



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

Kommunale Suchthilfe

Planung-Steuerung-Finanzierung

ausgewählte Beiträge aus Fachtagungen
der Koordinationsstelle Sucht

Forum Sucht

Band 32

ISSN 0942-2382

GESUNDHEITSABTEILUNG



Landschaftsverband
Westfalen-Lippe

www.lwl.org

Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Gesundheitsabteilung
Dezernent: Landesrat Dr. Wolfgang Pittrich

Koordinationsstelle Sucht
Leiter: Wolfgang Rometsch
Warendorfer Straße 25-27
48133 Münster

Redaktion: Heino Möller
Bearbeitung: Elisabeth Rocklage

1. Auflage
1 - 1.500

Münster 2003

Kommunale Suchthilfe
Planung - Steuerung - Finanzierung

ausgewählte Beiträge aus Fachtagungen
der Koordinationsstelle Sucht

Inhaltsverzeichnis

	Seiten
Vorwort	5
I. Grundsatzreferat zur Tagung: "Sieben magere Jahre?" -Finanzierung der Suchthilfe in Zeiten knapper Kassen	7
Prof. Dr. Horst Bossong, Essen	
II. Von der Pauschalfinanzierung zur pauschalierten Einzelfallfinanzierung - das Klever Modell	19
Gerd Engler, Kleve	
III. Ambulantes Betreutes Wohnen und IBRP Praxisbeispiel Kreis Olpe	33
Manfred Kattenborn, Olpe	
IV. Praxisbeispiel Osnabrück Die Leistungsvereinbarung zwischen dem Landkreis Osnabrück und den Trägern der ambulanten Sucht- krankenhilfe	39
Klaus Polack, Georgsmarienhütte	
V. Praxisbeispiel Hamburg Kosten-Leistungsrechnung und Leistungsverträge auf der Basis von Leistungsbeschreibung und Kennzahlen	47
Sven Kammerahl, Hamburg	
VI. Qualitätssicherung unter Bedingungen maximaler Ressourcenschonung - die Verankerung der Suchthilfe in der Normalität	63
Prof. Dr. Horst Bossong, Essen	
VII. Case Management - Eine Methode zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit	73
Dr. Heiko Kleve, Berlin	

VIII. Komplexität managen - Zur Steuerung kommunaler Suchthilfeplanung	89
Mathias Hofmann, Detmold	
IX. "Rapid Assessment and Response": Ein Instrument zur pragmatischen Ermittlung von Bedarfen	109
Roland Lutz, Münster	
X. Personenzentrierte, integrierte Hilfeplanung in der psychiatrischen Versorgung	125
Jörg Holke, Bonn	
XI. Die Dortmunder Suchthilfeplanung aus der Sicht des Fachbereiches Drogenberatung des städtischen sozialpsychiatrischen Dienstes	133
Birgit Castonguay, Dortmund	

Vorwort

Kein Zweifel, die öffentlichen Haushalte stehen unter Druck. Bundesweit werden Strategien zu einer Reform der Gemeindefinanzen diskutiert, regional schließen sich Städte und Kreise zusammen, um durch Kooperation und Nutzung von Synergieeffekten ihren Teil zur Verbesserung der Kostenstrukturen beizutragen. Viele bislang als selbstverständlich geltende Leistungen und Dienste werden einer Prüfung auf Bedarfs- und Zielgerechtigkeit sowie auf Effizienz und Effektivität unterzogen. Auch wenn dieses dokumentiert, dass das Problem der unterfinanzierten kommunalen Daseinsvorsorge erkannt ist, wird die Sanierung schwierig werden und zumindest mittelfristig die regionale und vor allem kommunale Versorgungsdiskussion bestimmen.

Dies hat zur Folge, dass alle kommunal (mit-)finanzierten Leistungsbereiche ihren Teil zur kurz- mittel- und langfristigen Anpassung an z.B. "abschwellende Haushalte" zwangsläufig leisten müssen. Dass darin - neben faktischen Einschränkungen - Chancen für die Modernisierung eben auch der Suchthilfe liegen, wird anhand dieses Tagungsbandes deutlich.

Bei der in Kooperation mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf am 29. und 30. April 2002 in Münster durchgeführten Tagung "Kooperative Suchthilfeplanung in Kommunen - Strategien - Werkzeuge - Praxisberichte" sowie bei der Fachtagung "7 magere Jahre ? - Finanzierung der Suchthilfe in Zeiten knapper Kassen" am 08. Oktober 2002 in Hagen ging es im Kern um die konstruktive Auseinandersetzung mit den oben beschriebenen Anpassungs - Notwendigkeiten vor dem Hintergrund der spezifischen Situation und Struk-

tur der kommunal finanzierten Suchthilfeangebote.

Heute gilt mehr denn je, dass das einzig Sichere der Wandel ist. Die Koordinationsstelle Sucht hat versucht, mit der Akzentuierung der Steuerung, Finanzierung, Planung und Vernetzung zukunftsorientierte Praxisbeispiele vorzustellen, die aktuelle Trends wie z.B. Hilfeplanungssysteme gemäß § 93 BSHG oder IBRP (Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung) aus angrenzenden Arbeitsfeldern wie der Psychiatrie und der Jugendhilfe einbeziehen. Es gibt also durchaus differenzierte, auf die jeweilige kommunale Situation ausgerichtete Werkzeuge zur Planung und Steuerung, die den Ansprüchen der Ökonomie wie auch denen einer zeitgemäßen Versorgung gerecht werden wollen. Urteilen Sie selbst, ob in den Beiträgen für ihren regionalen Zusammenhang hilfreiche Vorschläge enthalten sind.

Auf der Bundesebene verfolgt die DHS mit dem Modellvorhaben "Grundlagen kommunaler Suchthilfeplanung" die Zielsetzung, Planungsebenen, Bedarfsgerechtigkeit und Standards auf eine sinnvolle und zeitgemäße Weise fort zu schreiben¹. Die Koordinationsstelle Sucht des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe engagiert sich hier wie in anderen Arbeits- und Projektbereichen dafür, den Transfer von Initiativen, Modellen, Strategien und Werkzeugen in die Region Westfalen-Lippe zu leisten.

Dr. Wolfgang Pittrich
Landesrat der Abteilung
Gesundheitswesen

Wolfgang Rometsch
Leiter der Koordinationsstelle Sucht

¹ vgl.: GRUNDLAGEN KOMMUNALER SUCHTHILFEPLANUNG Konzeption eines Modellprogramms in der Info-Reihe der DHS, www.dhs.de

I. Grundsatzreferat zur Tagung: "Sieben magere Jahre?" -

Finanzierung der Suchthilfe in Zeiten knapper Kassen

(am 08. Oktober 2002 in Hagen)

Prof. Dr. Horst Bossong

Universität Essen, Fb 1

Universitätsstrasse 12

45117 Essen

Tel.: 02 01 / 183-4356

dekanat_1@uni-essen.de

horst.bossong@t-online.de

Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ein Grundsatzreferat über leistungs- und zuwendungsrechtliche Rahmenbedingungen der Suchthilfe zu halten, bedeutet mit Blick auf eine Runde von Fachleuten aus Verwaltung und Trägermanagement, so wie Sie es sind, wahrscheinlich nichts anderes, als Eulen nach Athen zu tragen. Das andere Anliegen der Veranstalter, Prognosen anzustellen über die künftige Entwicklung der Drogen- und Suchthilfe, ist wie immer in gewisser Weise ein Stochern im Nebel, denn wer weiß schon, was die Zukunft bringt. Das fängt bereits mit der Frage an, ob denn tatsächlich die mit dem Thema der heutigen Fachtagung insinuierte Dramatik eintritt: Kommen wirklich die sieben mageren Jahre? Immerhin schienen doch unmittelbar nach der Bundestagswahl viele Politiker gleichsam reflexartig in die alten Schablonen verfallen zu sein: Allenthalben war ein vielstimmiger Chor von Leuten zu vernehmen, denen nichts anderes einfiel, als allerlei Steuererhöhungen zu propagieren. Speziell da, wo sich diese auf die Deckung konsumtiver Kosten richteten und zu allem Überduss auch noch zweckgebunden erhoben werden sollten, zeigten die Protagonisten, dass sie im Grunde nichts, aber auch gar nichts begriffen haben¹, sondern statt dessen in der hergebrachten Mentalität eines unersättlichen Obrigkeitsstaates verharren. Inzwischen ist zwar - durch das "Machtwort des Kanzlers" - ein wenig die Luft raus, aber zumindest mental ist der Option der harten Haushaltskonsolidierung als

Alternative die übliche Raffgier des Staates zur Seite gestellt.

Insofern macht es vielleicht doch Sinn, noch einmal kurz die Eckpunkte des öffentlichen Leistungs- und Zuwendungsrechts zu beleuchten, um so dann Modernisierungsoptionen zu skizzieren, die politisch gewählt werden könnten, aber die man natürlich nicht wählen muss, wenn man alles beim Alten lassen will und sich in der Rolle des Lordsiegelbewahrers überkommener Strukturen gefällt. Wenn umgekehrt über sieben magere Jahre zu reden sein soll, dann müssen wir uns wohl den Quellentext noch mal genauer ansehen. Das tue ich im zweiten Teil meiner Ausführungen.

Um es aber vorweg zu sagen und den eben erhobenen Vorwurf eines im Grunde Antiökonomismus zu begründen, zunächst soviel: Es gehört bekanntlich zum kleinen Einmaleins der Betriebswirtschaftslehre, dass Unternehmen der privaten Wirtschaft prinzipiell die Höhe ihrer Ausgaben von den zu erwartenden Einnahmen, d.h. den prognostizierten Erlösen her bestimmen. Allein in der öffentlichen Finanzwirtschaft klassischer Couleur ist dies genau umgekehrt: Hier wird der Einnahmenbedarf vom Ausgabenbedarf aus bestimmt. D.h. je mehr der Staat ausgeben will, desto mehr beschafft er sich durch den Griff in die Taschen der Bürger.

Die Crux dabei ist, dass der Staat selbst dann munter Geld ausgibt, wenn er gar nicht genau weiß, wofür und mit welchem Ziel. Anders gesagt: der Staat übernimmt Aufgaben und stellt Ressourcen bereit, ohne hinreichend sicher

¹ Zur erhöhten Besteuerung von Suchtmitteln siehe im einzelnen: BOSSONG (2002) Steuerpolitische Maßnahmen zur Stärkung der Suchtprävention? In: Stellungnahme der Drogen- und Suchtkommission zur Verbesserung der Suchtprävention. Berlin; S. 67-73

zu wissen, ob er denn überhaupt die Aufgabe mit nennenswertem Nettonutzen für den Bürger und die Allgemeinheit erledigen kann.

Dies scheint mir - nebenbei bemerkt - übrigens auch einer der Hauptgründe dafür zu sein, dass bspw. bei Zuwendungen zwar die rechnerischen Verwendungsnachweise pingelig und kleinstteilig geprüft werden, Sachberichte hingegen einen oft eher nur dekorativen Charakter haben, es jedenfalls hierfür bisher kaum verbindliche Strukturvorgaben gibt.

Die Essentials des Leistungs- und Zuwendungsrechts sind klar und unmissverständlich:

In § 12 Abs. 1 SGB V heißt es:

"Die Leistungen (der Krankenversicherung, d.Verf.) müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen".

Und in § 23 BHO, gleichlautend LHO heißt es:

Zuwendungen sind "Ausgaben und Verpflichtungsermächtigungen für Leistungen an Stellen außerhalb der Verwaltung zur Erfüllung bestimmter (d.h. konkret zu bestimmender!, d. Verf.) Zwecke ... (sie) dürfen nur veranschlagt werden, wenn der Bund (oder das Land oder die Gebietskörperschaft, d. Verf.) an der Erfüllung durch solche Stellen ein erhebliches Interesse hat, das ohne die

Zuwendung nicht oder nicht im notwendigen Umfang befriedigt werden kann".

Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit sind mithin die Schlüsselbegriffe; Schlüsselbegriffe, die zu operationalisieren sind - und zwar in jedem Einzelfall, d.h. jedes Mal, wenn öffentliches Geld bereit gestellt oder Sachleistungen erbracht werden sollen.

Doch was heißt das nun konkret und mit Bezug auf die Suchthilfe? Lassen Sie mich dies im Abgleich der fetten zu den mageren Jahren sowie der unterschiedlichen Förder- bzw. Finanzierungsinstrumente zueinander tun.

Die Suchthilfe in Deutschland lebt bekanntlich aus einem Mix aus Zuwendungsfinanzierung, Leistungs- bzw. Kostensatzfinanzierung und - in einem allerdings geringen Umfang - Drittmiteinsatz. Lediglich bei einem Teil der von der Suchthilfe erbrachten Leistungen handelt es sich um solche, für die es im jeweils konkreten Einzelfall eine Finanzierungspflicht der Leistungsträger gibt, weil es sich bei ihnen um gesetzliche Pflichtleistungen handelt. Konkret sind dies jenseits der ambulanten und stationären Krankenhilfe die Maßnahmen der medizinischen Reha, also der Suchttherapie und ggf. Vor- und Nachsorge. Leistungen dieser Art werden in den letzten Jahren (abgesehen von 1997, dem Jahr nach Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes) mit stetig wachsender Tendenz in Anspruch genommen. Allerdings haben sich parallel dazu die Behandlungszeiten auch stetig verkürzt - 1990 lag die durchschnittliche Behandlungsdauer bei 119 Tagen, im Jahr 2000 nur noch bei 86 Tagen². Dies

² Zu den Daten im Einzelnen: WEISINGER (2002) Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. In: Sucht aktuell (Jg.) Heft 2; S. 18-23 (hier S.20)

bedeutet für die Klienten, aber auch für die Behandler eine spürbare Erhöhung des Anspruchs an die Stringenz im Therapieprozess. Hinzu kommen gestiegene Ansprüche durch gründlichere Dokumentation und neu eingeführtes Benchmarking. Dass sich, wie seinerzeit geradezu selbstverständlich von Trägern befürchtet und bejammert, die Qualität und Wirksamkeit der Therapien durch ihre zeitliche Verkürzung und die gestiegenen Dokumentationspflichten verschlechtert hat, lässt sich nicht belegen, allerdings scheint umgekehrt die Wirksamkeit zumindest im Drogenbereich auch nicht signifikant gestiegen zu sein³. Insgesamt - und das mag eine gewisse Sicherheit auch für die Träger auch in Zukunft bieten - stellen Suchtbehandlungen nur einen geringen, nämlich etwa 6%igen Anteil aller medizinischen Reha-Anträge, die bei den Rentenversicherern insgesamt gestellt werden. Anders gesagt: so groß ist die Belastung der Rentenkassen durch die Aufwendungen für die Suchthilfe nun auch nicht.

Das zweite gängige Finanzierungsinstrument in der Suchthilfe sind die Zuwendungen. Sie sind bekanntlich freiwillige Leistungen der Länder, Kommunen und - wenngleich eher selten - der Versicherungsträger. Im Großen und Ganzen sind sie das klassische Förderinstrument im ambulanten, der Suchttherapie vorgelagerten Feld, also in der Beratung, der niedrigschwelligen Überlebenshilfe und in der Prävention.

Die geförderten Maßnahmen und Angebote in diesem Bereich sind seit Mitte der 1970er und dann vor allem

ab Ende der 1980er Jahre kontinuierlich und sehr deutlich ausgeweitet worden. Man kann zweifellos und ohne zu übertreiben sagen: Wir haben heute in Deutschland ein regional sehr eng geknüpft Netz an Einrichtungen und Angeboten; wahrscheinlich stehen wir in diesem Sektor - zumindest was den Bereich der Hilfen für Abhängige illegaler Drogen angeht - sogar mit an der Weltspitze.

Schaut man sich die Zuwendungszwecke oder - was ja das Pendant sein sollte - die Konzepte der geförderten Einrichtungen an, dann zeigt sich, dass sie ein breites Spektrum an Angeboten vorhalten. Und man sieht auch, dass manches im Laufe der Zeit eher gleichsam naturwüchsig und - fast könnte man sagen - auf politischen Zuruf hin entstanden ist. "Neue Probleme erfordern neue Antworten", hieß es immer, wobei das Neue nicht selten im Wesentlichen ein schlichtes "more of the same" war. Vor allem in der ersten Hälfte der 1990er Jahren erlebten wir bundesweit geradezu eine Art Wettlauf im Schaffen immer neuer Angebote und Einrichtungen.

Die pauschale Zuwendungsfinanzierung war hierfür geradezu ideal: Sie bindet nämlich bekanntlich im Unterschied zu Pflegesatzeinrichtungen die Mittelgewährung nicht etwa an die konkrete individuelle Inanspruchnahme der bereit stehenden Angebote, gar an die Wirksamkeit konkreter erbrachter Leistungen - ja es bindet die Bezuschussung überhaupt nicht an eindeutig definierte Leistungen, sondern zunächst einmal nur an das schlichte Vorhandensein von Angeboten - und zwar faktisch unabhängig davon,

³ KÜFNER (2002) Aufgaben und Herausforderungen für das Suchthilfesystem im 21. Jahrhundert. In: Sucht aktuell (9.Jg.) Nr. 1, S. 18-25

ob und in welchem Maße diese Angebote dann auch genutzt werden oder nicht. Das ging, wen wundert's, nur solange gut, wie genug Geld in den öffentlichen Kassen und vor allem die Politik bereit war, im Grunde alles und jedes zu finanzieren nach dem Motto: Je mehr desto besser.

Erst als die öffentlichen Kassen leerer zu werden begannen - also etwa ab Mitte der 1990er Jahre -, rückte peu à peu eine gründliche Revision dieser hergebrachten Förderstruktur auf die Agenda: Nicht ein Irgendwie und Irgendwas sollte mehr gefördert werden, sondern klar benennbare, in Art und Qualität beschreib- und dokumentierbare Leistungen. Dies war - jedenfalls in Hamburg ab 1995 - der Beginn eines Paradigmenwechsels von der Input- zur Outputfinanzierung⁴. Stützpfeiler waren der Abschluss von Qualitätsrahmenvereinbarungen zwischen zuwendungsgebender Behörde und leistungserbringenden Trägern, die Einführung trägerübergreifend einheitlicher Basisdatendokumentationen sowie der Übergang von der Zuwendungsbescheidung zu Zuwendungsverträgen, die, wie Johannes Munder⁵ mit Recht bemerkt hat, wichtige leistungsvertragliche Elemente aufnahmen. Das Leitziel dieser Reform war die Verbesserung und Sicherung der Qualität, die Erhöhung der Transparenz im zuwendungsfinanzierten Sektor der Suchthilfe, schließlich die Erhöhung von Planungssicherheit auf Seiten der Träger durch mehrjährige Vertragslaufzeiten - noch ging es nicht (oder nur geringfügig) um ein Zurückfahren von

Angeboten und Leistungen. Wir hatten sozusagen noch nicht die mageren, sondern erst die schlanken Jahre.

Dabei stieß bekanntlich bereits dies auf nicht geringen Widerstand. Kann man, so wurde den Modernisierern entgegen gehalten, personenbezogene soziale Dienstleistungen überhaupt en détail beschreiben, gar messen? Zerstört nicht eine transparente Dokumentation geradezu zwangsläufig das Vertrauensverhältnis zwischen Klient und Helfer? Wird gar der Hilfesuchende zum "gläsernen Klienten"? Und verbietet nicht der Datenschutz ohnehin alles, was man als Sozialarbeiter nicht gerne macht, nämlich präzise Rechenschaft abzulegen über die geleistete Arbeit?

Heute sieht die Situation - zumindest im Moment - erkennbar anders aus: Zahllose Kommunen werden durch Haushaltssicherungskonzepte drangsaliert. Wird nicht gründlich Remedur gemacht, dann ist absehbar, dass ihre Haushaltslage auf Dauer kaum mehr die ordnungsgemäße Erfüllung der gesetzlichen Pflichtaufgaben erlaubt, von der Wahrnehmung freiwilliger, zumal neuer Leistungen ganz zu schweigen. Doch die Wege, die ehemals als begehbar galten, nämlich die Verlagerung bestimmter Kosten (etwa für ambulante Therapien, für Nachsorge, Methadonbehandlung usw.) von den leistungsrechtlich tatsächlich unzuständigen Kommunen auf die Sozialversicherungsträger, sind längst ausgetreten: Kosten sind verlagert. Im übrigen aber taugen auch sie heute nicht mehr, denn die Sozialkassen

⁴ NÄHER: Freie und Hansestadt Hamburg (1996) Ambulante Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg. Modernisierung als Prozess. Bezug über: Behörde für Gesundheit Hamburg

⁵ MÜNDER (1997) Die öffentliche Finanzierung von Einrichtungen und Diensten der Drogen- und Suchtberatung freier Träger. Geesthacht

sind gleichfalls leer. Mithin geht's jetzt ans Eingemachte, d.h. an die Substanz der hergebrachten Drogen- und Suchthilfe.

Damit komme ich zum zweiten Teil meiner Überlegungen, nämlich zur Frage: Wie können wir die mageren Jahre überleben und vor allem gestalten. Vielleicht gibt uns ja der von den Veranstaltern angegebene Quellentext, das Buch Genesis, einen Hinweis. Zum besseren Verständnis sei für diejenigen unter uns, die nicht ganz bibelfest sind, rasch der Inhalt noch mal zusammengefasst:

Die Geschichte handelt von Joseph, dem Lieblingssohn des Israeliten Jakob, den seine Brüder nach Ägypten verkauft hatten und der dort schließlich im Kerker landete. Eines Tages träumte dem Pharao, er stehe am Nil und es stiegen zunächst sieben fette Kühe aus dem Wasser auf, die von sieben mageren Kühen, die hernach aus dem Nil ausstiegen, verschlungen würden; sodann träumte ihm, sieben fette und schöne Ähren würden von sieben dünnen Ähren verzehrt. Joseph ist es, der dem Pharao die Träume deutet: Auf sieben fette Jahre folgen sieben magere Jahre. Der Rat des Joseph an den Pharao lautet: Setze sofort einen weisen und umsichtigen Aufseher über das Land ein, damit dieser in den fetten Jahren den Überfluss einsammle und lagere, um ihn so dann in den sieben mageren Jahren zu verkaufen. Soweit der Text in der im Tagungsprogramm angegebenen Fundstelle (Genesis 41, 1-36).

Doch noch zwei weitere Punkte sind interessant: Sie folgen in Textstellen der Kapitel 42 bis 47: Der Pharao setzt, so geht die Geschichte fort, nicht etwa einen Mann aus der ägyptischen Priesterkaste oder aus dem Stab seiner Palastbeamten, sondern den Fremdling Joseph zum überaus machtbefugten Verwalter über ganz Ägypten ein; dieser krempelt die traditionelle Wirtschaft im Land von Grund auf um und führt ein äußerst strenges, ja geradezu unerbittliches System aus Abgabepflichten, Vorratswirtschaft und Erwerbswirtschaft (d.h. Getreide nicht als Almosen, sondern nur gegen Bezahlung, notfalls in Form von Frondienst und Leibeigenschaft) ein und geleitet so das Land und seine Bewohner erfolgreich durch die sieben mageren Jahre.

Nun will ich - zumal als Laie - Sie hier nicht mit Bibelexegese behelligen⁶, aber mir scheinen bei einer gleichsam säkularen Interpretation des Textes folgende Aspekte zentral: Es ist nicht das Festhalten an der hergebrachten Ordnung, nicht die damals oft übliche jammervolle fatalistische Lähmung, auch nicht der kriegerische Einfall in Nachbarländer, sondern es ist das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, genauer gesagt: in die eigene Innovationskraft, nämlich in die Kraft zum fundamentalen (und durchaus schmerzhaften und unbarmherzig scheinenden) Wandel zu einem in jeder Hinsicht konkludenten - wenn man so will: strikten ökonomischen

⁶ ... und übrigens auch nicht der Frage nachgehen, ob wir im Suchtbereich in den fetten Jahren nicht womöglich vielerorts das genaue Gegenteil getan haben, nämlich nach dem Motto verfahren sind: Lasst uns schnell alles verzehren, was wir haben, denn wer weiß, ob wir in Zukunft noch mal satt werden.

Rationalsystem, die den Weg in die Zukunft weist. Und diesen, so scheint es, kann niemand besser organisieren als ein Fremdling, ein Außenstehender.

Was lehrt uns dieser Text nun, wenn wie ihn auf unser Thema die Suchthilfe, übertragen? Nun zunächst ganz sicher, dass es wenig aussichtsreich ist, den Kopf in den Sand zu stecken oder das Heil im Jammern zu suchen. Statt dessen (und das ist der zweite Punkt) sollten wir uns auf die eigenen Innovationskräfte stützen und sie systematisch nutzen. Drittens aber: Nicht ein kleines Reförmchen hier und eines dort hilft auf Dauer weiter, sondern nur ein entschiedenes grundlegendes Umsteuern, also der Aufbau einer neuen Systemlogik in der Suchthilfe. Viertens schließlich: Wir brauchen hierzu auch externen Sachverstand und den kritischen Blick von außen.

Alle diese Punkte sind für die Gestaltung von Zukunftsfähigkeit zentral. Deshalb möchte ich hierzu abschließend einige Optionen skizzieren:

1. Umsteuern und eine neue Systemlogik aufbauen - Was könnte das heißen?

Nach klassischem Verständnis bedeutet Suchthilfe im therapievorgelagerten Bereich bekanntlich: Betrieb kompletter Beratungsstellen, deren Personalkörper an Bevölkerungszahlen auszurichten sei (Empfehlung der DHS: 1: 10.000), und die mehr oder weniger von der Prävention über suchtbegleitende Hilfen, Überlebenshilfen und Tagesangebote bis zur therapievorbereitenden und begleitenden Betreuungen, einschließlich der Angehörigenberatung, alles unter einem Dach ver-

wirklichen und sich zu einem Gutteil um eine Art Stammklientel kümmern. Ob dies auch auf Dauer noch trägt, scheint mir durchaus fraglich. Wahrscheinlicher ist statt dessen, dass wir eine zunehmende Modularisierung in diesem Feld erleben werden.

Mit dem SGB IX und - wenn sie denn umgesetzt werden - mit den Vorschlägen der sog. Hartz-Kommission sind einige wichtige Strukturelemente aus der klassischen Suchthilfe, so wie sie heute organisiert ist, herausgebrochen worden. Das SGB IX sieht bekanntlich mit §§ 22-24 die Schaffung sog. örtlicher Servicestellen vor, die in weiten Teilen die therapievorbereitenden Aufgaben - Antragstellung, Therapieplatzsuche, Festigung der Motivation und begleitendes Case-Management - in eigener Zuständigkeit und in einem abgestimmten, wenn man so will: "vernetzten" Vorgehen mit den übrigen beteiligten Stellen wahrnehmen sollen. Streng genommen entfällt damit dieses Aufgabenfeld aus dem klassisch organisationellen Spektrum der Suchtberatungsstellen und geht als ein spezifisches Leistungsmodul über in die Zuständigkeit jeweils eines der Leistungsträger.

Gewiss, bis heute ist hiervon erst wenig umgesetzt worden, statt dessen begnügt man sich vielerorts einstweilen mit einer Art Etikettenschwindel. Doch spätestens, wenn die Umsetzung des Gesetzes - wie vorgesehen - evaluiert wird, dürfte sich zeigen, ob so tatsächlich der vom Gesetzgeber gewollte Zugewinn an Qualität - die beschleunigte Vermittlung und ver-

netzte Begleitbetreuung - gewährleistet werden kann.

Der zweite Ansatz zur Veränderung der Suchthilfe steckt in den Empfehlungen der sog. Hartz-Kommission: Geplant ist die Schaffung sog. Job-Center, die - ich zitiere: "neben den bisherigen Dienstleistungen der BA ... auch arbeitsmarktrelevante Beratung und Betreuung seitens des Sozialamts, des Jugendamtes, des Wohnungsamtes, der Sucht- und Schuldnerberatung (übernehmen) und Schnittstelle zur Personal-Service-Agentur" sind⁷.

Auch hier also stellt sich die Suchtberatung als ein Element in einem modularisierten Hilfe- und Vermittlungsprozess dar: Möglichst punktgenau soll Suchtberatung immer dann zeitlich befristet und zielführend eingesetzt werden, wenn Suchtprobleme einer raschen und wirksamen Vermittlung in den Arbeitsprozess entgegenstehen. Nicht also suchtbegleitende Dauerbetreuung, niedrigschwellige Hilfen und dgl. sind angesagt, sondern die nachhaltig erfolgreiche Bearbeitung individuell vorhandener Suchtprobleme, so dass berufliche Integration möglich wird. Die bisher veröffentlichte und diskutierte Konzeption sagt, dies sei Aufgabe der Job-Center; sie sagt nicht, hier werde dann der Jobsuchende weitervermittelt - im Gegenteil: die Job-Center haben die Erledigung dieser Aufgabe in eigener Regie sicherzustellen. Gewiss wird dies nicht bedeuten, dass die Arbeitsvermittler nun zu Suchtberatern

ausgebildet werden, wohl aber sollen das vermittlungshinderliche Zuständigkeitswirrwarr beseitigt und die jeweils nötigen Einzelmodule punktgenau beschafft und optimal verkoppelt werden. Suchthilfe wird hierbei ein (einzelnes) Segment des Hilfeprozesses sicherstellen müssen. Umgekehrt und aus der Sicht der Suchthilfe als Leistungsanbieter kann dies heißen, dass sie ihr Know How, ihre spezifische Fachkompetenz den Job-Centern anbietet und zur Verfügung stellt. Dies ist - um es deutlich zu sagen - etwas fundamental anderes als das, was wir bisher kannten: Suchthilfe ist nicht mehr die rundum Versorgungsinstitution für ihre Klientel, sondern sie bietet spezifische Dienstleistungen in einem zielgerichteten Prozess an, der von Externen - in diesem Fall von den Job-Centern - verantwortet bzw. gemanagt wird. Die Job-Center werden sich sozusagen bei der Suchthilfe die jeweils im Einzelfall spezifisch benötigten Dienstleistungen einkaufen. Man wird, da bin ich mir ziemlich sicher, seitens mancher Suchthilfeträger dagegen zu Felde ziehen; man wird sagen, so gehe das alles nicht, Suchthilfe sei doch ein langfristig angelegter, ganzheitlicher Prozess, sie sei der Dreh- und Angelpunkt im Veränderungs- und Lernprozess des Klienten und nicht lediglich ein Annex anderer sozialer Servicestellen; kurz: Man wird um die eigene Vormachtstellung und die eigene Klientel kämpfen - Süchtige gehören uns und wir sind das Zentrum, wird es heißen.

⁷ Zitiert nach Internet-Fassung "Moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt" unter www.bundesregierung.de

Ob man damit durchdringt, ist freilich mehr als fraglich.

