbeit intensiviert. Die regelmäßige Wahrnehmung und Berichterstattung zumindest in der Region über Innovationen, Formen und zuweilen auch Grundversorgungstätigkeiten der Einrichtungen ermöglicht nicht nur die Chance der politischen Repräsentanz, die u.a. durch das Angebot regelmäßig in den Fachausschüssen der Städte und Gemein-

den (Jugendhilfeausschuß, Sozialausschuß u.ä.) über die Entwicklung der Einrichtungen zu informieren, verstärkt wird, sondern auch die Thematisierung bestimmter suchtspezifischer Fragen in der regionalen Öffentlichkeit. Vielleicht ein konkretes Beispiel hierzu: die Offenbacher Arbeitsgruppe Wildhof beabsichtigte vor einigen Jahren, eine kleine Entgiftungsklinik für einen qualifizierten, medikamentengestützten Entzug aufzubauen und hatte dafür eine bestimmte Liegenschaft (ehemaliges Hotel) im Auge. Die - damals nicht oder nur schlecht - vorbereitete Pressekooperation sorgte für entsprechende Negativwellen (Bürgerversammlungen etc.), die das Projekt schlußendlich mit zum Scheitern brachten. Dagegen gelang es in 1997, in der Innenstadt Offenbachs (Einkaufszonenbereich) eine Betreute Wohngemeinschaft für in der Methadonsubstitution befindliche Menschen aufzubauen, welche bislang mit keinerlei Pressekampagnen - weder im Vorfeld noch in der praktischen Alltagsarbeit - zu kämpfen hat. Soviel zum Aspekt der externen Vernetzung und Kooperation.

Ebenso bedeutsam für das Gelingen von inhaltlichen und organisatorischen Reformen ist der Aspekt der

## 2. *Internen Vernetzung und Kooperation*

Hierzu möchte ich folgende Bereiche anreißen:

a) Räumliche Zentrierung

Gewachsen in der zu Beginn dargestellten relativen Autonomie, erwies sich die zu beobachtende „Fast-Null-Kommunikation“ zweier zentra-

ler Bereiche, niedrigschwelliges Kontaktladenangebot und Psychosoziale Beratung und Behandlung, als sehr ernst zu nehmendes Handicap für Reformrealisationen. Wir entschieden uns für eine räumliche Zentrierung bei gleichzeitiger räumlicher Erweiterung. Die beiden betroffenen Einrichtungen zogen beide in eine gemeinsame Liegenschaft um, die neben einer räumlichen Erweiterung für beide Einrichtungen die **Trennung und Verzahnung** beider Einrichtungen - auch baulich - ermöglichte. Ein Schritt, der sich als ausgesprochen notwendig und richtungsweisend zeigte und mittlerweile rundum, d.h. von allen Beteiligten, begrüßt wird.

b) Fallkonferenzen/Schnittstellen

Diese räumliche Zentrierung mündet ein in einen nächsten Veränderungsbereich, den der gemeinsamen Schnittstellen, wie z.B. Fallkonferenzen, Kundenübergaben u.ä.. Diese gemeinsame Teilmenge, als Schnittstellenproblematik zur Zeit Gegenstand vieler Veröffentlichungen im Themenfeld neuer Steuerungsmodelle, bedarf auf der organisatorischen Ebene einer Arbeitsplatzbeschreibung, auf der semantischen Ebene eines gemeinsamen Grundlagenkonzeptes, aus denen sich die einzelnen Dienste und Abteilungen ausdifferenzieren und in das sie ebenso wieder einmünden und, als meines Erachtens wichtigsten Faktor, auf der informellen und beziehungs-dynamischen Ebene einer Atmosphäre, die Schutz und Sicherheit bietet, um Experimente evaluieren zu können, Verbesserungsbereiche als solche identifizieren zu können, kurz: Transparenz zulassen zu können. Diese Bündelung (Arbeitsplatzbeschreibung, Grund-

lagenkonzept mit Ausdifferenzierungen, Atmosphärenbildung) ist nur zu erzielen über eine den Betriebsbedürfnissen gerecht werdende Personalpolitik. Die Thematik der „corporat-identity-Konzepte“ belegt dies deutlich.

c) Atmosphärenbildung

● Wiedereinführung betrieblicher Feste

● Wöchentlicher Small-Talk

Zur Schaffung einer Betriebskultur und arbeitsförderlichen und beziehungs-förderlichen Atmosphäre arbeitet das Suchthilfezentrum Offenbach mit zwei Instrumenten, einem wenig spektakulärem, und einem vielleicht auch eher unkonventionellem. Die Wiederbelebung von betrieblichen Festen wie Betriebsausflügen, Weihnachtsfeiern, Geburtstagskaffees u.ä. werden Sie wahrscheinlich nicht für besonders erwähnenswert halten, dennoch ist ein Verzicht auf solche Instrumente auch aus Gründen der dadurch vermittelbaren Wertschätzung wenig sinnvoll. Das Suchthilfezentrum Offenbach installierte daneben einen wöchentlich einstündigen, institutionell festgelegten Small-talk, der m.E. in dieser Form bislang nur selten praktiziert wird. In Anerkennung erstens der geleisteten Arbeit und des zeitlichen Engagements in der Arbeit und zweitens in Anerkennung des Bedürfnisses, mit Kollegen auch einmal über den Urlaub, das Wochenende, die Fußballweltmeisterschaft, die Krankheit des Schwiegervaters o.ä. Dinge reden zu können, ohne das Gefühl zu haben, Arbeitszeit zu stehlen, diesen Bedürfnissen nur zwischen Tür und Angel nachgehen zu dürfen oder wenn der Vorgesetzte aus dem Haus ist, experimentieren wir bis-

lang sehr erfolgreich mit diesem Instrument, welches praktisch bedeutet, daß eine festgelegte Stunde pro Woche für alle Mitarbeiter blockiert ist und nur der Mitarbeiter selbst die Möglichkeit hat, hiervon eine Ausnahme zu erwirken, sich selbst zu exkludieren.

- d) Kooperation mit dem Betriebsrat  
Beenden möchte ich meine Ausführungen mit einem Hinweis, der in den vorangegangenen Abschnitten zwar eher sporadisch und mitlaufend, aber dennoch - so hoffe ich - deutlich mitgeteilt wurde, so daß ich darauf verzichte, diesen Aspekt weiter zu vertiefen, nämlich die wünschenswerte und notwendige, vertrauensvolle Kooperation mit dem Betriebsrat. Diese entspricht nicht nur zentralen Grundzügen entwickelter QM-Theorien, sondern ist vor allem in der praktischen Alltagsarbeit von enormer Bedeutung. Die Implementation von Reformen, die Erwartung erhöhter Flexibilität der Mitarbeiter/innen - konzeptionell und zeitlich - sind nur auf der Grundlage möglichst breiter Akzeptanz in der Mitarbeiterschaft möglich, ebenso - sollen juristische Ausbremsmanöver und Lähmungstaktiken vermieden werden - Veränderungen im Personalbereich.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und Ihr Interesse.

## Literatur

Dirk BAECKER (1994), Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 23, Heft 2, April 1994, S. 93-110

W.BÄNFER (1994), Qualitätszirkel als Instrument partizipatorischer Unternehmensstrategie in: f.u.W. Heft 1/94, 11. Jahrgang, Seite 37-46

Theodor BARDMANN, (Hrsg.). 1998, Zirkuläre Positionen - Konstruktivismus als praktische Theorie, Opladen

Theodor BARDMANN, M. HANSEN, Sandra, 1996, Die Kybernetik der Sozialarbeit, Aachen

A.BRODOCZ (1996), Verbände als strukturelle Kopplung in: Soziale Systeme Heft 2/1996 Opladen

G.SPENCER BROWN (1979), Laws of Form, New York

R. BUSCHMANN-STEINHAGE (1991), Zur Effektivität und Effizienz von Rehabilitationsmaßnahmen für Abhängigkeitskranke in: Deutsche Rentenversicherung, Heft 2/3 1991, Seite 169 - 179

C. CASTANEDA (1972), Journey to ixtlan, New York

A. COMBE, W. HELSPER (Hrsg.) (1996), Pädagogische Professionalität, Frankfurt

W. E. DEMING (1986), Out of the Crisis, 2. Auflage, Cambridge / Mass. / USA: Massachusetts Institute of Technology Press

Peter DEGKWITZ (1996), Erfolgsmessung in der Suchtkrankenhilfe - Mythos oder reale Aufgabe in: Hamburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren e.V. Qualitätssicherung in der ambu-

lanten Suchtkrankenhilfe, Geesthacht  
Fachverband Sucht e.V. (Hg.) (1995),  
Qualitätssicherung in der Rehabilitation  
Abhängigkeitskranker, Geesthacht

H. FINGARETTE (1988), Heavy drink-  
ing, The myth of alcoholism as a  
disease, Berkeley (Univ.of Calif.Press)

H. v. FOERSTER (1993), Wissen und  
Gewissen - Versuch einer Brücke,  
Frankfurt

W. FUNKE (1995), Rehabilitation -  
Festschreibung von Leistungskatalogen  
oder Prozeßhilfe zur Innovation? in:  
Fachverband Sucht e.V. (Hg.) Qua-  
litätssicherung in der Rehabilitation Ab-  
hängigkeitskranker, Geesthacht

Ernst von GLASERSFELD (1996), Ra-  
dikaler Konstruktivismus, Ideen, Ergeb-  
nisse, Probleme, Frankfurt

D. HÄUSSLER (1991), Anwendungs-  
möglichkeiten von Qualitätssiche-  
rungsprogrammen und -maßnahmen  
in den USA für die medizinische Reha-  
bilitation in der Deutschen Rentenversi-  
cherung (Institut für Gesundheit und  
Sozialforschung), Berlin

A. KAISER (1996), Was erreicht die  
deutsche Drogenpolitik - Eine ökonomi-  
sche Analyse des illegalen Drogen-  
marktes, Marburg

G. F. KAMISKE (1996) (Hrsg.), Rentabel  
durch TQM, Berlin, Heidelberg,  
New York

Heiko KLEVE (1996), Konstruktivismus  
und soziale Arbeit, Aachen

N.LUHMANN (1997), Die Gesellschaft  
der Gesellschaft, Frankfurt, Bd. 1,  
B.MAELLICKE (Hg.) (1996), Qua-  
litätsmanagement in sozialen Betrieben  
und Unternehmen, Baden-Baden

W. MASING (1994), Handbuch Qua-  
litätsmanagement 3. Auflage, Mün-  
chen, Wien

H. R. MATORANA (1987), Kognition  
In: Schmidt, S.J. (Hrsg.) 1987, Der Dis-  
kurs des radikalen Konstruktivismus,  
Frankfurt/M

K. D. POHL (1996), Ökonomische Aus-  
wirkungen des Qualitätsmanagements  
in: G. F. KAMISKE (1996) Hrsg. Rentabel  
durch TQM, Berlin, Heidelberg,  
New York

H. PORTELE (1992), Der Mensch ist  
kein Wägelchen, Gestaltpsychologie-  
Gestalttherapie-Selbstorganisation-  
Konstruktivismus, Köln

R. RASCHKE (1996), Erfolgsmessung  
von Langzeitverläufen zwischen Arte-  
fakt und Prophetie in: M. KRAUSZ,  
Chr. HAASEN, Langzeitperspektiven  
süchtigen Verhaltens, Freiburg

D. A. SCHÖN (1983), The Reflective  
Practitioner, New York

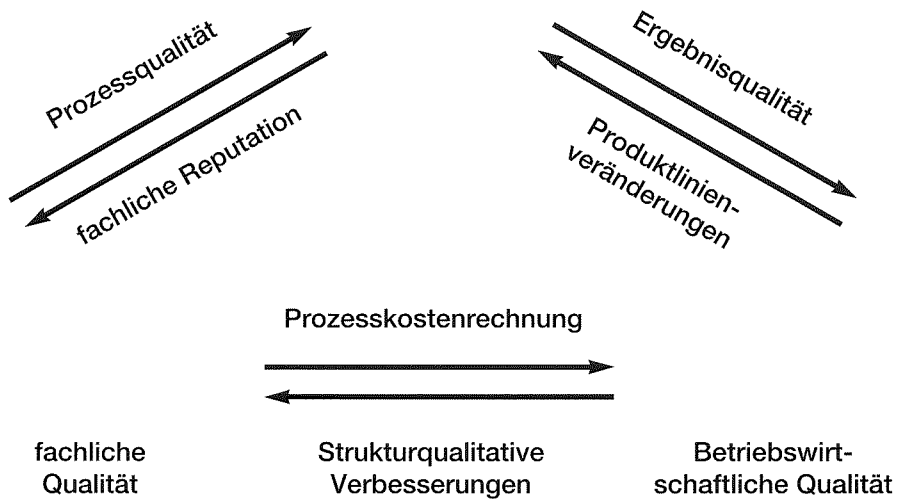
A. STRAUSS, J. CORBIN (1996), Groun-  
ded Theory - Grundlagen qualitativer So-  
zialforschung, München, Weinheim

F. VARELA, E. THOMPSON, E.  
ROSCH (1992), Der mittlere Weg der  
Erkenntnis, Bern, München, Wien

M. WOCHNER (1996) Prozeßgestal-  
tung und Kostenabbildung in der frak-  
talen Fabrik in: G. F. KAMISKE (1996),  
Hrsg., Rentabel durch TQM, Berlin,  
Heidelberg, New York

Klaus J. ZINK (Hrsg.) (1997), Qualitäts-  
wissen - Lernkonzepte für moderne  
Unternehmen, Berlin, Heidelberg, New  
York

# Kundenzufriedenheit



## A

Fachliche Qualität löst über Prozessqualität Kundenzufriedenheit aus, die sich über Ergebnisqualität in der betriebswirtschaftlichen Qualität widerspiegelt und dort strukturqualitative Verbesserung im Bezug auf fachliche Qualität auslösen kann.

## B

Kundenzufriedenheit löst über fachliche Reputation Inputs in fachliche Qualität aus, die wiederum mittels Prozesskostenrechnung die betriebswirtschaftliche Qualität anregt und beim Kunden in Form einer Veränderung (Optimierung) der Produktlinie ankommt.

# *Das ILSE-Arbeitsprojekt für medikamentengestützt lebende Rauschmittelabhängige*

## **Hartwig Marx**

Fachinstitut für Suchtmittelgefährdung  
und -erkrankung  
Märkische Heide 51  
14532 Kleinmachnow

## **Inhalt**

- I. Grundbedingungen
  1. Regionale Arbeitsmarktsituation
  2. Zielgruppensituation
  3. Die Arbeit der Hartwig-Marx-Stiftung, Berlin
  2. Maßnahmemethoden zur Problemlösung
  3. Kooperationspartner zur Arbeits-erprobung und -qualifizierung
  4. Zeitliche Konkretisierungen der Maßnahme
- II. Skizzierung der Arbeitsinitiative
  1. Problemstellung
  2. Zielgruppe
  3. Zielsetzung
  4. Wesentliche Maßnahmemerkmale und flankierende Maßnahmen
  5. Ausstattung, Mitarbeiter und Regie
  6. Finanzierung für die Teilnehmer /innen
- IV. Innovatorische Elemente der Arbeitsinitiative
  1. Frauen in Substitutionsmaßnahmen
  2. Substituierte Rauschmittelabhängige im Arbeitsmarkt
  3. Perspektiven, Ergebnistransfers und Übertragbarkeit
  4. Austausch während des Projektes
  5. Evaluation und Dokumentation
- III. Umsetzung der Arbeitsinitiative
  1. Spezielle Problemstellungen im Arbeitsbereich

# I. Grundbedingungen

## 1. Regionale Arbeitsmarktsituation

*Der Arbeitsmarkt in Berlin ist geprägt von einer generellen Arbeitslosenquote von ca. 10 - 15 % der erwerbsfähigen Bevölkerung, im Juni 1998 waren es 266 959 Personen<sup>1</sup>. Auch in dem von Berlin aus erreichbaren brandenburgischen Umland stehen Arbeitsuchende vor den gleichen Problemen. - In Teilbereichen, etwa dem der angelernten oder ohne Berufsausbildung offenen Arbeitsfelder, ist die Situation verschärft dadurch, daß hier nicht nur das Angebot aufgrund von Automatisierung und Rationalisierung in der Arbeitswelt zunehmend geringer ist, sondern auch Arbeitnehmer/innen und Arbeitnehmer aus strukturell noch schwächeren Gebieten, wie etwa den nahen ehemaligen Ostblockstaaten, nachdrängen; hinzu kommt die immer häufigere Vergabe und Besetzung solcher Arbeitsplätze im Rahmen sogenannter 'geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse' oder in 'Schwarzarbeit'.*

Bei den erwerbsfähigen Frauen liegt die registrierte Arbeitslosenzahl in Berlin aktuell bei 117 516<sup>2</sup>.

Besonders bei Frauen gilt, daß die offizielle Arbeitslosenquote stark von der tatsächlichen abweicht, da arbeitslose Frauen - insbesondere in Niedrigqualifikations- und Niedriglohnbereichen - aus verschiedenen Anlässen aus der Arbeitslosenstatistik herausfallen: wegen Nichtbezugs von Unterstützungs-

geldern und darauffolgender freiwilliger Abmeldung aufgrund Unterhaltspflichten des (berufstätigen) Ehegatten; anläßlich Schwangerschaft und Elternschaft; wegen informeller 'Schwarzarbeit' (Putzen u.ä.); aus Krankheitsgründen etc.. Als 'Ersatz' für Leistungen wegen Arbeitslosigkeit wird teilweise Sozialhilfe bezogen.

Für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, wie etwa Menschen mit Behinderung, Haftentlassene, Jugendliche (mit und ohne Schulabschluß), existieren Förderprogramme der Arbeits- und Sozialbehörden in Zusammenarbeit mit freien gemeinnützigen Trägern und, in geringerem Umfang, mit allgemeinen Gewerbebetrieben. Die entsprechenden Programme münden - soweit sie aufgrund ihrer Struktur und finanziellen Ausstattung die entsprechenden Zielgruppen überhaupt erreichen und weiterführen können - für die erfaßten Arbeitslosen in der Regel in weitere Arbeitslosigkeit nach Abschluß der Maßnahmen (dabei allerdings verbunden mit einer graduellen Verbesserung der Qualifikation, aber in der Regel geringeren Bezügen); in selteneren Fällen führen die Maßnahmen zu einer (befristeten) Fortsetzung der mit der Maßnahme geförderten Tätigkeit im sogenannten 'Zweiten Arbeitsmarkt'; wesentlich seltener folgen unbefristete, dauerhafte oder qualifizierte / berufsqualifizierende Anstellungsverhältnisse im 'Ersten Arbeitsmarkt'.

Neben den oben angeschnittenen strukturellen Gründen beruht Letzteres regelmäßig darauf, daß auf spezielle benachteiligte Bevölkerungsgruppen

1 Nach offiziellen Angaben des Landesarbeitsamtes Berlin

2 Im Juni 1998; Quelle wie vorstehend



zugeschnittene Maßnahmen zu deren (Re-) Integration in den (Ersten) Arbeitsmarkt genauer Kenntnisse der vorhandenen Defizite und Fähigkeiten, der Methoden zu ihrer Beseitigung und vor allem der zu deren Umsetzung notwendigen qualitativen, quantitativen und finanziellen Mittel bedürfen.