Nimmt man nämlich beides - das SGB IX und Hartz - zusammen, dann erhellt dies, dass zwei zentrale Bestandteile der Suchthilfe strukturell völlig neu organisiert sind: Therapievorbereitung und -vermittlung wird Aufgabe der örtlichen Servicestellen der Leistungsträger; Suchtberatung im Kontext der - im gesamten Rehabilitations-Prozess überaus zentralen - beruflichen Integration wird Aufgabe der Job-Center. Die Liste der Beispiele ließe sich zweifellos verlängern, beispielsweise auf den Bereich der psychosozialen Begleitung Substituierter - ein Feld, das seit Jahren hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung und Kostenträgerschaft im Gespräch ist. Sollte es den Ländern und Kommunen, die angesichts ihrer Haushaltsprobleme ein vitales Interesse daran haben, gelingen, diesen Bereich oder wenigstens Teile dieses Bereichs an die Krankenversicherung abzutreten, dann ist auch hier nicht mehr damit zu rechnen, dass die psychosoziale Betreuung in der bisherigen, weitgehend schlecht strukturierten, nämlich auf mehr oder weniger unsystematische Langfristbegleitung angelegten Weise weiterlebt. Denkbar ist, dass der substituierende Arzt die Begleitbetreuung in ähnlicher Weise verordnet, wie er bspw. eine krankengymnastische Behandlung verordnet: so und so viele Stunden mit diesem und jenem genau benannten Ziel. Denkbar ist auch, dass er zielgenau zwischen unterschiedlichen Leistungsanbietern aussucht, also bspw. den Gang zum Job-Center verordnet, oder

die Inanspruchnahme einer Schuldnerberatung, des Wohnungsamtes usw. - d.h. die traditionelle Mittelpunktstellung der Suchthilfeeinrichtungen wäre dahin. Notwendig wäre folglich ein grundlegender Systemwechsel - weg von der einrichtungsbezogenen Perspektive, hin zu einer dienstleistungsbezogenen Modularisierungsperspektive. Je prägnanter und profilierter dabei die Einzelmodule beschreibbar und in ihren Effekten und Wirkungen evaluierbar sind, desto besser. Zu bedenken ist nämlich, dass es neben dem fachlichen Profil auch ums Geld geht, d.h. um eine wahrscheinlich ebenfalls mehr denn je sich durchsetzende Modularisierung in der Finanzierung. Auch hier sind nicht mehr Einrichtungen, Planstellen usw. gefragt, sondern bezahlbare Einzelleistungen. Dies aber bedeutet:

2. Der Innovations- und Professionalisierungsschub muss weiter intensiviert und als Bestandteil moderner Dienstleistungsorientierung verstanden werden.

Mit der Einführung von Qualitätsstandards, Leistungsbeschreibungen und Leistungsvereinbarungen seit Mitte der 1990er Jahre sind die Grundlagen gelegt, den vorgenannten Anforderungen zu genügen. Es kommt jetzt darauf an, diesen Prozess weiter zu qualifizieren und dem Gedanken der Beschreibbarkeit sog. Produkte und Leistungen (i.S. der NSM/Neuen Steuerungsmodelle) den der Sozialmarktfähigkeit zur Seite zu stellen, d.h. die einzelnen Leistungen gegenüber den jeweils in Frage kommenden Leistungsträgern handelbar zu machen. Konkret ge-

sagt: die Job-Center oder die örtlichen Servicestellen wollen und brauchen nicht eine komplette Beratungsstelle, sie wollen von diesen auch nicht irgendwie und irgendwas an Unterstützung, sondern ganz konkrete Leistungen bzw. Module. D.h. genau diese müssen in Geld ausdrückbar werden, also: Wie viel kostet eine (möglichst erfolgreiche und zügige) Suchtberatung; wie viel kostet ein Motivierungsprozess zur Therapievorbereitung? Das klingt - zugegebenermaßen - ökonomistisch, aber im Grunde kennen wir es z.B. aus dem Bereich der ambulanten Therapie. Manche Träger kennen es möglicherweise mittlerweile auch aus dem Bereich der betrieblichen Suchtprävention, wo ja auch Firmen nicht dazu neigen, sich gleich ganze Beratungsstellen oder feste Planstellen "einzukaufen", sondern eben die je und je konkret benötigten Leistungen. Diesen Prozess, so meine ich, werden wir fortführen und intensivieren müssen. Es liegt auf der Hand, dass dazu Kosten-Leistungs-Rechnungen verfeinert bzw. in jedem Falle eingeführt werden müssen, wobei - dies sei angesichts mancher Fehlentwicklungen sehr deutlich gesagt - Kostenleistungsrechnungen betriebsinterne Methoden zur Prozess- und Ergebnisoptimierung sind; sie gehen die zuwendungsgebenden Verwaltungen nichts an und haben deshalb in Leistungsvereinbarungen nichts zu suchen. Vergleichbares gilt mit Blick auf das nach wie vor (oder neuerlich wieder) inputorientierte Denken in Fachkraftstellen und einer darauf rekurrierenden Finanzierung bzw. Förderung. In einem modernen sozialstaatlichen Dienstleistungssy-

stem wird es künftig nur noch selten um Einrichtungen und allemal nicht mehr um einzelne Stellen gehen können; Dreh- und Angelpunkt sind die notwendigen, zweckmäßigen und auf der Basis gesicherter Qualität wirtschaftlich erbrachten Leistungen.

Damit aber rückt zugleich ein dritter Punkt auf die Agenda:

3. Wirksamkeitsanalysen und Zertifizierungen gewinnen an Bedeutung.

Was wir im stationären Therapie-sektor bereits kennen, nämlich die kontinuierliche externe Evaluation, das benötigen wir perspektivisch auch im ambulanten Helfesektor: regelmäßige vergleichende Analysen der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und (wenn möglich) Wirkungsqualität der erbrachten Leistungen. Dies wird uns - da bin ich sicher - notfalls durch die Sozialgerichtsbarkeit auferlegt; günstigerenfalls werden wir es im Interesse der Klienten, nämlich einer für sie gesicherten Qualität, aus Eigeninitiative heraus schrittweise aufbauen. Dabei ist zweifelsohne zu bedenken, dass wir hier - anders als im Rehabilitationsbereich - einstweilen mit jeweils auf höchst unterschiedlichem Niveau angesiedelten kommunalen Kostenträgerschaften zu tun haben und die kommunalen Spitzenverbände noch weit entfernt davon sind, einheitliche Standards für den Suchthilfesektor zu entwickeln. Dennoch: Was bspw. im Bereich der Jugend- und Sozialämter mittlerweile Usus ist, nämlich regelmäßiges Benchmarking, das dürfte sich auch für den Suchthilfebereich verwirklichen lassen.

Dabei käme es m.E. auf zwei Dinge besonders an:

1.) Wir sollten unbedingt die Revitalisierung ausufernder Bürokratien vermeiden, so wie sie sich mancherorts schon wieder zeigt - etwa so, dass beinahe jeder Schritt, den ein/e Sozialarbeiter/in tut, zunächst erst einmal von der zuständigen Abteilungs- und der Unterabteilungsleitungskonferenz beraten und vom Kosten-Leistungs-Verantwortlichen vorab genehmigt werden muss.

2.) Wir sollten uns vor Selbstbetrug hüten, nämlich davor, Transparenz mit Hochglanzbroschüren gleich zu setzen oder zu glauben, fachbezogene und wirtschaftliche Bilanzen seien im wesentlichen publizitätswirksame Schönwetterpolitik.

Im Gegenteil: Alles spricht dafür, die anstehenden Aufgaben ernst zu nehmen, sie nicht vor uns her zu schieben, sondern sie zügig und seriös anzugehen. Denn auch insoweit gilt: Was man nicht früh genug macht, das wird man in den mageren Jahren kaum noch aufholen können; statt dessen bliebe dann nichts als das Verhungern. Und das sollten wir doch tunlichst vermeiden.

Vielen Dank.

II. Von der Pauschalfinanzierung zur pauschalierten Einzelfallfinanzierung - das Klever Modell

Gerd Engler

Dipl. Sozialarbeiter
Leiter der Beratungsstellen für
Suchtkranke des Caritasverbandes Kleve e.V.
van-den-Bergh-Strasse 10 a

47533 Kleve

Tel.: 0 28 21/95 45
g.engler@caritas-kleve.de

I. Vorbemerkung

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die vom Kreis Kleve im Konsens mit den Trägern der Drogen- und Suchtberatung verabschiedeten "Grundlagen der Förderung von Trägern der Drogen- und Suchtberatung" in der jetzt gültigen Fassung. Dabei wird im Folgenden Bezug genommen auf die "Beratung von Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen". Gesonderte Regelungen innerhalb dieser Vereinbarungen gelten für die Suchtprophylaxe, auf die hier nicht eingegangen werden soll. Der Text der Vereinbarungen liegt diesen Ausführungen bei¹.

II. Ausgangslage

Über Jahre war die Finanzierungssituation der Beratungsstellen für Suchtkranke im Kreis Kleve ähnlich wie in den meisten Regionen Nordrhein-Westfalens:

- Landeszuschüsse als Grundförderung für die allgemeine Beratungsarbeit (mindestens zwei qualifizierte Vollzeitstellen pro Beratungsstelle), Förderung von Fachkräften (Prophylaxe, Fachkraft zur aufsuchenden Sozialarbeit in der Justizvollzugsanstalt, Fachkraft zur psychosozialen Betreuung von Substituierten) sowie befristete Projektförderungen (aktuell: Projekt Soforthilfe);
- Kommunale Pauschalfinanzierung zunächst bis zu 90 % der Bruttopersonalkosten der vom Land geförder-

ten Stellen (nur Beratung und Prophylaxe), später Einfrierung dieser Zuschüsse auf dem Stand von 1994;

- Eigenmittel zur Abdeckung der Restpersonal- und Sachkosten.

Da die Landeszuschüsse seit Jahren gleich (niedrig) sind, die allgemeinen Kosten aber kontinuierlich gestiegen waren, stiegen die Mehrausgaben der Kommune (bis zum Zeitpunkt der Deckelung) und des Trägers ebenso kontinuierlich. Nach der Deckelung der Kosten durch die Kommune sah sich diese von Jahr zu Jahr mit entsprechenden Anträgen konfrontiert, die mit publizistischer Unterstützung den Erhalt und Ausbau des Hilfesystems forderten und auf neue Herausforderungen aufmerksam machten (gestiegene Anzahl von Substituierten, Suchtproblematik bei den Migrant/innen aus der ehem. Sowjetunion, Zunahme von Klient/innen mit sog. "Doppeldiagnosen" etc.).

Diese Situation war in anderen Bereichen der freien Anbieter im Jugend-Gesundheits- und Sozialbereich ähnlich.

III. Grundsätzliche Überlegungen seitens des Kreises

In dieser Lage suchte der Kreis nach Möglichkeiten der Ausgabenbegrenzung bei gleichzeitiger Steuerung des Geldtransfers. Publizistisch vorbereitet wurde die geplante Umstellung der

¹ s. Anlage 1; Text der Vereinbarung zwischen dem Kreis Kleve und den Trägern der anerkannten Suchtberatungsstellen im Kreis Kleve in der gültigen Fassung.

kommunalen (Mit-)Finanzierung durch einen Zeitungsartikel in der "Rheinischen Post" unter der Überschrift "Keine Steuern für Sozial-Wasserköpfe"². In dem Artikel selbst wurde dann der fehlende Überblick über den Fluss des (kommunalen) Geldes beklagt und die freien Träger verdächtigt, mit Hilfe von kommunalen Steuergeldern neue Verwaltungsstrukturen mit mehr Personal aufzubauen. Die Opposition schloss sich im Grunde dem Tenor der Mehrheitsfraktion an, wollte mindestens die jetzige Effizienz der Beratungsstellen erhalten wissen bei gleichzeitiger Reduzierung der öffentlichen Mittel³.

Gestärkt von dieser "großen Koalition" zur Finanzierungsveränderung begann der Kreis sogleich mit Verhandlungen mit allen bislang von ihm pauschal geförderten Beratungsstellen.

Die Transparenz des Geldflusses soll-

te dadurch sichergestellt sein, dass eine Pauschale gezahlt wird, die

- nur Bürgerinnen und Bürgern des Kreises Kleve zu Gute kommt,⁴
- nur die Leistung "persönliche Beratung" beinhaltet,⁵
- nur dann gezahlt wird, wenn mindestens zweimal eine persönliche Beratung pro Kalenderjahr in Anspruch genommen wurde,⁶
- nur einmal pro Kalenderjahr jedem/r anspruchsberechtigten Bürger/in zur Verfügung steht.⁷

Ausgeschlossen wird von der Finanzierung durch den Kreis

- die niedrigschwellige Betreuung in den Kontaktcafés⁸
- die Beratung in Justizvollzugsanstalten⁹
- alle Formen von Therapie¹⁰

² s. Anlage 2; Artikel der RP, Lokalteil Kleve, vom 20.06.2000

³ s. Anlage 3; Artikel der RP, Lokalteil Kleve, vom 26.06.2000

⁴ Dies wurde begründet mit der örtlichen Zuständigkeit und der ordnungsgerechten Verwendung der kommunalen Mittel. Zum Nachweis dient eine Erklärung, in der die polizeiliche Meldeadresse angegeben werden muss zur Überprüfung des Wohnsitzes im Kreis Kleve.

⁵ Telefonische Beratungen sowie Beratungen in schriftlicher Form oder durch Benutzung anderer Medien machten die Identifizierbarkeit als Angehörige(n) des Kreises schwierig.

⁶ Dies soll einen Wechsel zu einer anderen, ebenfalls geförderten Beratungsstelle im Kreis nach einem einmaligen Gespräch möglich machen.

⁷ Als Bezugsgröße zur Finanzierung wurde das Kalenderjahr gewählt, aufgeteilt in Quartalsraten. Eine Übernahme von Klient/innen in das jeweils nächste Jahr ist möglich; die Fallpauschale wird dann gezahlt, wenn wiederum zwei persönliche Beratungsgespräche in Anspruch genommen worden sind.

⁸ Begründet wurde dies damit, dass es sich bei den Kontaktcafés um ein Angebot handele, dass im Laufe der Zeit von der Trägern ohne finanzielle Unterstützung seitens des Kreises eingerichtet worden sei. Tatsächlich werden zwei Kontaktcafés weitgehend vom Träger über Spenden selbst finanziert, unterstützt durch die jeweiligen Städte, in denen das Angebot besteht.

⁹ Die Arbeit in der JVA Kleve durch die externe Suchtberatungsstelle hat der Kreis unter Hinweis auf die Zuständigkeit des Landes, was die Versorgung von Gefangenen in den jeweiligen Haftanstalten betrifft, noch nie finanziell gefördert.

¹⁰ Hier sieht der Kreis die Zuständigkeit der Renten- und Krankenversicherungsträger gegeben, wie zum Beispiel nach der "Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht".

- die Arbeit im "Betreuten Wohnen für Suchtkranke"¹¹
- sämtliche Tätigkeiten, die nicht von ausgebildeten Fachkräften durchgeführt werden.¹²

IV. Fehlende Leistungsbeschreibungen als Defizit

Bei den mit dem Vertreter des Kreises geführten Verhandlungen wurde sehr schnell deutlich, dass die fehlenden differenzierten Beschreibungen der einzelnen Leistungen der Beratungsstellen (Betreuung, Beratung, Therapie, Begleitung, etc.) ein Manko darstellten. Beschreibungen der einzelnen Arbeitsschritte der verschiedenen von uns durchgeführten Beratungsarten fehlten. Die unterschiedlichen Klientengruppen und die darauf abgestimmten Hilfsangebote waren nicht beschrieben.

Dies hat zur Zeit zur Folge, dass alle Formen der persönlichen Beratung gleich finanziert werden. Die in den letzten Jahren gezahlten Zuschüsse wurden durch die in den letzten Jahresberichten ausgewiesenen und gemittelten Gesamtklientenzahlen dividiert. Dadurch ergibt sich die Notwendigkeit der Beratung von 132 Klient/innen pro Kalenderjahr pro Ganztagsberatungsfachkraft, um auf den gleichen kommunalen Zuschuss wie in den Vorjahren zu kommen.

Die nicht differenzierte Finanzierung von "Beratung" scheint dem differenzierten Angebot der Beratungsstellen in keinem gerecht zu werden und könnte sogar die (ökonomische) Attraktivität von Beratungsaktivitäten mit erhöhtem Beratungsbedarf (z.B. bei chronisch mehrfach beeinträchtigten Suchtkranken) sinken lassen. Um dies zu verhindern, sieht die Vereinbarung mit dem Kreis eine differenzierte Dokumentation unter Bezugnahme auf die Erreichung der in der Vereinbarung beschriebenen Beratungsziele vor. Durch die Abnahme der Attraktivität der Beratungsangebote könnte überdies durch eine Abwanderung von Klienten oder gar ganzen Klientengruppen zu einer anderen Beratungsstelle eine finanzielle Problematik hervorgerufen werden.¹³

Andererseits lässt diese Form der einzelfallbezogenen Pauschale einen Ausbau der Beratungsstellenarbeit dann zu, wenn es gelingt, Drittmittel in Form von Landes- oder anderen Zuschüssen einzuwerben für Aktivitäten, die die Beratung von Bürger/innen des Kreises Kleve zum Inhalt haben. Sollte allerdings die Landesförderung sinken oder ganz entfallen, müsste mit dem Kreis Kleve neu verhandelt werden, da die Finanzierungsgrundlage sich dann verändert hätte.

¹¹ Diese Arbeit wird in einer Mischfinanzierung zwischen Landschaftsverband Rheinland und Kreis bereits von diesem anteilmäßig mit finanziert.

¹² Damit sollen die fachlichen Standards erhalten bleiben; eine Delegation von Beratungstätigkeiten auf nicht ausgebildete Personen ist nicht zulässig.

¹³ Die Etablierung von "Konkurrenz" auch im Bereich psychosozialer Hilfen ist dabei durch den Kreis durchaus gewollt.

V. Ausblick

Es ist zu erwarten, dass es im Zuge weiterer Differenzierungen zu unterschiedlichen Leistungspauschalen für unterschiedliche Leistungen kommt. Gleichzeitig sehen die Vereinbarungen mit dem Kreis schon jetzt Vorgaben zu einer differenzierten Dokumentation vor. Begrifflichkeiten wie "Krisenintervention" (Punkt c 2.), Teilnahme an Fortbildungen und Supervision (Punkt e 4.) oder die Dokumentation des Erreichens der Beratungsziele (Punkt e 5.) machen eine differenzierte Beschreibung und Überprüfung der erbrachten Leistungen notwendig. Beratungsabläufe, Kontaktaufnahmen, Hilfepläne und viele bislang wenig reflektierte Tätigkeiten bedürfen einer Beschreibung und Überprüfung auf Effizienz. Das Verhältnis zwischen direkter Arbeit mit der Klientel und anderen Tätigkeiten (Dokumentation, Fallbesprechungen, Teamsitzungen etc.) muss kritisch reflektiert und fachlich begründet werden.

Die Einbeziehung der Geldgeber als "Primärkunden" der Beratungsstelle wird das bisherige Selbstverständnis der Beratungsstellen verändern.

VI. Grundlagen der Förderung von Trägern der Drogen- und Suchtberatung



Beratung von Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen / Suchtprophylaxe	
a) Rechtsgrundlage	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG), Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG), Bundessozialhilfegesetz (BSHG), Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII/KJHG)
b) Anspruchsberechtigte	1. Bürgerinnen und Bürger des Kreises Kleve, die die folgenden persönlichen Voraussetzungen erfüllen: • Die bzw. der Geförderte ist abhängigkeitskrank oder akut gefährdet, abhängigkeitskrank zu werden bzw. nach einer Therapie rückfällig zu werden, oder • Angehörige(r)/soziale Bezugsperson einer bzw. eines persönlich von einer Suchtproblematik Betroffenen und wegen ihrer/seiner eigenen Problematik als Angehörige(r)/soziale Bezugsperson selbst Klientin bzw. Klient einer beratenden Fachkraft. • Fördervoraussetzung ist zudem, dass innerhalb eines Kalenderjahres im Rahmen mindestens zweier persönlicher - nicht telefonischer - Kontakte mit Fachkräften Beratungsleistungen einer durch den Kreis Kleve anerkannten Drogen- und Suchtberatungsstelle in Anspruch genommen wurden. • Für Angehörige/soziale Bezugspersonen einer bzw. eines persönlich von einer Suchtproblematik Betroffenen gilt die Anspruchsvoraussetzung - von fachlich begründeten Ausnahmen abgesehen - nur dann als erfüllt, wenn die beratende Fachkraft nicht zugleich Berater oder Beraterin der bzw. des primär von der Suchtproblematik Betroffenen ist. 2. Institutionelle Leistungsbezieher Schulen, Kindergärten, Betriebe, Verwaltungen, Vereine etc.) im Kreis Kleve, die Leistungen im Rahmen der Suchtprophylaxe in Anspruch nehmen. Bei ihnen kann auch die vorherige, gleichzeitige oder nachherige Inanspruchnahme der Angebote einer anderen Beratungsstelle während eines Kalenderjahres zusätzlich gefördert werden, wenn die Angebote der beteiligten Beratungsstellen untereinander abgestimmt sind und die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mehrerer Prophylaxefachkräfte fachlich begründet werden kann.

c) Beratungsgegenstand bzw. Angebotsart	1. Beratung von Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen 2. Suchtprophylaxe
d) Beratungsziele	Ziele der Beratung von Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen sind u. a.: • Akute Fremd- oder Eigengefährdung reduzieren bzw. ausschließen • Früherkennung von Krankheiten ermöglichen • Information über Behandlungsmöglichkeiten, Rechte und Leistungsansprüche • Entwicklung von Krankheitseinsicht • Motivierung zur Inanspruchnahme therapeutischer Hilfen • Abstimmung und Organisation der Hilfemaßnahmen • Vermittlung in Therapie (Entgiftung, Entwöhnung etc.) • Psychische und physische Stabilisierung • Soziale und berufliche Integration • Rückfallprophylaxe Ziele der Suchtprophylaxe sind u. a.: • Informationsvermittlung, Aufklärung und Schaffung von Problembewusstsein • Förderung des Interesses an Themen der Gesundheitserziehung und -förderung • Abstinenz von bestimmten psychotropen Substanzen • Bezugspersonen zu unterstützen, Personen mit substanzbezogenen Störungen zu erkennen und auf das problematische Verhalten adäquat zu reagieren • Erkennen bzw. Vermeiden co-abhängigen Verhaltens • Sensibilisierung für suchtfördernde bzw. suchtprotektive Faktoren • Bestärkung gesundheitsfördernden Verhaltens

e) Förderungsvoraussetzungen für den Träger	1. Beratungsstelle(n) und Fachkräfte Der Träger unterhält mindestens eine Beratungsstelle an einem mit dem Kreis Kleeve verbintarten Ort. Dort hält er fortlaufend Fachkräfte im zeitlichen Umfang von mindestens zwei Vollzeitstellen vor, die Leistungen nach diesen Richtlinien erbringen. Als Fachkraft gelten Personen mit einem Fachhochschulabschluss der Sozialarbeit oder Sozialpädagogik oder einem Hochschulabschluss als Pädagoge, Psychologe, Sozialwissenschaftler oder Mediziner, die als Suchtberater und / oder Prophylaxefachkraft tätig sind. 2. Erreichbarkeit Der Träger stellt sicher, dass in jeder Beratungsstelle im Sinne dieser Richtlinien zu geregelten Öffnungszeiten von mindestens 30 Stunden wöchentlich mindestens ein geeigneter Ansprechpartner erreichbar ist und dass persönliche oder telefonische Anfragen möglichst vor Ende der auf die Anfrage folgenden Woche zu einer aktiven Kontaktaufnahme in Gestalt eines ersten Gespräches zwischen Fachberater und Klient/in führen, wenn der/die Klient/in hierzu bereit ist. Aus fachlicher Sicht notwendige Kriseninterventionen haben Vorrang vor allen anderen Aufgaben. Die Einrichtung von Beratungsnebenstellen nach Wahl des Trägers ist zulässig. Für sie gelten die Mindestpersonalausstattung gem. Ziffer 1 und das Erreichbarkeitskriterium gem. Ziffer 2 nicht. 3. Beratungsverpflichtung Der Träger verpflichtet sich, seine Leistungen jeder nach diesen Richtlinien anspruchsberechtigten Person bzw. Institution zur Verfügung zu stellen. 4. Kooperation und Fortbildung Zusammenarbeit und fachliche Abstimmung sind intern und mit den weiteren Einrichtungen des regionalen Versorgungsnetzes für Abhängigkeitskranke notwendig. Die Träger wirken zudem darauf hin, dass das Fachpersonal regelmäßig an Fortbildungen teilnimmt und geben Gelegenheit zur Supervision.
---	--

	5. Leistungsdokumentation Der Träger der Drogen- und Suchtberatung dokumentiert für jede Person bzw. Institution, für die Fördermittel des Kreises Kleve verrechnet werden sollen, alle Leistungen nach ihrer Art, ihrer Dauer in Stunden sowie bzgl. der die jeweilige Leistung erbringenden Fachkraft oder Fachkräfte. Zudem dokumentiert er für die Klienten der Drogen- und Suchtberatung, was im Hinblick auf die unter Bst. d) formulierten Ziele im Einzelfall erreicht worden ist. Die Daten der Leistungsdokumentation bewahrt der Träger fünf Jahre lang auf. 6. Ausschluss von Leistungen aus der Refinanzierung nach diesen Richtlinien Der Träger stellt sicher, dass folgende Leistungen nicht nach diesen Richtlinien refinanziert werden: • Beratung von Gefangenen in den Justizvollzugsanstalten • ambulante Therapien, z.B. im Rahmen der ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger gem. der Empfehlungsvereinbarung des Verbandes deutscher Rentenversicherungsträger sowie der Dachverbände der Krankenkassen • Leistungen, die im Rahmen einer gesonderten Finanzierungsvereinbarung unter Beteiligung des Kreises Kleve erbracht werden, z. B. das Betreute Wohnen für Suchtkranke • Leistungen, die nicht von Fachkräften - z. B. von Zivildienstleistenden oder ehrenamtlichen Helfern - erbracht werden.
f) Verfahren für den Anspruchsberechtigten	Geförderte Personen unterzeichnen - frühestens bei (Gelegenheit) der zweiten persönlichen Beratung - eine Erklärung, dass sie im laufenden Kalenderjahr Beratungsleistungen der entsprechenden Drogen- und Suchtberatungsstelle mehrmals in Anspruch genommen haben und nicht im selben Jahr eine Erklärung gleichen Inhalts bereits bei einer anderen Drogen- und Suchtberatungsstelle im Kreis Kleve unterschrieben haben.

	Die Angaben erfolgen auf einem Formblatt (siehe Anlage). Es enthält alle anspruchsbegründenden Voraussetzungen und regelt zudem die rechtlich unbedenkliche Offenbarung dieser Daten im Rahmen der Prüfung der sachlichen und rechnerischen Korrektheit der Jahresabschlussabrechnung des Trägers gem. Bst. g) dieser Richtlinien durch Mitarbeiter der Kreisverwaltung Kleve. Die Formblätter verbleiben in den Geschäftsräumen der Träger der Beratungsstellen und werden dort zum Zwecke der Rechnungsprüfung getrennt von der Leistungsdokumentation gem. Bst. e) Punkt 5. fünf Jahre lang aufbewahrt. Einsichtnahmen in die Erklärungsformblätter durch Mitarbeiter der Kreisverwaltung erfolgen in den Geschäftsräumen der Träger. Der bzw. die Geförderte willigt in eine unmittelbare Verrechnung der individuellen Förderpauschale mit dem Träger der Drogen- und Suchtberatungsstelle ein. Für institutionelle Leistungsbezieher in der Suchtprophylaxe entfällt dieses Verfahren.
g) Verfahren für den Träger	Spätestens zum 31.03. des auf das abzurechnende Jahr folgenden Jahres reichen anerkannte Träger der Drogen- und Suchtberatung der Kreisverwaltung Kleve, Fachbereich Gesundheit, folgende Abrechnungsunterlagen ein: a) eine Auflistung der Institutionen oder Einrichtungen, die Leistungen der Suchtprophylaxe erhalten haben. Sie werden namentlich und mit Anschrift benannt. Für sie ist jeweils das Datum und die Dauer der Leistungserbringung in Stunden und Minuten anzugeben und in einer Gesamtsumme zusammenzufassen. Individuell zugerechnete Vorbereitungs-, Nachbereitungs- und Fahrzeiten dürfen in jedem Einzelfall höchstens 50 % der insgesamt in Rechnung gestellten Arbeitszeit betragen. b) eine trägerseitig erstellte Jahresabschlussrechnung auf der Basis der eingereichten Belege zu a) und der vollständig ausgefüllten und unterzeichneten Erklärungen gem. Bst. f) dieser Richtlinien sowie der jeweils gültigen Förderpauschalen gem. Bst. h) dieser Richtlinien c) den Jahresbericht gem. Bst. i) dieser Richtlinien

h) Förderung	Einzelfallbezogene Förderpauschale und Förderentgelt für institutionenbezogene Leistungen der Suchtprophylaxe Die einzelfallbezogene Förderpauschale beträgt pro Einzelfall und Jahr: 270 Euro. Das Förderentgelt für institutionenbezogene Leistungen in der Suchtprophylaxe beträgt 32 Euro pro Arbeitsstunde. Diese Pauschalbeträge gelten unverändert bis zum 31.12.2006. Zu Beginn eines jeden Quartals des laufenden Kalenderjahres erhält der Träger eine Abschlagszahlung auf die Jahresabschlussrechnung in Höhe von 25 % der Fördersumme des letzten abschließend abgerechneten Jahres. Die Jahresabschlussabrechnung erfolgt, sobald der Träger die gem. Bst. g) dieser Richtlinien erforderlichen Unterlagen vollständig eingereicht und eine vollständige Zusammenstellung der Erklärungen gem. Bst. f) dieser Richtlinien Mitarbeitern der Kreisverwaltung zur Rechnungsprüfung in seinen Geschäftsräumen vorgelegt hat. Im Rahmen der Jahresabschlussrechnung werden die Abschlagszahlungen des Vorjahres verrechnet. Der Kreis Kleve und der Träger verpflichten sich zur Zahlung bzw. Rückzahlung von positiven bzw. negativen Differenzbeträgen im Vergleich zum Gesamt der Abschlagszahlungen des Vorjahres innerhalb von vier Wochen nach der postalischen Zustellung der Jahresabschlussrechnung durch den Kreis Kleve. Sollte der Jahresbericht gem. Bst. i) nicht termingerecht vorgelegt werden, stellt der Kreis Kleve alle weiteren Zahlungen ein, bis der Träger seiner Berichterstattungspflicht angemessen entsprochen hat.
i) Qualitätskontrolle	Die Träger der Drogen- und Suchtberatung dokumentieren ihre Arbeit in einem Jahresbericht, der inhaltlich geeignet ist, die Gewährleistung der unter Bst. e), Ziffern 1 - 4 definierten Strukturmerkmale des vorgehaltenen Angebots der Drogen- und Suchtberatungsstellen zu belegen.

	Unter Verwendung anonymisierter kundenbezogener Daten aus der Leistungsdokumentation gem. Bst. e), Ziffer 5 soll der Jahresbericht auch Auskunft über Art und Umfang, sowie qualitative Aspekte der Beratungsarbeit geben. Soweit und in dem Umfang, wie die zur Leistungsdokumentation verwandte und seitens des Landes Nordrhein-Westfalen empfohlene Dokumentationssoftware es ermöglicht, sollte eine kommentierte statistische Aufbereitung der vorliegenden Daten erfolgen. Träger von Beratungsstellen, die ihre Arbeit in anderer Weise dokumentieren, treffen in Hinsicht der Inhalte der Jahresberichterstattung mit dem Kreis Kleve eine gesonderte Vereinbarung, die eine Vergleichbarkeit der Berichterstattung mit den Jahresberichten anderer Träger im Kreis Kleve sicherstellt. Der Jahresbericht kann Teil einer Gesamtberichterstattung des Trägers sein.

Anlage

Sehr geehrte Mitbürgerin, sehr geehrter Mitbürger,

Sie haben sich als Angehörige(r), soziale Bezugsperson oder als selbst von einer Suchterkrankung Betroffene(r) von einer Fachkraft bzw. Fachkräften einer Drogen- und Suchtberatungsstelle in diesem Jahr mehrmals beraten lassen. **Der Kreis Kleve möchte diese Beratung gerne finanziell fördern**, um langfristig ein qualitativ hochwertiges und vielfältiges Beratungsangebot zu sichern.

Voraussetzung dafür ist, dass Sie durch Angabe Ihres Namens und Ihrer Anschrift nachweisen, dass Sie im Kreis Kleve Ihren Hauptwohnsitz haben.

Ich bitte Sie daher, die nachfolgende Erklärung auszufüllen und zu unterschreiben. Vorsorglich weise ich darauf hin, dass Sie zur Abgabe dieser Erklärung nicht verpflichtet sind. In diesem Falle kann der Kreis Kleve Ihre Beratung finanziell nicht unterstützen, und der Träger könnte die ihm entstandenen Kosten u. U. nicht angemessen finanzieren.

_____	_____	_____
(Name)	(Vorname)	(Datum)
_____	_____	
(Wohnort)	(Strasse, Haus-Nr.)	

Erklärung

Ich habe in diesem Jahr mehrmalig das Beratungsangebot der Drogen- und Suchtberatungsstelle des Caritasverbandes Kleve in Anspruch genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Träger der Beratungsstelle diese Erklärung in den eigenen Räumen aufbewahrt und sie dort Mitarbeitern der Kreisverwaltung Kleve zum Zwecke der Überprüfung der Abrechnung von Beratungsleistungen zur Einsicht vorlegt. (Darüber hinaus gehende Angaben zu dem Grund oder dem Inhalt der Beratung werden selbstverständlich nicht weitergegeben.)

Ich bestätige, dass ich in diesem Jahr noch keine gleichartige Beratung in Anspruch genommen habe, die der Kreis finanziell fördert.

(Unterschrift)

III. Ambulantes Betreutes Wohnen und IBRP

Praxisbeispiel Kreis Olpe

Manfred Kattenborn

Fachdienst Ärztlicher Gesundheitsdienst
Westfälische Str. 32

57462 Olpe

Tel.: 0 27 23 / 608-753

Fax: 0 27 23 / 60 87 11

m_kattenborn@kreis-olpe.de

Inhalt

I. Rahmenbedingungen des Betreuten Wohnens im Kreis Olpe

II. Erfahrungen mit dem integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)

III. Fallbeispiel

IV. Fazit

Ambulantes Betreutes Wohnen nach § 39 BSHG

Praxisbeispiel "Kreis Olpe"

Der Kreis Olpe ist ländlich strukturiert und hat 140 000 Einwohner.

Im ambulanten Betreuten Wohnen befinden sich insgesamt 63 Klienten. 36 Personen werden nach dem Stellschlüssel 1 : 12 betreut. Seit Anfang dieses Jahres hat der Kreis Olpe Einzelfallabrechnung in Form von Fachleistungsstunden eingeführt, das heißt: z.Zt. werden 27 Klienten unter diesen Rahmenbedingungen begleitet.

Leistungserbringer sind der Caritasverband, das Sozialwerk St. Georg und für den Bereich der Geistigbehinderten, der Verein für Menschen mit Behinderungen.

Chronisch Suchtkranke und Menschen mit Doppeldiagnosen gehören im Kreis Olpe zum Klientel des Betreuten Wohnens für psychisch Kranke.

Aufnahmeanträge für das Betreute Wohnen stellen überwiegend folgende Institutionen:

- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Berufsbetreuer
- Aus der Suchtberatungsstelle eines freien Trägers kommen keine Anträge für ein spezielles Betreutes Wohnen für Suchtkranke. (Kein Bedarf oder kein Klientel?)

Ein **Aufnahme- und Verlaufsgremium** entscheidet über die Aufnahme von neuen Klienten und den Stundenumfang auf der Grundlage einer **individuellen Hilfeplanung (IBRP)** bzw. über die Verlängerung und Anpassung einer Maßnahme.

Zusammensetzung:

- Chefarzt der Klinik für Psychiatrie Olpe,
- Facharzt des Sozialpsychiatrischen Dienstes,
- Sozialpsychiatrischer Dienst, gleichzeitig Geschäftsführung (Koordinator für Betreutes Wohnen)

Diese drei Mitglieder sind stimmberechtigt.

Weitere Mitglieder:

- Sozialdienst der Klinik für Psychiatrie
- die Vertreter der Leistungsträger
- Kreissozialamt

Ein Vertreter der o.g. Institutionen oder der Berufsbetreuer stellt den Klienten im Aufnahmegremium vor.

Kompetenzen:

Die stimmberechtigten Mitglieder des Gremiums entscheiden, ob der vorgestellte Klient zum Personenkreis nach § 39/40 BSHG (Eingliederungshilfe) gehört und legt die Anzahl der notwendigen Fachleistungsstunden fest. Der Kreis Olpe hat diese sozialhilfrechtliche Entscheidung an das Aufnahmegremium delegiert. Sie gilt für maximal 1 Jahr und bedarf danach der Überprüfung durch das Aufnahme-/Verlaufsgremium.

Die Aufnahme bzw. die Notwendigkeit zur Fortsetzung der Maßnahme wird auf einem Formblatt dokumentiert, das die stimmberechtigten Mitglieder unterschreiben.

Besteht eine Warteliste, bestimmt das Gremium die Reihenfolge der Aufnahme.

Grundlage für das **Aufnahmeverfahren** ist der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan der Aktion Psychisch Kranke (IBRP) sowie ein Sozialhilfegrundertrag.

Der IBRP ist mit dem Ziel entwickelt worden, durch individuelle Hilfeplanung Rahmenbedingungen festzulegen, die es auch Menschen mit längerfristigen, schweren psychischen Erkrankungen ermöglicht, ein selbstbestimmtes Leben im eigenen Lebensumfeld zu führen.

Für die Vermittlung in das Betreute Wohnen, für die Weiterbewilligung, als auch für die Beendigung der Maßnahme ist der IBRP verpflichtend. Mit diesem Instrument erhält der Leistungserbringer einen klar definierten Arbeitsauftrag. Nach spätestens einem Jahr, bei Veränderungsbedarf nach oben oder unten auch kurzfristiger, wird im Aufnahmegremium überprüft, welche Ziele erreicht worden sind und welche für das kommende Jahr anstehen. Natürlich geht es auch um Fragen, warum bestimmte Ziele nicht erreicht werden konnten oder revidiert werden müssen.

Bei Beendigung der Maßnahme erhält die nachfolgende Stelle, z.B. der SpD oder ein Wohnheim den Abschluss-Hilfeplan mit der weiteren Zielsetzung.

Die Arbeit mit dem IBRP erweist sich sowohl für den Klienten, als auch für den Träger des Betreuten Wohnens und für das Aufnahme- und Verlaufsgremium als sehr hilfreich. Es ermöglicht eine individuelle Hilfeplanung, sowie ein für alle Seiten transparentes und zielorientiertes Arbeiten.

Zusätzliche Transparenz für den Klienten ist dadurch gewährleistet, dass er eng an der Erstellung des Hilfeplanmanuals beteiligt ist. Außerdem bestätigt er alle Kontakte mit dem Mitarbeiter des Betreuten Wohnens durch seine Unterschrift auf einem Verlaufsblatt.

Wir sind im Kreis Olpe durch die konsequente Nutzung des IBRP auf Män-

gel im Versorgungssystem aufmerksam gemacht worden. Als Beispiel für den Bereich der chronisch Suchtkranken möchte ich fehlende Angebote im Bereich Arbeit (Integrationsfirmen) und Tagesstrukturierung nennen.

Die Vorteile des IBRP haben der HSK und der Kreis Siegen-Wittgenstein erkannt und ebenfalls für Bereiche des ambulanten Betreuten Wohnens dieses Instrument eingeführt.

Wir sind der Überzeugung, dass es durchaus möglich ist, chronisch mehrfach beeinträchtigte Alkoholiker in das Betreute Wohnen für psychisch Kranke zu integrieren.

In den o.a. Fallzahlen sind eine große Zahl von Doppeldiagnosen enthalten.

Ausschlaggebend ist unseres Erachtens aber nicht die Diagnose, sondern die Auswirkungen der Erkrankung bzw. der Behinderung und der daraus resultierende Hilfebedarf.

Dies wird an dem folgenden **Fallbeispiel** deutlich:

Mann, 52 Jahre, alleinstehend, Alkoholmissbrauch seit dem 25. Lebensjahr, diverse Entwöhnungsbehandlungen, sozial isoliert. In den vergangenen drei Jahren insgesamt 3 Entgiftungen und zwei Notaufnahmen, deutliche körperliche Abbauerscheinungen, massive Verwahrlosungstendenzen, Leberschaden, Polyneuropathie, leichtes hirnorganisches Psychosyndrom und damit verbunden mangelnde Kritik- und Urteilsfähigkeit, hohe Verschuldung. Es besteht eine Betreuung durch die Bereiche Vermögenssorge, Gesundheitsfürsorge und Wohnungsangelegenheiten.

Einem Antrag der Berufsbetreuerin auf Aufnahme in das ambulante Betreute Wohnen wurde im Aufnahmegremium

entsprochen. Bewilligt wurden 7 Fachleistungsstunden. Eine Unterbringung in einer soziotherapeutischen stationären Einrichtung hatte der Betroffene vehement abgelehnt.

Die derzeitigen Hilfen im Betreuten Wohnen beziehen sich insbesondere auf folgende Bereiche: Erarbeitung und Stabilisierung alltagspraktischer Fähigkeiten, Training sozialer Kompetenzen, Erarbeitung einer Tagesstruktur, Erhalt der Wohnung, soziale Integration. Es stellt sich die Frage, wo hier spezielle suchtspezifische Kenntnisse notwendig sind.

In diesem aber auch in anderen ähnlich gelagerten Fällen ist deutlich geworden, dass auch für schwer chronifiziertes Klientel durch Installation des Ambulanten Betreuten Wohnens eine Heimunterbringung vermieden werden konnte.

Es geht nach unserer Überzeugung beim Betreutem Wohnen für Suchtkranke, vielleicht ist dies auch der falsche Begriff, also nicht um die Erbringung spezieller Suchtdienstleistungen, sondern um lebenspraktische Unterstützung mit dem Ziel, dem Klienten ein möglichst selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. Dazu gehört z.B. auch die Entscheidung des Klienten, nicht auf Alkohol zu verzichten.

Ein guter Ansatzpunkt für das Betreute Wohnen für Suchtkranke ist aus unserer Sicht die von SCHWOON benannte Zielhierarchie:

1. Sicherung des Überlebens
2. Sicherung eines gesunden Überlebens
3. Sicherung der sozialen Umgebung gegen Beeinträchtigungen
4. Ermöglichung längerer Abstinenzphasen

5. Rückfälle einkalkulieren und Einbeziehung in den Behandlungsprozess

6. Individuell therapeutische Grenzbeziehung.

Bei Betrachtung dieser Punkte stellt sich die Frage, ob das "Betreute Wohnen für Suchtkranke", an einer klassischen Suchtberatungsstelle mit ihrem eher hochschwelligen (Kommstruktur) und überwiegend therapeutisch ausgerichteten Angebot richtig angesiedelt ist.

Selbstverständlich benötigen auch die Mitarbeiter im Betreuten Wohnen Fortbildung zu suchtspezifischen Themen und unverzichtbar sind auch Informationen über das regionale Suchtversorgungssystem, um bei entsprechenden Voraussetzungen, z.B. dem Wunsch des Klienten nach einer suchtspezifischen Beratung entsprechen zu können. Hier schließt sich der Kreis und erst jetzt kommen die speziellen Angebote einer Suchtberatungsstelle oder des Sozialpsychiatrischen Dienstes wieder ins Spiel.

Fazit:

- Das Betreute Wohnen für Suchtkranke muss sich am Behinderebegriff orientieren, das Überleben sichern und somit die Grundlage für die eventuelle Nutzung suchtspezifischer Angebote schaffen.
- Die suchtspezifischen Belange stehen nicht im Vordergrund der Arbeit.
- Eine Anbindung des Betreuten Wohnens an eine klassische Suchtberatungsstelle kann daher unterbleiben.
- Das Betreute Wohnen hat unter anderem die Aufgabe der eventuellen Zuführung zu suchtspezifischen Angeboten.

- Ambulantes Betreutes Wohnen ist ein Angebot, auch schwer chronifiziertes Klientel ausreichend zu betreuen.
- Durch ambulantes Betreutes Wohnen können Heimunterbringungen vermieden und damit Kosten gespart werden.
- Das Betreute Wohnen bietet durch die Art seines Angebotes eine hervorragende Möglichkeit zur Stabilisierung der Klienten, wobei unter Stabilisierung nicht unbedingt die Aufnahme einer med. Reha verstanden werden kann.

IV. Praxisbeispiel Osnabrück

Die Leistungsvereinbarung zwischen dem Landkreis Osnabrück und den Trägern der ambulanten Suchtkrankenhilfe

Klaus Polack

Leiter der Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke
Am Kasinopark 13

49124 Georgsmarienhütte

Tel.: 0 54 01/3 49 33

Fax: 0 54 01/3 48 49, DW

E-Mail: infogmh@suchtberatungsstelle.de

Internet: www.suchtberatungstelle.de

Zu Beginn zunächst einige Strukturdaten zum Versorgungsbereich Landkreis Osnabrück und darin unserer Beratungs- und Behandlungsstelle:

Es gibt insgesamt drei Beratungsstellen in Trägerschaft des Diakonischen Werkes mit fünf Außenstellen und z.Zt. 36 hauptberuflichen und 13 freien Mitarbeiter/innen. Bei ca. 360.000 EW haben wir in 2001 Kontakte zu 1.728 Klienten gehabt. 221 davon haben in unseren Einrichtungen eine ambulante Rehabilitation durchgeführt. Die kommunale Finanzierung der Beratungsstellenarbeit war in den Jahren 1981-1999 über einen Zuwendungsvertrag vereinbart und abgewickelt worden.

Seit dem 1.7.1999 arbeiten die ambulanten Suchtberatungsstellen im Landkreis auf der Basis einer mit dem Kreis geschlossenen Leistungsvereinbarung.

Je nach regionalen Gegebenheiten unterscheidet sich bekanntlich das Leistungsprofil bzw. die Arbeitsbereiche von Suchtberatungsstellen. Wir sind als Beratungsstellen in einer ländlichen Region aktuell in folgende Arbeitsbereiche ausdifferenziert:

- Beratung und Vermittlung
- Behandlung: ambulante Rehabilitation + ABS
- Primärprävention
- Psychosoziale Begleitbetreuung
- Substitutionsbehandlung / Substitutionsambulanzen
- Selbsthilfeförderung
- Alkoholfreie Treffs "H2O" und "Teestube Melle" (Arbeitsprojekte)
- MPU-Vorbereitung
- Suchtakupunktur
- Raucherentwöhnung

Doch nun konkret zur Leistungsvereinbarung:

Wie schon gesagt ist die Suchthilfe im Landkreis seit 1981 per (Pauschal) Zuwendung finanziert worden. Die Ausdifferenzierung der Leistungen und Angebote und das zunehmende Steuerungs- und Controllinginteresse der Kommune hat in unserem Landkreis zu einer offenen und partnerschaftlichen Neubestimmung in der Form der hier vorgestellten Leistungsvereinbarung geführt.

Vereinbarungspartner sind der Landkreis Osnabrück, Fachdienst Gesundheit als kommunale und damit für die Steuerung und Finanzierung verantwortliche Gesundheitsbehörde und die beiden im Bereich der Suchthilfe tätigen Wohlfahrtsverbände, der Caritasverband für die Stadt und den Landkreis Osnabrück sowie die Diakonischen Werke im Landkreis Osnabrück.

Lassen Sie mich bitte zur Erläuterung der Umstellung vom Zuwendungsvertrag zur Leistungsvereinbarung ein erstes Zitat aus dem Vertrag einfügen:

1. Grund des Vertrages

Die Vertragsparteien sind bereits seit dem Jahre 1981 miteinander erfolgreich - vertraglich verbunden. Dieser Vertrag soll sowohl die zwischenzeitlich eingetretenen Veränderungen (neues NPsychKG, neue Produkte wie Betreutes Wohnen usw.) aufnehmen als auch den Prinzipien moderner Leistungsvereinbarungen (Outputorientierung, Implementierung von Budgets, definierte Berichterstattung, Qualitätssicherung usw.) gerecht werden. Darüber hinaus wird der Kooperation und Vernetzung eine gegenüber dem Altvertrag höhere Bedeutung gegeben.

Anpassung an neue Rechtsgrundlagen, Modernisierung und Vernetzung sind also als grundlegende und vor allem zwischen den Partnern unstrittige Motive herausgestellt.

Allerdings führen Rechtsgrundlagen und Richtlinien ja gerade im Bereich der Suchthilfe zu den bekannt verschränkten Leistungsbereichen und Mischfinanzierung einerseits sowie zu unterschiedlichen historisch oder strukturell begründeten Angebots-

strukturen andererseits. Ein regional bezogener Leistungsvertrag sollte also nicht nur diejenigen Leistungen abbilden, die die Partner materiell verbinden sondern auch diejenigen Leistungen, die - wenn auch nicht von der Kommune finanziert - in ihr erbracht werden.

Die folgende Matrix gibt einen Überblick über alle ambulanten Angebote der beiden Wohlfahrtsverbände gemäß der Leistungsvereinbarung:

Vertragsgegenstände

Pro- dukt		Caritas verband	Diakonische Werke	Bemerkungen
	Vertragsgegenstand			
1	Suchttrankenhilfe lt. diesem Vertrag	ja	ja	sh. Anlage 1
2	Suchtprävention	ja	ja	sh. Anlage 2
3	Kooperation und Vernetzung	ja	ja	sh. Anlage 3
4	Förderung und Unterstützung der Selbsthilfe	ja	ja	sh. Anlage 4
5	Betreutes Wohnen, Belm/Hagen a.T.W.	ja	nein	sh. Anlage 5
-	Betrieb Suchtberatungs- stellen im Auftrag des Landes	nein	nein	An der Aufrechterhaltung der Voraussetzungen für die Gewährung der Landesförderung (siehe Landesrichtlinien) hat der Landkreis großes Interesse.
-	Psych.-soz. Begleitung bei Methadonsubstitution	nein	nein	derzeit Landesfinanzierung
-	Behandlung und Rehabilitation	nein	nein	derzeit Leistungsvereinbarungen mit Sozialversicherern
-	betriebliche Prävention	nein	nein	(potentiell) im Auftrag von Unternehmen

Lassen Sie mich nun exemplarisch anhand des Produktbereiches Beratung, Betreuung und Behandlung darstellen, wie die einzelnen Produktbe-

reiche hinsichtlich ihrer Rechts- bzw. Auftragsgrundlage, der Zielgruppen und Leistungen systematisiert worden sind:

Produktbereich 1: Beratung, Betreuung und Behandlung Suchtkranker - gefährdeter sowie deren Angehöriger

Kurzbeschreibung

Das Beratungsangebot richtet sich an Personen, die suchtkrank bzw. -gefährdet sind. Dieses Angebot wird sowohl Personen mit stoffgebundenen (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) als auch nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten (Spielsucht, Essstörungen) zur Verfügung gestellt.

Das Hilfeangebot richtet sich gleichermaßen an Angehörige von Suchtkranken bzw. Suchtgefährdeten.

Auftragsgrundlage

- a) NPsychKG vom 16.6.1997 (Nds. GVBl. S. 272)
- b) Vertrag mit dem Landkreis Osnabrück (diese Anlage ist Vertragsbestandteil des Vertrages)
- c) Richtlinien über die Gewährung von Zuwendungen an Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke und -gefährdete; RdErl. d. MFAS v.11.1.1999 - 406.2-4-41543-131- (Nds. MinBl. S. 139)

Zielgruppe A:

Suchtkranke / Suchtgefährdete

Ziele

- Hilfe zur Selbsthilfe/Stärkung der Selbstheilungskräfte
- Sicherung der psychosozialen Grundbedürfnisse
- Verhinderung von körperlichen Folgeschäden
- Berufliche Stabilisierung und/oder Wiedereingliederung
- Sicherung und Besserung der sozialen Umgebung und des familiären Umfeldes
- Verhinderung sozialer Desintegration
- Einsicht in die Grunderkrankung
- Akzeptanz des eigenen Behandlungsbedarfes
- Akzeptanz des Abstinenzzieles
- konstruktive Bearbeitung von Rückfällen (Rückfallprävention)

Leistungsumfang

- Erstinformation
- Aufzeigen von Hilfemöglichkeiten
- Personenzentrierte Hilfeplanung
- Aufsuchende, begleitende und beratende Hilfen
- Beratungsangebote in Form von: Einzel-, Paar-, Familiengesprächen und Gruppenangeboten
- Personenbezogene Betreuung unter Berücksichtigung medizinischer, psychologischer, sozialer und rehabilitativer Aspekte
- Vermittlung von Hilfen im psychosozialen Bereich (Arbeit, Wohnung, soziale Kontakte)
- Begleitung und Unterstützung in Krisensituationen
- Vermittlung und Vorbereitung von Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, Anbindung an entsprechende Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und begleitende Betreuung
- Auf den Einzelfall abgestimmte Koordination der therapeutischen, rehabilitativen und sozialen Hilfen
- Zusammenarbeit und begleitende fallbezogene Beratung für beteiligte Institutionen (z.B. Haus- und Fachärzte, Justiz ...)
- Hilfen im Anschluß an stationäre Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen
- Anbindung an Selbsthilfegruppen

[Bezüglich dieses Klientels ergeben sich in Zweifelsfällen Abgrenzungsprobleme zwischen SpD und CV/DW. Die als Anlage 7 beigefügten Anmerkungen (inkl. Schema Klientenanbindung) sollten Abgrenzungen erleichtern.]

Zielgruppe B:	Angehörige von Suchtkranken / Suchtgefährdeten
Ziele	▪ Psychische Entlastung ▪ Reflexion eigenen, die Suchtkrankheit stabilisierenden Verhaltens ▪ Entwicklung neuer konstruktiver Verhaltensweisen im Umgang mit den betroffenen Bezugspersonen (Partner/Kind/Eltern) ▪ Stärkung des Selbstwertgefühls ▪ Informationsverbesserung bezüglich suchtspezifischer Fragestellungen
Leistungsumfang	• Information, Aufklärung, Beratung und Unterstützung in Form von Einzel-, Paar- und Familiengesprächen, Gruppenangeboten und Informationsveranstaltungen • Vermittlung in Selbsthilfegruppen für Angehörige • Unterstützung bei konkreten Fragestellungen, z.B. im Umgang mit Ärzten, Behörden, Beantragung von Leistungen etc.
Zeiteinsatz	4720 Stunden p.a. (Caritasverband) 5560 Stunden p.a. (Diakonisches Werk)

[Bezüglich dieses Klientels ergeben sich in Zweifelsfällen Abgrenzungsprobleme zwischen SpD und CV/DW. Die als Anlage 7 beigefügten Anmerkungen (inkl. Schema Klientenanbindung) sollten Abgrenzungen erleichtern.]

Anhand eben nicht nur der Definition von Leistungen sondern auch der Bestimmung eines für die Leistung aufzubringenden Zeitwertes wird auf eine klare und überprüfbare Weise der Nachweis eines zuvor definierten Umfanges der Leistungserbringung vertraglich festgeschrieben. Dies ist das wesentliche Element der Vereinbarung und macht sie attraktiv für beide bzw. alle drei Seiten.

Bleibt noch das - sicherlich andernorts auch gegebene - Problem der konkurrierenden Angebote zweier oder mehrerer Anbieter. Zum hier so genannten Bereich der "Dualen Präsenz" möchte ich abermals den Vertrag bemühen:

Duale Präsenz

Die Träger akzeptieren die Haltung des Landkreises, dass die tradierte **"duale Präsenz"** in einigen Gebieten des Landkreises für eine wirksame Suchtkrankenhilfe nicht zwingend erforderlich ist. Zur Kostenreduzierung

und/oder zur Verbesserung der Angebotsstrukturen (Synergieeffekte) verpflichten sich die Träger,

1. innerhalb des ersten Jahres nach Vertragsabschluß dem Landkreis ein Konzept zur abgestimmten Präsenz vorzulegen,
2. das genannte Konzept innerhalb eines Jahres nach Abstimmung mit dem Landkreis umzusetzen.

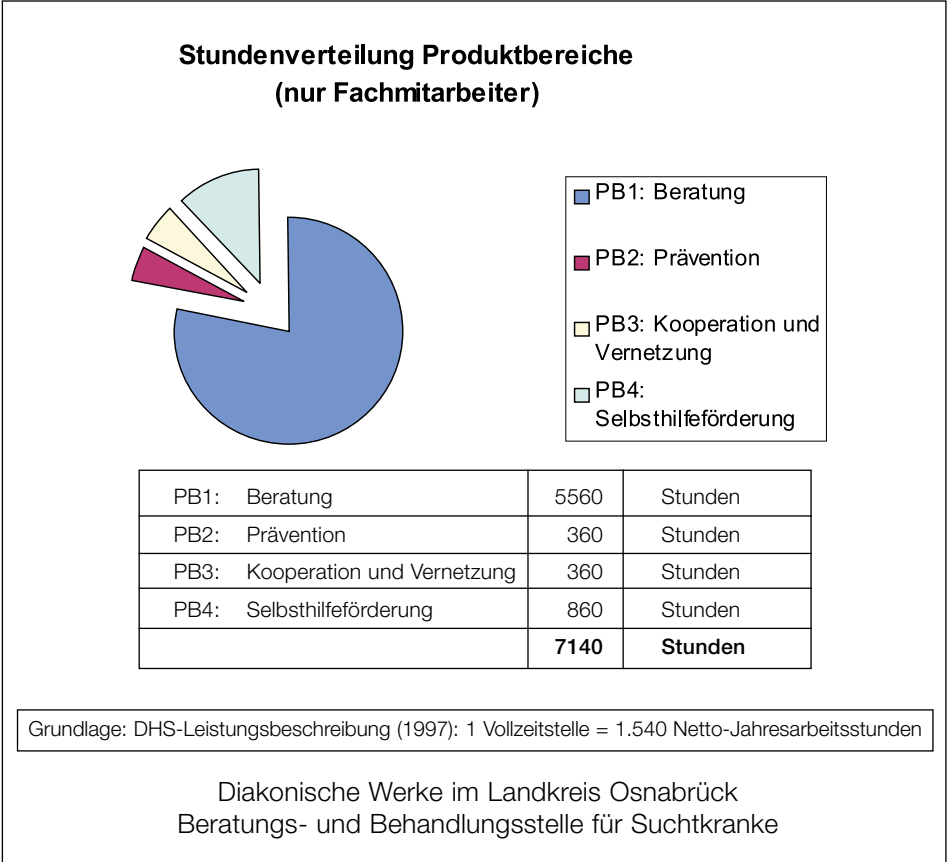
Lösung:

- Keine 2 Träger an einem Ort
- Aufteilung des Landkreises bzgl. der Zuständigkeit eines Trägers, aber die grundsätzliche Wahlfreiheit der Kunden bleibt erhalten.

Die mit der Leistungsvereinbarung einhergehende leistungsbezogene Vergütung muss nicht in kleinteilige und aufwändige Einzelleistungsdokumentation münden wenn anhand der oben schon erwähnten pauschalierten prozentual errechneten Zeitwerte ein Festbetrag vereinbart wird. Nachzuhalten ist dann allerdings schon, ob

die vereinbarten prozentualen Stundenwerte für die Produktbereiche tatsächlich aufgewandt werden. Quartalsweise Überschlüsse machen dann Steuerung zu einem sinnvollen und nachvollziehbaren Instrument. Übrigens

nicht nur auf der Ebene der Leistungen der gesamten Institution. Wir haben dieses Prinzip auch umgesetzt in die Zeittafel und ein entsprechendes Erfassungsfeld für die einzelnen Mitarbeiter/-innen:



Die so geschaffene Transparenz nach innen und außen ermöglicht Steuerungs- und Anpassungsmöglichkeiten über

- Vergrößerung/Verkleinerung der "Tortenstücke"
- Verschiebung zwischen den "Tortenstücken"
- Erhöhung der Vergütung des (Fach-) Stundensatzes
- Anpassung der Leistungsbeschrei-

bungen einzelner Produktbereiche

- Einführung neuer Produktbereiche

Aktuelle Anpassungsdiskurse sind z.B.:

- PB1 Beratung: Stunden reichen nicht aus, Erhöhung beantragt
- PB1 Beratung: Anpassung Produktbeschreibung: besserer Zugang zu Jugendlichen und Heranwachsenden wird gewünscht

Monat/Jahr: September 2002			P B 1			Ambulante Rehabilitation		P B 2		P B 3		P B 4		psychosoziale Begleitbetreuung		Fortbildung	Leitung	Summe Netto-Arbeitszeit
Datum	Arbeitsbeginn	Arbeitsende	Summe Brutto-Arbeitszeit	Beratung direkt	Beratung Fahrtzeit	Beratung indirekt	Ambu Reha direkt	Ambu Reha indirekt	Primärprävention direkt	Primärprävention indirekt	Koop./ Vern. direkt	Koop./ Vern. indirekt	Selbsthilfe direkt	Selbsthilfe indirekt	MPU - direkt			
1			0:00:00															0:00:00
2			0:00:00															0:00:00
3			0:00:00															0:00:00
4			0:00:00															0:00:00
5			0:00:00															0:00:00
6			0:00:00															0:00:00
7			0:00:00															0:00:00
8			0:00:00															0:00:00
9			0:00:00															0:00:00
10			0:00:00															0:00:00
11			0:00:00															0:00:00
12			0:00:00															0:00:00
13			0:00:00															0:00:00
14			0:00:00															0:00:00
15			0:00:00															0:00:00
16			0:00:00															0:00:00
17			0:00:00															0:00:00
18			0:00:00															0:00:00
19			0:00:00															0:00:00
20			0:00:00															0:00:00
21			0:00:00															0:00:00
22			0:00:00															0:00:00
23			0:00:00															0:00:00
24			0:00:00															0:00:00
25			0:00:00															0:00:00
26			0:00:00															0:00:00
27			0:00:00															0:00:00
28			0:00:00															0:00:00
29			0:00:00															0:00:00
30			0:00:00															0:00:00
31			0:00:00															0:00:00
Summe Sept			0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00
Übertrag:			0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00
Gesamt:			0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00	0:00:00

Diakonische Werke im Landkreis Osnabrück Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke

- PB2 Prävention: Es wird an besserer Koordination und Vernetzung mit anderen Anbietern gearbeitet, Erhöhung beantragt
- Einführung eines neuen Produktbereiches zur ambulanten Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Alkoholabhängiger wird diskutiert ("Lebensräume")

Lassen Sie mich nun zum Schluß und zu einer Bilanz der Umstellung und Veränderung kommen. Aus meiner Sicht lohnt sich der - sicherlich zum Teil kleinteilige und Veränderungsbedürftigkeit erfordernde - Weg, der natürlich auch im Landkreis Osnabrück fiskalische Zielsetzungen als Hintergrund hatte. Dennoch oder gerade deswegen hat sich folgendes und zwar sämtlich zum Positiven geändert:

- "Bereinigung" der dualen Präsenz
- Budgetierung (keine Kürzungen -

bisher geringfügige jährliche Steigerung)

- Keine Fehlbedarfsfinanzierung mehr
- In den anderen Produktbereichen kann frei gewirtschaftet werden
- Einführung Qualitätssicherung / Benchmarking
- Einrichtung einer Steuerungsgruppe - kontinuierlicher Kontakt zum Landkreis Osnabrück zum SpD und zur Caritas
- Fachkonferenzen mit SpD bzgl. Gemeinsamer Klienten. Bessere Steuerung der Produktbereiche: Aufwand - Einnahmen
- Transparentere Leistungen
- abgestimmter und vergleichbarer Jahresberichtsleistungvergleich unter den Mitarbeitern

Vielen Dank.