Soweit entsprechende Kenntnisse gegeben und potentielle Durchführende vorhanden sind, fehlt es oft an der Akzeptanz der Behörden hinsichtlich ihrer eigenen Zuständigkeit, da sich die Aufgabenbereiche von Arbeits-, Gesundheits- und Sozialbehörden überschneiden, mit der Folge, daß gerade in Zeiten allgemeiner Mittelknappheit u.U. nicht kooperative Lösungen gesucht werden, sondern die jeweilige Nichtzuständigkeit benannt wird.

## 2. Zielgruppensituation

Für die Zielgruppe der Suchterkrankten - die Zahl der von illegalen Betäubungsmitteln abhängigen Suchtkranken in der Stadt und dem Land Berlin wird auf ca. 7.000 - 8.000 Personen geschätzt<sup>3</sup> - existieren in Berlin keine oder nur marginale spezielle arbeitsmarktpolitische Programme im Bereich der Nachsorge bei Nichtsubstituierten. Zwar ist allseits bekannt und anerkannt, daß Suchterkrankungen sehr rasch zu Entsozialisierung und dem Ausschluß aus der Arbeitswelt führen, oder bei jungen Menschen das Hineinwachsen in die Arbeitswelt erst gar nicht ermöglichen. Die daraus abzuleitende Folgerung wird jedoch nicht gezogen, daß diesem Prozeß - wie bei

anderen problembelasteten Gruppen - mit spezifischen, auf die Ursachen zugeschnittenen Maßnahmen und Programmen begegnet werden muß, damit er gestoppt wird oder die Betroffenen wieder erlernen, durch eigene legale Tätigkeit ihren Lebensunterhalt zu bestreiten.

So bestehen für Abhängige illegaler Betäubungsmittel Angebote zur (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt in aller Regel allenfalls dann, wenn sie auch anderen Benachteiligtengruppen zuzuordnen sind - und trotz ihrer Suchterkrankung in für diese eingerichtete arbeitsmarktpolitische Maßnahmen aufgenommen werden können. Ist eine Aufnahme dann erfolgt, wird ein Scheitern oft dadurch begünstigt, daß suchterkrankungs-spezifische Maßnahmengestaltung und begleitende Hilfen weder eingeplant noch vorhanden sind.

Für substituierte Suchterkrankte (medikamentengestützt lebende Rauschmittelabhängige) treffen vorstehende Ausführungen in teilweise drastischer Weise insofern zu, als ihnen aus den Aspekten der Gesundheitsfürsorge zwar medizinische Versorgung einschließlich der Versorgung mit dem Substitutionsmittel zuteil wird, zusätzlich auch - zumindest theoretisch - 'Psychosoziale Betreuung'; aber weitergehende Maßnahmen der (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt ergeben sich allenfalls am Rande und zufällig in wenigen Einzelfällen.

Gerade Substituierte weisen - schon weil dies die geltenden Vorschriften zur

---

3 Drogenbericht 1997 der Landesdrogenbeauftragten Berlin / Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport; aktuellere Zahlen sind noch nicht veröffentlicht

Zulässigkeit der Substitution implizieren - fast immer tiefgreifende Desozialisierungsmerkmale auf; nur ein Bruchteil der ca. 2.300 in Berlin mit Methadon substituierten Rauschmittelabhängigen<sup>4</sup> steht im Arbeitsleben und verbleibt darin; ein größerer Teil gelangt während des Verlaufs der Substitution in sozial-geförderte Arbeitsverhältnisse (überwiegend im `Zweiten Arbeitsmarkt`); der weitaus größte Teil bleibt im Status der Erkrankung, verbunden mit Arbeitsunfähigkeit und/oder Arbeitslosigkeit.

Vor allem fehlt es an Mitteln zur individuellen Einschätzung der Substituierten, Neu-Motivation und begleitender, stufenweiser Heranführung an die Arbeitswelt, an der Erschließung von Arbeitsplätzen, die mit den Belastungen einer Suchterkrankung vereinbar sind, und regelmäßig an technischer, fachspezifischer Unterstützung.

Bei substituierten Frauen, die in den existierenden Beratungs- und Behandlungsstellen ankommen und psychosozial betreut werden<sup>5</sup>, liegt der Anteil der Arbeitslosen und seit mehr als 5 Jahren nicht Berufstätigen bei nahezu 100 %. Neben den obengenannten Gründen beruht dies auch darauf, daß diese Frauen geschlechts- und schichtspezifisch nie einen Beruf erlernt haben und daß im Verlauf ihrer Suchterkrankung etwaige Chancen zum Nachholen einer Berufsausbildung verstrichen sind.

### 3. Die Arbeit der Hartwig-Marx-Stiftung, Berlin

Die Arbeit der Hartwig-Marx-Stiftung, Berlin, orientiert sich in allen ihren Bereichen an den Grundzügen des Konzeptes der `gruppenunterstützten außerstationären Suchtkrankenbehandlung` des `VgS e.V.` (seit Übernahme der Trägerschaft durch die Stiftung: `VgS-Therapieprojekt`), welches im wesentlichen seit seiner Begründung Mitte der siebziger Jahre angewandt wird<sup>6</sup>.

Da alle Maßnahmen im Rahmen der Behandlung gebunden sind an die bestehenden Ressourcen und Strukturen des Gemeinwesens, läßt sich das Konzept auch auf Bereiche, die nicht zur abstinentenorientierten `Teilstationären Therapie` im traditionellen Sinne gehören, übertragen.

*Das Konzept, das staatlich, justiziell und von den Sozialversicherungsträgern anerkannt ist, geht davon aus, daß die Behandlung nur erfolgreich sein kann, wenn sie unmittelbar bei den individuell und gesellschaftlich bedeutsamsten Bereichen ansetzt, nämlich der physisch-psychischen Verfassung der Patient/innen, der (Neu-) Gestaltung ihrer Arbeits-, Wohn- und Freizeitbedingungen und ihren sozialen Beziehungen.*

Zur Verwirklichung der therapeutischen Ziele werden die dazu geeigneten besonderen Instrumente ver-

4 nach Auskunft der Clearingstelle der Ärztekammer Berlin betrug die Zahl der im Juli 1998 in Berlin substituierten Drogenabhängigen 2.279

5 also nicht durch Hausärzte lediglich mit dem Substitut versorgt werden oder sich selbst mit anderen Ersatzstoffen versorgen u.ä.

6 Zu Einzelheiten vgl. u.a. „Teilstationäre Therapie“ von H. Marx, in: Drogentherapie in der Praxis, Weinheim und Basel 1991

wandt - also etwa hinsichtlich der notwendigen physisch-psychischen Heilungsprozesse verschiedenste ärztliche und insbesondere psychotherapeutische Methoden, oft notwendigerweise auch unter Einbeziehung des mitbestimmenden Umfeldes (z.B. der Familien).

*Hinsichtlich der Gestaltung der sozialen Beziehungen u.a. erfolgt eine wesentliche Unterstützung schon zu Beginn der Behandlung durch die Einbindung in eine temporäre Gruppe. Diese "Wohngruppe" wird individuell für jede/jeden Patientin/Patienten gebildet aus 6 - 8 Freiwilligen, Laien aus dem Umfeld der Stiftung, Nicht-Suchtkranken aus dem Umfeld der Patient/innen, sowie ehemaligen Sucht-Patient/innen. Die "Wohngruppe" betreut die/den Patientin/Patient in der Regel während der ersten 6 - 8 Wochen der Behandlung, sodaß durch die Trennung vom drogenorientierten Umfeld bereits eine soziale Neuorientierung beginnt.*

*Angebote in den weiteren Projekten der Hartwig-Marx-Stiftung, z.B. den Kindertagesstätten, Einrichtungen der Prävention, assoziierten Betrieben, Institutionen usw., gehören ebenso zu den Inhalten und angebotenen Möglichkeiten der Behandlung, wie die Unterstützung in schulischen und beruflichen Belangen durch temporäre und ständige Projekte der Hartwig-Marx-Stiftung.*

*Die Nutzung der Selbsthilfekräfte und die gemeindeintegrative Arbeit sind bestimmende organisatorische Merkmale der therapeutischen und integrativen Arbeit in allen Projekten der Hartwig-Marx-Stiftung.*

- Die Nutzung der Selbsthilfekräfte bedeutet primär, aber unter vielem anderen, die direkte und tätige Weitergabe von Genesungserfahrungen unter Patient/innen;
- gemeindeintegrative Arbeit meint die organisatorische und personelle Zusammenarbeit mit Personen und Institutionen des Alltagslebens als wesentlicher Bestandteil von Beginn der Behandlung an, in Wohn-, Freizeit- und Therapiegruppen ebenso wie in Betrieben; hierdurch wird die jeweils frühestmögliche und weitestgehende Integration der genesenden Patient/innen in das "normale" Leben gefördert.

*Diese Organisationsform der Nutzung brachliegender gesellschaftlicher und individueller Ressourcen ist im übrigen nicht nur den therapeutischen Zielen am ehesten dienlich, sondern schont auch die fiskalischen Ressourcen der Gemeinschaft erheblich.*

Im Verlauf der Umsetzung des vorstehend umrissenen Konzeptes wurden letztlich auch die Tätigkeitsbereiche der Hartwig-Marx-Stiftung (vormals 'VgS e.V.') erweitert durch die Begründung von neuen Projekten, die die Grundprinzipien in der Behandlung zu stützen geeignet sind und im übrigen auch selbst verwirklichen.

Es existieren zur Zeit folgende Projekte und generelle Handlungsbereiche der Hartwig-Marx-Stiftung:

- **'VgS-Therapieprojekt'** - Sozialintegrative abstinenzorientierte Psychotherapie für Rauschmittelabhängige

- gige mit Unterstützung von Wohngruppen; Einzeltherapie, Gruppentherapie, Intensiv-Therapie-Wochenenden, Paar- und Angehörigentherapie, Soziales Training, Freizeit- und Selbsterfahrungsgruppen, Physiotherapie, labormedizinisch geleitete Abstinenzuntersuchungen;
- **ERSTE** Marzahner Drogenberatung - Präventions-, Betroffenen- und Elternberatung;
  - **ILSE** - Arbeitsprojekt für medikamentengestützt lebende Rauschmittelabhängige - Substitution und Arbeitsprojekt mit insbesondere kaufmännischen Schwerpunkten; Psychosoziale Betreuung; Berlin-Charlottenburg);
  - **Club 93** - sportorientiertes Präventionsprojekt für Jugendliche in Berlin-Marzahn und 'Stadt-Rand-Imbiß' - Präventionsprojekt für Kinder in Berlin-Hellersdorf;
  - **von wegen** - Integrative Kindertagesstätte, Berlin-Hellersdorf, und 'Kinderbäckerei' - Integrative Kindertagesstätte für HIV-/ AIDS-betroffene und nicht-betroffene Kinder, Berlin-Zehlendorf;
  - Wohnprojekte **Wir Bleiben** - eigenständige Wohnungen und Wohngemeinschaften in Berlin-Zehlendorf;
  - 'Fachinstitut' für Suchtmittelgefährdung und -erkrankung - Forschung, wissenschaftliche Veröffentlichungen; therapeutische/medizinische Fortbildungen; Fortbildungsseminare zu Gemeinwesen- und Suchtkranken helfer/innen; Kleinmachnow/ Brandenburg;
  - **Stammhaus**; Therapie- und Tagungshaus, Wilhelmsburg/Vorpommern.

## II. Skizzierung der Arbeitsinitiative

### 1. Problemstellung

Wie oben (zu I.2.) dargelegt ist die (Re-)Integration insbesondere substituierter Rauschmittelabhängiger in reguläre Arbeitsprozesse ein bislang durch arbeitsmarktpolitische Maßnahmen allenfalls marginal und zufällig erfaßtes Problem.

Die Erfahrung zeigt, daß die Vergabe von Drogensatzstoffen bzw. medikamentengestützte Behandlungsangebote für chronisch Rauschmittelabhängige in der Regel keine ausreichende Unterstützung sind, um diesen Prozeß bewirken zu können. Notwendig sind ergänzende Maßnahmen für die Betroffenen, primär im Lebensbereich Arbeit und sekundär in der Normalisierung von Wohn- und Freizeitsituationen für eine eigenständige und eigenverantwortliche Lebensführung.

---

7 Aus dem 'Fachinstitut' sind verschiedene Veröffentlichungen zur Behandlung und sozialen Integration von Suchterkrankten hervorgegangen, darunter - in Kooperation mit der FU-Berlin - der 'Zwischen- und Schlußbericht der Forschungsgruppe Drogenprobleme' für die Europäische Gemeinschaft, 1982 und 1985; ebenso die Dokumentation und Stellungnahme 'Methadon-Praxis in Europa' von H. MARX u.a., Weinheim, 1989, bzw. in der dritten Auflage: 'Medikamentengestützte Suchtkrankenbetreuung', Weinheim 1996

Für medikamentengestützt lebende Frauen ist die Situation verschärft durch subjektive Faktoren - z.B. fehlende Schulausbildung; keine Berufsausbildung aufgrund traditioneller Familienorientierung - und durch objektive Bedingungen, insbesondere die in den letzten Jahren gewachsene Arbeitsmarktstruktur, die (ungelernte) Frauen am ehesten vom Arbeitsmarkt ausschließt.

Soweit die vorhandenen, quantitativ und qualitativ hinsichtlich der Problemgruppe der Rauschmittelabhängigen unzureichenden arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen überhaupt für medikamentengestützt lebende Suchterkrankte zugänglich sind, so beinhalten sie, daß von dort nur selten eine Vermittlung in Arbeit stattfindet und wenn, dann fast ausschließlich in den 'Zweiten Arbeitsmarkt'.

Das Modellprojekt "Integrierende Arbeitserprobungs- und Arbeitsqualifizierungsmaßnahme für medikamentengestützt lebende Rauschmittelabhängige" wird daher eingerichtet als eine Arbeitserprobungs- und Arbeitsqualifizierungsmaßnahme zur Unterstützung des Integrationsprozesses in den 'Ersten Arbeitsmarkt'.

## *2. Zielgruppe*

Das Modellprojekt ist für 15 chronisch Rauschmittelabhängige konzipiert, die zur Zeit krankheitsbedingt bzw. wegen mangelnder Bereitschaft nicht an bestehenden abstinentenorientierten Behandlungsmöglichkeiten teilnehmen können und sich in medikamentengestützter Betreuung befinden.

Bevorzugt werden Frauen in der Altersgruppe zwischen 18 und 40 Jahren als Teilnehmerinnen gewonnen, bei denen eine Arbeitsqualifizierung nicht vorhanden, zu geringfügig oder zu weit

zurückliegend ist, und die von daher den Anforderungen und Erfordernissen des derzeitigen Arbeitsmarkts nicht gerecht werden können.

Von einem vergleichsweise erheblichen Grad von Entsozialisierung und Entfremdung von der Arbeitswelt ist bei Erfüllung der vorgenannten Kriterien bei den Teilnehmerinnen zusätzlich auszugehen.

## *3. Zielsetzung*

In dem Modellprojekt stehen die Arbeitserprobung, das Erlernen von Arbeitsfähigkeiten, Arbeitstugenden und Arbeitsorganisation im Vordergrund.

Daneben sollen sich die Teilnehmerinnen in kleinsten Schritten und Ansätzen Qualifikationen, insbesondere im EDV-Bereich, im Büro- und kaufmännischen Dienstleistungsbereich, sowie bei Bedarf als Ergänzung im handwerklichen Bereich, aneignen.

Ziel ist die Vermittlung der Teilnehmerinnen in ein Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis im 'Ersten Arbeitsmarkt' nach Abschluß der Maßnahme, in geeigneten Fällen schon während des Verlaufs der Arbeitsinitiative.

Teilnehmerinnen in sukzessiver eigenständiger Arbeit werden mit technischem und fachspezifischem Know-how des Projekts unterstützt.

## *4. Wesentliche Maßnahmemerkmale und flankierende Maßnahmen*

Aufgrund der bestehenden Rauschmittelabhängigkeit und dem Verweilen im Krankheitsbild ist eine behutsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit und schrittweise Ausweitung von anfänglich zwei Stunden täglicher Arbeitsanwesenheit auf bis zu mindestens sechs Stunden notwendig, damit der Direkteinstieg in

den 'Erster Arbeitsmarkt' bzw. dortige berufsqualifizierende Maßnahmen (wie z.B. Lehren) sowohl intern - Voraussetzungen hierfür sind durch die langjährige Berufsqualifikation von Rauschmittel Erkrankten in den abstinenzorientierten Behandlungseinrichtungen und Projekten der Stiftung bereits gegeben - als auch extern mit Erfolg möglich werden.

Dazu bedarf es einer Niedrigschwelligkeit und Individualisierung der Maßnahme, die es ermöglichen, im jeweiligen Falle und in Abhängigkeit der jeweiligen augenblicklichen Fähigkeiten, Arbeitszeiten, Teilnahmedauer und Verbindlichkeit mit jeder einzelnen Teilnehmerin zu vereinbaren.

In einer *ersten Phase* steht daher zunächst die Motivation der Teilnehmerinnen, ihre emotionale Integration in die Arbeitsinitiative und die Konsolidierung ihrer Lebensverhältnisse im Vordergrund. Von therapeutischer und sozialpädagogischer Seite werden die Teilnehmerinnen bei der Abklärung ihrer elementaren Existenzbedingungen, wie medizinische Versorgung, Unterkunft, Unterbringung/Betreuung von Kindern, Schuldenregulierung und Klärung schwebender Rechtsprobleme, Sozial- und Arbeitslosenhilfe-Erlangung, unterstützt.

In der *zweiten Projektphase*, zu deren Eintritt eine ausreichende Motivation, grundlegende Klärung existentieller Lebensbedingungen und Abklärung einer konkret anzustrebenden beruflichen Perspektive für die absehbare Zukunft gehören, liegt das Schwergewicht der Arbeit auf Arbeitsgewöhnung - primär im EDV-Bereich, daneben in den Bereichen Nähen und Fahrradwerkstatt -, dem Erwerb beruflicher Grundqualifikationen und Arbeitstugenden sowie der Alltagsstrukturierung durch konkrete Arbeitsaufgaben.

In einer *dritten Projektphase* werden dann die Teilnehmerinnen im Sinne einer "Scheinfirma" (Übungsfirma) an konkrete Arbeitsinhalte, -aufträge und -tätigkeiten herangeführt. Dazu werden Arbeitsabläufe eines Dienstleistungsbetriebes oder eines kaufmännischen Verwaltungsbetriebes simuliert. Diese Arbeitsabläufe können sich an realen Aufgaben (z.B. Verwaltung mit EDV, Schreibarbeiten, Herstellung von Druckerzeugnissen, Hausverwaltung, Buchführungs- und Abrechnungswesen) orientieren bzw. in einem weiteren Schritt zur Erledigung realer kleinerer Arbeitsaufträge in eigener Rechnung führen.

In dieser Phase (in geeigneten Fällen u.U. bereits in der zweiten Phase) finden auch Hospitationen und Praktika in Arbeitsbereichen der Stiftung assoziierten und freien Betrieben statt. Durch diese und mittels Beratung durch die dafür zuständigen Ämter und Behörden werden insbesondere Ausbildungs- und Arbeitsplätze im 'Ersten Arbeitsmarkt' erschlossen, die entweder bereits während der dritten Phase oder unmittelbar nach ihrem Abschluß angetreten werden können.

Zum Einstieg in den 'Ersten Arbeitsmarkt' und zur Ablösung aus der Maßnahme stehen den Teilnehmerinnen bei sukzessiver eigenständiger Arbeit das technische Gerät und das fachspezifische Know-how des Projekts zur Nutzung weiterhin zur Verfügung.

## **Flankierende Maßnahmen**

### *Ärztliche Betreuung*

Die Teilnehmerinnen sind im Rahmen einer medikamentengestützten Betreuung in ärztlicher Behandlung und psychosozialer Betreuung. Die Verschreibung und Abgabe der Arzneimittel, die ärztliche Betreuung und Behandlung sowie die la-

bormedizinisch geleiteten Beigebräuchskontrollen werden im Rahmen der Einrichtung durch einen Arzt und medizinisches Fachpersonal durchgeführt.

Durch die medizinische Betreuung wird auch gewährleistet, daß anstehende und beabsichtigte Weiterungen der Arbeitsinitiative, Berufsplanungen usw. auch mit dem rein physischen Gesundheitszustand der jeweiligen Teilnehmerinnen vereinbar sind, gegebenenfalls auch mit gesetzlichen Vorschriften zur Ausübung einzelner Berufe nicht kollidieren.

#### *Therapeutische Begleitung*

Die therapeutische Anbindung an das 'VgS-Therapieprojekt' gewährleistet ein zuverlässiges Assessment zu jedem Zeitpunkt der Maßnahme und vor jedem erweiternden Schritt.

#### *Substitutionsmittelvergabe*

Die morgendliche Bindung an die Einrichtung durch die Substitutionsmittelvergabe wird zur Teilnahme und zum Verbleib an den arbeitserprobenden und arbeitsqualifizierenden Maßnahmen genutzt. (Der Weg aus der ärztlichen Praxis als Ort der Substitutionsmittelvergabe an den jeweiligen Arbeitsort wird aus Erfahrung häufig anfänglich nicht bewältigt, sodaß arbeitsqualifizierende Maßnahmen unter anderen Umständen nicht nachhaltig beginnen könnten).

#### *Psychosoziale Betreuung*

Die Psychosoziale Betreuung wird durch Sozialarbeiter/innen sichergestellt und dient der Unterstützung in den Integrationsbereichen Wohnen und Soziales Umfeld als weitere zu stabilisierende Bereiche für die Teilnahme am Ersten Arbeitsmarkt.

Die oben beschriebene praktische Arbeitserprobung und -qualifizierung wird

hier durch "soziales Training" zu den Bereichen Alltagsorganisation, Finanzplanung, Sicherung des Lebensunterhaltes, Verbesserung der Wohnsituation, Schuldenregulierung, Bewerbungssituationen, Berufsfindung (Schul-/Ausbildungs-/ Umschulungs-/ Verselbständigungsmaßnahmen) sowie Betriebsbesichtigungen und -ausflüge ergänzt.

#### *Kinderbetreuung*

Für Projektteilnehmerinnen mit kleineren Kindern, die der Betreuung bedürfen, stehen für Arbeits- und sonst notwendige Zeiten Plätze in den beiden Kindertagesstätten der Hartwig-Marx-Stiftung zur Verfügung. Für ältere Kinder können im Bedarfsfall Betreuungsverhältnisse in den Selbsthilfebereichen der Stiftung vermittelt werden.

#### *Zugang zum Wohnprojekt*

Bei stabilem Status haben die Projektteilnehmerinnen die Möglichkeit, im Wohnprojekt 'Wir bleiben' der Hartwig-Marx-Stiftung Wohnraum zu beziehen und dort, gegebenenfalls unter Ausnutzung der weiteren Infrastruktur der Stiftung und der Selbsthilfegruppe, ihre Lebensbedingungen zu konsolidieren.

### *5. Ausstattung, Mitarbeiter und Regie*

#### *Ausstattung*

Für die integrierende Arbeitserprobungs- und Arbeitsqualifizierungsmaßnahme können die Räume des Ilse-Arbeitsprojekts in Berlin-Charlottenburg als zentrale Betriebsstätte genutzt werden. Es stehen dort insgesamt 160 qm Arbeitsfläche zur Verfügung, ebenso einige PC-Arbeitsplätze, Telefon, Fax und Grundmöblierung.

Beratungs- und Gruppenraum  \\	Flur				//	7 - 8 EDV- Arbeits- plätze für die Teilneh- merinnen
	7 - 8 EDV- Arbeits- plätze für die Teilneh- merinnen	Verwaltung und Sozial- arbeiter- zimmer	Toi- l- e- t- e- n	Kü- c- h- e	H- a- u- s- f- l- u- r	
Arzt- und Substitutionsraum						

### Mitarbeiter/innen und Regie

Für den Arbeitsbereich des Modellprojekts werden benötigt:

- ein/e Mitarbeiter/in mit kaufmännischer Qualifizierung, EDV-Kenntnissen und Kenntnissen in der Erwachsenenbildung
- ein/e (Teilzeit-)Mitarbeiter/in mit guten EDV-Kenntnissen und pädagogischen Qualifikationen in der Erwachsenenbildung
- ein/e Diplom-Pädagoge/in mit EDV-Kenntnissen
- ein/e Mitarbeiter/in im Büro- und Verwaltungsbereich mit EDV-Kenntnissen und auch zur Unterstützung der Teilnehmerinnen-Anleitung
- ein/e (Teilzeit-)Mitarbeiter/in für Dokumentation und Evaluation.
- Für die psychosoziale Einbindung der durch die Substitution frei werdenden individuellen Ressourcen wird ein Sozialarbeiter mit suchtspezifischer Zusatzqualifikation benötigt.
- Für die suchterkrankungsbedingte medizinische Behandlung, die Substitutionsbetreuung, sowie zur Bewältigung suchterkrankungsbedingter und allgemeiner Persönlichkeitsdefizite und -störungen steht den Teilnehmerinnen medizinisch bzw. therapeutisch qualifiziertes Fachpersonal bedarfsgemäß zur Verfügung.
- Regie, Leitung und Koordination im Rahmen des Gesamtprojektes erfolgt durch den Projektträger, die Hartwig-Marx-Stiftung.
- Diese stellt in den Außenverhältnissen ihre Reputation, ihre Infrastruktur und Kontakte zur Verfügung; sie leitet und koordiniert auch die Auswertung und die transnationale Kooperation.



## 6. Finanzierung für die Teilnehmerinnen

Zur Erhöhung von allseitiger Wertschätzung, Compliance und Verweildauer ist für die Teilnehmerinnen eine Qualifizierungsbeihilfe spätestens bei Aufnahme in die Scheinfirma in Höhe von DM 200,-/Monat anzustreben, die bei Ansprüchen nach dem BSHG und, wenn möglich, auch bei Ansprüchen aus beruflichen Tätigkeiten nicht in Rechnung gestellt wird.

Ergänzend und alternativ ist eine existenzsichernde und unterhaltsdeckende Qualifizierungsentlohnung ab dem Eintritt in die "Scheinfirma" / Übungsfirma (s.u., III. 4. ) anzustreben, die sich zunächst an niedrigen Tarifgruppen der entsprechenden Berufsrichtungen orientieren kann. Sie soll an die vollständig eigenständige Sicherung des Lebensunterhalts heranführen.

### III. Umsetzung der Arbeitsinitiative

#### 1. Spezielle Problemstellungen im Arbeitsbereich

Bei der Zielgruppe existieren aufgrund lebensgeschichtlicher Zusammenhänge und der aufgrund der gesetzlichen Vorschriften zur Substitution<sup>8</sup> zwangsläufigen 'Vorauswahl' der Teilnehmerinnen in aller Regel besondere Probleme insbesondere wegen folgender Merkmale:

- Suchterkrankung; laufende (tägliche) ärztliche Maßnahmen der Substitution; Beigebrauch und Beigebrauchsuntersuchungen

- Fehlen von schulischen Kenntnissen, Berufsausbildung und intensiven Erfahrungen im Arbeitsleben
- langjährige Arbeitsentwöhnung und Fehlen eines emotionalen und/oder kognitiven Zugangs zum Zusammenhang zwischen Arbeit und persönlicher Entwicklung
- langjährige Abhängigkeit von staatlichen Unterhaltsleistungen, insbesondere von Sozialhilfeleistungen, und Fehlen eines emotionalen und/oder kognitiven Zugangs zum Zusammenhang zwischen Arbeit und Einkommen
- Fehlen oder Instabilität familiärer Beziehungen, z.B. zu Lebenspartnern oder den eigenen Kindern (die oft in Pflegeverhältnissen aufgewachsen sind)
- unzureichende, teilweise noch 'szenen-assoziierte' Wohnverhältnisse
- zusätzliche Erkrankungen oder Erkrankungsneigungen, z.B. chronische Hepatitis; HIV-AK-pos.-Status
- sonstige Nachwirkungen oft langjähriger Verweilens in Drogenkreisen - 'Szene'-Gewohnheiten und -Umgangsformen; unstrukturierter Tagesablauf; verschobener Tages-Nacht-Rhythmus; Minderfähigkeit zur Freizeitgestaltung ohne den Kontext 'Drogenbeschaffung'.

Weitere Problemstellungen ergeben sich aus den Haltungen und Bedingungen der 'Außenwelt' gegenüber Rausch-

<sup>8</sup> s. §§ 2 ff der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) und die NUB der Ärztekammern

mittelabhängigen, die als solche spätestens bei Bewerbungen etc. von potentiellen Arbeitgebern oder Ausbildern identifiziert werden.

Es sind dies insbesondere:

- Fehlen von Arbeits- und Ausbildungsplätzen
- Angst und Vorbehalte gegenüber Suchtkranken allgemein
- Konkrete Bedenken wegen etwa bestehender gesundheitlicher Beeinträchtigungen der (potentiellen) Arbeitnehmerinnen bzw. Auszubildenden
- offenkundige Abweichung des Lebenslaufes vom üblicherweise Erwarteten; 'dunkle Flecken' im polizeilichen Führungszeugnis
- Bedenken wegen fehlender Kinderversorgung von Arbeitnehmerinnen.

Den genannten subjektiven und objektiven Problemstellungen steht eine mit der medikamentengestützten Betreuung angestrebte und bei entsprechenden Begleitmaßnahmen (insbesondere psycho-sozialer Betreuung) wachsende Vitalität gegenüber; diese zeigt sich im wesentlichen als

- zunehmende Bereitschaft zur Reduzierung des Drogen- bzw. Substitutionsmittelkonsums
- Wille und wachsende Fähigkeit zur (Wieder-) Herstellung 'bürgerlicher' Lebensverhältnisse im allgemeinen
- besonders bei Frauen: Kontaktaufnahme zu ihren gegebenenfalls vorhandenen, aber nicht bei ihnen le-

benden Kindern, einschließlich Anstreben des Umgangs- oder Sorgerechts; soweit sie mit ihren Kindern leben: zunehmendes Bewußtsein um die Problematik ihrer Erzieherfunktion

- Wunsch, einen über 'der Sozialhilfe' liegenden Lebensstandard zu erreichen
- und verbunden damit: einen anerkannten gesellschaftlichen Status.

Wird dem Prozeß nicht durch adäquate Hilfen entsprochen, läuft die zunehmende Vitalität ins Leere. So ist aufgrund der spezifischen Merkmale von Suchterkrankungen die Wahrscheinlichkeit des Rückfalls und Scheiterns erheblich - die zunehmende Vitalität wird selbst zum Problem.

Wird hingegen der Prozeß in seinen jeweiligen Phasen fachgerecht begleitet und zu den individuell richtigen Zeitpunkten - also auch nicht zu früh! - durch das Angebot passender Maßnahmen gefördert, ist eine Wiedereingliederung in reguläre Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse im 'Ersten Arbeitsmarkt' zu erreichen.

## 2. *Maßnahmemethoden zur Problemlösung*

Die genannten *Problemstellungen im subjektiven Bereich* nötigen insbesondere zu folgenden Maßnahmen:

- medizinisches und therapeutisches Assessment ergänzend zur Betreuung in jeder Phase und vor jeder Initiierung neuer Abschnitte innerhalb der Arbeitsinitiative; Kooperation im medizinischen Bereich bei problematischem Beigebruch

- Nachhilfeunterricht bezüglich schulischer Grundfähigkeiten; Anleitung und Förderung beim Besuch entsprechender Volkshochschul-/Abendschulkurse
- Heranführen an - zunächst zeitlich geringfügige, später realistisch länger auszuübende - Arbeit durch gemeinsame Erledigung von Korrespondenzen, Berichtsheftführung; realitätsbezogene Auftragsarbeiten und Arbeiten für den Projektbetrieb
- Vereinbarung fester Präsenzzeiten, zunächst für überwiegend motivationale Arbeit (Erörterung der jeweils alltagsprägenden Probleme und möglicher Problemlösungen; Rollenspiele; Soziales Training; Freizeitorientierungen; Familie und Partnerschaft)
- Aufbau anschaulicher Zusammenhänge zwischen Arbeit, Arbeitsdisziplin und Arbeitseinkommen; z.B. durch stundenweise Arbeit im Rahmen von BSHG-Hilfen (GZA'-Hilfe zur Arbeit), Sammel- und anschließende Verkaufsaktionen
- Förderung der und Hilfe zur Regelung der psychischen und physischen Lebensgrundlagen; z.B. bei der Beschaffung von angemessenem Wohnraum, Kindergartenplätzen, Kontaktaufnahme zu abwesenden eigenen Kindern; Vermittlung von Selbsthilfegruppen bei speziellen (z.B. Partnerschafts-) Problemen
- Beistand und Klärung in Kinderschaftssachen, z.B. hinsichtlich des Wunsches, der Möglichkeiten und der Sinnhaftigkeit der 'Zurückerkennung' von Kindern zum jeweiligen

oder eventuell zu einem späteren Zeitpunkt oder als Thema, das reiflich überdacht werden muß

- Vermittlung von Arbeitsqualifikationen im EDV- und im kaufmännischen Bereich; Grundbegriffe und Grundtechniken im Steuer- und Buchhaltungsbereich
- Vermittlung von Hospitations- und Praktikumsplätzen im Stiftungsbereich, im Umfeld der Stiftung (Laienhelfer; assoziierte Betriebe) und in der Wirtschaft
- Vermittlung und Hilfe bei Aufnahme bezahlter, ggfs. zunächst öffentlich geförderter Ausbildungs-, Umschulungs- und Arbeitsverhältnisse
- tägliche bzw. kontinuierliche Ansprechbarkeit der Projektmitarbeiter / Begleitung und Betreuung durch das Projekt bei Aufnahme externer Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse

Hinsichtlich der Problemstellungen im objektiven Bereich wirken im Rahmen der Arbeitsinitiative folgende Maßnahmen:

- Kontaktaufnahmen zu externen Institutionen, Arbeitgebern, Arbeitsämtern, Sozialämtern usw. mit Unterstützung der Fachkenntnisse, Verbindungen und Reputation der Stiftung; ggfs. gestützt durch Zeugnisse zum Stand der Arbeitsfähigkeiten und Arbeitstugenden der Betroffenen
- Vermittlung von Hospitations-, Praktikums-, Ausbildungs- und Arbeitsplätzen mit Hilfe der Infrastruktur der Stiftung: in Stiftungsbereichen, in Betriebe von Laienhelfern, ehe-

maligen Patientinnen und Patienten, Förderern und Kuratoren und in von diesen vermittelte Betriebe; darüberhinaus Unterstützung bei der Arbeitssuche, Ausbildungsfinanzierung usw. durch die/den Sozialarbeiter/in im Projekt

- Praktische Hilfen bei Arbeitsaufnahme z.B. durch Vermittlung von Kinderbetreuung
- Stabilisierungshilfen, wie Nutzung des Wohnprojekts der Stiftung; ärztliche und psychotherapeutische Betreuung bei Bedarf
- Begleitung der Arbeitsaufnahme, von Praktika, Hospitationen und Ausbildungen durch die Projektmitarbeiter, die dabei als Ansprechpartner und Vermittler auch für die Arbeitgeber zur Verfügung stehen
- Förderung der Selbständigkeit in entsprechenden Fällen (Schreibbüros; Betriebe für allgemeine Büro- und kaufmännische Dienstleistungen u.ä.); Begleitung und Hilfestellungen durch das Projekt bei Motivationschwankungen, in Finanzierungsfragen, Vermittlung von Technik usw.
- Bereitstellung von technischem Gerät und Know-how des Projekts auch bei sukzessiver selbständiger Arbeit der Teilnehmerinnen
- Hilfen bei der Klärung oder Erledigung aktenkundiger und offenbar werdender Problempunkte; z.B. Schuldenregulierung zwecks Kontengründung, Erlangung von Aufbaukrediten und/oder Wegfall von Lohnpfändungen; Hilfe bei der Erledigung juristischer Auflagen oder strafrechtlicher 'Hypotheken'

### 3. Kooperationspartner zur Arbeitserprobung und -qualifizierung

Für die Arbeitserprobung und Arbeitsqualifizierung außerhalb des eigentlichen Projektbereichs 'ILSE' und der dort im 3. Abschnitt eingerichteten Übungs- / 'Scheinfirma' sind zu Beginn des Projekts bereits folgende Praktikums-, Hospitations-, Ausbildungs- und Arbeitsbereiche erschlossen:

- Assoziierter Tischlereibetrieb der Hartwig-Marx-Stiftung in Berlin-Kreuzberg; in diesem Anfang der 90er Jahre von ehemaligen Patienten in Selbsthilfe gegründeten Betrieb sind Hospitations- und Praktikumsplätze im handwerklichen und ggfs. im kaufmännischen Bereich
- Firma 'Märkisches Landbrot' GmbH, Berlin (Bäckerei mit Arbeits- und Ausbildungsplätzen); ehemaliges Öko-Audit-Modellprojekt; mit diesem Betrieb ist eine eigenständige Firmengründung mit Ausbildungs- und Arbeitsplätzen speziell für die Teilnehmerinnen der 'ILSE'-Arbeitsinitiative vereinbart
- Arbeits-, Hospitations- und Ausbildungsplätze in den Projekten der Stiftung
- Betriebe der Laienhelfer/innen, Kurator/innen und ehemaliger Patient/innen der Hartwig-Marx-Stiftung (Therapiebereich).

Während des Verlaufs des Projekts werden vom Träger und den Mitarbeiterinnen, in Praktika und Hospitationen auch durch die Teilnehmerinnen selbst, weitere Bereiche und Betriebe erschlossen.

#### 4. Zeitliche Konkretisierungen der Maßnahme

Für die Umsetzung der oben zu II. 1. - 4. benannten und bei III. 1. und 2. erläuterten notwendigen Maßnahmeninhalte und flankierenden Maßnahmen sind generell folgende zeitliche Rahmen maßgeblich, wobei individuelle

Absprachen mit jeder Teilnehmerin gesondert nach ihren - immer wieder neu eingestuft - Fähigkeiten und den individuell gegebenen Notwendigkeiten getroffen werden.

(Ergänzende Maßnahmen und Aktivitäten im transnationalen Kontext s.u. bei V. 2.)