V. Praxisbeispiel Hamburg

Kosten-Leistungsrechnung und Leistungsverträge auf der Basis von Leistungsbeschreibung und Kennzahlen

Sven Kammerahl

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Umwelt und Gesundheit
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz
Fachabteilung Drogen und Sucht G 3261
Tesdorfstraße 8

20148 Hamburg

Tel.: 040 / 428-48-2256

Fax: 040 / 428-48-2086

E-Mail: Sven.Kammerahl@bug.hamburg.de



Praxisbeispiel Hamburg „Modernisierung als Prozess“

- Besonderheiten eines Stadtstaates
- Allgemeine Ziele und Voraussetzungen in der Zuwendungsfinanzierung
- Die Kennzahlenlogik
- Zuwendungsverträge
- Kosten- und Leistungsrechnung für die Zuwendungsfinanzierung
- Nachfragen und Diskussionen

7.10.2002

"7 magere Jahre"

1



Die Freie und Hansestadt Hamburg

- Ca 7,1 Millionen Einwohner
- 32.000 bis 65.000 Alkoholabhängige
- 7.000 bis 12.000 Abhängige von illegalen Drogen
- 18 Kontakt und Beratungsstellen im legalen Bereich
- 17 Kontakt und Beratungsstellen im illegalen Bereich
- 7 integrierte Drogenkonsumräume
- 19 Millionen € Ausgaben für die ambulante Drogen- und Suchtkrankenhilfe aus dem Haushalt der FHH

7.10.2002

"7 magere Jahre"

2

Hamburg als Stadtstaat mit 1,7 Millionen Einwohnern, mit der besonderen Situation, dass Kommunale und Länderaufgaben in "einer Hand" liegen. Hamburg hat bezogen auf den Bundesdurchschnitt ein gut ausgebautes Hilfesystem.



Voraussetzungen im Zuwendungsbereich der Fachabteilung Drogen und Sucht

- Rahmenvereinbarung über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht und Drogenarbeit seit 1996
- BADO Basisdatendokumentation BADO e.V. (37 Einr. in 2000)
- LEIDO Leistungsdokumentation / Sachbericht
- Kennzahlen über die zu erbringende Leistung
- Die Möglichkeit, Zuwendungsverträge über mehrere Jahre abzuschließen

7.10.2002

"7 magere Jahre"

3

Schon in den 1990er Jahren kam es in Hamburg zu einer einheitlichen Vereinbarung über die qualifizierte Suchtberatung.

Seit 1997 gibt es eine umfangreiche Basisdatendokumentation, der bislang 37 Einrichtungen angeschlossen sind. In Bado werden anonymisiert Daten über Klienten für eine bislang deutschlandweit einmalige Auswertung zusammengefasst. Der Bericht ist abrufbar unter www.Bado.de.

Die Träger geben alle jährlich eine Leistungsdokumentation ab, diese ist auch Bestandteil der Sachberichte.

Mit allen Trägern der ambulanten Suchtkrankenhilfe sowie der Suchtprävention werden Kennzahlen über die zu erbringende Leistung vereinbart.

Zuwendungsverträge über mehrer Jahre, bei gleichzeitiger Absenkung der ursprünglich zu erwartenden Summe.



Ziele im Zuwendungsbereich der Fachabteilung Drogen und Sucht

- Darstellung des Verhältnisses zwischen Input, Output und Outcome - Qualitätssicherung in Bezug auf Leistungserbringung und Leistungswirkung
- Effiziente und bedarfsgerechte Steuerung der vorhandenen Ressourcen
- Weiterentwicklung der Kosten und Leistenrechnung für zuwendungsfinanzierte Suchthilfeprojekte / Projekt-Controlling
- Ausbau der BADO, VERLAUDO und LEIDO

7.10.2002

"7 magere Jahre"

4



Allgemeine Ziele für die Beratungsstellen in der Suchtkrankenhilfe

- Entwicklung von Standards für die Ziel- und Kennzahlenerfassung
- Entwicklung eines Qualitätssicherungssystems für die Beratung
- Erhöhung der Flexibilität in Bezug auf vorhandene Bedarfe und Ressourcen

7.10.2002

"7 magere Jahre"

5

Es ist Ziel der Fachabteilung Drogen und Sucht, von der Inputfinanzierung über die outputorientierte Finanzierung zu einer Outcome Finanzierung zu kommen.

Ziel ist es auch, die vorhandenen Ressourcen bedarfsgerecht dort einzusetzen, wo sie benötigt werden. Dies auch im Hinblick auf abschwellende Haushalte.

Erst wenn eine Leistung in ihrem vollen Umfang erkennbar ist, kann ich auch mit einem Finanz- und Fachcontrolling ansetzen.

Ein einmal impliziertes Dokumentationssystem unterliegt der ständigen Kontrolle und Weiterentwicklung, hinsichtlich seiner Wirksamkeit, bzw. des Nutzens für die Auftraggeber.

Es muss das Anliegen jeder Einrichtung sein, die eigene Leistung im Kontext mit anderen konkurrierenden Einrichtungen zu vergleichen. Hierbei gilt es auch die jeweiligen Besonderheiten abzubilden. So gilt es in diesem Kontext zu klären, was z.B. ein Kontakt bzw. eine Kurzberatung ist.

Es muss langfristig gesichert werden, dass z.B. bei einer Therapievermittlung eine vorher klar definierte Leistung dem Klienten zuteil wird. Dies betrifft insbesondere die Prozessabläufe.

Trägern soll die Möglichkeit eröffnet werden, flexibel auf die Bedarfe zu reagieren. Hierzu gehört auch der flexible Einsatz von Personal (Personalpool) und das Bilden von Rücklagen.

Behörde für Umwelt und Gesundheit
Fachabteilung Drogen und Sucht



Kennzahlen im Zuwendungsbereich der Fachabteilung Drogen und Sucht

- Die Fachabteilung handelt mit den Trägern der Suchtkrankenhilfe im Rahmen der Zuwendungsvereinbarungen dezidierte Kennzahlen über die zu erbringende Leistung aus (Output)
- In der Leistungsdokumentation (LEIDO) werden diese dokumentiert
- Die Leistungsdokumentation ist Bestandteil des Sachberichtes
- Steuerung der Zuwendung über die (nicht)erreichten Kennzahlen

7.10.2002

"7 magere Jahre"

6

Siehe Kennzahlen-Musterentwurf in der Anlage zu diesem Skript.



Verträge im im Zuwendungsbereich der Fachabteilung Drogen und Sucht

- 1996 wurde im Zusammenhang mit dem vom Senat unterstützten Modernisierungsvorhaben modellhaft der erste (öffentlich-rechtliche) Vertrag über Zweckbestimmung, Leistungsumfang und Finanzierung der Drogen und Suchtberatungsstellen - Zuwendungsvertrag - mit dem Verein Jugend e.V. abgeschlossen.

7.10.2002

"7 magere Jahre"

7



Zuwendungsverträge im Bereich Drogen und Sucht. Ziele:

- Ressourcenschonung durch Absenkung der veranschlagten Gesamtsumme (Mehrjährigkeit)
- Erhöhung der Flexibilität der im Träger vorhandenen und zur Verfügung stehenden Ressourcen zum Nutzen des Suchtkrankenhilfesystems
- Motivation des Trägers, mit den vorhandenen Mitteln auf veränderte Bedarfslagen schnell zu reagieren (Innovationsgedanke)

7.10.2002

"7 magere Jahre"

8



Zuwendungsverträge im Bereich Drogen und Sucht. Ziele:

- Längerfristige Finanzplanung in der Fachabteilung
- Verringerung des Verwaltungsaufwandes
- Erhöhung des Wirtschaftlichkeitsgedankens

7.10.2002

"7 magere Jahre"

9

Im Anhang finden Sie einen Hinweis zum Zuwendungsvertrag, eine Konkretisierung, eine Leistungsvereinbarung über Kennzahlen für ein reguläre einjährige Zuwendungsfinanzierung.



Zuwendungsverträge im Bereich Drogen und Sucht Beispiel für den Aufbau eines Vertrages

- Präambel
- § 1 Grundsätzliches
- § 2 Zuwendungszweck
- § 3 Fachliche und rechtliche Grundlagen
- § 4 Berichts und Nachweispflicht / Fachliche Steuerung
- § 5 Monetäre Regelung über die Vertragshöhe
- § 6 Regelung über die Mittelverwendung
- § 7 Vertragszeitraum

7.10.2002

"7 magere Jahre"

10



Zuwendungsverträge im Bereich Drogen und Sucht Beispiel über den Aufbau der Konkretisierung

- Allgemeine
- Zielgruppe
- Öffnungszeiten und Erreichbarkeit
- Leistungsbeschreibung hinsichtlich Inhalt, Umfang und Qualität (unterteilt in die einzelnen Leistungssegmente)

7.10.2002

"7 magere Jahre"

11



Kostenleistungsrechnung für zuwendungsfinanzierte Suchthilfeprojekte

- KLR ermöglicht und unterstützt Finanz- und Fachcontrolling
- KLR kann die Steuerung von finanziellen Ressourcen unterstützen.
- Eine detaillierte KLR ermöglicht das Erfassen von Kosten einzelner Teilsegmente im Suchhilfesystem.
- KLR lässt erstmals eine Wirtschaftlichkeitsüberprüfung zu.
- KLR darf nicht isoliert gesehen werden, sondern muss im Kontext eines Gesamtcontrolling eingesetzt werden.

7.10.2002

"7 magere Jahre"

12

Der Bereich der Kostenleistungsrechnung ist im Bereich Drogen und Sucht noch im Aufbau. Ziel ist es zukünftig, die Kosten im Zuwendungsbereich für die einzelnen Teilsegmente der zu erbringenden Leistungen abzubilden. Hier könnte zukünftig ein Finanzcontrolling ansetzen, insbesondere wenn starke preisliche Abweichungen gleicher oder ähnlicher Leistungen bei den Trägern zu verzeichnen sind.

Anhang

Beschreibung der Leistungssegmente

Allgemeines

Der Träger und die Behörde sind sich einig, dass qualifizierte personenbezogene Hilfeleistung für Suchtmittelabhängige ein prozesshaftes Geschehen ist, das von den oft typischen Ambivalenzen der Klienten mitbestimmt wird. Insoweit ist eine wiederholte Inanspruchnahme einzelner Leistungen durch die Klientinnen und Klienten während der Laufzeit nicht ausgeschlossen. Die Partner sind sich einig, dass eine gleichzeitige Inanspruchnahme einzelner, aufeinander aufbauender Leistungen ausgeschlossen ist.

Leistungsbeschreibung:

- 1. Personenkreis:**
- 2. Leistungssegmente**

2.1. Erstkontakte und Basisinformation

Zu diesem Leistungssegment gehören die niedrigschwellige Erreichbarkeit der Einrichtung für fachbezogene Informationen und Auskünfte für Abhängige, Gefährdete und ihre Angehörigen sowie für ratsuchende Besucher, für Erstberatung und Terminvergabe für intensivere Beratungsgespräche.

Das Angebot erfolgt in Form direkter persönlicher und telefonischer Gespräche mit und ohne Voranmeldung.

Das Projekt stellt eine Erreichbarkeit im Umfang von mindestens XX Stunden pro Woche sicher. Die Zeiten werden bedarfsgerecht vorgehalten.

In diesem Leistungssegment werden im Verlauf von 12 Monaten mit XXX Personen Erstgespräche geführt.

2.2. Suchtberatung für Personen mit problematischem Suchtmittelkonsum bzw. Abhängigkeitssymptomen sowie deren Angehörige

Dieses Aufgabenfeld für Menschen mit Suchtmittelkonsum bzw. Abhängigkeitssymptomen grenzt sich durch intensivere Beratungs- und Motivationsgespräche ab von der reinen Informationsvermittlung und Erstberatung des Leistungssegments 2.1.

Dabei wird davon ausgegangen, dass Beratung und Motivierung ein Prozess ist, der bei einzelnen Betroffenen unterschiedlich lang dauert. Manchmal reicht ein ausführliches Beratungsgespräch, um den für den/die Klient/in nächsten notwendigen Schritt gemeinsam zu erarbeiten, oft sind aber auch 6-7 Einzelgespräche, von 45 Minuten Dauer, begleitet von wöchentlicher Beteiligung an der Informations- und Motivationsgruppe notwendig, bis im Rahmen eines individuellen Hilfeplans weitere realisierbare Teilziele mit dem Hilfesuchenden erarbeitet werden können. In der Regel endet der Beratungsprozess durch Überführung in eine andere Hilfeform oder Beendigung der Beratung.

2.2.1. Ausführliche Einzelberatung

Dieses Leistungssegment umfasst ein ausführliches Beratungsgespräch von 60 Minuten und die dazu gehörende Dokumentation. Rechnerisch wird ein Aufwand von 75 Minuten benötigt.

Dieses Teilleistungssegment erbringt die Einrichtung im Verlauf von 12 Monaten - im Sinne einer Zielprognose - 200X , mindestens für XXX Personen.

2.2.2 Längerfristige Beratung und Motivierung

Ein Einzelgespräch mit dem Klienten dauert i.a. 45 Minuten, ein Gruppengespräch 90-100 Minuten. (Die Gruppe umfasst durchschnittlich 8 Klient/innen.) In der Regel mündet der Beratungsprozess nach etwa 4 Einzelgesprächen und 3 Gruppengesprächen in eine andere Hilfeform oder die Betreuung wird beendet. Der durchschnittliche rechnerische Gesamtaufwand pro Klient/in beträgt 5 Stunden.

Dieses Teilleistungssegment erbringt die Einrichtung im Verlauf von 12 Monaten- im Sinne einer Zielprognose 200X für mindestens XXX Personen.

2.3. Therapievorbereitung und Vermittlung

Dieses Leistungssegment beginnt, wenn Klient/in und Berater/in gemeinsam zu dem Ergebnis gekommen sind, dass als nächste Hilfemaßnahme eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsmaßnahme angezeigt, notwendig und erwünscht ist. Die Arbeitsinhalte umfassen den gesamten formellen Bereich der Antragstellung beim zuständigen Kostenträger, die Auswahl der geeigneten Therapieeinrichtung und die psychosoziale Vorbereitung und Motivierung des Klienten auf die bevorstehende Maßnahme.

Die Vorbereitung/Vermittlung zur Therapie endet mit dem Übertritt in die angestrebte Maßnahme, dem Abbruch oder ggf. den Wechsel in eine andere Hilfeform.

Dieses Angebot umfasst in der Regel 5 Einzelgespräche und 5 Gruppengespräche und den notwendigen Ver-

waltungsaufwand. Der rechnerische Durchschnitt pro Klient/in beträgt 6,5 Stunden, wenn man davon ausgeht, dass etwa 60-70% der Klient/innen in diesem Leistungssegment den gesamten Prozess durchlaufen und auch die weiterführende Maßnahme antreten.

Vermittlungen erfolgen in

- Langzeittherapie
- Kurzzeittherapie
- Ambulante Therapie

im Rahmen der medizinischen Rehabilitation

Dieses Leistungssegment erbringt die Einrichtung im Verlauf von 12 Monaten -im Sinne einer Zielprognose- 200X, mindestens für XXX Klient/innen.

2.4. Ambulante Therapie

Ambulante Therapie erfolgt entsprechend der "Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" in der jeweils gültigen Fassung. Sie erfolgt entweder als rein ambulante Maßnahme oder als Anschlussmaßnahme an teilstationäre oder stationäre Entwöhnungsbehandlungen. Einnahmen aus der ambulanten Rehabilitation werden ausschließlich zur Deckung der zusätzlichen Kosten bei der Durchführung und zur Sicherstellung der gegenüber den Sozialversicherungsträgern erforderlichen Qualitätsprofile in diesem Leistungssegment eingesetzt.

Dieses Leistungssegment erbringt die Einrichtung im Verlauf von 12 Monaten- im Sinne einer Zielprognose - 200X für mindestens xxx Klient/innen im Jahr.

2.5. Suchtbegleitung / Soziale Integration

Die Suchtbegleitung hat das Ziel, die Verschlechterung des gesundheitlichen und psychosozialen Zustandes des Klienten durch geeignete lebenspraktische Hilfen soweit als möglich zu verhüten. Bei dem betreuten Personenkreis handelt es sich vor allem um Abhängige mit Doppeldiagnosen (Borderline, Psychose) und langjähriger, chronifizierter Abhängigkeitssymptomatik (oft Mehrfachabhängigkeit), die einer oft langdauernden Betreuung bedürfen. Da dieser Prozess in der Regel immer wieder durch Abbrüche und Rückzug des/der Klient/in begleitet wird, ist es notwendig, eine tragfähige Beziehung aufzubauen, die es dem Betroffenen ermöglicht, wieder Kontakt zur Einrichtung aufzunehmen. Während der Suchtbegleitung soll der Klient schrittweise zu Verhaltensmodifikationen geführt und - wenn möglich - zu weiterführenden Hilfen oder in die Selbstständigkeit motiviert werden. Klient/in und Betreuer/in vereinbaren konkrete, realisierbare Teilziele, die immer wieder überprüft und aktualisiert werden.

Hauptaufgaben sind:

- Existenzsicherung
(Kontakte zum Sozialamt, Schuldenberatung, Wohnungsämter bzw. Wohnungslosenhilfe und Übernachtungsstätten, Krankenkassen)
- Gesundheitsfürsorge
(Kontakte mit Allgemein- und Fachärzten, Krankenhäusern/Entgiftungsstationen)
- Arbeitsförderung
(Kontakte zum Arbeitsamt, Betriebsrat bzw. Vorgesetzten, Schulen und Ausbildungsstätten, Reha-Trägern)
- Stabilisierung des sozialen Umfeldes
(Kontakte zu Angehörigen, Entwik-

klung von Freizeitaktivitäten, Vermittlung in Selbsthilfegruppen)

Suchtbegleitung ist ein oft mehrmonatiger, manchmal mehrjähriger Prozess. Er wird - abgesehen von der Inanspruchnahme der im Leistungssegment 2.1 beschriebenen Basisleistungen - in Form von Einzelgesprächen, Telefonkontakten, offenen und/oder strukturierten Gruppen und in Form von Begleitungsmaßnahmen durchgeführt. Sie endet mit der Vermittlung des/der Klient/in in eine andere Hilfeform, in die Selbstständigkeit oder durch Abbruch dieser Hilfeform.

Der durchschnittliche zeitliche Gesamtaufwand pro Klient/in beträgt 14 Stunden pro Jahr bei Abhängigkeit von legalen, 18 Stunden bei Abhängigkeit von illegalen Substanzen.

Dieses Leistungssegment erbringt die Einrichtung im Verlauf von 12 Monaten- im Sinne einer Zielprognose - für 200X mindestens XXX Klient/innen.

2.6.1. Öffentlichkeitsarbeit/ Vernetzung

Zur fachgerechten und ordnungsgemäßen Durchführung der Aufgaben der Beratungsstelle gehören Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit und auf Suchtprävention zielende Information.

Zu den Aktivitäten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit zählt neben anderem die öffentliche Bekanntgabe der jeweils aktuellen Öffnungszeiten und Erreichbarkeit der Beratungsstelle.

Aktivitäten, die in den Bereich der Prävention fallen, werden in Abstimmung mit dem Büro für Suchtprävention geleistet; sie umfassen vornehmlich Informationsveranstaltungen und allgemeine suchtbetragene Aufklärung

für spezielle Zielgruppen und Einzelpersonen des Bereiches. Das Projekt/der Träger achtet darauf, dass durch ihre Maßnahmen nicht die auf Gesundheitsförderung und Prävention gerichteten Leistungspflichten der Sozialversicherungsträger (§ 20 SGB V) ersetzt oder beschnitten werden. Refinanzierung wird geprüft und in Anspruch genommen.

2.6.2 Vernetzung

Der Träger sorgt für verbindlichen Versorgungsstrukturen insbesondere

- durch Vernetzung mit den anderen sozialen Einrichtungen der Region,
- durch Kooperation mit den Gesundheits- und Suchthilfeprojekten der

weiteren Region, den übrigen Suchthilfeeinrichtungen der Stadt sowie den kostenbewilligenden Sozialleistungsträgern und Dienststellen zum Wohle der Hilfesuchenden.

Öffentlichkeitsarbeit/regionale Prävention/Vernetzung erbringt die Einrichtung in einem Umfang von 2% der in den Beratungsstellen zur Verfügung stehenden Gesamtarbeitszeit.

Der Träger und die Behörde sind sich darüber einig, dass es sich um eine schriftlich dokumentierte Form der unter Ziff. 2. aufgeführten Leistungssegmente gem. LEIDO-Standard handelt, und dass eine Erfassung in der Basisdatendokumentation (BADO) erfolgt.

Kennzahlen Musterentwurf

Zu jedem einzelnen, nachfolgend beschriebenen Leistungssegment gehören als Grundlage neben den in der Rahmenvereinbarung über Qualitätsstandards dargestellten Qualitätssicherungsmaßnahmen noch Krisenintervention, Rückfallbearbeitung.

Öffnungszeiten /Erreichbarkeit

Wöchentliche Öffnungszeit Stunden

Suchtberatung

a) Ausführliche Einmalberatung

Beratungsgespräche / Dokumentation. 75 Minuten

Im Schnitt Personen Fachstunden

b) Längerfristige Beratung und Motivierung:

Einzelgespräche pro Person 45 Minuten
x 4 Gespräche 180 Minuten

Gruppengespräche 100 Minuten
für 8 Personen = 12.5 Minuten x 3 Sitzungen 37,5 Minuten

Dokumentation/Verwaltung/Vernetzung	50 Minuten
Fachstunden pro Klient/in somit ca. 4.45 Stunden	5 Stunden
Im Schnitt Personen <u>Fachstunden</u>	

Therapievorbereitung

Einzelgespräche pro Person 45 Minuten x 5 Gespräche	225 Minuten
Gruppengespräche 100 Minuten für 8 Personen = 12.5 Minuten x 5 Sitzungen	63.5 Minuten
Verwaltungsaufwand /Dokumentation/Vernetzung ca.	90 Minuten
Gesamt	378.5 Minuten
Fachstunden pro Klient/in somit ca. 6.30 Stunden	6.5 Stunden
Im Schnitt Personen <u>Fachstunden</u>	

Ambulante Reha

Es werden durchgehend 2 Gruppen wöchentlich mit im Schnitt 8 Personen angeboten.

Berechnung erfolgt nach dem jährlichen Zeitaufwand

Ambulante Reha Gruppe 100 Minuten x... Gruppen wöchentlich x 52 Wochen = Minuten	Stunden
--	---------

Gruppe Vorbereitung (30 Minuten), Nachbereitung (60Minuten) = 90 Minuten x..... Gruppen x 52 Wochen = Minuten	Stunden
--	---------

Einzelgespräche durchschnittlich x 50 Minuten wöchentlich x 52 Wochen = Minuten	Stunden
--	---------

Einzelgespräch Vorbereitung/ Nachbereitung insgesamt 30 Minuten x Gespräche x 52 Wochen = Minuten	Stunden
--	---------

Fallbesprechung 90 Minuten x Fachkräfte x 52 Wochen = Minuten	Stunden
---	---------

Indikative Wochenenden 5 Einheiten = 500 Minuten x .. Fachkräfte x Wochenenden jährlich = Minuten	Stunden
---	---------

Abschlußberichte im Schnitt 11 pro Gruppe jährlich, da auch bei Abbruch der Maßnahme erforderlich, 2 Gruppen x 180 Minuten Zeitaufwand = Minuten	Stunden
--	---------

Verlängerungsberichte im Schnitt 11 pro Gruppe x . Gruppen a 60 Minuten Zeitaufwand = Minuten	Stunden
---	---------

Intensivtag	Einheiten = Minuten x Tage x	
Fachkräfte	Minuten	Stunden
Gesamt		Stunden

Fachstunden

Suchtbegleitung

Suchtbegleitung pro Klient/in jährlich	14 Stunden
--	------------

Im Schnitt	Personen	<u>Fachstunden</u>
------------	----------	--------------------

Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit / Prävention	2 % der Gesamtarbeitszeit
------------------------------------	---------------------------

Ergibt	<u>Fachstunden</u>
und	<u>sonst. Stunden</u>

Qualitätssicherung

Team, Supervision, Qualitätssicherung 3 Stunden	
wöchentlich x 42 Wochen x Fachkräfte	Stunden

Ergibt	<u>Fachstunden</u>
--------	--------------------

Gesamtzahlen:

Öffnungszeiten	Fachstunden
Suchtberatung/ Einmalberatung	Fachstunden
Suchtberatung/ Längerfristig	Fachstunden
Therapievorbereitung	Fachstunden
Amb. Reha	Fachstunden
Suchtbegleitung	Fachstunden
Öffentlichkeitsarbeit	Fachstunden
Team/Supervision/Qualitätssicherung	Fachstunden
Gesamt vorerst	Fachstunden

Fachstunden

Fachkräfte	Stellen x 1.617 Stunden		Fachstunden
Verbleiben zur Zeit			Fachstunden
Zuzüglich.			
Leitung / Koordination	Stellen	Std.	
Verwaltung		Std.	
abzügl. Öffentlichkeitsarbeit 2%		Std.	
Gesamt			Stunden
für Außenvertretung Ablaufsicherung, Verwaltung usw. verbleiben			Stunden

Anmerkung der Redaktion dieser Broschüre:

Der Autor hat der Koordinationsstelle Sucht des LWL freundlicherweise ein Muster eines "Vertrages über Zweckbestimmung, Leistungsumfang und Finanzierung der Projekte der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit und der externen Beratung in Haft des Vereines Drogenhilfeverein e.V. >> ZUWENDUNGSVERTRAG <<" zur Bereitstellung auf Anfrage überlassen. Aufgrund des Umfanges wird an dieser Stelle auf die Publikation im Rahmen des Tagungsbandes verzichtet.

VI. Qualitätssicherung unter Bedingungen maximaler Ressourcenschonung

- die Verankerung der Suchthilfe in der Normalität

Prof. Dr. Horst Bossong

Universität Essen, Fb 1

Universitätsstrasse 12

45117 Essen

Tel.: 02 01 / 183-43 56

dekanat_1@uni-essen.de

horst.bossong@t-online.de

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

auf den ersten Blick scheint es paradox: Jetzt, wo kein Geld mehr in den öffentlichen Kassen ist, fangen wir an, über Qualitätsstandards, Qualitätsentwicklung und Qualitätsmanagement nachzudenken. All die Jahre zuvor ging's vor allem um eines, nämlich um Quantitäten in der Sucht- und Drogenhilfe. Tatsächlich haben wir rund dreißig Jahre lang, von den frühen 1970er bis in die späten 1990er Jahre hinein in Deutschland - und zwar in praktisch allen Kommunen - immer neue und immer mehr Einrichtungen, Projekte und Angebote für drogen- und suchtkranke Menschen geschaffen. Allein die Zahl der Beratungsstellen wuchs bundesweit auf gegenwärtig rd. 1.200 Einrichtungen; noch 1990 waren es erst 470. Die Zahl der Abstinenztherapieplätze für Drogenabhängige verdoppelte sich seit Mitte der 1980er Jahre auf heute rd. 5.000 Plätze. Wurden 1987 insgesamt 2.410 Entwöhnungsbehandlungen für Drogenabhängige von den Sozialleistungsträgern bewilligt, so waren es 1999 fast fünf mal soviel, nämlich 10.732 Maßnahmen¹. Nahezu nichts schien uns über Jahrzehnte im Kampf gegen die Drogensucht zu teuer, und nahezu nirgends gab es nicht doch noch ein Fleckchen auf unseren Land- und Stadtkarten, wo nicht noch eine Drogenhilfeeinrichtung hingepasst hätte. Wo immer vier oder fünf Süchtige zusammenstanden, da glaubten wir unmittelbar, hier fehle es an Angeboten und hier bedürfe es dringend der helfenden Hand eines Sozialarbeiters. Politiker in Bund, Ländern und Kommunen wurden nicht müde, ihr

Engagement für die Süchtigen und ihre Sorge um das Wohlergehen der Jugend durch Bewilligung immer neuer, haushaltswirksamer Programme, Projekte und Maßnahmen zu dokumentieren. Wo immer man hinhörte, hieß es stolz: "Wir haben den Etat für Drogenhilfe nochmals gesteigert!" - gerade so, als wäre das Geldausgeben eine Guttat an sich. Gewiss, es war nie das eigene, sondern stets das Geld der Steuer- und Beitragszahler, das da munter ausgegeben wurde. Doch auf den Gedanken, dass das Ausgeben von Geld nichts bewirkt, außer dass man sich immer wieder neues beschaffen muss, kam über lange Jahre offenbar kaum jemand. Selbst heute noch, wo längst allen klar ist, dass weder der Staat, noch die Kommunen und die Sozialversicherungsträger mehr Spielräume besitzen, ebbt der Ruf nach mehr Geld, mehr Angeboten, neuen Einrichtungen usw. nur langsam ab. Es ist, so könnte man fast sagen, wie eine Sucht, von der man nicht recht lassen kann und in die man immer wieder zurückfällt: Wir brauchen mehr, mehr und nochmals mehr. Zumindest in diesem Punkt, so scheint es, sind wir ganz nahe bei unseren Klienten.

Paradox ist also zunächst einmal, dass wir erst jetzt, also in einer Zeit, in der uns das Geld unübersehbar ausgeht, anfangen, mit Qualitätsprüfungen, Qualitätsentwicklung und qualitativ anspruchsvoller Planung der im Grunde wildwüchsigen Entwicklung hinterher zu laufen und das zu korrigieren, was wir in den fetten Jahren versäumt bzw. nicht haben wahrnehmen wollen. Dabei hätte doch seit Jahrzehnten schon selbstverständlich

¹ Zahlen aus DHS (Hg.) Jahrbuch Sucht 1990ff. bis 2002

sein müssen, dass der Sozialstaat sowohl im Interesse des Hilfesuchenden, wie des Steuerbürgers Qualität abzuliefern und zu garantieren hat. Das Sozialstaatsgebot macht anders nämlich keinen Sinn: Der Bürger soll nicht irgend eine, sondern eine qualitativ gesicherte und geprüfte, zugleich auch zielführende und wirtschaftlich vertretbare Leistung bekommen; er soll geschützt werden vor Scharlatanerie und teuren, aber wirkungslosen Angeboten.

Paradox könnte zweitens aber auch anmuten, wenn mit dem von den Veranstaltern vorgegebenen Titel meines Vortrags: "Qualitätssicherung unter Bedingungen maximaler Ressourcenschonung" ein Widerspruch insinuiert und also die skeptische Frage gestellt sein sollte, ob denn überhaupt unter Bedingungen knapper Ressourcen Qualitätssicherung (noch) möglich sei. Sind - mit anderen Worten - Qualitätssicherung und Ressourcenschonung ein Gegensatz oder steht beides umgekehrt in einem produktiven Wechselverhältnis?