#### 1. Abschnitt

(1. - 4./5./6. Monat - Laufzeit durchschnittlich 3 - 6 Monate)

Betriebszeit: 8.00 - 16.30 Uhr				
generelle Anwesenheitszeit für die Teilnehmerinnen: 8.00 / 9.00 - 13.00 Uhr				
8.00 - 9.00	9.00 - 10.00	10.00 - 13.00	13.00 - 16.30	ab 16.30
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Substitution</li> <li>- medizinische Betreuung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assessment</li> <li>- Beratung</li> <li>- Motivationsklärung</li> <li>- soziales Training</li> <li>- Schuldenregulierung</li> <li>- Ämtertelefonate</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitszeit:</li> <li>- Erlernen von PC-Grundfertigkeiten (Tastatur; Funktionen; Recht-schreibprogramm)</li> <li>- angeleitetes Verfertigen von (Ämter- und Privat-) Briefen in eigener Sache</li> <li>- zusätzliche Angebote zur Arbeitsgewöhnung und Motivation: Arbeiten in der Näh- und Fahrradwerkstatt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 13.00-13.30 Pause</li> <li>- Nachbetreuung</li> <li>- 'Nachhilfe' zu schulischen Defiziten in Einzelfallbetreuung</li> <li>- Ämtertelefonate</li> <li>- Mitarbeiterbereich: Dokumentation und Überprüfung der Abläufe, Arbeiten in der Näh- und Fahrradwerkstatt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnahme an Freizeitaktivitäten</li> <li>- Mitarbeiterbereich: Austausch mit Partnerprojekten; Fortbildung</li> </ul>

2. Abschnitt (4./5./6. - 12. - 18. Monat - Laufzeit durch durchschnittlich 9 - 12 Monate)

Betriebszeit: 8.00 - 16.30 Uhr				
generelle Anwesenheitszeit für die Teilnehmerinnen: 8.00 / 9.00 - 14.30 Uhr				
8.00 - 9.00 *	9.00 - 13.00	13.00 - 14.30	14.30 - 15.30	ab 16.30
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Substitution</li> <li>- medizinische Betreuung</li> <li>- Assessment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitszeit: Arbeitsgewohnung im EDV- und kaufmännischen Bereich; Arbeit mit Text- und Tabellenprogrammen, zusätzlich Näh- und Fahrradwerkstatt</li> <li>- Erlernen von Arbeitstugenden (Pünktlichkeit; Zuverlässigkeit; Verbindlichkeit)</li> <li>- Motivationsverstärkung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 13.30: Pause</li> <li>- dann: wie vormittags; Verbesserung der PC-Kenntnisse und -Fähigkeiten und</li> <li>- angeleitetes Verfertigen von Ämter- und Privatbriefen in eigener Sache oder für Verwandte/Bekannte</li> <li>- individuelle und organisatorische Vorbereitung für Hospitationen und Praktika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachbetreuung 'Nachhilfe' zu schulischen Defiziten in Einzelfallbetreuung</li> <li>- Ämtertelefonate</li> <li>- Mitarbeiterbereich: Dokumentation; Überprüfung der Abläufe; Abklärung weiterer objektiver und subjektiver Möglichkeiten, insbesondere hinsichtlich Hospitations- und Praktikumsplätzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnahme an Freizeitaktivitäten</li> <li>- Teilnahme an Fortbildungen wie Volkshochschulkurse; Grundschulbildung usw.</li> <li>- Mitarbeiterbereich: Austausch mit Partnerprojekten; Fortbildung</li> </ul>
* mit Anpassungsmöglichkeiten an individuelle Arbeitsverpflichtungen				

Betriebszeit: 8.00 - 16.30 Uhr			
generelle Anwesenheitszeit für die Teilnehmerinnen: 8.00 / 9.00 - 16.00 Uhr			
8.00 - 9.00 *	9.00	13.00 - 16.00 Uhr	ab 16.30
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Substitution</li> <li>- Assessment</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbeitszeit: Üben der erworbenen Grundfertigkeiten und Arbeitstugenden in der 'Scheinfirma' anhand realer bzw. realitätsbezogener Arbeitsaufgaben im EDV-/PC-Bereich</li> <li>- Praktika</li> <li>- Hospitationen (gegebenenfalls ganztags)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 13.30: Pause</li> <li>- dann: wie vormit tags und:</li> <li>- Erlernen von Buchführungsgrundlagen und -techniken theoretisch und am PC</li> <li>- Unterstützung im Praktikum und bei Hospitationen</li> <li>- telefonische und schriftliche Bewerbungen für Ausbildungs- und Arbeitsplätze</li> <li>- Abklärung der Möglichkeiten zur beruflichen Selbständigkeit einerseits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teilnahme an Freizeitaktivitäten</li> <li>- Teilnahme an Fortbildungen (VHS-Kurse) zu Grundschulbildung, Kurse für Zusatzqualifikationen);</li> <li>- ggfs. Selbstständigkeitsseminare</li> </ul> <p>Mitarbeiterbereich:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Austausch mit Partnerprojekten</li> <li>- Fortbildung</li> </ul>
<p>*mit Anpassungsmöglichkeiten an individuelle Arbeitsverpflichtungen</p>			

Anwesenheit der Teilnehmerinnen bei sukzessiver eigenständiger Arbeit

\* bedarfsgerechte Betriebszeit - Nutzung des technischen Geräts und des fachspezifischen Know-hows des Projekts - nach individuellen Notwendigkeiten

#### **IV. Innovatorische Elemente der Arbeitsinitiative**

##### *1. Frauen in Substitutionsmaßnahmen*

Es existiert bislang kein arbeitsmarktpolitisches Instrument, das medizinische, sozialintegrative und arbeitsmarktpolitische Aspekte der besonderen Situation weiblicher Substituierter in der hier beschriebenen Weise systematisch vor Ort verzahnt, um eine (Wieder-) Eingliederung der Betroffenengruppe in den 'Ersten Arbeitsmarkt', d.h. unmittelbar in ein existenzsicheres Ausbildungs- oder Arbeitsverhältnis zu erreichen.

Stattdessen wird die Integration der überwiegenden Mehrzahl der - nicht nur, aber vor allem weiblichen medikamentengestützt lebenden Rauschmittelabhängigen in der Praxis nur in gesundheitlicher Hinsicht gefördert und derzeit allenfalls das Teilziel der sozialen und gesundheitlichen Stabilisierung auf der Basis von (lebenslangem) Sozialhilfebezug erreicht.

##### *2. Substituierte Rauschmittelabhängige im Arbeitsmarkt*

Medikamentengestützt lebende Rauschmittelabhängige können prinzipiell fast alle Berufe auf dem Arbeitsmarkt

ausüben. Bei den meisten der laufenden 'Substitutionsprogramme' ist eine irgendwie geartete Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses auch Ziel der (psycho-sozialen) Betreuung, die mit der Vergabe des Substitutionsmittels einhergehen soll.

Soweit Substituierte lediglich in Arztpraxen medikamentengestützt betreut werden, und die psychosoziale Betreuung getrennt davon stattfindet, ist eine bedarfs- und fähigkeitsgerechte Individualförderung zur (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt entweder nicht vorhanden oder nicht erfolgversprechend, da allenfalls in Ausnahmefällen ein adäquates Gesamt-Assessment möglich ist.

Weder der 'Zweite' noch der 'Erste Arbeitsmarkt' stellen medikamentengestützt lebenden Suchterkrankten unüberwindbare Hindernisse entgegen; vorhandenen Hürden kann adäquat begegnet werden (s.o. zu III. 1. u. 2.). Dies gilt auch insofern, als aufgrund der individuellen Situation der Betroffenen und der strukturellen Veränderungen der Arbeitswelt Berufsausbildungen mit anschließender Vollzeitarbeitsstelle nicht mehr der Regel entsprechen.

Gerade nach den - individuell bei den Betroffenen sehr unterschiedlich lang zu fördernden - ersten beiden Projekt-



abschnitten steht der Beginn einer neuen Vitalität, die medikamentengestützt lebende Rauschmittelabhängige grundsätzlich genauso zu 'normaler' Arbeit befähigt, wie andere Personen im Arbeitsleben auch.

### 3. *Perspektiven, Ergebnistransfers und Übertragbarkeit*

Das Projekt baut auf der *systematischen Verknüpfung* von medizinischer und psychosozialer Betreuung, therapeutischer Unterstützung, *fächerüberschreitendem und praxisbezogenem Assessment* zu jedem Zeitpunkt der Maßnahme, Erarbeitung von Arbeitsfähigkeiten und -tugenden, Erwerb von berufsqualifizierenden Fähigkeiten und Einbindung *in eine Selbsthilfestruktur zur Erschließung von Praktikums-, Hospitanten-, Ausbildungs- und letztlich Arbeitsplätzen* auf.

Alle genannten Elemente des Projekts sind zwar im gesellschaftlichen Kontext vorhanden, werden aber im Hinblick auf das Ziel der Wiedereingliederung von Personen, die trotz theoretischer Fähigkeit nicht mehr am Arbeitsleben teilnehmen, nicht konsequent miteinander verknüpft.

Ziel der begleitenden *Dokumentation, Auswertung und des Abgleichs* mit vergleichbaren Projekten im transnationalen Kontext ist insofern die Ergründung, wie die verschiedenen Elemente - zu verschiedenen Abschnitten - gewichtet und mit den anderen verzahnt sein müssen; welcher Art und welchen Umfangs der dazu nötige Organisations- und Verwaltungsaufwand sein muß und welche infrastrukturellen und finanziellen Mittel notwendig sind.

Besonders bedeutsam erscheint die *Evaluation der Wirksamkeit von Selbsthilfestrukturen* bzw. Strukturen zur gegenseitigen Hilfe im Hinblick auf die erwähnte Nutzung der Ressource 'Beziehungen zu potentiellen Arbeitgebern oder Vermittlern von Arbeitsplätzen'. Dies ist eine Ressource, in deren Nutzung - allerdings im abstinenzorientierten Bereich - die Hartwig-Marx-Stiftung (bzw. ihr Vorgänger) seit mehr als 2 Jahrzehnten Erfahrungen hat, die für das Projekt von vornherein ebenso genutzt werden können, wie eben die bereits vorhandenen und nicht erst aufzubauenden Beziehungen in diesem Bereich.

Grundsätzlich kann nach Abschluß des Projekts auch eine Kosten-Nutzen-Rechnung projektiert werden, die über die sozialstaatlich gebotenen Fürsorgeaspekte hinaus auch die fiskalische Sinnhaftigkeit des Projektes ermittelt.

Das Projekt ist übertragbar auch auf andere Maßnahmen zur (Wieder-) Eingliederung arbeitsloser Menschen mit Behinderungen und Langzeitarbeitsloser, zu deren Nachteil objektive und subjektive Hindernisse ähnlicher Art, wie oben zu III. 1 beschrieben, bestehen.

### 4. *Austausch während des Projekts*

Auf Mitarbeiterebene findet ein Erfahrungsaustausch über Zwischenergebnisse und Erfahrungen während der gesamten Laufzeit des Projekts schriftlich, mündlich, fernmündlich und per e-mail statt.

Ebenso sind auf Mitarbeiterebene während der gesamten Laufzeit des Projekts Hospitationen möglich.

Auch für geeignete Teilnehmerinnen sollen ausnahmhaft Hospitationen und Praktika in Arbeitsbereichen der anderen transnationalen Partner ermöglicht werden.

Es findet nach festgelegten Zeitabschnitten ein transnationaler Austausch der Zwischen- und Endergebnisse zwischen allen Partnern statt. Hierbei geht es vor allem um die kritische Sichtung der jeweiligen Ergebnisse und Horizonterweiterung durch Sicht-von-Außen. So sind Besprechungen und Anregungen unter Berücksichtigung nationaler wie struktureller Eigenheiten der Partner, eventuell Erörterungen zu den Möglichkeiten, (nationale) Strukturen zu verändern, die der Verwirklichung der mit den Maßnahmen verfolgten Ziele widersprechen, beabsichtigt.

Hierzu soll u.a. ein Kongreß für die Fachöffentlichkeit veranstaltet werden, zu dem alle transnationalen Partner, alle Kooperationspartner, Vertreter/innen aus den nationalen Arbeits- und Sozialverwaltungen sowie Teilnehmerinnen aus den Projekten in Arbeitsgruppen anhand der unterbreiteten Dokumentationen und Auswertungen ihre jeweilige Sicht diskutieren können.

Die Ergebnisse des Kongresses werden dann in die Gesamtdokumentation einfließen.

## 5. *Evaluation und Dokumentation*

Während der gesamten Laufzeit des Projekts werden die Ergebnisse, Arbeiten mit den Teilnehmerinnen, Erfolge und Hindernisse im Aufbau und in der Systematik des Projekts, Defizite und Pluspunkte der Struktur sowie Verläufe dokumentiert.

Ebenso dokumentiert werden individuelle Merkmale der Teilnehmerinnen, die vermutlich einen Einfluß auf Erfolg und Nichterfolg der Maßnahme haben, wie z. B. Alter, Familienstand, Schul- und Berufsbildung bei Eintritt, Dauer der Rauschmittelabhängigkeit, Dauer der Substitution, vorangegangene Rehabilitationsbemühungen, finanzieller Status u.ä..

Ebenso dokumentiert werden die organisatorischen Merkmale, wie zeitliche Einteilungen, Vorhandensein oder Fehlen von Arbeitsgerät; zeitlicher und personaler Aufwand, bei der Vermittlung von Arbeitstugenden, Arbeitsqualifizierungen usw.; zeitlicher und organisatorischer Aufwand sowie etwaige Hürden bei der Vermittlung von Praktikums-, Hospitations-, Ausbildungs- und Arbeitsplätzen; notwendiger Aufwand bei der Herstellung und Unterstützung hinsichtlich grundlegender Lebensbedingungen (Wohnung, Finanzen etc.); erkennbare oder vermutbare Effekte von symbolischer einerseits und realistischer Arbeitsentlohnung andererseits.

## V. Zusammenfassungen und Übersichten

### 1. Übersicht zum Verlauf der Arbeitsinitiative

ILSE-Projekt					
Organisationsmerkmale	Fachmitarbeiter	Arbeitsinhalte / Arbeitsziele	Teilnehmerinnen (im Projekt insgesamt: 15)	Kooperierende nationale und lokale Partner <i>Durchlässigkeit</i>	Transnationale Kooperation mit europäischen Partnern
<b>1. Abschnitt</b> - Verweildauer pro Teilnehmerin: ca. 3 - 6 Monate	1 kaufm. Fachkraft 1/2 EDV-Fachkraft 1 Dipl.-Päd. mit EDV-Kenntnissen 1 Verwaltungsstelle mit teilweiser Unterstützung d. Arbeitsanleiter/innen 1 Sozialarbeiter/in 1/2 Stelle für Dokumentation und Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assessment</li> <li>- Vereinbarungen über Präsenzzeiten</li> <li>- Grundmotivierung</li> <li>- psychische und soziale Grundstabilisierung durch Abklärung elementarer Lebensbedingungen wie med. Versorgung, Unterkunft, Sozial- o. Arbeitslosenhilfe</li> </ul>	weibliche chronisch Suchtmittelabhängige, die ärztlicher Versorgung und medikamentöser Betreuung bedürfen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapieprojekt und ärztl. Dienst d. Stiftung</li> <li>- Arbeitsbereiche der Stiftung u. assoziierter Betriebe wg. Know-how</li> <li>- Sozial- und Arbeitsbehörden u.ä.</li> </ul> vorfristige Vermittlung in geeigneten Fällen in den 2. Abschnitt	Erfahrungsaustausch auf Mitarbeiterebene Hospitationen

<b>ILSE-Projekt</b>					
Organisationsmerkmale	Fachmitarbeiter/innen	Arbeitsinhalte / Arbeitsziele	Teilnehmerinnen (im Projekt insgesamt: 15)	Kooperierende nationale und lokale Partner <i>Durchlässigkeit</i>	Transnationale Kooperation mit europäischen Partnern
<p><b>2. Abschnitt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verweildauer pro Teilnehmerin: ca. 9 - 12 Monate</li> </ul>	- wie oben -	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schulausbildung/ Nachhilfe</li> <li>- Arbeitsgewohnung primär im EDV- und im kaufm. Bereich, daneben in den Bereichen Nähen und Fahrradwerkstatt</li> <li>- Erwerb von beruflichen Grundqualifikationen und Arbeitstugenden</li> <li>- Alltagsstrukturierung durch konkrete Arbeitsaufgaben</li> </ul>	weibliche chronisch Suchtmittelabhängige, die ärztlicher Versorgung und medikamentöser Betreuung bedürfen und entweder den 1. Abschnitt erfolgreich durchlaufen haben oder aus anderen Gründen für den 2. Abschnitt geeignet sind	<p>Arbeitsbereiche der Stiftung u. assoziierter Betriebe wg. Hospitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozial- und Arbeitsbehörden u.ä.</li> <li>- Wohnprojekt der Stiftung</li> <li>- ärztl. Dienst d. Stiftung (-nur in Einzelfällen: Therapieprojekt)</li> </ul> <p>Vermittlung in geeigneten Fällen in externe Ausbildungs- u. / oder Trainingsprogramme und in den 3. Abschnitt</p>	<p>Erfahrungsaustausch auf Mitarbeiterebene</p> <p>Hospitationen</p>

## ILSE-Projekt

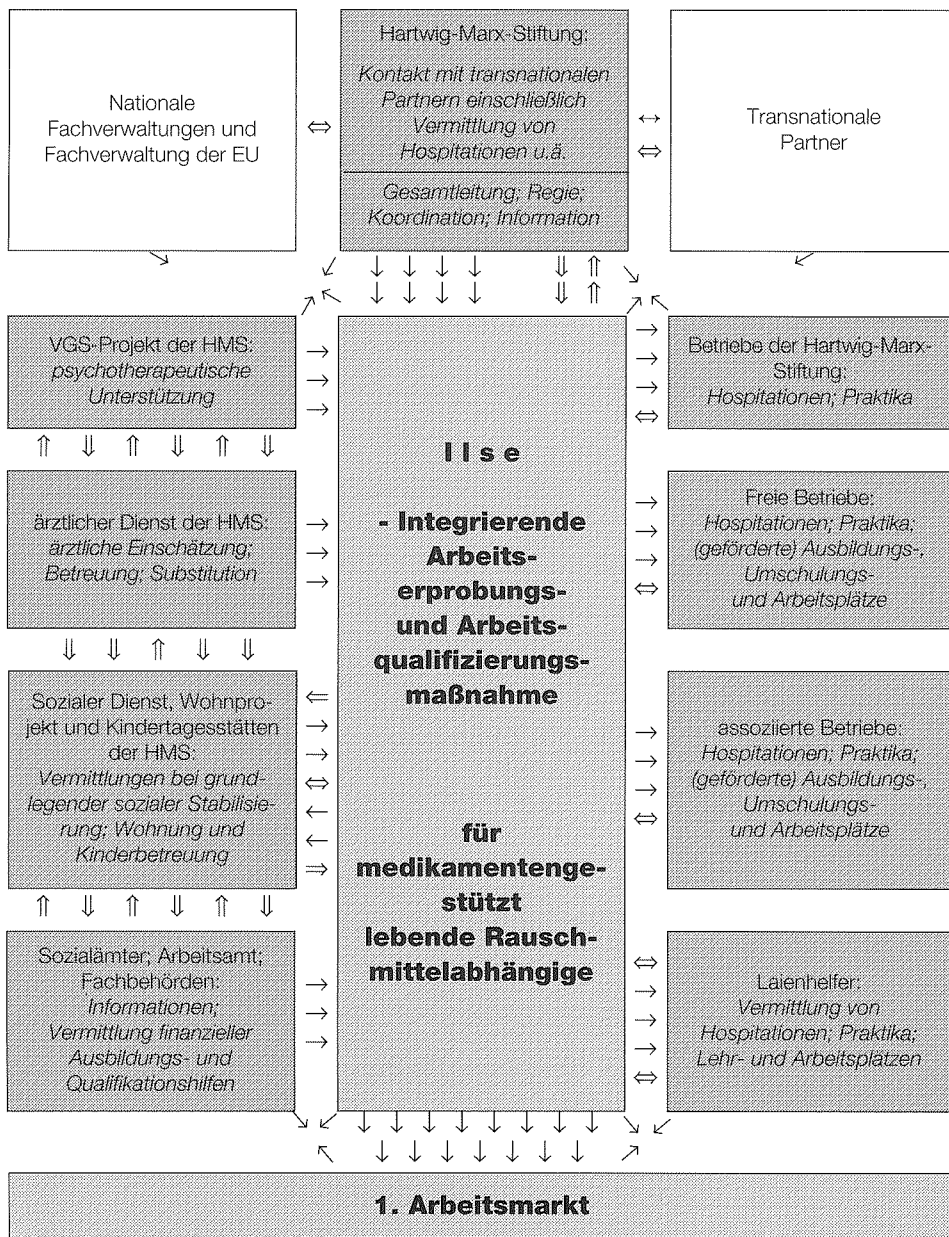
Organisationsmerkmale	Fachmitarbeiter	Arbeitsinhalte / Arbeitsziele	Teilnehmerinnen (im Projekt insgesamt: 15)	Kooperierende nationale und lokale Partner <i>Durchlässigkeit</i>	Transnationale Kooperation mit europäischen Partnern
<p><b>3. Abschnitt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verweildauer pro Teilnehmerin: unbefristet</li> </ul> <p>(Auslaufen, Versorgung der letzten Teilnehmerinnen, falls keine Anschlussfinanzierung möglich ist)</p>	<p>- wie oben -</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Üben der Grundfertigkeiten u. Arbeitstugenden in zeitlich und organisatorisch üblichen Verhältnissen entsprechenden Arbeitstag u. tatsächlich o. fiktiv realistischen Arbeitsaufträgen (Scheinfirma) für Stiftungsbereiche, andere gemeinnützige Träger, externe Auftraggeber</li> <li>- Berufs- u. Ausbildungsbegleitung</li> <li>- ggfs. Förderung berufl. Selbständigkeit</li> </ul>	<p>weibliche chronisch Suchtmittelabhängige, die ärztlicher Versorgung und medikamentöser Betreuung bedürfen und entweder den 2. Abschnitt erfolgreich durchlaufen haben oder aus anderen Gründen für den 3. Abschnitt geeignet sind</p>	<p>Arbeitsbereiche der Stiftung u. assoziierter Betriebe wg. Hospitationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozial- und Arbeitsbehörden u.ä.</li> <li>- Wohnprojekt der Stiftung</li> <li>- ärztl. Dienst d. Stiftung (-nur in Einzelfällen: Therapieprojekt)</li> </ul> <p>Vermittlung in geeigneten Fällen in externe Ausbildungs- und / oder Trainingsprogramme</p>	<p>Erfahrungsaustausch auf Mitarbeiterebene</p> <p>Hospitationen</p>
<p><b>Einstieg in den Ersten Arbeitsmarkt u. Ablösung aus der Maßnahme</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nutzung des technischen Geräts und des fachspezifischen Know-hows des Projekts</li> </ul>	<p>Teilnehmerinnen in sukzessiver eigenständiger Arbeit</p>		

ILSE-Projekt					
Organisationsmerkmale	Fachmitarbeiter/innen	Arbeitsinhalte / Arbeitsziele	Teilnehmerinnen (im Projekt insgesamt: 15)	Kooperierende nationale und lokale Partner <i>Durchlässigkeit</i>	Transnationale Kooperation mit europäischen Partnern
Begleitung und Dokumentation	1/2 Verwaltungsstelle mit teilweiser Unterstützung d. Arbeitsanleiter/innen	Zusammenfassung der nationalen Dokumentationen;	- Bei 1. Weiterförderung, 2. positivem Verlauf und voraussichtlich positivem Auswertungsergebnis: Aufnahme neuer Teilnehmerinnen in die vorgenannten Abschnitte	für Nachzüglerinnen Kooperationen und Unterstützung wie bei Phase 3 benannt	abschließender Erfahrungsaustausch auf Mitarbeiterebene, ggfs. unter Beteiligung von Teilnehmerinnen
Evaluation und Gesamtdokumentation	1/2 Stelle für Dokumentation und Evaluation (wie oben)	- Evaluation und - Erstellen einer Gesamtdokumentation - Anfertigung der schriftlichen Dokumentation im EDV-Bereich des Projekts - Ergebnistransfers		bei Evaluation und Gesamtdokumentation: Unterstützung durch das Fachinstitut der Stiftung  in Organisationsfragen: Stiftung u. Assoziierte Ergebnistransfers	ggfs. Kongreß mit Beteiligung der Fachöffentlichkeit

# Organisationsplan

Wesentliche Organisationsmerkmale  
der integrierenden Arbeiterprobungs- und Arbeitsqualifizierungsmaßnahme  
für medikamentengestützt lebende Rauschmittelabhängige

Kooperationen            auf der Informationsebene       ↔ ↔ ↑ ↓  
                                 auf der Handlungsebene       ↔ ↔ ↑ ↓



# *Drogenberatung Online*

## **Sigrid Borse**

Jugend- und Drogenberatung  
Am Mesianplatz 39  
60316 Frankfurt

## **Inhalt**

- I. Drogenberatung Online
  
- II. Drogenberatung im Internet - und ihre Möglichkeiten
  
- III. Bausteine der Internet-Beratung
  1. Das Chat-Café
  2. E-Mail-Beratung
  3. Informationen zu Risiken des Drogengebrauchs
  4. Adreßverzeichnis
  5. Expertenforum
  
- IV. Erste Erfahrungswerte



# I. Drogenberatung Online

*Der Verein Jugendberatung und Jugendhilfe (JJ) entwickelte mit der "Drogenberatung Online" ein neues zielgruppenspezifisches Hilfeangebot für Konsumentinnen und Konsumenten von synthetischen Drogen und Kokain. Die virtuelle Drogenberatungsstelle wurde im Oktober 1997 eröffnet und ist bei der Fachstelle für synthetische Drogen der "Jugend- und Drogenberatung, Am Merianplatz" in Frankfurt angesiedelt.*

Der Konsum von synthetischen Drogen stellt ein vergleichsweise neues gesellschaftliches Phänomen dar. Das Image von synthetischen Drogen ist bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig positiv. So werden mit dem Konsum synthetischer Drogen überwiegend Assoziationen wie Kommunikationsfähigkeit, Leistungssteigerung und ausgelassene Partystimmung verbunden. Zu den Konsumentinnen und Konsumenten zählen sozial integrierte Jugendliche und junge Erwachsene, die sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden bzw. bereits berufstätig sind.

Bei den Konsumentinnen und Konsumenten besteht nur selten ein Problembewußtsein hinsichtlich ihres Drogenkonsums. Die bestehenden Hilfeangebote der Drogenhilfe werden von dieser Konsumentengruppe kaum wahrgenommen.

Diese Klientel stellt spezifische Anforderungen an ein Informations- und Beratungsangebot der Drogenhilfe. **Eine Anpassung des bestehenden Drogenhilfesystems an die aktuellen Veränderungen im Drogenkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist notwendig.** Handlungsstrategi-

en, die modellhaft in bezug auf Opiatabhängigkeit entwickelt wurden, müssen zukünftig ergänzt werden.

Die Fachstelle für synthetische Drogen betritt mit ihrem Informations- und interaktiven Beratungsangebot im Internet **neue -virtuelle- Räume in der Drogenhilfe.** „Drogenberatung Online“ wurde als ein zielgruppenspezifisches Angebot für Konsumentinnen und Konsumenten von synthetischen Drogen und Kokain entwickelt. Die Internet-Drogenberatung richtet sich jedoch darüber hinaus an alle Internetnutzer/-innen, die sich zum Thema Drogen aktuell und sachlich informieren wollen.

## II. Drogenberatung im Internet - und ihre Möglichkeiten

Die Nutzung des Internet schafft für die Drogenhilfe **neue Kommunikationsstrukturen in der Beratungsarbeit:**

- Im Internet besteht die **Chance einer vereinfachten, anonymen ersten Kontaktaufnahme.** Diese Möglichkeit mindert bestehende Berührungängste, eine Drogenberatung in Anspruch zu nehmen.
- Das Beratungsangebot wird zeitlich nicht durch festgelegte Öffnungszeiten begrenzt. „Drogenberatung Online“ ist per E-Mail täglich rund um die Uhr erreichbar.

Die **ständige Erreichbarkeit**, auch am Wochenende und in den Abendstunden, ist vor allem für berufstätige Personen von großem Vorteil.

- Interessierte und Ratsuchende können sich jederzeit aktuell, differenziert und umfassend informieren.

- Der besondere Vorteil des Internet liegt in der **direkten interaktiven Kommunikation**. Informations- und Beratungsgespräche können per Tastatur in Echtzeit geführt werden.
- Kommunikation im Internet bedeutet eine Form **sozialer Unterstützung**.
- Eine Vielzahl von Jugendlichen und Erwachsenen nutzt die verschiedenen Internetdienste bereits in erheblichem Umfang. Das Internet ist für sie ein selbstverständliches und alltägliches Kommunikationsmedium geworden.

"Drogenberatung Online" ist somit auch als ein **Konzept aufsuchender Drogenhilfe** anzusehen. Konsumentinnen und Konsumenten tauschen sich via Internet über ihre Drogen Erfahrungen aus. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Fachstelle für synthetische Drogen informieren und beraten Jugendliche bereits in Jugendzentren oder Diskotheken. Mit der Internet-Beratungsstelle suchen sie Jugendliche in virtuellen Räumen auf.

- „Drogenberatung Online“ bietet vor allem für Jugendzentren und Schulen ein **verknüpftes Angebot von Suchtprävention und Drogenberatung** via Internet.
- Die Internet-Beratungsstelle stellt auch ein **Instrument zur Beobachtung von aktuellen Veränderungen im Drogenkonsumverhalten** der Klientel, sowie von neuen Entwicklungen auf dem Drogenmarkt dar.
- "Drogenberatung Online" bietet für Fachleute aus der Jugend- und Drogenhilfe sowie dem Gesund-

heitswesen ein **Expertenforum** für den raschen Austausch von aktuellen Informationen sowie ein Diskussionsforum.

### III. Bausteine der Internet-Beratung

#### 1. Das Chat-Café

Der Chat ermöglicht die unmittelbare Kommunikation zwischen Interessierten oder Ratsuchenden und Drogenberatern/innen per Tastatur in Echtzeit. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer können hier anonym miteinander kommunizieren. Das Chat-Café ist montags bis donnerstags zwischen 15.00 und 18.00 Uhr geöffnet und wird von den Mitarbeitern/innen der Beratungsstelle moderiert. Jede Person, die sich in das "Chat-Café" einloggt, kann den gesamten Gesprächsverlauf verfolgen sowie eigene Beiträge einbringen und Fragen stellen. Wird eine individuelle Beratung gewünscht, können die Kommunikationspartner/innen in einen separaten virtuellen Raum wechseln. Im sogenannten „private room“ kann der Gesprächsverlauf nicht von den übrigen Teilnehmer/innen verfolgt werden.

#### 2. E-Mail- Beratung

Die E-Mail-Beratung erfolgt in Kooperation mit der Fachberatung für Kokain des Drogenhilfezentrums Bleichstraße (Verein JJ ) sowie kooperierenden Ärzten/innen. So kann gezielt eine Antwort durch eine Medizinerin oder einen Mediziner bzw. durch Mitarbeiter/innen der Fachberatung für Kokain gewählt werden. Das Kooperationsmodell ermöglicht somit eine fachkompetente Beantwortung der eingegangenen Fragestellungen.

Jugendliche und weitere Interessierte wie Eltern, Lehrerinnen und Lehrer haben die Möglichkeit, per elektronischer Post drogenspezifische Fragen zu stellen oder Probleme zu beschreiben. Die elektronische Post kann gegebenenfalls anonym an die Beratungsstelle versandt werden. Zur Beantwortung zählen die Weitergabe von Informationen und wohnortnahen Hilfeangeboten, bis hin zur persönlichen schriftlichen Beratung.

### 3. Informationen zu Risiken des Drogengebrauchs

Ausführliche und aktuelle Informationen zu Konsumrisiken von synthetischen Drogen und Kokain werden ständig überarbeitet und veröffentlicht.

### 4. Adreßverzeichnis

Zu Internet-Adressen von ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen wurden Verbindungen, sogenannte "links", hergestellt. Das Adreßverzeichnis bezieht sich vor allem auf das Rhein-Main-Gebiet, enthält aber auch bundesweite und internationale Adressen.

### 5. Expertenforum

Das Expertenforum bietet die Möglichkeit, Fachbeiträge zu veröffentlichen sowie Positionen und Anregungen zur Diskussion zu stellen.

## IV. Erste Erfahrungswerte

"Drogenberatung Online" wurde im Oktober 1997 eröffnet. Die mittlerweile seit einigen Monaten bestehende Beratungspraxis zeigt, daß über das Kommunikationsmedium Internet Drogenkonsumentinnen und konsumenten

von synthetischen Drogen in einem hohen Maße erreicht werden. Dieses interaktive Beratungsangebot findet vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine große Akzeptanz.

Die **ständige Erreichbarkeit** per E-Mail auch am Wochenende und in den Abendstunden ist vor allem für Schüler/innen und berufstätige Personen von großem Vorteil. So wird ein Großteil der E-Mail-Anfragen in diesen Zeiträumen außerhalb der regulären Öffnungszeiten der Beratungsstelle abgeschickt.

Die Internetberatungsstelle erhielt im Zeitraum von **10.10.97 bis 31.07.98** insgesamt **470 E-Mail-Anfragen**. **218 Anfragen** erhielten wir von **Konsumentinnen und Konsumenten**, **73 Anfragen** von **Angehörigen** und **179 Anfragen von Multiplikatoren/innen** aus den Bereichen der Jugend- und Drogenhilfe, dem Gesundheitswesen sowie von Lehrerinnen und Lehrern. Die Fragestellungen der Konsumenten/innen bezogen sich vor allem auf die gesundheitlichen Risiken des Drogenkonsums sowie auf eine konkrete Beratung zu Ausstiegshilfen. Bei den geschilderten Drogenkonsummustern handelt es sich überwiegend um einen Mischkonsum von Ecstasy und Cannabis sowie von Speed und Kokain. Der Drogenkonsum wird von den Konsumenten/innen als problematisch erlebt, Hilfestellungen zum Ausstieg aus dem Drogenkonsum werden von den Beraterinnen und Beratern gewünscht. So wird die **E-Mail -Beratung** von den Konsumenten/innen zum einen im Rahmen von Informationen zu **safer-use**, zum anderen aber auch als **erster Anlaufpunkt für eine Hilfe zum Ausstieg aus dem Drogenkonsum** genutzt.

Im **Chat** der Internetberatungsstelle fanden insgesamt **478 Beratungs-**

**gespräche** mit Drogenkonsumentinnen und -konsumenten zu drogenspezifischen Problemen in dem genannten Zeitraum statt. Mit ca. 20 % der Teilnehmer/innen fanden mehrfache Gesprächskontakte über einen Zeitraum von einigen Monaten statt.

In den letzten Monaten ist eine massive Steigerung der E-Mail-Nachfragen sowie der Gesprächskontakte im chat zu verzeichnen. Dies spricht dafür, daß sich das Internetangebot zunehmend in dieser Zielgruppe etabliert.

Das **"Chat-Café"** wird von den Klientinnen und Klienten als Beratungschance wahrgenommen. Die Klienten/innen nutzten die Gespräche bzw. die schriftsprachliche Kommunikation ziel- und problemorientiert. Die Auswertung der Problemansprachen in den Gesprächskontakten zeigt, daß das Angebot der Konzeption entspricht, da es sich bei den Problemansprachen überwiegend um einen Drogenbezug handelt. Der hohe Anteil von Problemansprachen sowie das erstaunlich seltene Auftreten von störendem Verhalten, belegen die Ernsthaftigkeit der Nutzung.

Ca. 50% der Gesprächskontakte beziehen sich auf gesundheitliche Folgen des Drogenkonsums, z.B. bei Ecstasy- und Haschischkonsumenten oftmals auf Denk- und Merkfähigkeitsstörungen. Bei einem Großteil der Gespräche handelte es sich um eine Einschätzung des Drogenkonsums. So bezogen sich die Fragen darauf, inwieweit sich bereits eine manifeste körperliche und/oder psychische Abhängigkeit entwickelt hat. Eine junge Drogenkonsumentin konnte durch die Chat-Beratung zu einer Entgiftung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie motiviert werden. Sie begann im Anschluß eine Ent-

wöhnungsbehandlung in einer therapeutischen Einrichtung für minderjährige Drogenabhängige. Auch bei dieser jungen Frau lag ein Mischkonsum von mehreren Drogensubstanzen vor. Zu dem Konsum von synthetischen Drogen kam im weiteren Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung der Konsum von Kokain und Heroin hinzu. Der erste Kontakt dieser Klientin zum Drogenhilfesystem fand über die Internetberatung statt.

Das Chat-Café wird zunehmend von einer Gruppe von Teilnehmer/innen im Sinne einer **"chat-society"** genutzt. Hier zeigt sich das Bedürfnis der zu meist jugendlichen Nutzer/innen nach einem unterstützenden sozialen Raum. Im virtuellen Raum ist eine peer-group entstanden, die sich gegenseitig über ihre regelmäßigen Gesprächskontakte Hilfestellung gibt.

Die Internet-Beratungsarbeit erweist sich somit im Vergleich zur "Face-to-Face-Kommunikation" keineswegs als unpersönlicher oder weniger effizient. Die Chatprotokolle vermitteln im Gegenteil, daß die Konsumentinnen und Konsumenten dieses Angebot unbefangen als Beratungsmöglichkeit nutzen.

Zu 90% bestand bei den Klientinnen und Klienten zuvor kein Kontakt zu einer Einrichtung der Drogenhilfe, d.h. daß durch die Internetberatungsstelle eine Zielgruppe erreicht wird, die sich von den etablierten Beratungsangeboten der Drogenhilfe bislang nicht angesprochen fühlte. **Die hohe Nachfrage für die Internetberatung zeigt, daß diese Form der interaktiven computervermittelten Beratungsarbeit ein sinnvolles Angebot im Rahmen der Drogenberatung und Drogenprävention darstellt.**

# *Möglichkeiten wirksamer Öffentlichkeitsarbeit*

## **Michaela Thier**

Landschaftsverband Westfalen-Lippe  
- Referat Öffentlichkeitsarbeit -  
48133 Münster

## **Inhalt**

- I. Möglichkeiten wirksamer Öffentlichkeitsarbeit
  
- II. Corporate Identity
  
- III. Medienmix

# I. Möglichkeiten wirksamer Öffentlichkeitsarbeit

*Soziale Institutionen wie die Sucht- und Drogenberatungsstellen leisten eine engagierte Arbeit vor Ort. Oft ist die alltägliche Praxis jedoch so kraftaufreibend und zeitraubend, daß die Öffentlichkeitsarbeit mitunter auf der Strecke bleibt. Wie kann man also das, was man tut, ins öffentliche Bewußtsein, ins Gespräch bringen, nicht zuletzt, um mehr Menschen von der eigenen Arbeit zu überzeugen und sie mit den Zielen der jeweiligen Institution vertraut zu machen?*

Bevor die Öffentlichkeitsarbeit konkret beginnen kann, gilt es, einige Vorüberlegungen anzustellen und bestimmte Leitlinien zu berücksichtigen. Nur so kann die Arbeit auch wirklich wirksam sein.