Ich möchte diese Frage in zwei Schritten beantworten und dabei zugleich auch das erste Paradoxon auflösen, also zu klären suchen, warum im Drogensektor über so lange Zeit im Wesentlichen die Parole des beständigen "more of the same" handlungsleitend war. Dabei stößt man allerdings unmittelbar auf ein drittes Paradoxon, nämlich die Merkwürdigkeit, dass unter dem Vorwand eines Anti-Ökonomismus und mit Verweis auf eine vermeintliche Nichtmessbarkeit sozialarbeiterischen Tuns gleichwohl gerade

der Weg frei gehalten wurde für das beständige more of the same, also für eine im Grunde reine Mengenausrichtung bzw. Quantitätenperspektive, die sich in der altbekannten und allseits beliebten Mangeldiskussion, also dem "Wir haben zuwenig", "Wir brauchen mehr Stellen" usw. widerspiegelt.

Qualität, Sie kennen das, ist bekanntlich *die Beschaffenheit einer Dienstleistung im Hinblick auf ihre Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen*². Demnach sind 1.) die Erfordernisse an eine Dienstleistung im voraus verbindlich, und d.h. überprüfbar festzulegen, 2.) muss die Dienstleistung geeignet sein, diese Erfordernisse zu erfüllen. Die Eignung indes - dies gilt heute gerade auch im Gesundheitswesen zusehends als Standard³- kann nur und muss evidenzbasiert, also in der praktischen Anwendung als wirksam nachweisbar sein. Leistungen, die diesen Ansprüchen nicht genügen, lassen sich streng genommen nicht als qualifiziert bezeichnen - oder schärfer noch: sie sind im Grunde genommen als *unqualifiziert* zu kennzeichnen. Eignung freilich setzt - ich habe es eben gesagt - die verbindliche Definition eines oder mehrerer Erfordernisse voraus, also die konkrete Aussage, was soll mit der Leistung bezweckt, erreicht und bewirkt werden. In der Empirie des sozialarbeiterischen bzw. pädagogischen Helfens, konkret in der Empirie der Drogenhilfe, stoßen wir hier bereits vor ein erstes - möglicherweise sogar dramatisches Problem: die Unschärfe oder sogar das gänzliche Fehlen konkreter Zwecksetzungen, Zielvorgaben und Wirkungsabsichten.

² Definition in Anlehnung an DIN 55350

³ Etwa: Sachverständigenrat zur Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) Gutachten: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III Über-, Unter- und Fehlversorgung.

Ein Beispiel: Es ist heute weithin üblich, in sog. niedrigschwelligen Hilfeeinrichtungen Mahlzeiten, Dusch- und Waschmöglichkeiten anzubieten. Was ist der Zweck, das Ziel und die Wirkungsabsicht? Man könnte sagen, dass die Nutzer, Klienten, Gäste (- wie auch immer -) satt und sauber werden. Nur: warum verweist man sie dann nicht auf die üblichen Angebote, die der Markt vorhält, also z.B. auf Waschsalons und Schnellrestaurants? Es muss demnach doch noch eine weitere Absicht, wenn Sie so wollen: eine pädagogische Absicht mit dem Angebot verbunden sein. Aber was ist dies? Sie müsste präzise, d.h. dezidiert und möglicherweise im Sinne einer Zielhierarchie vor Installierung des Angebots benannt werden (also bspw. Förderung von Hygiene-, Ernährungs- und Körperbewusstsein, Förderung der Reflexionsfähigkeit über den eigenen Lebensstil usw.) und: sie müsste überprüfbar sein und regelmäßig überprüft werden. Ob dies der Fall ist und wie dies regelmäßig oder überhaupt jemals gemessen wird, lasse ich an dieser Stelle offen.

Allemaal jedenfalls, und dies ist ein zweiter Gesichtspunkt, würde eine solche, auf Zwecke und Wirkungsabsichten orientierte Leistungserbringung deutlich den Nutzeffekt der inzwischen vielerorts üblich gewordenen und im Grunde unsäglichen Datensammelwut relativieren, die, statt mit konkreten Evaluations- und Erkenntnisinteressen verbunden zu sein, eine reine (mengenorientierte) Tätigkeits- bzw. Leistungserbringungsdokumentation ist und nicht eben selten mangels Erkenntniswert zu schlichten Datengräbern verkommt. (Was z.B. sagt es uns, wenn wir feststellen, dass soundso viele Male Wäsche gewaschen oder ge-

wascht wurde oder dass soundso viele Unterhosen in der Kleiderkammer ausgegeben wurden; was lehrt es uns, wenn wir am Ende eines Berichtszeitraums ganz exakt wissen, wie viele Spritzen - zumal dieser und jener Sorte - getauscht wurden?) Derlei bedeutete, wenn nicht Zweck und Nutzen der Datenerhebung eindeutig geklärt ist, erkennbar nicht Ressourcenschonung, sondern Ressourcenverschwendung. Um nicht missverstanden zu werden: Nachdem jahrelang nahezu nichts dokumentiert wurde, sondern Sachberichte weithin ideologisch gefärbte Abhandlungen über die jeweilige drogenpolitische Welt-sicht oder ein Sammelsurium von Kasuistiken und Alltagsanekdoten waren, stellte die Leistungsdokumentation einen deutlichen Fortschritt dar; inzwischen freilich sollten wir überlegen, die nächste und qualitativ höhere Stufe der Dokumentation zu erklimmen, und das bedeutet: Dokumentationen auf evaluative Erkenntnisinteressen auszurichten und nach Wirksamkeit, Nachhaltigkeit usw. unseres Tuns zu fragen. Um auch dies an einem Beispiel zu verdeutlichen: Bei einer schlichten Leistungsdokumentation kommt es im allgemeinen aus Sicht des Leistungserbringers darauf an, Jahr für Jahr das Leistungsniveau - und zwar vor allem das mengenmäßige - der Vorjahre zu halten und wenn möglich sogar zu steigern. Zuwächse scheinen per se lobenswert und erfreulich, rückläufige Entwicklungen hingegen scheinen uns, d.h. den Leistungserbringern wie den Leistungsträgern bzw. Finanziers, bedenklich und geben Anlass zur Sorge. So erregte bspw. in Hamburg der Rückgang der Zahl der getauschten Spritzen in der zweiten Hälfte der 1990er Jahre die Aufmerksamkeit der Bürger-

schaft und gab Anlass zu einigen parlamentarischen Anfragen. Der Tenor lautete: Hier stimmt etwas nicht, hier muss gegengesteuert werden. Tatsächlich war die Erklärung einfach und erfreulich: bei steigender Zahl von Substitutionen und nachlassendem Beikonsum der Substitutionspatienten werden konsequenterweise weniger Spritzen benötigt. Das zu vermitteln, war freilich nicht einfach, vielmehr begegneten Abgeordnete der Entwicklung mit Misstrauen. Gleiches gilt bspw. auch mit Blick auf die Nutzung von Druckräumen: Ist es wirklich uneingeschränkt ein begrüßenswerter Fortschritt, wenn die Inanspruchnahme kontinuierlich steigt? Was zeigt uns das denn? Doch wohl in erster Linie, dass der Drogenkonsum nicht abnimmt, dass Klienten des Hilfesystems nicht seltener, sondern - zumindest in den betreffenden institutionellen Angeboten - mehr fixen. Deutet das auf einen Erfolg und auf nachhaltige Wirksamkeit des Hilfeangebots hin? Auch hier wieder, das liegt auf der Hand, ist die Sache nicht ganz einfach: Abnehmende Frequenzzahlen können darauf hindeuten, dass das Angebot nicht (mehr) attraktiv ist, dass die Zielgruppe nicht (mehr) erreicht wird; aber umgekehrt könnten sie ebenso ein Hinweis darauf sein, dass weniger gefixt wird, dass erfolgreicher und mehr in Therapien gewechselt bzw. vermittelt wird⁴. Kurzum: Dokumentationen muss auf evaluative Erkenntnisinteressen ausgerichtet sein und die Frage der intendierten Wirkungsabsichten der Leistungserbringung in den Mittelpunkt rücken.

Dies gilt freilich nicht etwa nur für die je und je erbrachte einzelne Dienstleistung; es gilt weitaus mehr noch für die Ebene der "Systemqualität", also die Frage, was soll mit dem Gesamtsystem der jeweiligen kommunalen oder regionalen Drogenhilfe bezweckt, erreicht und (nachhaltig) bewirkt werden? Um es noch mal zu sagen: Qualität heißt Eignung, bestimmte Erfordernisse zu erfüllen. D.h. das System muss sich - und zwar nachhaltig und nachweisbar - eignen, erforderliche und im Vorhinein bestimmte strategische und operative Zwecke und Ziele zu erfüllen. Auch hier wird mithin im Bezug auf die gesamte Hilfesystemplanung abgestellt auf die Begriffe "Erfordernis", "Eignung" und "Wirksamkeit". Diese müssen operationalisiert und evidenzbasiert belegt werden.

Der Sachverständigenrat zur konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen hat sich vor einiger Zeit mit der Frage der Bedarfsgerechtigkeit in der gesundheitlichen Versorgung befasst und auf Folgendes hingewiesen⁵:

Versorgung, so sagt der Sachverständigenrat, meint, dass dem wissenschaftlich - professionell begründeten und gesellschaftlich anerkannten Bedarf, also nicht etwa dem schlicht lauten Rufen oder dem öffentlichen Wehklagen, eine Leistung oder ein Leistungssetting gegenüber steht, das zielführend und mit hinreichender Erfolgswahrscheinlichkeit einen effektiven Nutzen i.S. einer Bedarfsdeckung zeitigt und das in ökonomischen Kategorien wirtschaftlich ist, also in

⁴ Völlig abstrus und weitgehend nichtssagend ist freilich, wenn lediglich die Zahl der Konsumvorgänge gezählt und dokumentiert werden, ohne dass es eine Verknüpfung zu der Zahl der betreffenden Personen gibt. Der Erkenntniswert hier ist nahezu Null.

⁵ Siehe Fn. 3

der Preis-Leistungsbetrachtung als effizient und effektiv angesehen werden kann. Entscheidend und damit das zentrale Beurteilungskriterium für bedarfsgerechte Versorgung ist also nicht etwa das schlichte Vorhandensein von Angeboten, Maßnahmen und Einrichtungen, auch nicht allein deren Annahme durch das Klientel, sondern deren Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit.

Auf dieser Folie muss bspw. durchaus kritisch beleuchtet werden, dass, wie dies jüngst das Institut für Therapiefor- schung in München (IFT) hervorge- hoben hat⁶, im Bereich der Drogen- therapie zwar die Erreichungsquote deutlich über der im Alkoholbereich liegt, jedoch andererseits die Erfolgs- rate mit durchschnittlich 26,7% erheblich unter der im Alkoholthera- piesektor (49%) verharzt, und zwar nicht erst seit kurzem, sondern seit vielen Jahren auf etwa gleichem Niveau. Um es zu wiederholen: Nicht allein die Akzeptanz und Reichweite eines Angebots, sondern ihre Wirk- samkeit ist Maßstab für Qualität und Bedarfsgerechtigkeit.

Nicht minder bedenklich ist der allseits bekannte und immer wieder beklagte Mangel an Vernetzung zwischen ein- zelnen Anbietern und verschiedenen Systemelementen und Leistungsträ- gern. Mangelnde Vernetzung führt immer wieder dazu, dass Klienten von unterschiedlichsten Stellen gleichzei- tig betreut werden, ohne dass diese Stellen untereinander vom Tun der jeweils anderen wüssten, geschweige denn ihre Maßnahmen mit einander abstimmen und verkoppeln. Hier werden nicht nur möglicherweise

durch Doppelarbeit Ressourcen ver- schwendet, vielmehr ist - und dies scheint mir viel entscheidender - nicht ausgeschlossen, dass sich die Maß- nahmen der jeweils einzelnen Stellen wechselseitig widersprechen oder zumindest völlig losgelöst von einan- der sind und den Klienten womöglich ratlos sich selbst überlassen - und das darf doch wohl heute in einem profes- sionellen System nicht mehr sein.

Nach den Empfehlungen des Sach- verständigenrates muss unterschieden werden zwischen einer Unterver- sorgung, einer Überversorgung, einer Fehlversorgung und einer bedarfsge- rechten Versorgung.

Eine Unterversorgung liegt lt. Sach- verständigenrat vor, wenn wirksame, zielführende und effiziente Instrumente und Methoden vorhanden sind oder entwickelt werden können zur be- darfsgerechten, also mit Netto-Nutzen erbrachten Versorgung, dies aber nicht geschieht. Eine Überversorgung liegt vor, wenn nicht indizierte Leis- tungen oder Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen erbracht werden oder wenn die erbrachte Lei- stung unwirtschaftlich ist (beispiels- weise auch dann, wenn der Aufwand hoch, der Erfolg aber eher gering ist, also das Preis-Leistungsverhältnis nicht stimmt).

Als Fehlversorgung bezeichnet der Sachverständigenrat jede Leistung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht, der auch darin bestehen kann, dass an sich mögliche Nutzef- fekte vorenthalten und bspw. ungeeig- nete, wenig erfolgversprechende, strukturell falsch angelegte oder nicht rechtzeitig die richtigen, sondern

⁶ Küfner (2002) Aufgaben und Herausforderungen für das Suchthilfesystem im 21. Jahrhundert. In: Sucht aktuell (9.Jg.) Nr. 1, S. 18-25, hier S. 20

möglicherweise zu lange falsche (oder eben auch gar keine) Leistungen erbracht werden. Für unseren heutigen Diskussionszusammenhang sollten wir beachten, dass Fehlversorgung nicht weniger schädlich und kritikwürdig ist als eine Unterversorgung. Ja, es könnte sogar sein, dass ein Zuwenig an Maßnahmen und Angeboten weniger schädigend wirkt als falsche Maßnahmen und Angebote. Dieses Faktum weist uns mithin bei der Diskussion um Prioritätensetzungen und beim Festlegen von Handlungsstrategien in der Drogenhilfe eine große Verantwortung zu.

Zugleich verknüpft sich in den Überlegungen des Sachverständigenrates der Gedanke der Qualitätssicherung mit dem der Ressourcenschonung. Ressourcenschonung meint zunächst schlicht, mit sächlichen und Humanressourcen sparsam und behutsam umzugehen - eine pure Selbstverständlichkeit, sollte man meinen. Im öffentlichen Sektor freilich, das wissen wir, findet in aller Regel das Gegenteil statt. Nirgends sind wir so großzügig, wie beim Ausgeben von Steuermitteln und Sozialversicherungsbeiträgen. Nirgends sonst geschieht dies so rasch auf Zuruf und so plan- und ziellos wie hier. Überall in unserem Alltag würden wir versuchen, bei der Verausgabung von Energien und Ressourcen Synergieeffekte zu nutzen, Verknüpfungen zwischen Handeln und Effekten herzustellen und möglichst mit einem Minimum an Aufwand ein Maximum an Wirkung zu erzielen. Im öffentlichen Sektor indes scheint dies exakt umgekehrt zu sein. Synergien werden nicht oder nur rudimentär genutzt, Verknüpfungen und Vernetzungen allenfalls partiell hergestellt

und reflektiert, Aufwand erzeugt, doch Wirkungskontrollen weithin vernachlässigt. Es liegt dies ganz wesentlich an eingefleischten Routinen und Ablaufprozessen, freilich auch an der Spezifik der Interessenlagen und Perspektiven der relevanten Akteure: Adrian Ottnad⁷ hat das zugrunde liegende Problem von der Angebots- und Nachfrageseite her beleuchtet und abgesehen von steigenden Ansprüchen der Bürger an die wohlfahrtsstaatlichen Leistungssysteme vor allem folgende Verursacher und Verursachungsgründe ausgemacht: Es ist zum einen die Bürokratie selbst, in der immer noch Prestige, Einfluss und Macht verknüpft ist mit der Höhe des jeweils verantworteten Haushaltsbudgets - also je höher der Haushaltsansatz ist, den ich zu verwalten habe, desto höher mein inner- und interbehördlicher Einfluss und mein Prestige; umgekehrt: der, dessen Haushaltsansatz gekürzt wird, gilt gemeinhin behördenintern als "Verlierer"; der, der es schafft, sein Budget zu halten oder zu steigern, als Gewinner. Zum zweiten sind es die Parteien und Verbände, die ihrer Klientel am ehesten dann unter die Augen treten können, wenn sie "mehr Geld rausgeholt" oder "locker gemacht" haben als bspw. im Vorjahr. Kaum ein Politik, kaum eine Partei und kaum ein Verband - abgesehen vom Bund der Steuerzahler - erntet in der Öffentlichkeit oder gar bei der eigenen Klientel Lob, wenn er oder sie sich hinstellt und erklärt, man habe diesen oder jenen Haushaltsansatz zurückgefahren. Forciert wird dies ganz wesentlich durch die Medien: Wo immer ein Problem, eine öffentliche Störung oder dgl. virulent wird, werden zusätzliche Maßnahmen - und das heißt durchweg: zusätzli-

⁷ OTTNAD (1996) Wohlstand auf Pump. Frankfurt/M.

ches Geld gefordert; hier oder dort müsse der Staat, der Stadtrat oder wer immer nun endlich helfen und Abhilfe schaffen; und was immer geschehen soll, muss sich in Geld ausdrücken. Dementsprechend geradezu reflexartig reagiert die Politik: der entsprechende Haushaltsansatz wird erhöht oder geplante Kürzungen zurückgenommen. Dies ist denn auch der dritte Verursacher: das Politiksystem, die Parlamente und Räte, die laufend neue und zusätzliche kostenträchtige Angebote offerieren, um dadurch den Bürger zu beeindrucken und "bei Laune zu halten". Verursachend schließlich ist das weitgehende Versagen der Verwendungskontrolle öffentlicher Mittel - es ist wohl gewiss kein Zufall, dass ein Sitz im Haushaltsprüfungsausschuss nicht eben als der erstrebenswerteste Job im Parlamentarierdasein gilt - weitaus prestigeträchtiger und einflussreicher gilt ein Sitz im Haushaltsausschuss oder in einem der anderen Fachausschüsse; hier nämlich kann man gestalten, dort hingegen nur "nachvollziehen" und kritisch anmerken, was - allein schon vom Zeitablauf her, nämlich ein bis manchmal 1 ½ Jahre nach Haushaltsabschluss - niemanden mehr wirklich interessiert, denn das Geld ist schließlich längst weg.

Dabei sind die haushaltsrechtlichen Prämissen zum Geldausgeben eindeutig und glasklar:

Haushaltsmittel sollen nur eingesetzt werden, soweit dies im öffentlichen Interesse notwendig und geboten ist; sie sollen wirtschaftlich und sparsam verwendet und ihr Einsatz im Hinblick auf Effektivität und Effizienz kontinuierlich überprüft werden.

Wenn ich diesen Gedanken mit den Überlegungen des Sachverständigen-

rates verknüpfe und auf den Bereich der Drogenhilfe übertrage, dann bedeutete dies mit Blick auf die thematische Frage von Qualitätssicherung und Ressourcenschonung im Ergebnis Folgendes:

Eine bedarfsgerechte Versorgung im Drogensektor hätte zu bedeuten, dass das System der Drogenhilfen auf der Grundlage fundierter, wissenschaftlich untermauerter und im öffentlichen Interesse liegender strategischer und operativer Bedarfsanalysen gestaltet, d.h. zielorientiert und wirkungsvoll auf-, aus- und je nach veränderten Problembedingungen umgebaut wird, dass hierbei zweitens die jeweils wirksamsten und wirtschaftlichsten Instrumente und Methoden eingesetzt, diese drittens in ihren Wirkungen prozessbegleitend kontinuierlich beobachtet und ggf. nachgesteuert werden und dass schließlich in regelmäßigen Abständen eine Rückkoppelung mit dem Zielsystem und den Wirkungsabsichten erfolgt unter der doppelten Fragestellung: Ist das Richtige richtig gemacht worden und hat es überzeugend die intendierten Wirkungen entfaltet. Aus der Antwort auf diese Frage resultierte sodann schlussendlich entweder eine begründete Zielrevision oder der Umbau, aber auch ggf. die Einstellung von Projekten, Maßnahmen und Aktivitäten, die sich als nicht wirksam und/oder nicht wirtschaftlich erwiesen haben.

Die Drogen- und Suchtkommission der Bundesregierung, deren Mitglied ich seit einigen Jahren bin, wird voraussichtlich in wenigen Wochen in einem Gutachten zu den Anforderungen an das Suchtsystem Folgendes sagen:

"Es muss heute als Standard gelten, dass gesellschaftlich relevante Phäno-

mene, wie dies der Missbrauch und die Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen darstellt, bedarfsgerecht und zielführend nur dann bearbeitet werden können, wenn mit geeigneten Instrumenten und Verfahren ein möglichst fundiertes Wissen über das Phänomen mobilisiert, des Weiteren die jeweils zur Anwendung gebrachten professionellen Bearbeitungsformen einem allgemein gültigen und gesicherten Qualitätsniveau entsprechen und sie sich - i.S. eines evidence based - als wirksam erweisen."

Diese Aussage deckt sich mit dem eben Gesagten und mit den Überlegungen des Sachverständigenrates. Damit wird offenbar, dass es bei Qualitätssicherung und Ressourcenschonung um ein höchst anspruchsvolles Unternehmen geht, das weit mehr ist als ein schlichtes Dokumentieren und Reflektieren von Praxis. Zugleich freilich wird auch deutlich, dass Drogenhilfe, so sehr sie in den letzten Jahren erfreulicherweise auch sich um Qualitätssicherung bemüht hat, noch weit entfernt davon ist, mit sich zufrieden sein und von sich sagen zu können, sie entspreche dem Optimum dessen, was an Qualität möglich sei. Hierhin ist es vielmehr noch ein weiter Weg.

Meine Damen und Herren, wenn nicht alles täuscht, ist dieser Weg vor allem deshalb noch weit und steinig, weil sich kaum ein anderes Arbeits- und Berufsfeld so sehr für Ideologismen eignet wie der Drogensektor. Damit bin ich beim letzten Punkt angelangt.

Wer die gut 30 Jahre bundesdeutscher Drogenpolitik und Drogenhilfe Revue passieren lässt, der kommt nicht umhin, festzustellen, dass die Geschichte der deutschen Drogenpolitik über weite Strecken eine Geschichte der moralischen Feldzüge

war und z.T. bis heute ist, in denen die je subjektiven Überzeugungen über - wie es Andre Seidenberg einmal formuliert hatte - das Heil der Welt, über vermeintlich anständige Lebensweisen, über den Sinn und Unsinn einer drogenfreien oder umgekehrt drogenakzeptierenden Gesellschaft verteidigt und entsprechende Schlachten ausgefochten wurden, und bei denen seit jeher jede Seite vorgab, den Stein des Weisen gefunden zu haben. Von Königswegen war seinerzeit, und zwar besonders bis in die erste Hälfte der 1990er Jahre hinein oft die Rede. Als ein solcher erschien zunächst die stationäre Langzeittherapie, später dann in den 1990er Jahren die Akzeptanzorientierung, die Überlebenshilfe und die unbedingte Niedrigschwelligkeit aller Angebote. Gewiss, es gab immer wieder auch Bestrebungen etwa von Fachverbänden, die Debatten für beendet zu erklären, so bspw. 1994, als ein bundesweiter Drogenkongress das Motto "Von der Ideologie zum Handwerk" ausrief; aber das klang damals doch noch eher wie das Pfeifen im dunklen Wald.

Doch wenn wir ehrlich sind, stellen wir fest, dass auch die Frage, was denn "Handwerk" und zumal gutes Handwerk sei, keineswegs immer frei von ideologischen Überzeugungen war und ist. Wie viele Spezialangebote und Modellprojekte verdanken wir eher ideologischen als fachlichen Standortbestimmungen?

Neben vielen anderen ist das derzeit gerade beginnende und bekanntlich außerordentlich kostspielige Modellprojekt der ärztlichen Heroinbehandlung ein augenfälliges Beispiel hierfür: Nach Meinung vieler Experten kommt das Projekt rund zehn Jahre zu spät; die ursprünglich ins Auge gefasste

Zielgruppe der langjährigen verelendeten Heroinabhängigen habe sich in ihren Konsumgewohnheiten drastisch verändert (Stichwort Kokain- und Crack-Konsum) und sei kaum noch wirksam erreichbar; das äußerst hochschwellige Projektsetting schrecke viele von ihnen ab, insbesondere erweise sich das Kontrollgruppenproblem als Hemmschuh und nur schwer lösbar; schließlich: Angesichts des Stands der ausländischen Forschung sei eine Replikation in Deutschland entbehrlich - wesentlich neue Erkenntnisse seien kaum zu erwarten und rechtfertigten allemal nicht die hohen Kosten. Dennoch: an dem Projekt wird auf Biegen und Brechen festgehalten, denn immerhin gilt es als das Vorzeigeprojekt der rot-grünen Bundesregierung in der Drogenpolitik. Obsiegt hat hier also nicht der Sachverstand, sondern die Ideologie.

Solange dies so ist, solange wir zig Mio. € ausgeben für Projekte, von denen wir im Grunde ahnen, dass sie nichts (mehr) bringen, solange kann von qualitativ hochwertiger und bedarfsorientierter Drogenhilfe keine Rede sein, und solange haben es diejenigen schwer, die ernstlich über Qualitätssicherung und Ressourcenschonung nachdenken. Solange aber ist umgekehrt das Thema unerledigt und hochaktuell.

Vielen Dank.

VII. Case Management

Eine Methode zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit

Dr. Heiko Kleve

Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin

Alice-Salomon-Platz 5

12627 Berlin

Tel.: 030 - 992-45-402

kleve@asfh-berlin.de

Inhalt

I. Zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit

II. Grundsätze des Case Management

III. Methode des Case Management

IV. Resümee

Literatur

I. Zwischen Lebensweltorientierung und Ökonomisierung Sozialer Arbeit

Spätestens seit den 1990er Jahren des letzten Jahrhunderts prägen zwei gegensätzliche Orientierungen die Praxis und auch die theoretischen Reflexionen Sozialer Arbeit; zum einen die Lebensweltorientierung und zum anderen die Ökonomisierung.

Lebensweltorientierung meint im Sinne des theoretischen Begründers dieser methodischen Orientierung, Hans Thiersch (1993), dass sich Sozialarbeiter¹ und deren Institutionen auf die eigensinnigen lebensweltlichen Erfahrungen ihrer Adressaten einlassen, dass sie in ihrer Arbeit von diesen Erfahrungen ausgehen und sich auf diese beziehen. Demnach bezeichnet Lebensweltorientierung einen sozialarbeiterischen Grundsatz, der sich gegen die "normalisierenden, disziplinierenden, stigmatisierenden und pathologisierenden Erwartungen [richtet; H.K.], die die gesellschaftliche Funktion der Sozialen Arbeit seit je zu dominieren drohen" (ebd., S. 13).

Damit schließt eine lebensweltorientierte Soziale Arbeit einerseits an traditionelle Leitmaximen sozialarbeiterischen Handelns an; an Leitmaximen etwa, die sich durch Lehrformeln ausdrücken wie "*Dort anfangen, wo der Klient steht*", "*Unterstützung in den gegebenen Verhältnissen*" oder "*Hilfe zur Selbsthilfe*".

Andererseits bedeutet diese methodische Maxime aber auch eine Enttraditionalisierung der Grundprämissen

Sozialer Arbeit. Zentral dabei ist, dass man sich von der klassischen, der traditionellen Leitdifferenz der Sozialen Arbeit, nämlich von der Differenz Norm/Abweichung verabschiedet und sich allmählich neuen Leitdifferenzen wie Hilfe/Nicht-Hilfe (BAECKER 1994), Fall/Nicht-Fall (FUCHS/SCHNEIDER 1995) oder bedürftig/nicht-bedürftig (WEBER/HILLEBRANDT 1999) zuwendet. Während die Leitdifferenz Norm/Abweichung noch suggeriert, es gäbe so etwas wie eine übergeordnete bzw. gesellschaftlich anerkannte Normalität, von der die Klienten Sozialer Arbeit abweichen und hinsichtlich der sie wieder renormalisiert werden müssten, eröffnen die derzeit theoretisch diskutierten Leitdifferenzen andere Optionen. Relativ unabhängig von gesellschaftlichen Normalitätserwartungen und -vorstellungen, die sich aufgrund von Individualisierungs- und Pluralisierungstendenzen der Postmoderne ohnehin enorm vervielfältigen (vgl. etwa BECK/BECK-GERNESHEIM 1994; KLEVE 1999, S. 237ff.), markieren die in den letzten Jahren ins Spiel gebrachten sozialarbeiterischen Leitunterscheidungen etwas, was in der sozialarbeiterischen Praxis tägliches Geschäft ist: das kommunikative Aushandeln, den Dialog zwischen Sozialarbeiter und Klient bezüglich der Fragen, wie, wann, wo, *geholfen* werden soll, was überhaupt der *Fall* ist bzw. wer, wie, als *bedürftig* zu betrachten sei. Die genannten neuen Leitunterscheidungen verdeutlichen also, dass das, was als Norm bzw. als Abweichung von dieser Norm angesehen wird, nicht mehr voraussetzungslos erkennbar oder postulierbar ist, sondern jeweils fallspezifisch

¹ Ich verwende im Folgenden ausschließlich die männliche Form, die ich jedoch als geschlechtsneutral verstehe.

kommunikativ konstruiert werden muss. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ist der Begriff zur Kennzeichnung genau dieser professionellen Praxis - einer Praxis, die sich weniger als Durchsetzerin gesellschaftlicher Normen versteht, die vielmehr individuell auszuhandelnde Hilfen arrangiert, die nur kommunikativ, dialogisch initiiert und erbracht werden können (vgl. ausführlich KLEVE 2000, S. 57ff.).

Durch die *Ökonomisierung* Sozialer Arbeit werden demgegenüber betriebswirtschaftliche Konzepte in die Praxis hinein getragen. Angesichts der in den letzten Jahren immer knapper werdenden öffentlichen Haushalte wird auch die Soziale Arbeit mit ökonomischen Forderungen konfrontiert, die sich beispielsweise durch Leitgrößen wie *Effektivität* und *Effizienz* beschreiben lassen. Demnach sollen sozialarbeiterische Leistungen effektiv, d.h. zielwirksam sein. Sozialarbeiter sind also aufgefordert, dass sie das, was sie tun, an konkreten Zielvereinbarungen ausrichten, mit denen dann die tatsächlich erreichten Ergebnisse verglichen werden können. Nur eine Leistung, die keine bzw. eine geringe Differenz zwischen Zielen und Ergebnissen aufweist, ist somit effektiv. Effizient sollen die Leistungen weiterhin sein; sie sollen also ein günstiges Verhältnis zwischen Aufwand und Nutzen ermöglichen. Mit anderen Worten: Soziale Arbeit soll, bei so wenig Aufwand wie möglich, einen maximalen Nutzen für alle Beteiligten erzielen. Der Aufwand wird finanziell, durch die angefallenen Kosten, etwa für den Einsatz von Personal und Zeit, gemessen, während der Nutzen durch die Klienten, die Auftraggeber (Kunden) und die Hilfeleistenden einzuschätzen ist.

Bevor ich versuchen werde, das Verhältnis von Lebensweltorientierung und Ökonomisierung, das ich als Gegensatz markiere, näher darzustellen und meine These entfalte, dass Case Management dieses Verhältnis vermitteln kann, sollen an dieser Stelle noch zwei Aspekte vorausgeschickt werden:

Erstens unterscheide ich zwischen Kunden und Klienten. Kunden verstehe ich als die Institutionen, die die in der Regel gesetzlich (z.B. im Kinder- und Jugendhilfegesetz oder im Bundessozialhilfegesetz) fixierten sozialarbeiterischen Hilfen einleiten und finanzieren (z.B. die Jugend-, Sozial- und Gesundheitsämter); Klienten sind die Hilfebedürftigen, die Adressaten Sozialer Arbeit. Ich treffe diese eher unübliche Unterscheidung zwischen Kunden und Klienten, weil sozialarbeiterische Leistungen kaum von denen bezahlt werden, die diese Leistungen erhalten. In der Regel erfolgt die Finanzierung sozialarbeiterischer Hilfen durch staatliche Leistungsträger, die dann - und nicht die Adressaten, nicht die Klienten - konsequenterweise auch als Kunden bezeichnet werden sollten. Denn diese Kunden regulieren mit ihrer Zuwendung oder Reduzierung von Geldern das Verhältnis von Angebot und Nachfrage auf dem Markt sozialer Dienstleistungen; dies können die Klienten nicht, zumindest nicht mit Geld. Die Ökonomisierung Sozialer Arbeit wird dadurch verkompliziert, dass wir es hier nicht mit dem klassischen dualen Verhältnis des ökonomischen Marktes von Verkäufern (Anbietern) und Käufern (Nachfragern, Kunden) zu tun haben, sondern mit einer triadischen Beziehung: Hilfeleistender - Kunde (Auftrag- und Geldgeber) - Klient.

Zweitens ist die oben genannte Ergebnisorientierung, die durch die sozialarbeiterische Ökonomisierung angestrebt wird, im Bereich humaner Dienstleistungen nur bedingt umsetzbar. Effektivität, also Zielwirksamkeit kann im Bereich der Sozialen Arbeit nur sehr beschränkt als Kriterium dienen, um die Qualität der Hilfeleistungen zu beurteilen. Wir können zwar die sozialarbeiterischen Prozesse beschreiben, die fachlichen Standards bzw. dem aktuellen Stand der Methodendiskussion entsprechen und eine professionell und wissenschaftlich gute Sozialarbeit ausmachen, aber ob die Ergebnisse, die aus solchen Prozessen resultieren, den vereinbarten und angestrebten Hilfezielen entsprechen, steht auf einem anderen Blatt. Ein Grund für diese Situation ist der Aspekt der Ko-Produktion, d.h. dass nicht allein der Sozialarbeiter den Verlauf und die Ergebnisse einer Hilfe bestimmt, sondern immer auch der Klient als Ko-Produzent. Soziale Arbeit ist darüber hinaus ein Prozess, der innerhalb einer komplexen struk-

turellen Kopplung abläuft, in der biologische, psychische und soziale Systeme, kurz: autopoietische Systeme interagieren, die niemals direkt beeinflusst, sondern immer nur zur Selbstveränderung angeregt werden können (vgl. KLEVE 1996a; b). In dieser Hinsicht ist Soziale Arbeit nur begrenzt mit ökonomischen Konzepten wie Effektivität und Effizienz beschreibbar (vgl. eingehend dazu KLEVE 2001).

Trotz dieser beiden Einschränkungen soll die Ökonomisierung dennoch als eine bestimmende Tendenz aktueller Sozialer Arbeit nicht gänzlich verworfen, sondern ins Verhältnis gesetzt werden zur Lebensweltorientierung. Dieses Verhältnis lässt sich m.E. als ein ambivalenter Gegensatz beschreiben, der besonders deutlich wird, wenn wir uns zusammenfassend die folgende Tabelle anschauen, die mit einigen Begriffen die widersprüchlichen Merkmale von Lebensweltorientierung und Ökonomisierung veranschaulicht:

Lebensweltorientierung	Ökonomisierung
kommunikative/diskursive Rationalität	instrumentelle/strategische Rationalität
Prozessorientierung "Der Weg ist das Ziel!"	Ergebnisorientierung "Das Ergebnis ist das Ziel!"
Akzeptanz von Unordnung, Chaos, Kontingenz, Unsicherheit	Primat von Ordnung und Eindeutigkeit
eher klientenorientiert (hilfsbedürftigenorientiert)	eher kundenorientiert (auftrag- bzw. geldgeberorientiert)
Qualität	Quantität
Subjektivität	Objektivität

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit kann durch Bestimmungsmerkmale gekennzeichnet werden, die ihre Offenheit, ihre kommunikative und diskursive, ihre subjekt- und auf Qualität orientierte Struktur zum Ausdruck bringen, während die sozialarbeiterische Ökonomisierung eher durch instrumentelles, strategisches, ergebnisorientiertes Denken geprägt ist, das vor allem die finanzielle Quantität der Auftraggeber- bzw. Kundenperspektive objektiv in den Blick zu bringen versucht. Schließlich könnten wir sagen, dass Lebensweltorientierung - ganz prozesshaft - davon ausgeht, dass der Weg das Ziel ist. Im Gegensatz dazu postuliert die Ökonomisierung: *Das Ziel ist das kostengünstig erbrachte Ergebnis.*

Meine These ist nun, dass die Methode des Case Management diese beiden widersprüchlichen, aber m.E. gleichermaßen wichtigen Perspektiven Sozialer Arbeit zu vereinen erlaubt; aus dem Entweder/Oder hinsichtlich Lebensweltorientierung und Ökonomisierung macht diese Methode ein Sowohl-Als-Auch. Case Management erlaubt, wie im Folgenden deutlich werden soll, zugleich die Einnahme einer lebensweltorientierten und einer ökonomisierten Perspektive Sozialer Arbeit, ja noch mehr: die jeweils eine Perspektive ist hier die Voraussetzung für die jeweils andere.

Dies will ich im Folgenden in drei Schritten veranschaulichen: Im *ersten Schritt* werde ich die methodischen Grundsätze des Case Management darstellen (2.), um sodann im *zweiten Schritt* die Methode in ihren verschiedenen Phasen etwas ausführlicher zu skizzieren (3.). Schließlich werde ich im *dritten Schritt* resümierend noch einmal verdeutlichen, dass und wie

mit dieser Methode die Doppelperspektive von Lebensweltorientierung und Ökonomisierung eingenommen wird (4.).

II. Grundsätze des Case Management

Case Management ist eine an der klassischen sozialarbeiterischen Methode der Gemeinwesenarbeit orientierte Weiterentwicklung der traditionellen Sozialen Einzel(fall)hilfe ("social casework") und wurde in den letzten drei Jahrzehnten insbesondere in der angloamerikanischen ambulanten Sozialarbeit entwickelt. So wurden etwa in den USA in den 1970er Jahren stärker als in Westeuropa stationäre Einrichtungen im Bereich der Psychiatrie, der Jugend- und Altenhilfe reformiert bzw. ganz geschlossen. Dadurch waren mehr hilfebedürftige - zum Teil langjährig hospitalisierte - Menschen als zuvor auf ambulante, gemeinwesenstnahe Hilfeangebote angewiesen. Diese Menschen waren aber nur sehr begrenzt in der Lage, das sehr differenzierte und spezialisierte Angebot an professionellen Hilfen und die eignen lebensweltlichen (privaten, familiären etc.) Ressourcen und Netzwerke (vgl. BULLINGER/NOWAK 1998) für eine biologisch, psychisch und sozial gesunde bzw. selbstbestimmte Gestaltung ihres Lebens zu nutzen.

In diesem historischen Kontext entwickelte sich das Case Management als eine Methode der Sozialarbeit, die Menschen, welche (wieder) in einem eigenen Haushalt leben, dabei hilft, formelle (professionelle) und informelle (privat-lebensweltliche) Hilfen zu initiieren und zu koordinieren. Im Case

Management geht es darum, die Menschen dabei zu unterstützen, die eigenen Ressourcen und lebensweltlichen Netzwerke so gut wie möglich zu nutzen und Defizite, die nicht selbstständig oder durch andere privat-lebensweltliche Möglichkeiten kompensiert werden können, durch differenziert und planvoll eingesetzte professionelle Hilfen zu kompensieren.

Case Management ist in dieser Hinsicht an einer Verschränkung von Effizienz und Effektivität orientiert: Denn der Aufwand an professioneller Zeit und an professionellem Personal, der sich in Geld ausdrücken lässt, soll so geplant und realisiert werden, dass die vereinbarten und umzusetzenden Ziele sich in den Ergebnissen der jeweiligen Hilfe ausdrücken (Effektivität) und somit einen hohen Nutzen für alle Beteiligten (Kunden und Klienten) ermöglichen (Effizienz). Dabei gilt natürlich, dass der professionelle Aufwand so gering wie möglich zu halten ist bei einem möglichst großen, ja einem maximalen Nutzen für alle Beteiligten. "Ziel von Case Management ist es, Fähigkeiten des Klienten zur Wahrnehmung sozialer Dienstleistungen zu fördern, professionelle, soziale und persönliche Ressourcen zu verknüpfen und höchstmögliche Effizienz im Hilfeprozess zu erreichen" (NEUFFER 1993, S. 200).

Zur Realisierung eines solchen Ziels betreut ein Case Manager in generalistischer, d.h. in typisch sozialarbeiterischer Orientierung mehrere Fälle, für deren Koordinierung er federführend zuständig ist. Ein Case Manager führt die Klienten (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, alte und kranke Menschen, Familien etc.), mit denen er im lebensweltorientierten Sinne partnerschaftlich kooperiert, durch den ge-

samten Hilfeprozess und erschließt die dafür notwendigen lebensweltlichen und professionellen Ressourcen und Netzwerke. Wie dies im Einzelnen geschieht, soll im Folgenden skizzenhaft gezeigt werden.

III. Methode des Case Management

Case Management versucht - wie ausgeführt - informelle (nicht-professionelle, lebensweltliche) und formelle (professionelle) Hilfen so effektiv und effizient wie möglich zu verkoppeln. Es setzt, wie man speziell in Deutschland sagen könnte, beim Prinzip der *Subsidiarität* an. Denn differenzierte professionelle Hilfen sollen nur dort eingesetzt werden, wo privat-lebensweltliche Unterstützungen nicht (mehr) möglich sind. Nur dort, wo die Klienten sich nicht mehr bzw. noch nicht selbst oder durch Unterstützung ihrer privaten lebensweltlichen Netzwerke bzw. anderer Laien helfen können, sollen professionelle Hilfen dieses Hilfedefizit (vorübergehend) kompensieren. Damit ist das Case Management *radikal ressourcenorientiert*. Denn eine fortlaufende und zentrale Aufgabe eines Case Managers während der Fallarbeit ist es, permanent so gründlich wie möglich in professionell partnerschaftlicher Kooperation mit den Klienten und gegebenenfalls mit anderen professionellen Fachkräften (Sozialarbeitern, Pädagogen, Psychologen, Ärzten etc.) die jeweiligen persönlichen Ressourcen und die lebensweltlichen Netzwerke zu erschließen, zu aktivieren sowie langfristig und stabil nutzbar zu machen. Case Management bezieht sich also grundsätzlich auf die Lebenswelt der Klienten, sieht diese nicht als einen zu normalisieren-

den defizitären Bereich an, sondern als einen Pool von Ressourcen, die es für die Klienten und mit diesen zu aktivieren gilt.

Zur Ressourcenanalyse und -aktivierung benötigen Case Manager ein differenziertes Wissen über sozialarbeiterische Beratungsmethoden, mit denen es möglich ist, planvoll und wirksam eine solche Analyse und Aktivierung zu realisieren. Insbesondere die verschiedenen Verfahren der Systemischen Beratung erscheinen mir als ein dafür geeignetes Methodenspektrum (siehe etwa PFEIFER-

SCHAUPP 1995; von SCHLIPPE/SCHWEITZER 1988); dazu einige Beispiele: Durch Genogramme können etwa die familiären Bezugssysteme untersucht werden; durch Umdeutungen ist es möglich, Selbst- und Fremdzuschreibungen von persönlichen Eigenschaften als Ressourcen zu sehen und für die Problemlösung zu aktivieren, durch eine wertschätzende und auf die Zukunft auf Lösungen fokussierte Gesprächsführung kann ein optimistisches Klima hinsichtlich von Veränderungsprozessen inszeniert werden.

Beispiele für Ressourcendimensionen, die während des Case Managements aktiviert werden könnten.			
	Persönliche Ressourcen	Soziale Ressourcen in der (privaten) Lebenswelt der Klienten	Soziale Ressourcen im Gemeinwesen der Klienten
Was?	- alle persönlichen Merkmale der Klienten, die für eine Problemlösung hilfreich sein und aktiviert werden könnten, z.B. Eigenschaften, Fähigkeiten, Stärken, Begabungen etc.	- alle aktuellen bzw. möglichen Beziehungen der Klienten zu Verwandten, Freunden, Nachbarn, die für eine Problemlösung hilfreich sein und aktiviert werden könnten	- alle formellen oder informellen sozialen Möglichkeiten im Gemeinwesen der Klienten, die für eine Problemlösung hilfreich sein und in Anspruch genommen werden könnten, z.B. bestimmte soziale Einrichtungen
Wie?	- Selbst- und Fremdbeschreibungen -/Umdeutung	- Genogramm - Kontaktaufnahme und -herstellung - Abklärung der Unterstützungsbereitschaft und -möglichkeit	- Analyse des Gemeinwesen - Kontaktaufnahme und -herstellung - Abklärung der Unterstützungsbereitschaft und -möglichkeit

Die trotz lebensweltlicher Ressourcenaktivierung noch einzusetzenden professionellen Hilfen zur Kompensation nicht vorhandener persönlicher und sozialer Ressourcen, sind vom Case Manager in Fallgesprächen mit den auszuführenden Trägern bzw. Fachkräften und den Klienten an der jeweiligen persönlichen Situation der Klienten auszurichten. Es sind die Hilfen einzusetzen, *die nötig sind und nicht jene, welche möglich wären.*

Mit dieser sehr an Selbsthilfe und Subsidiarität orientierten Arbeit minimiert Case Management ein ethisches Dilemma, dass nämlich Sozialarbeit entgegen ihrer Intention der "Hilfe zur Selbsthilfe" - gerade bei einer zeitlich sehr intensiven Beziehungsarbeit - nicht (nur) Unabhängigkeit und Selbstständigkeit fördert, sondern potentiell und strukturell (auch) Abhängigkeit von Professionellen und Unselbststän-

Case Management - Einige wesentliche Bestimmungsmerkmale		
Ziele:	1. "Hilfe zur Selbsthilfe" durch verstärkte Aktivierung von informellen, privaten Hilfemöglichkeiten in den Lebenswelten der Klienten (im Sinne von Subsidiarität und Empowerment) - erstens durch Aktivierung von klienteneigenen (persönlichen) Ressourcen, zweitens durch Aktivierung von lebensweltlichen, informellen Netzwerken und drittens durch die Vermittlung/Verschränkung und Koordination von informellen (nicht-professionellen) und formellen (professionellen) Hilfen. 2. Kostensenkung durch 1.	
Verfahren / Mittel:	<i>Rationalisierung und Planung</i> von Hilfeprozessen nach einem Phasenmodell (1. Assessment: Einschätzung und Bedarfsklärung; 2. Zielvereinbarung und Hilfeplanung; 3. Kontrollierte Durchführung; 4. Evaluation; 5. Klientenfürsprache; 6. Rechenschaftslegung).	
Leitgrößen:	Effizienz	Effektivität
	<i>Ergiebigkeit:</i> Verhältnis von Aufwand (Zeit und Personal, kurz: Kosten) zum Nutzen bzw. Ertrag (Kostengünstigkeit)	<i>Zielwirksamkeit:</i> Verhältnis von intendierten Zielen und tatsächlichen Ergebnissen
intendierte Ergebnisse:	• Verringerung des professionellen Personals durch Aktivierung klienteneigener, informeller Ressourcen und lebensweltlicher Netzwerke • Verringerung der professionellen Hilfezeit ➤ Verringerung der Kosten	Strikte Selbsthilfeorientierung und damit Aushebelung (-sversuch) des zentralen Hilfefaradoxons Sozialer Arbeit

digkeit erzeugt (vgl. KLEVE 1999, S. 199ff./270ff.). Case Management wirkt somit dem entgegen, was Reinhart Wolff (1990, S. 22) als zentrales Hilfeparadoxon bezeichnet: "Hilfe stärkt nicht in jeder Hinsicht, sondern sie macht auch abhängig und schafft schiefe Ebenen. Insofern schwächen die vielfältig entwickelten Hilfesysteme in der modernen Gesellschaft möglicherweise die Kräfte, die sie stützen wollen." Case Management wirkt zwei ungewollten, nicht intendierten Nebenfolgen Sozialer Arbeit entgegen:

erstens der Tendenz, dass Sozialarbeit Klienten potentiell an das Hilfesystem bindet und damit gewissermaßen - wie Heinrich Böll sagte: "fürsorglich belagert" und *zweitens*, dass sie die klientären Selbsthilfepotentiale nicht nur stärken, sondern auch schwächen kann.

Im Einzelnen gliedert sich Case Management in folgende zirkulär aufeinander verweisende Phasen (vgl. detailliert dazu RAIFF/SHORE 1993; WENDT 1997; LÖCHERBACH 1998):

	Phasen des Case Management
1. Phase	Einschätzung/Kontextualisierung ("assessment")
2. Phase	Hilfeplanung ("service planning")
3. Phase	Durchführung der Hilfe ("intervention")
4. Phase	Begleitung und Überprüfung der Hilfen ("monitoring")
5. Phase	Klientenfürsprache - Anwaltschaftliche Vertretung
6. Phase	Beendigung und Evaluation der Ergebnisse/Dokumentation

1. Phase: *Einschätzung/Kontextualisierung ("assessment")*

In dieser ersten Phase - nach der Fallannahme, also nach der Feststellung, dass es sich bei dem infrage stehenden Fall um einen Fall für die jeweilige sozialarbeiterische Einrichtung handelt - wird der Fall eingeschätzt und kontextualisiert, und zwar einerseits hinsichtlich der *professionellen* und andererseits hinsichtlich der *lebensweltlichen* Seite.

Lebensweltliche Seite: Es wird mit den Klienten ein erstes Kontakt- und Kennenlerngespräch durchgeführt. Dabei ist abzuklären, wie die Klienten die Probleme und die Hilfebedarfe selbst sehen, welche Erklärungen diesbezüglich herangezogen werden und welche Lösungsversuche bereits

unternommen wurden. Weiterhin sind die Erwartungen der Klienten an den Case Manager abzufragen. Schließlich ist eine erste gründliche Ressourcen- und Netzwerkanalyse im Hinblick auf die geschilderten Probleme und deren Lösung durchzuführen. *Welche Fähigkeiten haben die Klienten? Was klappt auch hinsichtlich der Probleme (noch bzw. schon) gut? Welche Bezugspartner haben die Klienten? Wie könnten diese Menschen in die Unterstützung eingebunden werden?* etc.

Möglicherweise sollten für das *Assessment* spezielle Leitfragenbögen entwickelt werden, die auf die Aufgaben und Zielstellungen der jeweiligen Arbeitsfelder zugeschnitten sind und dabei helfen, die ersten Inter-

views der Fachkräfte mit den Klienten (etwa bezüglich der Problemsichten, der Ressourcen- und Netzwerkanalyse sowie der Hilfebedarfsklärung) zu strukturieren. Wichtige Fragen könnten diesbezüglich sein (vgl. GALUSKE 1998, S. 186): *Welche der Probleme oder Belastungssituationen bereiten den Klienten am meisten Schwierigkeiten? In welchen Bereichen zeigen die Klienten eigene Stärken und Fähigkeiten, wo können sie also aufgrund eigener Ressourcen die Belastungen bewältigen ("coping")? Welche Lösungsmöglichkeiten bzw. Hilfen sind unter den gegebenen Umständen am besten geeignet und entsprechen darüber hinaus dem lebensweltlichen Eigensinn, den Wertvorstellungen, der Gefühls- und Lebenswelt der Klienten? Welche lebensweltlichen Netzwerke haben die Klienten zur Verfügung? Können diese Netzwerken Personen unterstützen? Was könnten diese Personen bezüglich der Probleme und Bedarfe wann, wie und mit wem tun?*

Professionelle Seite: Es wird überprüft, ob möglicherweise bereits professionelle Helfer (Sozialarbeiter, Psychologen, Ärzte etc.) mit den Klienten arbeiten. Sollte dies der Fall sein, dann ist - nach voriger Absprache mit den Klienten - mit den anderen Professionellen über die Problemsichten, Problemerkklärungen und bereits versuchten Lösungen, über den aktuellen Hilfebedarf und über die bereits sichtbaren bzw. vermuteten lebensweltlichen Ressourcen (eigene Fähigkeiten/Potentiale) und Netzwerke (Verwandte, Freunde, Bekannte, die Unterstützungen bieten könnten etc.) zu kommunizieren. So ist gegebenenfalls bereits zu prüfen und zu vereinbaren, für welche Problemaspekte Professionelle und für welche auch andere Hel-

fer bzw. Laien (z.B. Freunde, Verwandte, ehrenamtlich engagierte Menschen) aktiviert werden könnten.

2. Phase: Hilfeplanung ("service planning")

In dieser Phase geht es um die Erarbeitung von Zielen, von erreichbaren Nah- und Fernzielen bzw. - in Kooperation mit den Klienten - um die Erarbeitung eines *Selbsthilfeplans*. Dabei liegt der Fokus wiederum auf den lebensweltlichen Ressourcen und Netzwerken der Klienten. *Welche Ziele können sie selbst, z.B. unter Hinzuziehung von Freunden/Verwandten oder anderen Laien erreichen? Welche Ziele können nur durch professionelle Unterstützung(en) erreicht werden? Wie können die klientären Ressourcen (Fähigkeiten, Stärken) sowie lebensweltlichen und professionellen Netzwerke, mithin die informellen und die formellen Hilfeangebote miteinander verknüpft werden?*

Wichtig ist, dass Ziele positiv formuliert werden, d.h. es sollte beispielsweise nicht dabei stehen geblieben werden, etwas nicht mehr (tun) zu wollen, etwas zu unterlassen (z.B. nicht mehr zu trinken, nicht mehr so viel Geld auszugeben, keine Schulden mehr zu machen etc.), sondern erarbeitet werden, was anstelle dessen, anstelle der problematischen Verhaltensweisen denn - positiv - erreicht werden soll. Die Ziele sollten sich weiterhin in konkret beobachtbare Verhaltensweisen "übersetzen" lassen.

Es ist zu überprüfen, wer, was, wann, wie, von wem im Prozess der Hilfe will/erwartet. *Welche Ziele hat der Auftraggeber, der Kunde (z.B. das Jugend-, Sozial- oder Gesundheitsamt), der die Hilfe finanziert, und wel-*

che Ziele haben die Klienten? Wenn diesbezüglich große Differenzen sichtbar werden, ist eine Abstimmung und Klärung, z.B. durch Hilfekonferenzen vorzunehmen. Des Weiteren ist zu erarbeiten, *wer, was, wann, wie, womit, mit wem* tun muss, um die Ziele zu erreichen. Schließlich sind die Erfolgskriterien zu vereinbaren. *Wer kann wann, wie, bei wem sehen, dass die vereinbarten Ziele erreicht wurden? In welchen Zeiten sollen diese Ziele (Nah- und Fernziele) erreicht bzw. soll die Erreichung kontrolliert werden?* Schließlich ist es nötig, dass alle Ziele von den Ressourcen der Klienten ausgehen und diese weiter stärken.

Der erarbeitete Selbsthilfeplan dient in der Evaluationsphase zur Auswertung und Erfolgsbewertung des Case Managements bzw. der geleisteten informellen und formellen Hilfen .

3. Phase: Durchführung der Hilfe ("intervention")

Hier geht es darum, den Selbsthilfeplan umzusetzen. Dabei ist wiederum die Selbstständigkeit der Klienten anzuerkennen und zu stärken; es sind die persönlichen bzw. lebensweltlichen Möglichkeiten und Potentiale zu mobilisieren und zu unterstützen. Wenn möglich, sind Verwandte/Freunde bzw. Laien für eine Hilfeleistung, die von diesen ausgeführt werden kann, zu gewinnen, zusammen mit den Klienten einzusetzen und zu beraten. Wenn alle diese lebensweltlichen und auf die klientären Ressourcen ausgerichteten Möglichkeiten ausgeschöpft sind, müssen den Klienten, Fachkräfte (Therapeuten, Erziehungs-, Familien-, Schuldner- oder andere Kontakt- und Beratungsstellen etc.) vermittelt werden, die für die Bewältigung bestimmter Probleme bzw. Problemaspekte notwendig sind. Diese

Vermittlung übernimmt der Case Manager.

Der Einsatz der vermittelten Träger oder Fachkräfte ist fallspezifisch zuzuschneiden, mit den Klienten vorzubereiten und vom Case Manager zu begleiten. Diese Begleitung umfasst die Beratung und Unterstützung der Klienten, um diese zur Inanspruchnahme der jeweiligen Träger und Fachkräfte zu befähigen. Der Case Manager hält den notwendigen Kontakt mit den Klienten, berät und unterstützt sie, und zwar - *einerseits* - *hinsichtlich der Inanspruchnahme professioneller (formeller) Hilfen* und - *andererseits* - *hinsichtlich der Nutzung eigener und fremder lebensweltlicher (informeller) Ressourcen und Netzwerke*. Der Case Manager hat dabei Beratungs- und Unterstützungsaufgaben, aber führt selbst keine pädagogischen (etwa auf die Kinder und Jugendlichen bezogenen) oder gar therapeutischen Aufgaben aus; er übernimmt im Wesentlichen drei Aufgabenbereiche (vgl. GALUSKE 1998, S. 186): In Bezug auf die Klienten geht es - *erstens* - um Information z.B. über die Zugänglichkeit bestimmter Angebote (Träger oder Fachkräfte), - *zweitens* - um Senkung von Zugangsschranken bezüglich bestimmter sozialer Dienstleistungen (z.B. durch gezielte Übungen) und - *drittens* - um eine überprüfende Begleitung des Klientenverhaltens im Sinne der Einhaltung des Selbsthilfeplans. In bezug auf die professionellen Hilfen geht es um die Überwachung der erbrachten Leistungen und um deren Koordination.

4. Phase: Begleitung und Überprüfung der Hilfen ("monitoring")

Hier besteht die zentrale Aufgabe des Case Managers darin, zusammen mit den Klienten ein Evaluationskonzept

auszuarbeiten, um die Erfolge und Zielerreichungen bzw. "Korrekturen", "Nachbesserungen" der professionellen und lebensweltlichen (informellen) Hilfen feststellen zu können. *Welche Erfolge lassen sich bereits beobachten? Wo sind neue Probleme aufgetaucht?* Die von den Klienten in Anspruch genommenen professionellen Dienstleistungen sind hinsichtlich der Aspekte "Angemessenheit", "Intensität", "Umfang", "Qualität" und "Wirksamkeit" permanent zu überprüfen (vgl. RAIFF/SORE 1993, S. 47). Dies geschieht durch regelmäßige Kontakte mit den Klienten sowie den eingesetzten professionellen und informellen Helfern, um "Feinabstimmungen" zu ermöglichen, Absprachen, Vereinbarungen etc. zu treffen. Weiterhin sind Verfahren zu entwickeln, um unberücksichtigte Bedarfe und Lücken im Versorgungs- und Unterstützungssystem der Klienten aufzuspüren und um die Erreichung der Ziele bzw. der Problemlösungen des Selbsthilfeplans zu überprüfen (z.B. anhand der Kriterien: Steigerung der Lebensqualität, Selbst- und Fremdbild etwa bezüglich der Kindererziehung, Umgang mit dem Einkommen etc.).

5. Phase: Klientenfürsprache - Anwaltschaftliche Vertretung

Grundsätzlich sind die Klienten durch das Case Management zu befähigen, selbstständig Hilfen und professionelle Dienste zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Diesbezüglich kann es allerdings notwendig sein, für die Klienten mit bestimmten Stellen Kontakt aufzunehmen oder die Klienten durch Beratungen zu befähigen, die jeweiligen Angebote anzunehmen und eigene diesbezügliche Bedürfnisse artikulieren zu lernen. Gerade vor Beendigung des Case Managements

ist diese Phase besonders herauszustellen, damit zukünftig ein informelles und formelles Netzwerk für die Klienten bereitsteht, das bei Unterstützungsnotwendigkeiten ohne großen Aufwand in Anspruch genommen werden kann.

6. Phase: Beendigung und Evaluation der Ergebnisse/Dokumentation

Schließlich steht am Ende eines Case Management-Prozesses, dass mit den Klienten erarbeitet wird, was angesichts des Selbsthilfeplans wie mit wem erreicht wurde, welche (formellen und/oder informellen) Hilfen beendet, welche - auch nach Ende des Case Managements - weitergeführt werden sollten/müssten. Die Erfolge, die die Klienten erreicht haben, ihre Ergebnisse sind hervorzuheben, die persönliche und lebensweltliche Selbstständigkeit ist erneut herauszuarbeiten. Der Selbsthilfeplan ist auszuwerten, Erfahrungen und Ergebnisse sind zu dokumentieren, d.h. über das durchgeführte Case Management ist sowohl den Klienten als auch den geldgebenden Auftraggebern, den Kunden, Rechenschaft abzulegen. Genaugenommen geht es in dieser Phase um die Einschätzung der Effektivität und der Effizienz des Case Managements, also darum, zu prüfen, wie das Verhältnis von Zielen und Ergebnissen, sowie das Verhältnis von Aufwand und Nutzen bewertet werden kann. Schließlich ist die Möglichkeit eines emotionalen Abschieds der Klienten vom Case Manager professionell zu organisieren.

IV. Resümee

Obwohl Soziale Arbeit ein äußerst komplexes, ambivalentes und nur sehr begrenzt planbares bzw. rationa-

lisierbares Geschehen im zwischenmenschlichen Bereich ist ("Beziehungsarbeit") (vgl. Kleve 1999; Kleve 2000), erlaubt das Case Management ein rationalisiertes Vorgehen, das die Klienten im Sinne der Lebensweltorientierung als Experten für ihre Probleme und deren Ressourcen, sowie als Nutzer lebensweltlicher Netzwerke zu stärken vermag ("*empowerment*").

Case Management ist sowohl an einer lebensweltorientierten als auch an einer ökonomisierten Sozialen Arbeit ausgerichtet. Entsprechend der Lebensweltorientierung versucht das Case Management, die Klienten in ihren sozialen Bezügen zu sehen und diese von vornherein gemäß einer auf die Klienten zugeschnittenen Problemlösung in den Hilfeprozess mit einzu beziehen. Ökonomisch ist dies zum einen, weil dadurch die Effektivität der Hilfe erhöht werden kann - zumindest wenn man im Auge hat, dass ein Erfolg nur durch Hilfe-Beendigung sichtbar wird, und zwar aufgrund der Aktivierung der Selbsthilfepotentiale in der Lebenswelt. Zum anderen kommt der ökonomische Aspekt durch die höhere Effizienz einer solchen Hilfe zum Tragen, die durch den Einsatz von lebensweltlichen und informellen Ressourcen ihren Aufwand (professionelles Personal und Zeit) reduzieren kann, bei einem hohen Nutzen für die Klienten und Kunden angesichts einer gezielten Aktivierung von persönlichen und lebensweltlichen Selbsthilfepotentia len, von persönlichen und sozialen Ressourcen.

Entgegen der klassischen Sozialen Einzelhilfe ("social casework") steigen die Sozialarbeiter als Case Manager nicht so sehr in eine professionell-intensive Beziehung mit den Klienten ein, sie beschränken zeitlich ihre

Klientenkontakte und koordinieren, moderieren und managen vielmehr die formellen und informellen Netzwerke. "Das Aufgabenspektrum des Helfers verlagert sich von der psycho-sozialen Beziehungsarbeit zur organisierenden, planenden, koordinierenden und kontrollierenden Abstimmung von Angebot und Nachfrage nach Unterstützung, wobei es primäres Ziel ist, die ,potentiell auf die konkreten Problemlagen passenden Hilfen ausfindig zu machen' (WENDT [...])" (GALUSKE 1998, S. 184). Durch diese eher distanzierte Arbeit mit den Klienten verringert sich, wie bereits ausgeführt, die Möglichkeit, dass die Klienten von den Helfern bzw. von der professionellen Hilfe abhängig werden.