## II. Corporate Identity

Was man sich klar machen muß, ist, daß Öffentlichkeitsarbeit mehr als Werbung und mehr als Pressearbeit ist. Sie betrifft die Einrichtung als Ganzes.

Bevor eine Einrichtung daher in die Öffentlichkeit geht, sollte sie sich über ihr Selbstverständnis oder ihre Corporate Identity im klaren sein. Ebenso wichtig ist es, sich bewußt zu machen, daß die Öffentlichkeitsarbeit nach außen ohne die Öffentlichkeitsarbeit nach innen nicht funktionieren kann.

Die Beschäftigten müssen in Projekte und Produkte eingebunden sein. Gerade im sozialen Bereich sind die Einrichtungen Vermittler zwischen Gesellschaft und Personen in Schwierigkeiten. Sie sind daher die Wortführer die-

ser Menschen und aufgerufen, deren Probleme der Öffentlichkeit mitzuteilen.

Grundlage für das Selbstverständnis einer Einrichtung ist die Beantwortung folgender Fragen:

Wer sind wir?

Was wollen wir?

Warum wollen wir es?

Wer sind unsere Kundinnen und Kunden?

Was können wir besonders gut?

Was sind unsere Dienstleistungen?

Worauf können wir stolz sein?

Die Corporate Identity, das Leitbild oder die Persönlichkeit der Einrichtung wird letztlich wirksam über das Verhalten, die Kommunikation und das Erscheinungsbild, das Corporate Design, und bestimmt so das Image, das andere von der Institution haben.

Wir müssen uns also fragen:

Wie verhalten wir uns?

Wie kommunizieren wir mit unserem Gegenüber?

Welches Erscheinungsbild wird von uns wahrgenommen?

Die Öffentlichkeitsarbeit läßt sich immer einem dieser drei Bereiche zuordnen.

Alle Bereiche sollten widerspruchsfrei aufeinander abgestimmt werden, damit keine Vertrauensbrüche beziehungsweise Imageverluste in der Öffentlichkeit entstehen.

Was heißt eigentlich Öffentlichkeitsarbeit?

Nach Albert OECKL lautet eine Definition: Öffentlichkeitsarbeit ist "Arbeit für die Öffentlichkeit, Arbeit in der Öffentlichkeit" (OECKL 1964, S. 36).

Die Öffentlichkeitsarbeit grenzt sich von Werbung ab. Sie versteht sich dabei eher als Tätigkeit mit Bezug auf die Institution, wohingegen sich Werbung

eher als Tätigkeit mit Bezug auf das einzelne Produkt, die einzelne Dienstleistung, versteht.

Anlaß und Ziel der Öffentlichkeitsarbeit sind schon in der Existenz der Einrichtung begründet. Niemand kann davon ausgehen, daß seine Leistungen so transparent sind, daß der Bestand der Einrichtung langfristig gesichert und legitimiert ist. Hierfür zu sorgen, ist eine Aufgabe von Öffentlichkeitsarbeit, die unabhängig von konkreten Anlässen bestehen und das Ziel verfolgen sollte, die Einrichtung in der Öffentlichkeit bekannt und bewußt zu machen.

Jede Einrichtung sollte sich also über ihr Profil, ihre Aufgabe, ihr Selbstverständnis und ihre Arbeitsweise klar werden, sich darüber innerhalb der Einrichtung abstimmen und das Ergebnis vermitteln, z.B. in Broschüren, Faltblättern, Plakaten oder Anzeigen.

Neben der Profilierung der Einrichtung als solche, gibt es zahlreiche aktuelle Anlässe für die Öffentlichkeitsarbeit (s. Anlage 1).

Die Hauptfragestellungen der externen Öffentlichkeitsarbeit sind:

### **1. Welche strategischen Ziele verfolge ich?**

Hier empfiehlt es sich, Botschaften in ganzen Sätzen zu formulieren, so, wie sich Kommunikationspartner nach dem erfolgreichen Abschluß einer Aktion oder Kampagne äußern würden. Oft bietet es sich an, noch einmal in Hauptbotschaften und Unterbotschaften zu untergliedern.

Die strategische Zielsetzung sollte präzise den Soll-Zustand, d.h. den geplanten Endpunkt des Kommunikationsprozesses oder die Kernaussage beschreiben, z.B.: "Mir sind die Wirkungen von Designerdrogen bekannt."

### **2. Über was will ich informieren?**

Hier gilt es festzulegen, ob die Einrichtung als solche, ein bestimmtes Projekt oder ein bestimmter Anlaß Basis der angestrebten Öffentlichkeitsarbeit sind. Diese Information kann sich aus der unter Punkt 1 entwickelten Kernaussage ableiten.

### **3. Wen will ich informieren?**

Vor der Aktionsphase müssen die Zielgruppen genau festgelegt werden. Erst dann kann die Öffentlichkeitsarbeit auf deren Bedürfnisse und Interessen abgestimmt werden (s. Anlage 2).

### **4. Auf welche Interessenlage beziehe ich mich?**

Hierfür gilt es zu klären, was die anvisierte Zielgruppe wissen will und wofür sie sich genauer interessieren wird.

### **5. Welche Informationswege sind am geeignetsten?**

Bevor ein Aktionsplan entwickelt wird, ist es hilfreich, die folgenden beiden Fragen zu beantworten:

- Wie erreiche ich diese Zielgruppe?
- Mit welchen Strategien kann die oben entwickelte Kernaussage umgesetzt werden?

### **6. Was kostet die Arbeit und in welchem Verhältnis stehen Aufwand und Ertrag?**

Vor der Realisierung eines Vorhabens sollte ein Kosten- und Finanzierungsplan erstellt werden, um sicherzugehen, daß die nötigen Mittel zur Verfügung stehen. Ebenso sollten der Zeitaufwand abgeschätzt und ein Zeitplan aufgestellt werden.

Ebenso ist zu beachten, daß sich die Öffentlichkeitsarbeit in das Jahresprogramm der Einrichtung einfügen muß,

um die erforderlichen personellen Kapazitäten sicherzustellen.

### III. Medienmix

Die Öffentlichkeitsarbeit besteht immer aus einer Mischung mehrerer Medien. Je nach Projekt müssen die gewählten Medien gezielt eingesetzt werden. Ein Tag der offenen Tür gelingt z.B. nur dann, wenn Pressekontakte, Werbeflyer, eigene Publikationen, Aktionen und soziale Kontaktformen ineinandergreifen. Zu verschiedenen Möglichkeiten des Medieneinsatzes s. Anlage 4.

Insgesamt lassen sich die Medien der Öffentlichkeitsarbeit in drei Gruppen einteilen:

1. Die Sprache und ihre unterschiedlichen Anwendungsformen.
2. Die sozial organisierte Kommunikation.
3. Die medial organisierte Kommunikation.

#### *Ad 1) Sprache*

Bei der Sprache sind Sprache, Grafik und Bild als Einheit anzusehen. Bei der Vermittlung von Informationen zählen hierzu die Form (Layout) und der Ausdruck (Stil). Beachtet werden sollte der für beide Bereiche geltende Grundsatz: Wer verständlich sein will, muß sich auf diejenigen einstellen, die angesprochen werden sollen.

Bei sprachlichen Aussagen, vor allem in Presstexten, empfiehlt es sich, auf die journalistischen W-Fragen zurückzugreifen:

Wer? Was? Wann? Wo? Wie? Warum?

Die gängige Grundregel heißt, daß das Wichtigste, also der Informationskern, am Anfang steht. Danach folgen Zusatzinformationen, Einzelheiten und

Tatsachen. Insgesamt sollten die Texte aber nicht überfrachtet werden.

#### *Ad 2) Sozial organisierte Kommunikation*

Solche Kommunikationsformen empfehlen sich, wenn Adressatinnen und Adressaten persönlich angesprochen und beteiligt werden sollen. Das Spektrum reicht von Beratungen, Diskussionen über Konferenzen, Tagungen und Workshops bis hin zu "Tagen der offenen Tür".

Vorab zu klären sind

- Problem und Anlaß
- Ziel und Output (Was soll herauskommen?)
- Teilnehmer
- Ort
- Input (Eingaben für die Gruppenkommunikation)
- Rollenverteilung (Wer sagt was?)
- Ergebnissicherung

#### *Ad 3) Medial organisierte Kommunikation*

Darunter ist die Öffentlichkeitsarbeit mit Hilfe eines technischen Mediums zu verstehen, z.B. Druck, Funk, elektronische Datenverarbeitung, Schaukasten etc.

Hier ist zu beachten, daß bei der Produktion der Medien die Professionalität gewahrt sein muß. Schlecht gemachte Medien wirken muffig, unzureichend und unprofessionell. Sie schaden dem Image einer Einrichtung (s. Anlage 3).

Die Medien sind vielfältig: Von Rundfunk- und Fernsehspots, Fernsehinterviews, Anzeigen, Programmheften, Buttons, Aufklebern und Plakaten ist alles denkbar. Entscheidend ist immer, daß das Medium oder die Medien zur gewünschten Aussage und zum entsprechenden Kreis der Adressatinnen und Adressaten passen (s. Anlage 4).



# *Wovon können Suchtberatungsstellen sich verabschieden?*

## **Jost Leune**

Fachverband DROGEN UND  
RAUSCHMITTEL e. V.  
Odeonstraße 14  
30159 Hannover

## **Inhalt**

- I. Vorab gesagt
  
- II. Zusammenfassung
  
- III. Bestandsaufnahme: Ambulante Suchtberatung in Deutschland
  
- IV. Ambulante Suchtberatung soll, muß und wird sich ändern
  1. Auf der inhaltlichen Ebene
  2. Aufgaben werden neu beschrieben
  3. Finanzierung verändert sich
  4. Überblick über zukünftige Szenarien
  
- V. Literatur

## I. Vorab gesagt

*„Veränderungen machen unsicher“ heißt es in der Ankündigung zu dieser Tagung: „Ängste sollen abgebaut werden“, wird dort ausgeführt und „Mutige Schritte wollen wir wagen“. Und nun muß ich Ihnen am Schluß dieser Tagung eine Antwort auf die Frage anbieten, wovon sich Suchtberatungsstellen verabschieden können. Nach so viel konstruktivem Aufbau also ein Vortrag, dessen Ausgang befürchten läßt, daß die beschriebenen Veränderungen Sie zu Recht unsicher machen. Ihre Ängste durchaus real sind und notwendige Schritte weniger der Innovation als vielmehr der Rettung des Bestehenden dienen. Ich gebe zu, daß ich mich etwas gequält habe mit der Vorstellung, Ihnen einen Vortrag darüber zu halten, was zukünftig nicht mehr sein wird. Aber vielleicht ist dieser Abschied von alten Strukturen vielmehr ein Schritt in das Neue, in eine Art „frohe Zukunft“, die für Kolleg/innen und Klient/innen durchaus positiv sein kann.*

## II. Zusammenfassung

Ich möchte mit diesem Vortrag beschreiben, was ambulante Suchtberatung kennzeichnet. Dazu will ich die Veränderungen im internen Bereich und bei den externen Anforderungen beschreiben und natürlich auch die Finanzierung nicht außen vor lassen. In einem weiteren Kapitel soll es um die zukünftigen Szenarien gehen, unter denen ambulante Suchtberatung stattfinden wird, wobei ich auch noch einmal die Chancen beschreiben will, die in einem sinnvollen Innovationsmanagement liegen. Und ein ganz persönliches Fazit soll den Schluß dieses Vortrages markieren.

## III. Bestandsaufnahme: Ambulante Suchtberatung in Deutschland

In seinen „Standards“ hat der Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e.V. beschrieben, daß Suchtberatungsstellen, die auch unter den Titeln „Sucht- und Drogenberatungsstelle“, „Jugend- und Drogenberatungsstelle“, „psycho- soziale Beratungs- und Behandlungsstelle“ firmieren, von Personen in Anspruch genommen werden,

1. deren Suchtgefährdung, Suchtmittelgebrauch, -mißbrauch und -abhängigkeit und die damit in Verbindung stehenden körperlichen, psychischen und sozialen Begleiterscheinungen und Folgen den Wunsch nach einer professionellen psychosozialen Beratung und Behandlung entstehen lassen,
2. die von einer Suchtproblematik betroffen sind und
3. von Vertretern von Institutionen, Medien, Multiplikatoren etc. für Zwecke der Information, Aufklärung, Prävention und vermittelnde Aufgaben.

Standard ist es ferner, daß das Aufsuchen einer Suchtberatungsstelle durch entsprechende Rahmenbedingungen und konzeptionelle Ausrichtungen vor allem in Hinblick auf Zielgruppenorientierungen, Öffnungszeiten, Ansprechbarkeit erleichtert werden muß. Wesentliche Standards sind auch die Beratungsprinzipien:

- Gewünschte Anonymität der Betroffenen

- Vertraulichkeit der Besprechungsinhalte
- Kostenfreiheit des Beratungsangebotes
- Vermittlung von weiterführenden Hilfen.

Grundlage der Arbeit ist ein Beratungs- und Behandlungskonzept, das sowohl wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle für das Krankheitsbild „Sucht“ als auch die entwicklungsspezifischen Fragen der Suchtgefährdung und des Suchtmittelgebrauchs/-mißbrauchs vor allem Jugendlicher berücksichtigt. Darüberhinaus muß die Beratungsstelle für Betroffene und Multiplikatoren ein angemessenes Angebot machen können.

Die Kontaktaufnahme mit dem Betroffenen erfolgt in einem breiten Spektrum, ausgehend von Bereichen außerhalb der Beratungsstelle z.B. auf Szenetreffs, in Schulen, in der offenen Jugendarbeit, in Heimen, in Krankenhäusern und Justizvollzugsanstalten sowie innerhalb der Beratungsstelle im offenen Bereich, im Rahmen von offenen Sprechzeiten, über Multiplikatoren, Telefondienste oder in der medizinischen Ambulanz der Beratungsstelle.

Aus dem hier Gesagten wird bereits deutlich, daß Beratungsstellen nicht nur die bauliche Umhüllung von Beratungszimmern darstellen, sondern in einem Netz arbeiten müssen, das alle relevanten Orte, an denen in der Region Suchtkranke anzutreffen sind, umfaßt. Aus diesem Grunde muß natürlich auch vor allem der niedrighschwellige Bereich der Arbeit zur Beratungsstelle hinzugezählt werden.

*Ambulante Suchtberatung arbeitet nach den methodischen Prinzipien*

- Akzeptanz der Klientel
- Ganzheitlichkeit des Hilfeansatzes
- Orientierung an der Veränderungsbereitschaft
- Vereinbarung von Grenzen im Hilfe-prozeß
- Vertraulichkeit aller Besprechungsinhalte
- Teamarbeit / Supervision.

*Ambulante Suchtberatung folgt den Zielen*

- Vermeidung spezifischer Suchtgefährdungen, Verhinderung des Suchtmittelmißbrauches, Hilfen und/oder Vermittlung von weiterführenden Hilfen zur erfolgreichen Behandlung der Krankheit „Sucht“
- Verhinderung von körperlichen Folgeschäden durch die Vermittlung von Techniken der Risikominderung beim Drogengebrauch und der HIV-Prophylaxe
- Sicherung der sozialen Unterstützungsstruktur der Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, ggf. der Arbeit oder Einbeziehung und Stärkung noch vorhandener Familienstrukturen
- Verhinderung sozialer Ausgliederung, Diskriminierung und Kriminalisierung
- Vermittlung und Unterstützung längerer Abstinenzphasen
- Vermittlung von Einsichten der Betroffenen in die Grunderkrankung sowie Motivierung und Verstärkung

der Veränderungsbereitschaft zur Loslösung von der Drogenbindung.

Sie sagen jetzt, das wissen Sie schon alles - davon gehe ich auch aus, aber wenn ich darüber spreche, wovon sich Suchtberatungsstellen verabschieden, halte ich es für sinnvoll, deutlich zu machen, was sie haben.

In der Tätigkeitsbeschreibung der Leistungsangebote der Suchtberatung Gesundheitsamt der Stadt Leipzig vom Oktober 1997 werden rund 250 Tätigkeiten aufgezählt, die in einer Beratungsstelle zu erledigen sind. Anhand des Inhaltsverzeichnis dieser Tätigkeitsbeschreibung wird deutlich, daß die Beratungsstelle ein breites Spektrum von den aufsuchenden Hilfen bis hin zu den mittelbaren Tätigkeiten abdeckt, unter denen Dokumentation, Supervision, externe Kontakte etc. zu verstehen sind.

Ambulante Suchtberatung ist also ein hochkomplexes System, das mit einer Vielzahl von Tätigkeiten eigentlich wenigen Zielen folgt.

Aber das ist auch das Typische an der Sucht; ihre vielfältigen Entstehungsbedingungen und Erscheinungsformen ziehen eine Vielzahl von Tätigkeiten und Leistungen im multiprofessionellen Rahmen nach sich und machen damit das Besondere dieses Hilfeangebotes - wie auch das Besondere psychosozialer Beratung überhaupt - aus.

Das Jahrbuch Sucht 1998 nennt uns die Zahl von 1.219 Beratungs- und Anlaufstellen für Suchtkranke in Deutschland, d.h. Haupt- und Nebenstellen von Beratungsstellen und sozialpsychiatrischen Diensten, wenn sie spezielle Hilfen für Suchtkranke anbieten. Wenn auch der von der DHS geforderte Schlüssel von einer Beratungsstelle für ca. 100.000 bis 150.000 Einwohner

mit derzeit einer Stelle pro 67.500 Einwohnern deutlich überschritten ist, ist mit einem durchschnittlichen Personalschlüssel von 1:13.500 die geforderte Versorgungsdichte von 1:10.000 noch nicht erreicht. Aufgrund der großen regionalen Unterschiede ist in vielen Regionen gerade die längst überholte Planzahl von 1:20.000 erfüllt.

Die Beratungsstellen sind zum überwiegenden Teil in Trägerschaft der Verbände der freien Wohlfahrtspflege, ca. 30 % der Angebote befinden sich in kommunaler bzw. öffentlich-rechtlicher Trägerschaft. In den neuen Bundesländern liegt diese Quote allerdings erheblich höher. Von diesen 1.219 Beratungsstellen sind etwa 100 bis 150 ausgewiesene Drogenberatungsstellen, etwa 700 Beratungsstellen betreuen „auch Drogenabhängige“, allerdings etwa nur mit jeweils einer 1/4 Personalstelle. Etwa 160 Einrichtungen in der Bundesrepublik bieten sogenannte niedrigschwellige Hilfen an.