Vor allem angesichts von sogenannten "Multi-Problem-Klienten" bzw. "-Familien", die bereits zahlreiche, nicht selten widersprüchlich und sich gegenseitig ,aushebelnd' arbeitende Hilfeeinrichtungen um sich gruppiert haben, erscheint ein Case Management zur Effektivierung, Koordination und Abstimmung der Hilfen als sehr günstig. Gerade bezüglich solcher "Multi-Problem-Fälle" kommt es nicht selten "zu kontraproduktiven und die sozialen Dienstleistungen unnötig vertuernden Überschneidungen verschiedenster Unterstützungsangebote" (GALUSKE 1998, S. 183). Die Notwendigkeit von Case Management ergibt sich u.a. aus der für Laien zum Teil sehr unübersichtlich wirkenden Differenzierung und Spezialisierung sozialer Dienstleistungen. Diese Differenzierung und Spezialisierung macht eine Kooperation und Koordination der Angebote für die jeweiligen Fälle notwendig.

Stärker als in der Sozialen Arbeit oft üblich steht im Case Management die

Ressourcen- und Netzwerkanalyse im Mittelpunkt, so dass permanent überlegt wird, wie die persönlichen Stärken und Fähigkeiten so effektiv wie möglich für die Problemlösung eingesetzt und wie die lebensweltlichen Netzwerke der Klienten nach Unterstützungsmöglichkeiten ‚abgesucht‘ und von den/für die Klienten aktiviert werden können.

An Case Manager werden hohe organisatorisch- und methodisch-professionelle Anforderungen gestellt. Eine ihrer wichtigsten Aufgaben ist es, die sozialen Dienstleistungsangebote in ihrem Gemeinwesen sehr gut kennen zu lernen, Kontakte zu Professionellen und Laien herzustellen und langfristig tragende Netzwerke mit Klienten zu initiieren und zu pflegen.

Literatur:

BAECKER, Dirk (1994): Soziale Hilfe als Funktionssystem der Gesellschaft, in: Zeitschrift für Soziologie, 2/94: S. 93-110

BECK, Ulrich; BECK-GERNSHEIM, Elisabeth (Hrsg.) (1994): dies: Riskante Freiheiten. Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt/M.: Suhrkamp

BULLINGER, Hermann; NOWAK, Jürgen (1998): Soziale Netzwerkarbeit. Eine Einführung. Freiburg/Br.: Lambertus

FRITZSCHE, Brigitte u.a. (1994): Wenn der Berg nicht zum Propheten kommt ... Beiträge zur aufsuchenden psychosozialen Arbeit mit Einzelnen & Familien. Tübingen: dgvt-Verlag

FUCHS, Peter; SCHNEIDER, Dietrich (1995): Das Hauptmann-von-Köpenick-Syndrom. Überlegungen zur Zukunft funktionaler Differenzierung, in: Soziale Systeme, 2/95: S. 203-224

GALUSKE, Michael (1998): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Weinheim/München: Juventa

KLEVE, Heiko (1996a): Konstruktivismus und Soziale Arbeit: Die konstruktivistische Wirklichkeitsauffassung und ihre Bedeutung für die Sozialarbeit/ Sozialpädagogik und Supervision. Aachen: Kersting-IBS

KLEVE, Heiko (1996b): Soziale Arbeit als wissenschaftliche Praxis und als praktische Wissenschaft: Systemtheoretische Ansätze einer Praxistheorie Sozialer Arbeit.in: neue praxis, Heft 3/1996: S. 245-252

KLEVE, Heiko (1999): Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft. Aachen: Kersting

KLEVE, Heiko (2000): Die Sozialarbeit ohne Eigenschaften. Fragmente einer postmodernen Professions- und Wissenschaftstheorie Sozialer Arbeit. Freiburg/Br.: Lambertus

KLEVE, Heiko (2001): Systemtheorie und Ökonomisierung Sozialer Arbeit. Zur Ambivalenz eines sozialarbeiterischen Trends, in: neue praxis, Heft 1/2001: S. 29-40

LÖCHERBACH, Peter (1998): Altes und Neues zum Case-Management - Soziale Unterstützung zwischen persönlicher Hilfe und Dienstleistungs-service, in: Mrochen, Siegfried u.a. (Hrsg.): Standortbestimmung sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Methoden. Weinheim: Deutscher Studienverlag: S. 104-122

NEUFFER, Manfred (1993): Case Management, in: Fachlexikon der sozialen Arbeit. Herausgegeben vom Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt/M.: Eigenverlag: S. 200

PFEIFER-SCHAUPP, H.-U. (1995): Jenseits der Familientherapie. Systemische Konzepte in der Sozialen Arbeit. Freiburg/Br.: Lambertus

RAIFF, Norma R.; SHORE, Barbara K. (1993): Fortschritte im Case Management. Freiburg/Br.: Lambertus (1997)

SCHLIPPE, Arist von; SCHWEITZER, Jochen (1998): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht (5. Aufl.)

SCHWEITZER, Jochen; SCHUMACHER, Bernd (1995): Die unendliche und endliche Psychiatrie. Zur (De-) Konstruktion von Chronizität. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme

THIERSCH, Hans (1993): Strukturierte Offenheit. Zur Methodenfrage einer

lebensweltorientierten Sozialen Arbeit, in: RAUSCHENBACH, T.; ORTMANN, F.; KARSTEN, M.-E. (Hrsg.): Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden in der Sozialen Arbeit. Weinheim/München: Juventa: S. 11-28

WEBER, Georg; HILLEBRANDT, Frank (1999): Soziale Hilfe - Ein Teilsystem der Gesellschaft? Wissenssoziologische und systemtheoretische Überlegungen. Opladen: Westdeutscher Verlag

WENDT, Wolf Rainer (1997): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg/Br.: Lambertus

WOLFF, Reinhart (1990): Von der Reaktion zur Prävention - zur konzeptuellen Weiterentwicklung des Kinderschutzes in Berlin, in: Rundbrief Senatsverwaltung für Frauen, Jugend und Familie 2/90: Perspektiven zum Kinderschutz in Berlin: S. 21-30

Verfasser:

Dr. phil. Heiko Kleve, Diplom-Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, promovierter Soziologe, Konflikt-Mediator (ASFH), Gastprofessor für Sozialwissenschaften an der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin,
e-Mail: heiko.kleve@gmx.de;
<http://www.asfh-berlin.de/hsl/kleve>

VIII. Komplexität managen - Zur Steuerung kommunaler Suchthilfeplanung

Mathias Hofmann

Drogenberatungsstelle Lippe
Sofienstr. 65

32756 Detmold

Tel.: 0 52 31 / 210 35
drobs.dt@t-online.de

Inhalt

I. Kooperative Suchthilfeplanung

II. Steuerung komplexer Systeme

III. Einführung kooperative Suchthilfeplanung in Kommunen

I. Kooperative Suchthilfeplanung

Die beteiligten Organisationen und Institutionen als Planer

Entscheidend für die Planung und Steuerung der Suchthilfeangebote in den Kommunen sind die beteiligten Organisationen und Institutionen. Sie schätzen den Bedarf ein, sie nehmen den politischen Willen und die wirtschaftlichen Rahmendaten auf und entwickeln hieraus in sehr unterschiedlichen Strukturen und Prozessen das jeweilige kommunale Suchthilfeangebot. Die Konstellation der beteiligten Organisationen und Institutionen unterscheidet sich von Kommune zu Kommune. Es gibt verschiedenste Ausprägungen der soziodemografischen Gegebenheiten, der Trägerlandschaft, der Organisation kommunaler Koordinierung, der stationären und ambulanten Angebote, sowie der Verknüpfungen zwischen Kommune, Trägern und Angeboten. Die Nähe zu Ballungsräumen, historisch gewachsene Versorgungsstrukturen, jeweils unterschiedliche Planungs- und Steuerungsverfahren, aber auch parteipolitische und von engagierten Einzelpersonen abhängige Faktoren sind einige der Einflussgrößen, die für das jeweilige regionale Profil verantwortlich zeichnen.

Für den hier diskutierten Zusammenhang ist eine Unterteilung in vier Gruppen hilfreich, die als Muster in allen Kommunen besteht:

A. Die Koordinierer, Entscheider und Verwalter:

- Die untere Gesundheitsbehörde bei der Kommune als Koordinationsstelle, der zuständige De-

zernent des Verwaltungsvorstandes

- Der Gesundheitsausschuss des Rates oder Kreistages
- Fachgremien wie Psychiatrieerat, PSAG, AG Sucht, Netzwerke Suchtprävention
- Die kommunale Gesundheitskonferenz einschließlich ihres geschäftsführenden Managers und ihrer Arbeitsgemeinschaften zum Thema Sucht

B. Die Leistungsanbieter:

B1 Originäre Suchthilfe:

- In erster Linie die Anbieter professioneller ambulanter, teilstationärer und stationärer Dienste in Trägerschaft der Wohlfahrtspflege, der Kommunalverwaltung oder in privater Trägerschaft. Dazu gehören unter anderem Beratungsstellen, niedrigschwellige Anlaufstellen, der sozialpsychiatrische Dienst, Wohnheime, Adaptationseinrichtungen.
- Vielfältige Selbsthilfeorganisationen bieten Selbsthilfegruppen und ehrenamtliche Einzelberatung an.
- Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen, Institutsambulanzen sowie Allgemeinkrankenhäuser übernehmen die somatische Behandlung von Suchtkranken, die Substitutionsbehandlung und ambulante Entzugsbehandlungen. Niedergelassene Psychotherapeuten übernehmen ambulante Psychotherapie.
- psychiatrische Kliniken und Fachkliniken führen die Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung durch.
- Fachstellen für Suchtprävention
- Suchtberatung in den Justizvollzugsanstalten

B2 Ergänzende Dienste:

- Die Arbeitsverwaltung oder freie Bildungsträger mit besonderen Angeboten zur beruflichen Reintegration Suchtkranker
- Betriebliche Suchtberatungsstellen
- Bewährungshilfe und Jugendgerichtshilfe
- Schulen mit Suchtberatungslehrern und Präventionsprogrammen
- Polizeidienststellen mit Kommisariaten Vorbeugung und Kontaktbereichsbeamten
- besondere Angebote der Jugendhilfe für suchtgefährdete Jugendliche oder Kinder suchtkranker Eltern
- AIDS-Hilfen
- Sozialberatung in den Justizvollzugsanstalten

C. Die Leistungsträger

- Kommunen finanzieren Beratung, nichtmedizinische Hilfen und Prävention als freiwillige Leistungen
- Krankenkassen finanzieren somatische Behandlungen, Entwzugsbehandlungen, Entwöhnungsbehandlungen, Substitutionsbehandlungen (SGB V).
- Rentenversicherungen finanzieren Entwöhnungsbehandlungen als medizinische Leistungen zur Rehabilitation, sowie Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung (SGB VI und IX).
- örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger finanzieren alle Leistungen der Krankenversicherung und Rentenversicherungen im Fall unzureichender Ansprüche Versicherter, außerdem Wiedereingliederungsmaßnahmen.

- Das Land NRW, die Bundesrepublik Deutschland und die Europäische Union finanzieren Beratung, Prävention und besondere Projekte, Forschung und Ausbildung.
- Die Arbeitsverwaltung finanziert berufliche Reintegration, Teilhabe am Erwerbsleben (SGB III).
- Stiftungen, Spender und Gerichte (Bußgelder)
- Selbstzahler

D. Die Selbsthilfeorganisationen als Interessenvertreter:

- Selbsthilfeorganisationen Alkohol und Medikamentenabhängiger
- JES, NA
- Angehörigenvereine
- Elternkreise

Diese Liste ist nicht vollständig, sie soll hier nur einen Eindruck von der großen Anzahl der Beteiligten vermitteln und einen Hinweis auf die verschiedenen Zielsetzungen dieser Beteiligten. Alle diese Institutionen sind in sich selbstständig verfasst, verfolgen ein definiertes Ziel und berichten umfassend über ihre Arbeitsergebnisse.

Und - alle planen. Alle planen für ihre eigene Organisation nach der jeweiligen Zweckbestimmung. Dabei können durchaus konkurrierende oder sich widersprechende Planungen nebeneinander entstehen. Alle planen aber auch im Sinne der kommunalen Suchthilfe, da sie mit ihrer Tätigkeit im kommunalen "Markt der Kunden und Finanzen" eingebunden sind.

Kooperative Suchthilfeplanung in Kommunen gründet auf einer Übereinstimmung zwischen den gemeinsamen Zielen zur Weiterentwicklung der Suchthilfe und den jeweiligen Organisationszielen. Sie wird um so effektiver

sein, je weiter sich die Ziele der einzelnen Organisationen überschneiden und einem gemeinsamen Ziel der Weiterentwicklung kommunaler Strukturen entsprechen. Die alltäglich geforderte Beteiligung der Akteure (und der Betroffenen) ist alleine schon notwendig, um eine Transparenz der Zielvorstellungen untereinander herzustellen und gemeinsame Ziele zu formulieren. Es handelt sich dabei nicht um einen taktischen Schachzug (um ein Mittel zum Zweck), sondern um eine strategische Notwendigkeit (Zweck und Mittel stimmen überein), um eine Steuerung der Planung autonomer Institutionen in einem Gesamtinteresse überhaupt zu ermöglichen: auf Grund des autonomen Charakters der Institutionen kann es sich nur um eine gemeinsame Selbststeuerung handeln.

Ebenso wichtig wie der Fokus "Ziel" ist der Fokus "Kultur", das heißt die Art des Umgangs mit Planung und Kooperation in und zwischen den einzelnen Organisationen. Auch hier gilt, dass eine gemeinsame Planung auf den Übereinstimmungen in den Unternehmenskulturen gründet, und dass Gegensätzlichkeiten in der Kultur für die kooperative Planung hinderlich sind. Hierin liegt im Wesentlichen die Notwendigkeit, aber auch die Chance eines moderierten kommunikativen Prozesses begründet, der Verständnis zwischen den Organisationskulturen fördert und eine Öffnung für gemeinsame Vorhaben gestaltet.¹

Angebotsorientierte Planung:

Die Planung aus der Sicht eines Leistungserbringers

1. Ziel (inhaltlich):

Versorgung der Zielgruppe, in der Regel nach Satzungsvorgabe und/oder Vereinbarung mit einem Leistungsträger. Die differenzierte Zielbeschreibung und Methodik wird auf der Basis von wissenschaftlich-fachlichen Standards durch die Reflexion eigener fachlicher Praxis und fachpolitischer Diskussion fortgeschrieben.

2. Ziel (wirtschaftlich):

Größe der eigenen Einrichtung, Umsatz, Profit, das bedeutet auch: besser sein als die Konkurrenz

3. Ziel (organisatorisch):

Planungssicherheit

4. Ziel (strategisch) :

Im eigenen Auftragsbereich Kompetenz- und Marktführung erreichen/erhalten

Die Leistungserbringer sind - vor allem in ambulanten Angeboten - die Einrichtungen, die am nächsten an der Nachfrage positioniert sind; sie nehmen als Zugänge in das Suchthilfesystem die aktuellen lokalen Trends in der Situation von Personen mit problematischem Konsum von Rauschmitteln und von Suchtkranken auf. Die Versorgung der Suchtkranken vor Ort ist für die Leistungserbringer planungsleitend (**Produktqualität**), der Nachweis der Auslastung von qualifizierten Angeboten Grundlage wirt-

¹ Besonders anschaulich hat dies der Psychologe und Leiter eines ambulanten Beratungs- und Behandlungszentrums Günther ZELTNER dargestellt, der die Kultur der medizinischen Versorgung und die der psychosozialen Versorgung tabellarisch gegenüberstellt und sowohl die Konflikte als auch Lösungsmöglichkeiten beschreibt. Die Lösungen/ Verlaufsformen sind durchgängig Begegnungs- und Kommunikationsorientiert und entsprechen so der Idee kooperativer Suchthilfeplanung. (Günther ZELTNER: Suchthilfeplanung und medizinische Grundversorgung/Modelle und Schwierigkeiten in: LANDESSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN IN BADEN WÜRTTEMBERG(Hrsg.): Regionale Suchthilfeplanung, Stuttgart 2001, S. 57f)

schaftlicher Sicherheit. Die Kommunikation der Nachfrage (des wahrgenommenen und vermuteten Bedarfes an Suchthilfe) in der kommunalen Struktur und mit den überörtlichen Leistungsträgern erfüllt so zwei wichtige Funktionen: Zum einen die Überprüfung des Angebotes an der Nachfrage und die Weiter- oder Neuentwicklung von Angeboten und Methoden in der Suchthilfe, und zum anderen Planungssicherheit für die Anbieter durch die Kenntnis der finanziellen Planungsgrößen.

Schnittstellenplanung: Die Planung themenorientierter Behandlungsketten

1. Ziel (inhaltlich):

Die angemessene Versorgung der gemeinsamen Zielgruppe

2. Ziel (strategisch/inhaltlich):

Durch Verbindung der Stärken und Abstimmung der Konzepte die Qualität der Versorgung erhöhen

3. Ziel (wirtschaftlich):

Durch Synergieeffekte Sparsamkeit erzielen, Planungssicherheit bezüglich der Auslastung

4. Ziel (strategisch): Kompetenzen bündeln und gemeinsam weiterentwickeln, wirtschaftliche Stärken verbinden

Die Schnittstellenplanung geht in der Regel auf Kontakte oder Netzwerke von Praktikern und Planern vor Ort zurück: aus Häufung von gemeinsamer Fallarbeit oder aus enger Nachbarschaft (räumlich oder auch durch gemeinsamen Träger) entsteht die strukturelle Planung der Zusammenarbeit im Sinne von gemeinsamen Leitbildern, Qualitätsbeschreibungen und organisatorischen Abläufen. Neben der Verbesserung der Versorgung der

Klientel durch abgestimmte Konzepte verschiedener Angebote, die diese durchläuft, sichert die Kooperation an Schnittstellen die wirtschaftliche Planung von Einrichtungen durch sicherere Kalkulation der Nachfrage (aus Sicht von nachrangigen Einrichtungen in einer Behandlungskette) bzw. des Angebotes (aus Sicht von vorrangigen Einrichtungen in einer Behandlungskette). Besonders deutlich wird dies in längeren Behandlungsketten, wie zum Beispiel Beratungsstelle mit Soforthilfevermittlung in Entzugs- und anschließender Entwöhnungsbehandlung und abgestimmt geplanten ambulanten Nachsorgeangeboten, in denen die beteiligten Einrichtungen alle sowohl Klienten an die folgende vermitteln als auch aus anderen Einrichtungen Klienten zur weiteren Behandlung aufnehmen.

Die Schnittstellenplanung ist durch die hohe kooperative Komponente eine sehr prozessorientierte Planung. Die Ziele und Methoden verschiedener Organisationen müssen immer wieder aufeinander abgestimmt werden und die Ergebnisse nach gemeinsamen Kriterien überprüft und optimiert werden, um für alle Beteiligten wünschenswerte Ergebnisse zu erzielen. Der Schlüssel für die Planung qualifizierter Schnittstellen ist eine hohe **Prozessqualität**.

Administrative Planung: Die Planung aus der Sicht der zentralen Gesamtverantwortung

1. Ziel (inhaltlich):

Versorgung aller Betroffenen in der kommunalen Bevölkerung

2. Ziel (wirtschaftlich):

Sparsamkeit, Effizienz der eingesetzten Mittel

3. Ziel (strategisch):

Berücksichtigung im größeren Zusammenhang; in der Konkurrenz mit anderen Kommunen Mittel aus der Landes-, Bundes- und Europaverwaltung für die eigene Kommune akquirieren

4. Ziel (Sorgfaltspflicht):

Förderung der Trägervielfalt und -kultur

5. Ziel (strategisch) :

Durch Konkurrenz Marktentwicklung und Kompetenzentwicklung weiter fördern

Die kommunale Gebietskörperschaft ist die politisch verantwortliche Institution für die Struktur kommunaler Suchthilfe. In ihrer Koordinationsfunktion ist sie Ansprechpartner für besorgte Bürger bzw. ihre Verbände, Betroffene, Selbsthilfegruppen, Anbieter der Suchthilfe und Leistungsträger. Gleichzeitig übernimmt sie häufig selbst Suchthilfeangebote bzw. delegiert diese an dritte (Subsidiaritätsprinzip). Fokus der Planung ist die **Strukturqualität**, in der Verantwortung für eine Weiterentwicklung der Struktur auch eine **Prozessqualität**. Dies ist in ähnlicher Form auf Landesebene gestaltet: Die Einbindung aller Beteiligten an der Suchthilfe durch das Land NRW zur Weiterentwicklung des Landesprogramms Sucht ist ein Beispiel für eine Strukturplanung über Prozessverantwortung.

Landesweite Planung: Die Planung aus der Sicht überregionaler Leistungsträger

1. Ziel (inhaltlich):

Versorgung aller Betroffenen im (überregionalen) Zuständigkeitsbereich

2. Ziel (wirtschaftlich):

Sparsamkeit, Effizienz der eingesetzten Mittel

3. Ziel (strategisch):

Verringerung der Prävalenzen, gesetzgeberische bzw. strukturelle Einflussnahme

4. Ziel (strategisch):

Weiterentwicklung der Suchthilfe durch Ursachen- und Wirkungsforschung und modellhafte Methodenentwicklung

Die überregionalen Leistungsträger der Suchthilfe - die Kranken- und Rentenversicherungen und des überörtlichen Sozialhilfeträgers - sind ihren jeweiligen überregional verfassten Mitgliedern und Organen verpflichtet und gestalten ihre Leistungen innerhalb von Budgets auf Landes oder Bundesebene. Die Versorgungsplanung konzentriert sich einerseits auf die Qualität der einzelnen Behandlung (**Produktqualität**) und andererseits auf die überregionale Gestaltung der Behandlungsangebote in ihrer Gesamtheit (**Strukturqualität**). Die Besonderheiten einzelner Regionen gehen über die als besonders ermittelte Nachfrage nach einzelnen Angeboten in die Planung ein, die Leistungen können aber auf Grund des Gleichbehandlungsanspruches in unterschiedlichen Regionen nicht grob unterschiedlich gestaltet werden. Gleichwohl sind auch die überregionalen Leistungsträger an einer großen Nähe ihres Angebotes zu den Versicherten interessiert und ebenso an einer qualifizierten Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Anbieter in kommunalen Strukturen. Sie verfolgen diese Ziele durch eigene Sozialdienste, durch Kooperation in kommunalen Strukturen und durch Förderung von kommunalen Behandlungsverbünden.

Die überregionalen Leistungsträger können durch die große Datenmenge

an Behandlungen bzw. Maßnahmen Wandlungen der Nachfrage beschreiben und analysieren, sie haben durch diese nachgelagerte Auswertung allerdings nur vermittelt Informationen über die aktuellsten Trends, die bei Suchterkrankten vor Behandlungen erkennbar sind.

Zusammenführung:

Kooperative klientenorientierte Planung

1. Ziel (inhaltlich):

Die Versorgung aller Betroffenen in der Kommune optimal gestalten.

2. Ziel (wirtschaftlich):

Durch Kooperation Ressourcen freisetzen, sowie neue Ressourcen erarbeiten.

3. Ziel (kooperativ):

Reibungsverluste durch Konkurrenzen vermeiden, Planungssicherheit für alle herstellen.

4. Ziel (strategisch):

Die Aufgaben und Arbeit der Suchthilfe gemeinsam vertreten und gegenüber anderen gesellschaftlichen Aufgaben stärken.

Kooperative klientenorientierte Planung meint die Zusammenführung der genannten Planungsperspektiven und vorhandener Qualitätskompetenzen mit dem Ziel der optimalen Versorgung der Betroffenen in einer Kommune bei einer optimalen Ausnutzung vorhandener und

neu zu erschließender Ressourcen.

Angesichts der vielfältigen Ausgangssituationen der beteiligten Institutionen, ihrer differierenden Kultur und Zielprioritäten, angesichts des Wissens um Dynamik von Netzwerken² ist kooperative kommunale Suchthilfeplanung nur als Prozess denkbar, in dem über die Erfahrung der Zusammenarbeit in neuen Strukturen zunehmend positive Ergebnisse in der Versorgung Suchtkranker zu erwarten sind. Über **Prozessqualität** wird **Strukturqualität** und **Produktqualität** erreicht werden.³

II. Steuerung komplexer Systeme

Die Ökonomisierung sozialer Arbeit ist ein Versuch, die Komplexität des Systems zum Zwecke der leichteren Steuerung zu reduzieren. Der komplexe Charakter weist darauf hin, dass dieser administrative Schritt "neue Regeln aufzustellen" nur bedingt erfolgreich sein kann: Die spezifischen Charakteristika des Systems werden nicht mit einbezogen; wie beschrieben, passt sich das System an und steuert Veränderungsprozessen entgegen. Die öffentliche Verwaltung ist ein Element im System, auch die anderen Elemente setzen (heimliche) Regeln und agieren miteinander.

² Zu Netzwerkkrisen und Netzwerkstabilisierung vgl. BASSARAK, GENOSKO: Synergieeffekte und Kosteneinsparungen. Zur Funktion und Bedeutung von Netzwerken und Netzwerkarbeit, in: LJA WL Mitteilungen 149/2001, S. 13-19)

vgl. das Model forming - storming - norming - performing nach TUCKMANN (B. W. TUCKMANN: "Developmental Sequence in Small Groups", Psychological Bulletin, vol. 63, 1965, pp. 384-399.

³ "Die angeführten Ausgangsbedingungen und Planungserfahrungen legen nahe, Planung und Steuerung als "sozialen Lernprozess" der Beteiligten sowie als einen sozial- und verwaltungsstrukturellen Entwicklungsprozess anzulegen und den Zeitaspekt ausreichend zu berücksichtigen." Raphael GASSMANN, Wilfried GÖRGEN, Hans OLIVA: Grundlagen kommunaler Suchthilfeplanung, in: DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN (Hrsg.): Jahrbuch Sucht, Geesthacht 2001, S. 196

Eine zielgerichtete Steuerung der Suchthilfe muss den komplexen Systemcharakter und die eigenverantwortliche Handlungskompetenz aller Beteiligten untereinander akzeptieren und Methoden erarbeiten, die die Attraktoren - also die systemimmanenten Zielpunkte - berücksichtigen.

Die Attraktoren des Suchthilfesystems auf kommunaler Ebene sind zum Beispiel:

1. kooperative Konkurrenz, das heißt:

- Die Anbieter legen großen Wert auf ihre Autonomie.
- Die beteiligten Institutionen suchen Kontakt untereinander und legen Wert auf stabile Beziehungen.
- Die Konkurrenz um öffentliche Mittel ist bewusst, wird aber selten offen ausgetragen.
- Die Märkte sind relativ stabil verteilt.
- Konkurrenz ohne Kooperation wird negativ bewertet.

2. Sicherheit, das heißt:

- Eine längerfristige Planung hat einen hohen Stellenwert.
- Riskante Unternehmungen sind selten.
- Die Beschäftigungsverhältnisse sind relativ stabil, es gibt eine geringe Personalfuktuation.
- Es gibt keine leistungsorientierte Entlohnung, die Beschäftigungsverhältnisse sind in der Regel analog zum öffentlichem Dienst geregelt.
- Die planungsverantwortliche Politik und Verwaltung hat ein hohes Interesse an sachlicher

und konfliktfreier Diskussion des in der Öffentlichkeit sensiblen Themas "Sucht und Drogen".

- Die Anbieter haben vielfach eine langjährige Tradition in der Suchthilfe, der große Erfahrungsschatz bedeutet einen wichtigen Rückhalt für die Zukunftsplanung.

3. Handlungsorientierung, das heißt:

- Die Priorität der Handlungen liegt in der alltäglichen praktischen Arbeit mit der Klientel.
- Der wirtschaftlicher Profit ist nicht erstes Ziel der Unternehmung, die Mehrzahl der beteiligten Institutionen handelt uneigennützig.
- Aus den Erfahrungen in der Arbeit mit der Klientel werden neue Angebote entwickelt. Ein Interesse an Wissenschaft und Theorie besteht zur Begleitung und Bestätigung der praktischen Erfahrungen.
- Die Institutionen sind in ihren Angeboten und Handlungen vielfach einem religiösen oder humanistischen Ideal verpflichtet.
- Die Mangelsituation der Betroffenen regt zu neuen - zunehmend ausdifferenzierten Handlungen der Anbieter an.
- Oberstes Ziel aller Handlungen ist die Versorgung der Betroffenen.

Die Attraktoren des Systems bei der Steuerung zu berücksichtigen und zur Steuerung zu nutzen, bedeutet nach dieser beispielhaften Auflistung, dass

1. bezogen auf den Attraktor Kooperative Konkurrenz

- Kooperation und Beteiligung geeignete Instrumente sind, Interessen von Planern und Beteiligten zu verbinden,
- Autonomie geachtet werden muss, wenn Beteiligte beteiligt werden sollen,
- Konflikte zwischen Trägern beachtet werden müssen,
- ein Leitbild Kooperation und Autonomie integrieren sollte,
- Konkurrenzsituationen durch den Planungsprozess transparent behandelt werden sollten, um stabile Beziehungen zwischen den Trägern nicht zu stören,
- es eine Planungsstrategie sein kann, Kooperation zu nutzen und gemeinsam in Konkurrenz zu anderen Systemen die Suchthilfe besser zu platzieren,

2. bezogen auf den Attraktor Sicherheit:

- Die Weiterentwicklung des Suchthilfesystems eher auf Stetigkeit als auf Geschwindigkeit angelegt werden sollte,
- Sparprozesse langfristig und transparent zu gestalten sind, so dass die Träger eine Möglichkeit haben, ihre Angebote ohne Existenzbedrohung anzupassen,
- Personal als wichtigstes Kapital der Suchthilfe nicht verunsichert werden darf, um Abwanderung zu vermeiden,
- aktive Information der Fachöffentlichkeit und der Öffentlichkeit wichtig ist, ein überparteilicher Konsens notwendig ist,
- eine Bestands- und Bedarfsanalyse an den Erfahrungen der Helfer ansetzen sollte,

- wissenschaftliche Begleitung Wert auf Transparenz legen sollte,

3. bezogen auf den Attraktor Handlungsorientierung

- Handlungsleitend die Fachlichkeit mit dem Ziel der hinreichenden Versorgung der Betroffenen ist,
- Planungsergebnisse daran gemessen werden, ob Handeln effektiver wird,
- in den Planungsprozess die Handlungsebene einbezogen werden sollte, nicht nur die Geschäftsführungsebene,
- Bestands- und Bedarfsanalyse an den Erfahrungen der Handelnden und der Behandelten ansetzen sollte,
- die zunehmende Differenzierung der Versorgungsstruktur durch Vernetzung mit Auftragsabgrenzung effizienter gestaltet werden sollte, um Qualität zu erhalten und gleichzeitig Ressourcen zu sparen
- Wissenschaft handlungsorientiert einbezogen werden sollte.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze scheint eine Steuerung der kommunalen Suchthilfe auch bei einer (sehr langsamen) Reduzierung der Ressourcen möglich zu sein. Die wichtigste Bedingung ist die Beteiligung der Beteiligten, die nur dann zu erreichen sein wird, wenn (bei aller Konkurrenz) Kooperation, Sicherheit und die Handlungsorientierung gewährleistet sind. **Die kooperative kommunale Suchthilfeplanung könnte selbst zum Attraktor des Systems werden, dieser Effekt wäre für die weitere Entwicklung ein gro-**

Der Beschleunigungsfaktor. Sehr deutlich wird dies aus den Erfahrungsberichte von Praktikern aus Baden Württemberg.