Beratungsstellen bieten auch ambulante Therapie an. Von den rund 9.400 durch die Rentenversicherungsträger bewilligten ambulanten oder teilstationären Leistungen nach § 15 SGB VI dürfte die Mehrzahl ebenfalls in Beratungsstellen stattgefunden haben.

Bemerkenswert ist auch, daß die Träger der Beratungsstellen im Westen rund 22 % und im Osten rund 13 % der Mittel für diese Dienstleistung selbst aufbringen. Eine sehr grobe und vorsichtige Schätzung läßt damit den Schluß zu, daß von den rund 400 Mio. DM, die für die ambulante Suchtberatung in Deutschland aufgewendet werden, rund 80 Mio. aus den Kassen der Träger stammen. Dies nur als Teilantwort zu der Frage, wer eigentlich die Kostenträger der Beratung sind.

#### IV. Ambulante Suchtberatung soll, muß und wird sich ändern

##### 1. Auf der inhaltlichen Ebene

Die Methodik der Suchtberatung beginnt sich sukzessive zu ändern. Wenn ich als Beleg für diese Aussage jetzt ein

Beispiel aus der Drogenhilfe heranziehe, dann nicht, weil ich nur gelernt habe, in diesen Kategorien zu denken, sondern weil hier von einem Drogenhilfeträger sehr deutlich gemacht wurde, wie sich diese Veränderungen auswirken. In dieser Tabelle wird der herkömmliche Ansatz einem neuen Zugang gegenübergestellt.

	1. Zugangsweise	2. Zugangsweise
<b>Definiton von Drogen</b>	orientiert am medizinischen Modell: Pharmakologie de Drogen steht im Mittelpunkt	umfassende Darstellung der Bedeutung, Funktion und der kulturhistorischen Zusammenhänge
<b>Zielrichtung</b>	Vermeidung von körperlicher und psychischer Abhängigkeit	Förderung gesunder Lebensweise und gesundheitsförderlicher Lebenswelten
<b>Vorrangige Verantwortung</b>	Experten aus Medizin und Drogenhilfe	Experten und Betroffene prinzipiell jeder
<b>Menschenbild</b>	zu behandelnder Klient / Patient Objekt der Beeinflussung	mündiger, selbstbestimmter Klient / Patient
<b>Normorientierung</b>	eher streng, asketisch	eher tolerant, hedonistisch
<b>Methodik</b>	Belehrung, Kontrolle, Verhaltenstraining	Information und dialogische Beratung im Vordergrund
<b>Einbeziehung von sozialen und Umweltbedingungen</b>	kaum; individuelle Verhaltensänderung im Vordergrund	erheblich; soziale, ökonomische und ökologische Verhältnisänderung wichtig

Diese Tabelle geht aus von der Annahme, daß Suchtverhalten nie isoliert, sondern stets im Kontext mit sozialen Determinanten, die zur Entstehung von Sucht und Abhängigkeit beitragen, zu sehen und zu behandeln ist. Von den Autoren wird für die Zielsetzung der Angebote der Begriff der „Gesundheitsförderung“ gewählt, der allerdings

in seinem Verständnis noch umstritten ist. Nach dieser Definition ist Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen, sondern darüber hinaus die Existenz völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Will die Suchtkrankenhilfe dem Rechnung tragen, muß sie von einem ganzheitlichen Ansatz aus-

gehen, der über biologische und medizinische Grundlagen hinaus auch die psychosozialen, ökonomischen und ökologischen Komponenten berücksichtigt. Die Suchtmittel selbst spielen dabei zunächst eine nachgeordnete Rolle. Viel wichtiger ist die Frage, welche Bedeutung dem subjektiven Erleben und Verhalten in der Behandlung zukommt. Die Ursachen von Sucht sind multifaktoriell, deren Ausprägung jedoch individuell unterschiedlich. Beide Faktoren - individuelle Ausprägung und soziale Determinanten einschließlich der verfügbaren Suchtmittel - müssen in der Angebotsstruktur angemessen berücksichtigt werden. Die gezeigte Tabelle macht nun die unterschiedlichen Zugangsweisen zu dem Problem der „Suchterkrankung“ deutlich. Die erste Zugangsweise ist eher herkömmlich zu sehen, die zweite steht für das Prinzip der (umstrittenen) Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt steht also die wie auch immer definierte Gesundheit und nicht die Symptome der Krankheit. Diese Methode setzt an den unabhängig vom Grad der Sucht vorhandenen individuellen Ressourcen an und entwickelt entsprechende Angebote. Die Behandlung der Abhängigkeit tritt nur dann in den Vordergrund, wenn dies ausdrücklich gewünscht bzw. erforderlich wird. Dies setzt nicht nur ein ausdifferenziertes Angebot, sondern auch eine in hohem Maße flexible Struktur voraus. So sind bei der zweiten Zugangsweise nicht nur Berater/in und Klient/in involviert, sondern es müssen alle potentiellen Partner in die Behandlung des Problems miteinbezogen werden. Nicht nur die Fachleute, sondern alle beteiligten Personen und Gruppen sind in die Arbeit einbezogen. Dieses nennt man auch „gemeinwesenorientierte Arbeit“.

Ich stelle also fest: Die erste Veränderung im inneren Bereich der Beratung bezieht sich auf die veränderte Sichtweise des Suchtproblems und knüpft Hilfe nicht an die Defizite, sondern an die Fähigkeiten der Klient/innen an. Sie findet darüber hinaus nicht isoliert im „stillen Kämmerlein“, sondern im Gemeinwesen oder, wie wir es nennen; in der Region, statt.

Eine zweite wesentliche Veränderung liegt in den Konsummustern. Bisher haben wir eine simple und leicht zu merkende Aufteilung: Hier die legalen Drogen, dort die illegalen Drogen und irgendwo da hinten dann noch die stoffungebundenen Süchte. Das wird sich ändern. Günter AMENDT hat beim Abschlußvortrag des 21. BundesDrogenkongresses Ende April in Freiburg festgestellt, daß die Spaltung in der Gesellschaft auch zukünftig zunehmen wird, wobei die permanente Bedrohung, aus dem Arbeitsprozeß herauskatapultiert zu werden, den Bedarf nach Drogen drastisch ansteigen lassen wird. Er folgert daraus: „Die biochemische Fremdsteuerung wird zunehmen, weil die körpereigene Chemie nicht mehr ausreicht, um die physischen und psychischen Belastungen des menschlichen Körpers zu bewältigen. Alltagsdoping sowohl in der Arbeits- wie in der Freizeitwelt wird zu einer Selbstverständlichkeit werden. Alltagsdoping verfolgt das Ziel, eine leistungsfähige Psyche und einen gestählten Körper zu modellieren. Die Pharmaindustrie wird sich darauf konzentrieren, Produkte zu entwickeln mit genau bestimmten Wirkungen und genau bestimmter Wirkungsdauer, angepaßt an die über Marktforschung ermittelten Bedürfnisse der Konsumentinnen und Konsumenten. Auch die Nahrungs- und Genußmittelindustrie wird sich verstärkt in die boo-

mende Branche von Stimulantien einklinken. Denken Sie an das kaum mehr zu überschauende Angebot an Energy-Drinks, deren Wirkung auf der Zufuhr von Koffein, angereichert mit weiteren mehr oder weniger wirksamen synthetischen Zusatzstoffen, beruht. Die Droge Alkohol wird weltweit ihren Rang als Suchtdroge Nr. 1 beibehalten. Es wird wechselnde Trinkmoden und Modedrinks geben. Angesichts der ökonomischen Lage und der sozialen Marginalisierung großer Teile der Bevölkerung ist mit einer Zunahme von Elendsalkoholismus und Verzweiflungsmedikation zu rechnen.“

Auch diese radikal von mir zusammengefaßten Aussagen markieren ein zukünftiges Aufgabenfeld für Suchtberatung: Die Grenzen zwischen den einzelnen Substanzen verschwimmen, Konsument/innengruppen vermischen sich, die heile Welt der Indikation wird zusammenbrechen.

An den Interventionen wird und muß sich etwas ändern. Die ambulante Therapie in der Beratungsstelle, bisher die hohe Schule der Suchthilfekunst und begehrtes Karriereziel der Fachkräfte, wird voraussichtlich von finanzkräftigen Suchthilfeanbietern übernommen. Beratung wird auf den eigenständigen Interventionsansatz sozialer Arbeit zurückgeführt und wieder zur sehr konkreten Lebenshilfe. Fachkräfte kümmern sich dann um Arbeit, Wohnen, Schulden, Gesundheit und Gericht: weniger "Psycho", mehr "Sozial" und kaum Therapie.

Und noch eins steht zu erwarten: Unter Druck der öffentlichen Aufgaben und knapper Finanzen werden Beratungsprozesse schneller ablaufen und damit billiger. Beratung wird sich an Zielen ori-

entieren müssen, die zügig zu erreichen sind. Die "unsystematische Dauerbetreuung" gehört der Vergangenheit an.

## 2. Aufgaben werden neu beschrieben

Angst und Schrecken hat der Hamburger Drogenbeauftragte Dr. Horst BOSSONG im Januar 1995 beim Fachgespräch des DPWW in Lüneburg mit seinen Überlegungen zur Neuorganisation der Drogensozialarbeit hinterlassen. Er hat sehr überspitzt und auch ein bißchen gehässig, aber nicht ohne Erfolg, vorgebracht, daß die Drogensozialarbeit, „wenn sie aus dem Jammertal des Lamentierens, ihrer antiquierten Organisationsform und der hohen Disponibilität öffentlicher Goutierung herauskommen will, dann muß sie sich etwas einfallen lassen - und zwar schleunigst, denn die Geduld von Politik, Administration und Öffentlichkeit ist ziemlich am Ende“.

„Notwendig“, so BOSSONG, „ist eine Radikalkur innerhalb der nächsten Jahre. Zwei grundlegende Systemänderungen sind dabei nötig:

- Die Abschaffung des gesamten bisherigen Finanzierungssystems zugunsten eines weitgehend marktwirtschaftlich strukturierten. Konkret: Nahezu sämtliche (in der Praxis auf Ewigkeiten angelegten) fest finanzierten Planstellen sind von ihrer strukturellen Anlage her abzuschaffen und statt dessen über ein System von abrechenbaren Einzelleistungen zu realisieren, das mit entsprechenden Preisen bzw. Gebühren versehen und in einer Art Gebührenordnung zusammengefaßt wird. Als abrechenbare Einzelleistungen eignen sich Beratungsgespräche, Therapievermittlungen

und suchtbegleitende oder therapievorbereitende Einzel- und Gruppengespräche ebensogut wie die Erstellung von Sozialberichten, aufsuchende Straßensozialarbeit, Hausbesuche und vieles andere mehr. Allein für diese für den einzelnen Klienten konkret erbrachten Leistungen sollten künftig Sozialarbeitergehälter gesichert werden können und zwar nach dem klaren Prinzip: Geld gegen Leistung.

- Die Einführung von Systemen zur Qualitätssicherung und Verlaufs- sowie Ergebnisdokumentation als unverzichtbares Pendant zur wirtschaftlich ausgerichteten Finanzierung. Dabei müssen klare, der Aufgabenstellung und optimalen Zielerreichung dienende Qualitätsstandards vereinbart, sowie durch zu schaffende Qualitätszirkel, Beiräte o.ä., überwacht und ggf. sanktioniert werden. Gewährleistet sein müssen z.B. bestimmte Qualifikationsprofile der Mitarbeiter, eindeutige Stellenbeschreibungen und Verantwortlichkeitsregelungen, angemessene räumliche, technische und sächliche Ausstattungen, kundenfreundlich gestaltete Öffnungszeiten und eine zweckdienliche Vernetzung mit anderen relevanten sozialen und gesundheitsbezogenen Diensten bzw. Anbietern.“

Wenn der erste Teil dieser Formulierung die Finanzierung betrifft, auf die ich später noch eingehen möchte, ist der zweite Punkt jedoch sehr deutlich: Suchtkrankenhilfe ist nicht mehr die gute Tat der Wohlfahrtspflege, sondern öffentlicher Auftrag und die Auftraggeber kommen zunehmend auf die Idee, das, was sie finanzieren, auch in ihren Inhalten zu bestimmen. Auch das hat

BOSSONG wieder mit erschütternder Klarheit auf den Punkt gebracht: „Wenn überhaupt, dann hat die von der Sozialpädagogik getragene bzw. erbrachte Drogenhilfe auf Dauer nur dann eine realistische Chance, ihren Bestand zu sichern und sich selbst im öffentlichen Disput als kompetenter Dienstleistungsbereich zu profilieren, wenn sie sich unverzüglich einer Radikalkur unterzieht, deren Motto lauten muß: „Marktwirtschaft statt Planwirtschaft“.

Ein ganz anderes Thema ist hierbei, daß es den öffentlichen Geldgebern, wie auch Horst BOSSONG sie repräsentiert, bis heute noch nicht so richtig gelungen ist, zu sagen, welche Angebote es auf diesem Markt eigentlich geben soll oder ganz konkret: Was wird von Suchtkrankenhilfe erwartet und was soll sie zukünftig sein lassen? Man kann zumindest ahnen, daß es ein paar Intentionen der Politik und Verwaltung gibt, wie sich Suchtkrankenhilfe zukünftig zu verhalten habe. Die Quintessenz dieser Meinungsforschung ist relativ einfach:

1. Die durch suchtkranke, suchtmittelmißbrauchende oder -gefährdete Menschen entstehenden Probleme im öffentlichen Raum sollen verschwinden.
2. Es darf nicht viel kosten.
3. Wenn es schon was kostet, sind immer „die anderen“ zuständig.

Das war zynisch, ich geb' es zu, aber eine andere Logik ist nur mit Mühe auszumachen. Was nur noch ganz selten eine Rolle spielt in der öffentlichen Diskussion ist der Grundgesetzartikel 2 Abs. 2 „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ...“. Auch dieses sollte Intention für umfassende Bemühungen an der Suchtkrankenhilfe sein.



### 3. Finanzierung verändert sich

Es gibt drei Indizien, die dafür sprechen, daß sich bei der Finanzierung von Suchtberatungsstellen zukünftig einiges verändern wird. Horst BOS-SONG mit seiner Umstellung von der Pauschal- auf die Einzelfallfinanzierung hatte ich schon zitiert. Ihm allerdings ist es in drei Jahren nicht gelungen, in Hamburg Nennenswertes hervorzu-bringen. Der zweite Bereich ist wesentlich bedeutsamer. Ich nenne hier als Stichwort § 93 BSHG. Was verbirgt sich dahinter? Die Einführung der §§ 93 ff BSHG zum 01.01.99 stellt für die Arbeitsfelder der sozialen Arbeit, die aus dem Bereich des Bundessozialhilfegesetzes finanziert werden, den gleichen Systemwechsel dar, der für die Pflegearbeit mit dem Pflegeversicherungsgesetz verbunden war. Die daraus resultierende grundlegende Veränderung der Beziehungsstrukturen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern dient vor allem der Kostenbegrenzung. Diese Begrenzung soll vor allem auf zwei Wegen erreicht werden:

- Ausdifferenzierung des Leistungs- und Preissystems
- Einführung eines inszenierten Wettbewerbes.

Nach § 93 Abs. 1 BSHG werden freigemeinnützige Träger mit gewerblichen Trägern gleichgestellt. Um Einrichtungen und Dienste bzw. deren Leistungen vergleichen zu können (und daraus resultierend dem billigsten Anbieter den Zuschlag zu geben), bedarf es einer erheblichen Transparenz des Leistungs- und Kostengeschehens. Dieser soll durch dezidierte Vertragsgestaltungen über Leistungen und Qualitäten, Vergütungen sowie Prüfungser-

fordernissen hergestellt werden. Dabei werden zum Zwecke besserer Vergleichbarkeit Leistungen und Preise standardisiert und pauschal vergütet.

Zentrale Frage ist hier: Trifft das auf die ambulante Suchtkrankenhilfe zu? Und daraus folgend: Wenn ja, welche Konsequenzen hat das? Die erste Konsequenz ist schon zu beobachten. Fällt das Stichwort „§ 93“ beginnt ein emsiges Tagen und Schreiben, damit alle wie auch immer betroffenen Anbieter rechtzeitig ihre Leistungsbeschreibungen vorweisen können. Ein Trost bleibt: Zum einen ist überhaupt noch nicht geklärt, ob die freiwilligen Leistungen der Länder und Gemeinden überhaupt unter den § 93 fallen, zum zweiten vergibt die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren gerade einen großen Auftrag an ein Institut zur Erstellung einer Leistungsbeschreibung für den ambulanten Bereich. Das wird also zentral vorgenommen und kann den Fachkräften vor Ort ohne große eigene Anstrengungen als Vorlage dienen. Aber ich kann mir nicht verkneifen, auch noch auf eine Falle hinzuweisen, die mit der leistungsbezogenen Vergütung aufgestellt wurde. Wenn wir von der Einführung der Pflegeversicherung lernen wollen, dann müssen wir auch berücksichtigen, daß im Vorfeld ihrer Einführung die Pflegedienste umfassende, detaillierte und rundherum nur prachtvoll zu nennende Leistungsbeschreibungen erstellt haben, um deutlich zu machen, welche wichtige Aufgabe sie erfüllen. Die Konsequenz dessen war, daß von Seiten der Politik gesagt wurde „Das macht ihr sehr schön und dafür kriegt ihr DM 34,90 die Stunde.“ Damit will ich sagen, daß im Falle der Erstellung einer Leistungsbeschreibung nicht etwa die umfassendste dem Träger nützt, sondern die, die Leistungen so

beschreibt, daß sie anschließend mit dem zur Verfügung stehenden Personal auch erledigt werden können.

Aber auch wenn die Erbringung sozialer Dienstleistung nach § 93 BSHG für die ambulante Suchtkrankenhilfe noch nicht unmittelbar gilt, so markiert sie doch einen Systemwechsel. Auch im Rahmen des 21. BundesDrogenKongresses hat Ulrich WITTENIUS vom Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt dazu festgestellt: daß „die politisch betriebene Wettbewerbssteuerung dazu führen (wird), daß es Dienstleistungsfelder gibt, die weitgehend von der Ökonomisierung erfaßt werden, insbesondere solche, in denen sich viele Leistungsanbieter (vor allem gewerbliche) engagieren. In diesen ökonomisierten Arbeitsfeldern besteht die große Gefahr von Ausgrenzungsmechanismen gegenüber „unrentablen“ Nutzern, die einen höheren Aufwand bei der Dienstleistung erfordern. Arbeitsfelder wie die Wohnungslosenhilfe, ambulante Suchtkrankenhilfe, Straßenarbeit u.a. werden sicher nicht die Wettbewerbsdynamik entfalten, wie Arbeitsfelder mit stärkerer Kundensouveränität und mit hohem gewerblichem Anbieterinteresse. Es besteht die Gefahr, daß dieser Wettbewerb zu einem reinen Preiswettbewerb verkommt, in dem der Wettbewerbsparameter „Qualität“ keine Nachfrager findet und nur nach Mindeststandards gearbeitet wird.“

Die Lockerung oder gar Auflösung des Subsidiaritätsprinzips, die Abschwächung der kooperativen Verflechtung zwischen Staat und Freier Wohlfahrtspflege und der Kostendruck als einzigem Auslöser einer Veränderung markieren in der Tat einen Systemwechsel, der auch die ambulante Suchtkrankenhilfe nicht unberührt lassen wird.

Eine dritte Veränderung macht Sorgen. Derzeit wird beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger über eine Weiterentwicklung der Empfehlungsvereinbarung „Sucht“ diskutiert. Sie wissen, beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger arbeiten alle Rentenversicherer zusammen, die für die Suchttherapie, in ihren Worten „medizinische Rehabilitation Suchtkranker“ zuständig sind. In der Diskussion dieser Empfehlungsvereinbarung sowohl beim VDR als auch bei den Krankenkassen wird deutlich, daß auch dadurch die ambulante Suchtkrankenhilfe sich verändern wird. Wiederholt haben Verbände und Drogenbeauftragte darauf hingewiesen, daß die Rentenversicherungsträger als Leistungsträger in erheblichem Maße davon profitiert haben, daß Beratung, Therapievermittlung und Nachsorge von ambulanten Einrichtungen vorgenommen werden, die - aus Länder-, Gemeinde- und Trägertöpfen finanziert - den Leistungsträgern unentgeltliche Dienstleistungen zur Verfügung stellen. Die Konsequenz daraus ist nicht etwa, mit Hilfe der schon vorher zitierten Fallpauschalen sich an der Finanzierung ambulanter Suchthilfe zu beteiligen, sondern die Überlegungen, wie die ambulanten Einrichtungen aus dem Reha-Prozeß ausgegliedert werden können. Der Fachverband Sucht als Interessenvertreter kommerziell orientierter Therapieeinrichtungen hat in seinen Vorschlägen zur Veränderung Beratungsstellen gänzlich eliminiert und will mit regionalen Büros der Therapieeinrichtungen und einer ambulanten Behandlung in Klinikambulanzen das Problem lösen. Wir sollten diese Entwicklung nicht unterschätzen!

Ich fasse zusammen: Das, was wir aus guten inhaltlichen Gründen verändern wollen, ist fast nur noch eine Marginalie

gegenüber dem, was von außen an Veränderungsdruck auf uns zukommt. Und damit nicht genug: Die von uns gewünschten und für notwendig erklärten Veränderungen haben leider wenig mit dem zu tun, was von außen an Veränderungen herangetragen wird.

#### 4. Überblick über zukünftige Szenarien

Jetzt komme ich also auf mein Vortragsthema zurück, und versuche zu beschreiben, wo die Gefahr besteht, daß ambulante Suchtberatungsstellen sich von Aufgabebereichen verabschieden können.

Ich hatte vorhin drei Bereiche genannt, in denen sich Veränderungen abspielen werden. Es sind dies

- der inhaltliche Bereich,
- die Aufgabenzuschreibung und
- die Finanzierung.

Drehen wir das Ganze doch einmal um und beginnen mit der Finanzierung. Hier drohen drei Einschränkungen, die mit schmerzhaften Auswirkungen einhergehen können.

Zum einen ist da der leidige Mangel an Geld. Einem Bundesland oder einer Gemeinde, die sagt, sie habe nicht mehr genügend Geld zur Finanzierung einer Suchtberatungsstelle, wird man wenig entgegenen können. Wir werden auf das Wohlwollen der Politiker treffen, die unsere Arbeit wichtig finden und dann, mit dem Hinweis auf die leeren Kassen, mundtot gemacht werden. Sie wissen, daß die Finanzierung der Beratungsstellen freiwillige Leistungen sind, die nach Maßgabe der Haushaltspläne gezahlt werden. Haben die Haushaltspläne keine Luft, wird Suchtberatung nicht finanziert. Es ist auch durch mehrere Gutach-

ten belegt, daß es für diese Finanzierung keine Rechtsgrundlage gibt.

Zum zweiten kann es durchaus passieren, daß die §§ 93 ff BSHG auf die Beratungsstellen durchschlagen. Dies würde für die Fachkräfte in den Einrichtungen bedeuten, daß sie sich einem neuen Effektivitätsdenken öffnen und Kostenbewußtsein entwickeln müssen. Sie müssen darlegen, daß Aufwand und Ergebnis ihrer Arbeit immer in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen. Es wird sich ein Spannungsfeld zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit ergeben, das unserer unbedingten Beachtung bedarf. Wir müssen wissen, daß es kontraproduktiv ist, wenn die Wirtschaftlichkeit eine so große Bedeutung bekommt, daß die Qualität der sozialen Arbeit auf der Strecke bleibt. Selbstverständlich ist aber auch, daß die inhaltliche Arbeit im Rahmen des wirtschaftlich Vertretbaren erfolgen muß. Dazu gehört, daß Planung und Dokumentation unserer Angebote transparent sind und ein System des Qualitätsmanagements nachvollziehbar ist. Standards und Leistungsbeschreibungen müssen adaptiert und mit den Konzepten verbunden werden. Controlling, d.h. die Überprüfung von Planung, Verlauf und Ziel von Maßnahmen ist einzuführen. Und die Kundenorientierung einerseits am Auftraggeber, d.h. dem öffentlichen Geldgeber als auch am Klienten muß im Blick behalten werden. Suchtberatungsstellen müssen sich als effektives, modernes und erfolgreiches Dienstleistungsunternehmen präsentieren. Erst auf diesem Hintergrund können Leistungsvereinbarungen abgeschlossen werden, die dem notwendigen Aufwand der Suchtberatung mit all ihren Facetten von der niedrigschwelligen Arbeit bis hin zu den Integrationsaufgaben gerecht werden.

*Daher lautet kurz und schmerzhaft zusammengefaßt meine erste These:*

*Es reicht nicht mehr aus, Gutes zu tun und darüber zu sprechen, sondern Suchtberatungsstellen müssen belegen, daß sie mit öffentlichen Mitteln erfolgreich arbeiten. Dazu gehören eine offensive Selbstdarstellung, Leistungsnachweise und ein überprüfbares Konzept.*

Das dritte Problem im Bereich der Finanzierung, das mir im Moment am meisten Sorgen macht, ist die Neigung der Leistungsträger stationärer Therapie, die Beratungsstellen aus der „Empfehlungsvereinbarung Sucht“ auszugrenzen. Unter dem Drängen der kommerziellen Anbieter medizinischer Rehabilitation soll

die Motivation zur Behandlung, Vermittlung und Nachsorge aus den Beratungsstellen ausgegliedert werden. Da auch von vielen Seiten gefordert wird, daß die Leistungsträger sich an dieser Arbeit finanziell beteiligen, steht zu befürchten, daß den Suchtberatungsstellen diese Arbeit „abgenommen“ wird.

*Meine zweite These lautet daher:*

*Suchtberatungsstellen haben nur dann eine Chance, weiterhin im Bereich der Therapievermittlung tätig zu sein, wenn sie deutlich machen, daß nur sie aus inhaltlichen und konzeptionellen Gründen in der Lage sind, erfolgreiche Therapievorbereitung und Nachsorge durchzuführen.*

Der zweite Bereich der Veränderungen bezieht sich auf die Aufgabenübertragung durch die öffentliche Hand. Ich möchte noch einmal betonen, daß es sicherlich unstrittig ist, daß Suchtkrankenhilfe gemeindeorientiert, also im regionalen Kontext, arbeiten muß. Voraussetzung für die optimale Umsetzung ist eine gut funktionierende Kooperation und Koordination im Behandlungs- und Betreuungsverbund. Dies gilt für präventive Aufgaben, für die Versorgungsaufgaben, Beratung, Behandlung und Nachsorge. Funktionierende Kooperation und Koordination

bedeutet keine Gleichschaltung der Beteiligten, sondern ermöglicht erst die Optimierung der eigenen Angebote und die gemeinsame Entwicklung neuer Ansätze. Diese Aufgaben funktionieren um so wirkungsvoller, wenn die angewandten Strategien aufeinander bezogen sind, d.h. Prävention, Versorgung, Beratung, Behandlung, Integration und Selbsthilfe müssen, um die unabhängige Kontinuität in der Betreuung zu gewährleisten, ein gemeinsames System bilden, das möglichst nahtlos in die Strukturen der Gemeinde eingebettet ist. Nur in einem solchen System

kann die Versorgungsleistung ständig überprüft, Selektionsprozessen entgegen gewirkt, die Chancengleichheit für alle Suchtkranken erhöht und der Versorgungsanspruch der suchtkranken Menschen gewährleistet werden. Ein solcher Suchtkrankenhilfeverbund ist in der Lage, Bewährtes zu verbessern, Neues zu erproben und wirksam zu integrieren.

Diese Zusammenhänge müssen sehr offensiv deutlich gemacht werden, um zu verhindern, daß Suchtberatungsstellen durch Aufgabenbeschreibungen, die den integrativen Ansatz außer Acht lassen und lediglich der „Wiederherstel-

lung der öffentlichen Ordnung“ dienen, keine Chance haben. Um die Hilfeangebote in einer Versorgungsregion abzusichern, sollten Verträge abgeschlossen werden. Dadurch kann gewährleistet werden, daß alle Aufgaben der Suchtkrankenhilfe wahrgenommen werden. Durch Verträge werden die Einrichtungen verbindlich in den gemeindenah organisierten Suchtkrankenversorgungsverbund einbezogen. Die Einrichtungsträger übernehmen die Verantwortung für die Qualität ihrer Arbeit. Im Sinne der Hilfehierarchie muß beim Abschluß von Versorgungsverträgen die Sicherstellung der (Grund-)Versorgung aller Suchtkranken erstes Ziel sein.

*Daher kann meine dritte These nur lauten:  
Suchtkrankenhilfe ist ein methoden- und arbeitsfeldübergreifendes Angebot, dem eine Steuerungsaufgabe für alle Interventionen im Zusammenhang mit Suchtproblemen obliegt. Diese Funktion ist über Leistungs- und Versorgungsverträge sicherzustellen.*

Horst BOSSONG hat es in seinem Lüneburger Vortrag ganz praktisch beschrieben: „Die Ergebnisse aus Evaluation und Mittelabfluß aus dem öffentlich Haushalt entsprechend den erbrachten Leistungen und erzielbare Erkenntnisse über die reale Problementwicklung vor Ort müssen kontinuierlich in einen Prozeß von Planung, Steuerung und Controlling einfließen. In diesen Prozessen, die im übrigen durchaus als gemeinschaftliche Aufgabe von Verwaltung, Drogenhilfe, anderen sozialen gesundheitsbezogenen Diensten bzw. Anbietern und geeigneten Vertretungsorganen aus der Bevölkerung angelegt sein können, werden - der Problementwicklung möglichst zeitnah

folgend - Gesamtbudget, Aufgabenschwerpunkte und Prioritäten für die praktische Arbeit jeweils für bestimmte Zeiträume festgelegt und in die entsprechende Preisgestaltung umgemünzt. (...) Das ganze Modell ließe sich über einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren bei einem gedeckelten, also feststehenden, Gesamtbudget modellhaft erproben und so dann als offenes Regelleistungssystem etablieren. Dabei sind für alle Beteiligten die Karten gleich gemischt: Stellt sich heraus, daß die Drogensozialarbeit tatsächlich ein in weiten Teilen ineffizientes Unternehmen ist, dann würde dementsprechend wenig des verfügbaren öffentlichen Geldes abfließen, die Zahl der

in der Drogenarbeit tätigen Sozialarbeiter würde sich gleichsam von selbst drastisch reduzieren und der öffentliche Haushalt wäre geschont, ohne daß - wie aktuell vielfach - in der Sache schwer begründbare und von Protesten begleitete Spareingriffe erforderlich werden. Zeigt sich umgekehrt, daß die Drogenhilfe hochkompetent und effizient ist, dann wäre sie bestens gewappnet für ihre Finanzierungsforderungen an die Adresse von Staat und Gesellschaft und könnte sich auf Expansionskurs begeben. Kurzum: Am Ende wird spitz abgerechnet.“

Aber auch im inhaltlichen Bereich der Beratungsstelle sollte es nicht bei dem herzhaften „Weiter so“ bleiben. Wenn wir uns daran erinnern, was die „Stiftung Warentest“ 1994 über die Qualität der „Drogenberatung“ herausgefunden hat, so ist ein typisches Kennzeichen dieser Arbeit noch immer eine gewisse Beliebigkeit in Interventionen und Aussagen. An diesem Punkt muß dringend gearbeitet werden, um ein einheitliches, vergleichbares und fachlich begründbares Beratungssystem weiterzuentwickeln.

*Meine vierte These lautet daher:  
Suchtberatungsstellen müssen sich auf Standards  
und Leistungsbeschreibungen einigen, um vergleichbare Leistungen anbieten zu können und Klient/innen und Öffentlichkeit ein klares Angebot machen zu können.*

Aber eines dürfen wir auch nicht vergessen: Einrichtungen und Projekte können nur dann auf Dauer erfolgreich arbeiten, wenn sie eine Anpassungsfähigkeit an die sich rasch ändernden Rahmenbedingungen entwickeln. Unternehmen und Institutionen werden an ihrer Bereitschaft zu andauernden Innovationen gemessen. Dabei ist Innovation mehr als nur die Bereitschaft zur Veränderung. Innovation ist ein Balanceakt zwischen Neuheit und Qualitätsgewährleistung, zwischen Kreativität und Zuverlässigkeit, zwischen Risikobereitschaft und Sicherheitsbedürfnis. Innovation ist Management im Spannungsfeld von Bewahren und Verändern. Nun ist aber jede technische und organisatorische Veränderung in der Praxis nur so gut und sinnvoll, wie sie von allen Beteiligten umgesetzt und getragen wird. Ich stelle mir also vor, daß der ständige Ver-

änderungsprozeß in der Suchtkrankenhilfe durch geeignete Interventionen der Einrichtungsträger und der Fachkräfte begleitet werden muß. Das kann man nicht so nebenher entwickeln, dazu muß sowohl auf Ebene der Führungs- als auch der Fachkräfte vernünftig fort- und weitergebildet werden. Damit dieser Absatz jetzt nicht zur „Werbeeinblendung“ verkommt, möchte ich nicht weiter vertiefen, was im Bereich des Innovationsmanagements an Weiterbildungsmöglichkeiten besteht. Ich denke nur, daß der ständige Prozeß der Weiterentwicklung und Veränderung von Organisationsstrukturen aufmerksam betrachtet, durch Weiterbildungsangebote begleitet und offensiv eingesetzt werden muß.

Nun warten Sie aber noch immer auf die Antwort zur Frage, wovon sich

Suchtberatungsstellen verabschieden können, und ich habe fast 45 Minuten gebraucht, mich vor der Antwort zu drücken. Ich will Ihnen aber auch das „Worst-Case-Szenario“ nicht vorenthalten: In der Suchtberatung ergeben sich viele Ansatzpunkte für ein dramatisches Szenario von Einsparungen. Ich habe es in den FDR-BERICHTEN Nr. 38 im Jahre 1995 schon einmal ausgeführt, wohin sich Suchtberatung auch entwickeln kann:

- Beratung kann genauso gut das staatliche bzw. städtische Gesundheitsamt anbieten, das nach wie vor im öffentlichen Gesundheitssystem ein Schattendasein führt.
- Ambulante Therapie, die Erstellung von Diagnosen und weitergehende ärztliche Behandlung werden angesichts der Ärzteschwämme zunehmend von Arztpraxen reklamiert. Substitution liegt bereits jetzt in der Verantwortung der Ärzte, wobei auch die psychosoziale Betreuung mittlerweile von angestellten Sozialpädagogen/innen in Arztpraxen angeboten wird.
- Therapievermittlung kann ebenso gut durch die örtlichen Beauftragten der Kranken- und Rentenversicherungsträger erledigt werden.
- Die ordnungspolitische Funktion der Beratungsstellen, d.h. die Anbindung der Klientel an die Einrichtung und die Betreuung offener Szenen würden dann zukünftig von der Polizei mit ihrem spezifischen Instrumentarium übernommen.
- Übrig bleiben die klassischen Felder der Fürsorge, nämlich aufsuchende Arbeit, Obdachlosenarbeit und u.U.

die Verteilung von Lebensmittelgutscheinen an die bedürftige Klientel. So würde die Arbeit der Beratungsstellen zurückgeführt auf die traditionellen Aufgaben der Armenfürsorge, die, in den Händen mildtätiger Einrichtungen, der Kommune oder dem Land kein Geld mehr kosten würden.

Auch dahin kann es also kommen.

So bleibt mir zum Schluß nur noch das salomonische Urteil: Die Frage, wovon Suchtberatungsstellen sich verabschieden können, wird durch die Aktivität beantwortet, die Suchtberatungsstellen in Hinblick auf ihre Existenz entfalten: Klare Konzeptionen, überzeugendes Qualitätsmanagement, qualifizierte Fachkräfte, ständige Innovationsbereitschaft, Absicherung durch Versorgungsverträge und eine flexible Orientierung an den Bedürfnissen der Klientel lassen keine Abschiedsstimmung aufkommen. Der nach wie vor vielgehörte Satz: „Aus Erfahrung wissen wir ...“ dürfte langfristig zur Verabschiedung aus vielen Arbeitsfeldern und nicht zuletzt aus der öffentlichen Finanzierung finden. Es liegt an Ihnen, was Sie jetzt daraus machen.

## Literatur

- AMENDT, G. (1998), Drogen als Lifestyle-Accessoire, in: Schriften zum 21. BundesDrogenKongreß, herausgegeben vom Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e.V.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (1997) - Hrsg. -, Umsetzung der §§ 93 ff BSHG, Schriftenreihe Theorie und Praxis, Bonn
- BBVL Beratungsgesellschaft für Beteiligungsverwaltung Leipzig mbH, (1997) Abschlußbericht „Zieldefinition, Qualitäts- und Effizienzicherung am Beispiel der ambulanten Suchtkrankenhilfe der Stadt Leipzig“, Eigenverlag
- BOSSONG, H. (1995), Drogenhilfe als Dienstleistung: Überlegungen zur Neuorganisation der Drogensozialarbeit, Manuskript
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (1997) -Hrsg.- Jahrbuch Sucht '98, Neuland Verlag, Geesthacht
- Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e.V. (1997) - Hrsg. -, Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe, Schwerpunkt Drogenarbeit, Neuland-Verlag, Geesthacht
- FRIETSCH, R. (1998), Drogenhilfe: Wohin geht der Weg? in: FDR-BERICHT 2/98, herausgegeben vom Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e.V., Hannover 1998
- HÜLLINGHORST, R. (1998), Planung, Steuerung und Controlling in der Suchtkrankenhilfe, Vortrag anlässlich des Paritätischen Fachgesprächs Drogen, Manuskript
- PAVLEKOVEC, B.; van der UPWICH, G. (1997), Innovationsmanagement - Fortbildungskonzept für Projektmanager, Neuhimmel - Forum, Bremen
- Verein Arbeits- und Erziehungshilfe e.V. (VAE) (1997) - Hrsg. -, Drogenhilfe ist Gesundheitsförderung. Aus der Krise in eine praktikable Zukunft, Eigenverlag Frankfurt
- WITTENIUS, U. (1998), Systemveränderung im sozialen Bereich - Gesellschaftliche und politische Veränderungen beeinflussen das System der sozialen Arbeit, Schriften zum 21. BundesDrogenKongreß, herausgegeben vom Fachverband DROGEN UND RAUSCHMITTEL e.V. Hannover