Die gemeinsame Verantwortung von Verwaltung, Suchthilfeanbietern, Leistungsträgern und Betroffenen für das Suchthilfeangebot in Kommunen gegenüber den politisch Entscheidenden wäre ein Modell, den "point of government" aus der Binnenorganisation der Verwaltung herauszuverlagern.⁴ Dabei muss die Politische Verantwortung den systemimmanenten Selbsterhaltungs- und Ausweitungskräften als Verhandlungspartner mit klaren Rahmenbedingungen hinsichtlich der Ressourcen und des Stellenwertes in der Gesamtöffentlichkeit begegnen.

III. Einführung kooperativer Suchthilfeplanung in Kommunen

Phase 1 - Initiierung

Am Anfang steht eine Person mit der Idee und dem Engagement für die Einführung kooperativer Suchthilfeplanung in der Kommune. Für die Einführung ist ein Auftrag notwendig. Die Initiative hierzu kann ebenso aus Kreisen der Anbieter oder der Selbsthilfe kommen, wie aus der Verwaltung oder Politik. Es ist angesichts in der Regel vorhande-

ner Planungs- und Kooperationsgremien, die für eine gemeinsame Planung gewonnen werden müssen, zumindest ein Sondierungsauftrag nötig, der eine Diskussion über sinnvolle Planungsstrukturen mit den aktuell koordinierenden Personen und Gremien ermöglicht und dabei bestehende Pläne und Daten berücksichtigt.

Effektive Planung ist eine Aufgabe, die besonderer Zeit- und besonderer Finanzbudgets bedarf. Bereits in der Initialisierungsphase sind besondere Zeitressourcen erforderlich, um die Akteure und Beteiligten der Suchthilfe im kommunalen Raum möglichst vollständig innerhalb eines kurzen Zeitraumes anzusprechen. Besondere Maßnahmen wie eine Open Space Veranstaltung oder überregionale Konsultation erfordern weitere Ressourcen. Spätestens in der Phase der gemeinsamen Prozessplanung, der Bestands- und Bedarfserhebung sind zur Sicherung der Prozessqualität unbeteiligte Moderatoren und professionelle Prozessbegleiter empfehlenswert.⁵

Hiermit ist ein zentrales Thema der kooperativen kommunalen Suchthilfeplanung angesprochen: In wie weit ist der Prozess für die Beteiligten wirtschaftlich interessant? Es ist angesichts der angespannten finanziellen Situation der Kommunen mit einer Vorfinanzierung nur zu rechnen, wenn die Investition durch die sichere Erwartung sinkender Kosten zu einem späteren Zeitpunkt begründet werden kann.

⁴ Hermann HILL: Komplexitätsmanagement im öffentlichen Sektor, in AHLEMEYER, KÖNIGSWIESER: Frankfurt 1998, S.334

⁵ "Schon die Vielfalt der zu involvierenden Akteure und vertretenen Interessenlagen lässt in einer Initialphase die Beteiligung einer externen Instanz (Beratungsinstitut) sinnvoll erscheinen. Diese kann i.a. mit der Bestandsaufnahme, einer gutachterlichen Stellungnahme, sowie der Organisation und Umsetzung des Planungsvorhabens betraut werden. Die zentrale Bedeutung externer Begleitung besteht ferner nicht zuletzt in der Moderation des Aushandlungs- und Abstimmungsprozesses zwischen den Beteiligten." GASSMANN, GÖRGEN, OLIVA, a.a.O. S. 194

Eine weitere Möglichkeit besteht im Ressourcenmanagement von Beginn an. Werden geplante kommunale Ausgaben im Bereich der Suchthilfe nicht anfallen und können für Planungsaufgaben umgewidmet werden? Können durch Einsparungen, also Freisetzung von vorhandenen Mitteln für diesen Bereich, die Anlaufkosten für die Planung finanziert werden? Oder können eventuell neue nicht kommunale Ressourcen für die Aufgabe der Koordination kommunaler Suchthilfeplanung akquiriert werden? Kann ein Sponsor gefunden werden oder gibt es Förderprogramme des Landes, Bundes, der EU, die der Aufgabenstellung entsprechen? Diese Fragen richten sich an kommunale Verwaltung und Politik. Die gleiche Frage kann ebenfalls an die Beteiligten der Suchthilfe in der Kommune gerichtet werden: wenn die Effekte für alle überzeugend zu erwarten sind, müsste eine Beteiligung an den Investitionskosten möglich sein.

Entscheidend sind allerdings nicht die Fragen an sich oder mögliche Variationen an Finanzierungsplänen, sondern dass sie gestellt werden, also dass eine Person oder Institution sich der Fragen annimmt, eine erste Kalkulation erstellt und die fachlichen und politischen Beteiligten in der Kommune um Beteiligung angeht.

Für einen entstehende Planungskoope-
ration ist es außerordentlich vorteilhaft, wenn bereits dieses erste Ressourcenmanagement eine Gemeinschaftsaufgabe ist und eventuell sogar zu vertraglichen Beziehungen führt. Bestehende Netzwerke der Suchthilfe in Kommunen können die Aufgabe übernehmen und bringen so die Ressource "gemeinsame Arbeitserfah-

rung" ein. Auch die gemeinsame Vertretung der Idee kooperativer Suchthilfeplanung gegenüber der Politik ist für eine Unterstützung außerordentlich hilfreich.

Selbstverständlich sind alle an der Suchthilfe Beteiligten im Sinne des weiteren gemeinsamen Prozesses frühstmöglich zu informieren und einzubeziehen.

Eine Auftaktveranstaltung in Form eines Fachtages und einer Open Space⁶ Veranstaltung gibt allen Beteiligten die Möglichkeit, ihre jeweiligen Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen einzubringen und auf den weiteren Prozess Einfluss zu nehmen. Die Veranstaltung nimmt die vorhandenen Strukturen auf und lädt alle Beteiligten ein, an der weiteren Entwicklung des Gesamtsystems aktiv mit zu wirken. Die Planungsverantwortlichen konzentrieren ihr Engagement deutlich auf die Prozessverantwortung, so dass Raum für (Mit-)Wirkung sichtbar ist. Input sollte Verfahren und nicht die Inhalte anderer Regionen vermitteln, so dass die Bedeutung der spezifischen Situation in der eigenen Kommune nicht in Frage gestellt ist.

Entscheidend für eine Initiierung sind:

1. Eine Person nimmt sich der Aufgabe an, das Projekt zu starten und wirbt dafür aus ihrer Funktion heraus. Die Person vermittelt die Idee, kooperativ effiziente Strukturen in der Suchthilfe zu entwickeln.
2. Die Überprüfung der vorhandenen Gremien, Koordinationsfunktionen und Datenerhebungen ergibt die Notwendigkeit von weiter- oder zusammenführenden Planungsstrukturen.

⁶ Udo WITTHAUS, Wolfgang WITTMER: Open Space, Eine Methode zur Selbststeuerung von Lernprozessen in Großgruppen, Bielefeld 2000

3. Die entscheidenden Gremien formulieren einen eindeutigen Auftrag.
4. Ressourcen können eingeplant werden.
5. Die Fachöffentlichkeit wird von Be-

ginn an über die Ziele und erste Schritte informiert.

Die Beteiligten werden von Beginn an mit ihren Wünschen, Befürchtungen und Vorstellungen einbezogen.

Phase 1: Initiierung

Ziele Phase 1:

- Auftrag zur Zusammenführung vorhandener Planungsstrukturen.
- Finanzierung von Phase 1 und 2
- Start

vorhandene Strukturen einbeziehen, Auftrag zur Planung, Finanzierung klären

vorhandene Koordinationsaufgaben:

- Psychatriekordinator,
- Drogenbeauftragter,
- Sprecher eines Behandlungsverbundes
- Qualitätszirkel

vorhandene Netzwerke:

- Gesundheitskonferenz
- PSAG
- Psychiatriebeirat
- sozial- u kriminalpräventiver Rat
- Gesundheitsausschuss
- Netzwerk Suchtprävention
- Netzwerk der Leistungserbringer
- Selbsthilfeverbund

vorhandene Daten und Planung:

- kommunaler Suchthilfeplan
- Datenerhebungen Anbieter
- Fachamtsdaten
- überregionale Daten

Definition des **Auftrages** für die Initiierung und 1. Arbeitsphase
Festschreibung der Federführung für die Initiierungsphase und 1. Arbeitsphase: Auftrag von der Kommune (Fachausschuss, Gesundheitsdezernat)

Beteiligung der Beteiligten, Zusammenführung von Interessen
Vertrauensbildung

Beteiligung der Kommune, Leistungserbringer, Leistungsträger und Selbsthilfe: über Vorhaben informieren, Beteiligung gewinnen um Denken und Bedenken, Wissen und Erfahrung zum Wohle aller in den Planungsprozess einzubringen

Kommune

- Vors. des Gesundheitsausschusses
- Dezernent
- Psychiatriekoordinator
- GF Ges. Konferenz

Leistungserbringer

- Prävention
- ambulante Dienste
- teilstationäre Dienste
- stationäre Angebote (auch überregional)

Leistungsträger:

- Kommune (Soziales)
- Krankenversicherung
- Rentenversicherung
- überörtliche Sozialhilfe
- Arbeitsamt

Nutzer:

- Selbsthilfegruppen
- JES, NA
- Angehörigenvereine

übergeordnetes Interesse aller Beteiligten herausarbeiten, zum Beispiel Kommunikation, Transparenz, Meinungsbildung, Effektivität, Qualitätssicherung, Planungssicherheit

vorhandene Netzwerke/Koordinationsstrukturen werden genutzt oder
Beteiligte kommen in neuem Gremium zusammen, evtl über Vertretungen:
Fachtag und Open Space als Auftaktveranstaltung: Würdigung des Bestehenden, Einladung zur Weiterentwicklung der Planungsstrukturen, Information über beispielhafte kommunale Suchthilfe-Planungsprozesse, Input zu Qualitätssicherung
Open Space zu Chancen und Risiken einer Veränderung der Planungsstruktur

Phase 2 - Werte und Fakten - Leitbild, Bestand und Bedarf

Nach einer Auftaktveranstaltung kommen die interessierten Beteiligten zusammen; im Idealfall ist dies eine große Anzahl von Institutionen (Personen) mit sehr unterschiedlichen Interessen und Befürchtungen. Das gemeinsame Ziel ist noch diffus; zunächst muss eine gemeinsame Arbeitsplattform gefunden werden. Im Netzwerkmanagement spricht man von "storming" und "norming"⁷, nach aller Erfahrung werden die grundsätzlichen inhaltlichen, vor allem aber auch kulturellen Konflikte zu diesem Zeitpunkt ausgetragen werden. Mutmaßungen über die Interessen anderer, eventuelle langjährige Konkurrenzen oder emotionale Barrieren, Ängste und Widerstände müssen bewusst aufgenommen werden und Vorteile und Chancen neuer Wege nicht nur am Horizont sichtbar sein, sondern direkt im Prozess erlebt werden.⁸ Die Beziehungen, die in dieser Phase gestaltet werden, sind entscheidend für den Erfolg des weiteren Planungsprozesses.

Nach den vorliegenden Auswertungen von kooperativen Planungsprozessen im Sozial- und Gesundheitsbereich empfiehlt sich dringend die Zusammenarbeit mit externen Moderatoren, zum einen auf Grund der eindeutigen Überparteilichkeit, zum anderen als Experten für kommunikativen Prozesse und Management komplexer Organisationen.⁹

Für die Erarbeitung und erste Konkretisierung des gemeinsamen Interesses empfiehlt sich die Entwicklung eines Leitbildes: die gemeinsamen Visionen auf der Grundlage gemeinsamer Werte. Neben der Identifikation mit dem Prozess und der ersten inhaltlichen Verständigung entwickeln sich so auch eine Gruppenidentität und die für den weiteren Prozess notwendigen Beziehungen.¹⁰ Das Leitbild ist der erste Konsens der Beteiligten, er muss von allen mit Überzeugung getragen sein (Verbindlichkeit). Das Leitbild kann als erstes Ergebnis der kooperativen Planung mit der kommunalen Gesundheits-, Sozial- und Jugendpolitik abgestimmt werden, um den Stellenwert der kooperativen Suchthilfeplanung im kommunalpolitischen Alltag zu fördern. Ein Leitbild hat mit der Formulierung der Zielgruppen auch eine grundlegende Funktion für die Bedarfsermittlung.

Jede Planung fußt auf dem Bestehenden, der Ausgangspunkt sind die Angebote, Strukturen und bekannten Bedürfnisse. Die Beteiligten als Verantwortliche einer Gesamtplanung zu sehen, bedeutet auch, die vorhandene Suchthilfe als gewachsene Struktur zu respektieren, die Entwicklungsgeschichte und den aktuellen Stand zu würdigen.

Eine einfache und ausbaufähige Methode zur Dokumentation des bestehenden Angebotes in einer Kommune ist eine Dokumentation der Nutzer-Bewegungen oder Analyse der

⁷ vgl. TUCKMAN a.a.O.

⁸ vgl. HILL S. 341f

⁹ vgl. MFJFG (Badura et.al): Ortsnahe Koordinierung, FOGS (OLIVA u.a.): Vernetzung, Planung und Steuerung der Hilfen für Suchtkranke, MERCHEL: Jugendhilfeplanung Dortmund.

¹⁰ Nach Aussage Herrn Edwin Stilles, Psychiatriekoordinator des Kreises Herford, war die Formulierung eines Leitgedankens die Schlüsselsituation für die Erstellung des Berichtes "Die Versorgung Suchtkranker im Kreis Herford" 1996-1999

Kunden- bzw. Klientenströme zwischen den vorhandenen Institutionen und Einrichtungen. Sie eignet sich insbesondere zum unmittelbaren Einsatz, zur vergleichenden Auswertung über mehrere Planungsperioden und weiter zur Differenzierung nach gemeinsam interessierenden Fragestellungen. Ein zu ambitionierter Einstieg in eine Dokumentation liefert leicht zu große Datenmengen. Der Ansatz, die Wege der Kunden zu dokumentieren und im Jahresvergleich als internes Benchmarking zu verwenden, hat insbesondere den positiven Effekt, dass die betroffenen Suchtkranken und ihre Angehörigen als Nutzer des Suchthilfesystems im Mittelpunkt der Dokumentation stehen. In der Regel werden sie in einem Gremium zur kommunalen Suchthilfeplanung in der Minderheit sein gegenüber den Professionellen Helfern und Verwaltern.

Ein praktikables Controlling muss hier bereits mit bedacht werden, sonst wird es später problematisch, Ziele zu formulieren, deren Erreichung sich im bestehenden Dokumentationssystem überprüfen lässt.

Die Öffentlichkeit wird im weiteren Prozess zunehmend wichtiger. Zum Einen hat nahezu jede Diskussion des Themas Sucht in der Öffentlichkeit allgemeinpräventive Wirkung. Wichtiger ist, dass die Öffentlichkeit als poten-

tieller Nachfrager über eine gute Information einen besseren Zugang zum Hilfesystem im Bedarfsfalle findet. Im Sinne von Marketing ist Öffentlichkeitsarbeit ein Aspekt von Niedrigschwelligkeit. Ein weiterer Gesichtspunkt ist, dass die Meinung der Betroffenen wie der Allgemeinbevölkerung ein Instrument zur Evaluation der Angebotsverbesserung im Rahmen der kooperativen Suchthilfeplanung ist und eine frühe und regelmäßige Information zu einer später fundierteren Meinung und somit besseren Evaluationsergebnissen führt.

Entscheidend für einen erfolgreichen Beginn der konkreten Zusammenarbeit in dieser Phase ist

- die Beteiligung aller (sehr vieler) Beteiligten,
- eine beziehungs- und prozessorientierte Moderation,
- die Entwicklung eines gemeinsamen Leitbildes für den Prozess einer gemeinsamen Vision auf der Grundlage gemeinsamer Werte,
- die Würdigung des bestehenden Systems mit seinen Angeboten und Strukturen,
- die Einführung effizienter und einvernehmlicher Methoden zur Bedarfsermittlung,
- die Information der Öffentlichkeit.

Phase 2: Bestand und Bedarf

Ziele Phase 2

- Zusammenführung der Planungsinteressen
- Arbeitsfähigkeit herstellen
- Leitbild entwickeln
- Bestandserhebung und Bedarfsermittlung

Konkretisierung der Beteiligung und der Prozessplanung, Entwicklung eines verbindlichen Leitbildes	Konkretisierung der Ergebnisse der Auftaktveranstaltung: Sammlung aller Interessen aller Beteiligten an einer kommunalen Suchthilfeplanung, zum Beispiel auch Bestandsschutz, Angebotserweiterung, Ressourcenminimierung, Öffentlichkeitswirksamkeit. Erwartungen <u>und</u> Befürchtungen aufnehmen.
	Zielformulierung für das Planungsgremium, Zielhierarchie, Zeit- und Aufwandsplanung, Geschäftsführung
	Leitbild als Konsens entwickeln und verabschieden

Bestandsermittlung und Bedarfserhebung	Beschreibung vorhandener Versorgungsstruktur			
	Kommune: • Statistisches Material, • Überregionale Daten und ihre Gültigkeit für die Region • Erkenntnisse anderer Behörden (Schulamt, Jugendamt, Polizei, Sozialamt, Justiz...)	Leistungserbinger: • Fallzahlen • beobachtete Trends • bekannte Versorgungslücken • Fallbeschreibungen • Berichte aus anderen Regionen	Leistungsträger: • Fallzahlen im regionalen Vergleich • Querverweise zu anderen Erkrankungen	Selbsthilfe: • Hinweise zu Versorgungslücken
	Entscheidung über die Methode zur Bedarfserhebung (Vorschlag: Dokumentation der Wege der Klientel)			

Rückkopplung Auftraggeber und Öffentlichkeit	Auswertung: Bestand und Bedarf, Beschreibung von Versorgungscharakteristika, strukturellen Bedingungen und erster Einschätzung von Handlungsmöglichkeiten
	Zwischenbericht an Auftraggeber (fachliche und politische Gremien) Bericht über die Arbeitsweise und Ergebnisse Auftrag für nächste Arbeitsphase: Handlungsnotwendigkeiten beschreiben, Maßnahmen entwickeln, Konzept zur Umsetzung vorschlagen.
	Information der Öffentlichkeit

Phase 3 - Handlungsempfehlungen

Was ist wichtiger, die Prävention oder die Intervention? Die niedrigschwellige Versorgung Schwerstabhängiger oder die therapeutische Behandlung bei erfolversprechender beruflicher Reintegration? Die Schwierigkeit bei der Formulierung von Handlungsempfehlungen liegt weniger in der Entwicklung von Ideen zum Ausbau eines Suchthilfesystems als im einvernehmlichen Setzen der Prioritäten. Dies gilt insbesondere, da dies in der Trägervielfalt nicht nur suchtpolitische, sondern eventuell auch förderpolitische Konsequenzen hat.

Die Moderation muss der Anforderung gerecht werden, im Sinne einer Mediation alle Meinungen unter fachlichen Gesichtspunkten zu vereinen. Eventuell können externe Experten mit besonderem Erfahrungswissen neue Ideen beibringen.

Unabdingbare Kriterien an jede einzelne Handlungsempfehlung sind dabei:

1. Die Übereinstimmung mit dem formulierten Leitbild und der kommunalen Gesundheits- Jugend- und Sozialpolitik.
2. Die Integration von Notwendigkeitsnachweis, Ziel, Maßnahme und Kontrollindikatoren.
3. Die implizite Diskussion der notwendigen Ressourcen: Ist die Maßnahme nicht kostenneutral, so sind finanzielle Einsparungen an anderer Stelle nachzuweisen oder neue Finanzierungsmöglichkeiten zu nennen. Akquise ist ein Teil des kooperativen Managements.

Es ist Aufgabe der Moderation, auf die Einhaltung der Kriterien zu achten.

Wie bei der Dokumentation ist eine zu ambitionierte Vorgehensweise eher hinderlich. Kooperative Suchthilfeplanung ist als zyklischer Prozess auf mehrere Durchläufe angelegt. Erste Erfolge in kleinen Schritten sind für das weitere Vorgehen förderlicher als zu große Vorhaben mit zu geringen Ressourcen und Problemen bei der Zielerreichung.

Die Handlungsempfehlungen müssen kommuniziert werden, die erste Adresse ist der Auftraggeber. Ziel ist, den Auftrag und die Unterstützung für die Umsetzung der Empfehlungen zu erlangen; eventuell ist hiermit auch die Zusage notwendiger Ressourcen direkt oder indirekt verbunden.

Weitere Adressaten sind die potentiellen Nutzer des Suchthilfesystems und im weiteren die Allgemeinbevölkerung. Im Sinne eines gemeinsamen Marketings (und eventuell als Teil eines Gesamtkonzeptes kooperativen Marketings kommunaler Suchthilfe) ist die Zusammenarbeit mit den Medien in der Kommune bereits bei der Planung empfehlenswert. Was interessiert die Leser? Welche Informationen benötigen die Medien? Sind Hintergrundberichte oder Artikelserien für die Medien interessant?

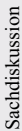
Gleichzeitig ist für eine gemeinsame Umsetzung von Handlungsempfehlungen die Kommunikation nach innen, d.h. in die professionelle und ehrenamtliche Suchthilfe hinein notwendig. Kooperative Suchthilfeplanung kann nicht von delegierten Geschäftsführern umgesetzt werden, sie wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Kontakt mit den Nutzern und in der Kooperation realisiert. Kreisweite Aktionstage ähnlich der nordrhein-westfälischen Präventions-Aktionwochen "Sucht hat immer eine Geschichte" können hier unterstützen.

Entscheidend für einen umsetzbaren Maßnahmenkatalog in dieser Phase sind:

- fehlungen und Ressourcenmanage-
ment.

Ziel Phase 3:

Verabschiedung und
Umsetzung eines Maßnahmenkataloges



politische Rahmenbedingungen von Bund, Land und Kammer berücksichtigen

fachliche Einigung über **geeignete Maßnahmen** zur Fortschreibung der Suchthilfe

Beteiligung externer Experten

Ressourcenmanagement:

Kommune:

- Förderprogramme des Landes und des Bundes und der EU
- Zusammenarbeit verschiedener Fachämter (Jugend, Soziales, Gesundheit)

Leistungserbringer

- Förderprogramme der Wohlfahrtsverbände und Stiftungen
- Vermeidung paralleler Angebote mit doppeltem Ressourcenbedarf
- Bündelung von Serviceleistungen

Leistungsträger

- Projekt-förderung und Anschub-finanzierung
- Bündelung von Antrags-verfahren und Verwaltungs-abläufen,
- Zusammenarbeit verschiedener Leistungsträger

Selbsthilfe

- Qualifizierung ehrenamtlicher Arbeit

Erarbeitung eines Maßnahmenkataloges

Zusammenführung von Sacherwägung und vorhandenen Ressourcen, Meinungsbildung und Empfehlung eines **Maßnahmenkataloges** mit Zielen, Maßnahmen, Kontrollindikatoren, Verantwortlichkeit zur Umsetzung, Zeitplan und Finanzierungsplanung. Dabei können auch Alternativen mit den jeweiligen Konsequenzen bzw. eine Prioritätenliste Eingang finden.

Bericht an die politischen Gremien als Auftraggeber

Rückkoppelung Auf- traggeber und Öffent- lichkeit

Entscheidung der **politischen Gremien** über zeitlich orientiertes **kommunales Suchthilfeprogramm**,
Finanzierung und Controlling.
Auftrag zur Umsetzung und Begleitung an Planungsgremium

aktive Öffentlichkeitsarbeit (kreisweite Aktionstage, Artikelserien, offene Türen...)

Kooperationsprojekte, begleitet von besonderer Information der Zielgruppen, Fachöffentlichkeit und Öffentlichkeit

Phase 4 - Umsetzung kontrollieren, Planung fortschreiben

Der naheliegende Schritt in dieser Phase ist die Kontrolle der Ergebnisse unter Rückbezug auf die dokumentierte Planung. Der Prozess ist dann dauerhaft erfolgreich, wenn nicht nur möglichst viele Ziele erreicht sind, also die Produktqualität gewährleistet ist, sondern auch analysiert wird, warum welche Ziele erreicht bzw. nicht erreicht wurden. Dies ist eine Grundlage für die Prozessreflexion und damit für das Management der **Prozessqualität**.

Eine besondere **Strukturqualität** der kooperativen Suchthilfeplanung in Kommunen wäre erreicht, wenn über die zyklische Reflexion der Kooperation und Koordination - soweit notwendig - die Weiterentwicklung der Arbeitsmethoden des Planungsgremiums entstehen würde. Damit wäre ein Steuerungskreislauf auf zwei Ebenen und ein Systemlernen¹¹ installiert. Die abschließende Steuerung auf kommunaler Ebene obliegt dann den politisch Verantwortlichen.

Zur Überprüfung der Produktqualität ist eine Evaluation bei Nutzern des Suchthilfesystems und der Öffentlichkeit sinnvoll, um den Blick der Helfer, Leistungsanbieter, Planer und Betroffenenverbände zu ergänzen und die Wirksamkeit kooperativer Suchthilfeplanung unabhängiger zu kontrollieren. Bei einer Einbeziehung lokal vernetzter Wissenschaftler in ein Planungsgremium oder einen Beirat zur Suchthilfeplanung in die Evaluation erhöht sich die Transparenz und damit auch die Akzeptanz einer entscheidenden Untersuchung.

Die Ergebnisse kommunaler Suchthilfeplanung und der Evaluation bei Nutzern und der Öffentlichkeit können wiederum für eine Fortsetzung der Öffentlichkeitsarbeit genutzt werden. Die Kommunikation mit der Allgemeinbevölkerung verändert sich so über die geschilderten 4 Phasen von einer Diskussion in eine Teilöffentlichkeit der Beteiligten und Betroffenen (Phase 1) über die Information der Allgemeinbevölkerung (Phase 2) und Aktionsphasen zum Thema Sucht (Phase 3) hin zu einer gegenseitigen Kommunikation und Beteiligung der allgemeinen Öffentlichkeit.

Der erfolgreiche Abschluss eines Planungsprozesses und der Start einer neuen Aufgabe ist auch ein richtiger Zeitpunkt, die Arbeit des Gremiums zu würdigen.

Entscheidend für ein Gelingen der Kontrolle und Fortschreibung sind:

- Rückbezug auf die Dokumentation der Planung,
- Kontinuität im System der Bestands- und Bedarfserhebung,
- Methoden zur Ursachenanalyse bei nicht erreichten Zielen,
- Prozessreflexion, Metakommunikation,
- die Einbeziehung der Öffentlichkeit,
- Wertschätzung für die Arbeit des Planungsgremiums.

¹¹ HILL S. 337ff

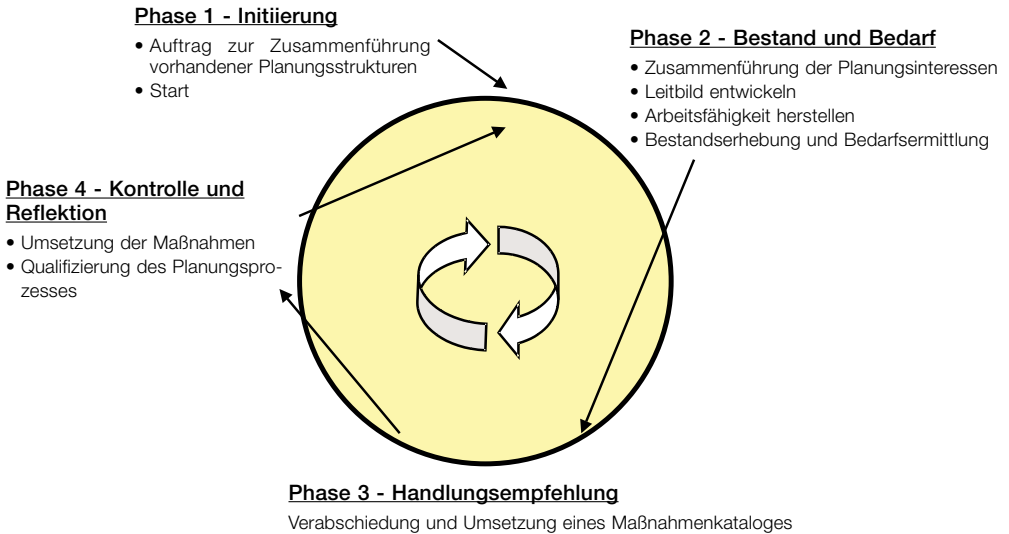
Phase 4 Umsetzung kontrollieren, Planung fortschreiben

Ziele Phase 4:

- Umsetzung der Maßnahmen
- Qualifizierung des Planungsprozesses

Umsetzung mit Evaluation	Planung der Umsetzung der Maßnahmen, Begleitung und Evaluation, kooperative Unterstützung der Handlungsverantwortlichen, gemeinsame Projekte initiieren.	Reflexion des Planungsprozesses: Positive Ansätze für eine Fortführung der Planung, zu vermeidende Schwierigkeiten, Weiterentwicklung der Arbeitsmethode des Planungsgremiums Neue Entscheidung über Arbeitsformen des Gremiums Reflexion der Koordinationsaufgabe
Reflexion des Planungsprozesses mit Beteiligten	Zielkontrolle anhand der Planung	
Rückkopplung zu Auftraggeber, und Öffentlichkeit	Evaluation des Planungsprozesses bei Nutzern und der Öffentlichkeit	
	Bericht zur Umsetzungsphase an die politischen Gremien Auftrag zur Fortführung, neue Bedarfserhebung im Anschluss, die Vergleich zu erster Erhebungsphase zulässt, Analyse	
	Fortführung der Öffentlichkeitsarbeit	

Steuerungskreislauf der kooperativen Suchthilfeplanung in Kommunen



Mit der abschließenden Reflexion und Rückkopplung zu Auftraggebern und Öffentlichkeit setzt sich der neue Planungskreislauf mit der Aktualisierung des Planungsauftrages, der Überprüfung der Zusammensetzung der Beteiligten, der Kontrolle des Leitbildes und einer neuen Zielsetzung für die Planung fort.

IX. Rapid Assessment and Response

Ein Instrument zur pragmatischen Ermittlung von Bedarfen

Roland Lutz

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

Koordinationsstelle Sucht

Projekt SEARCH

Wareндorfer Str. 27

48133 Münster

Tel.: 02 51 / 591 - 5384

Fax: 0251 / 591 - 5499

e-mail: r.lutz@lwl.org

e-mail: projekt-search@lwl.org

Internet: www.lwl.org/ks

Meine Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

angesichts der Tatsache, dass ich relativ wenig Zeit habe, will ich mich nicht mit langen Details zur Entwicklungsgeschichte der RAR-Methode¹(die früher RSA² hieß) aufhalten und direkt zu der Anwendung dieser Methode kommen.

Sie wurde von uns erprobt im Rahmen des Projektes "SEARCH", das die EU-Kommission förderte und das zum 31. März 2002 auslief. Produkte waren u. a. zwei Manuale: Eines zu eben dieser Methode, eines zur Suchtprävention bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und illegalen Zuwanderern. Ich soll Ihnen hier aber nicht allzu viel zum Projekt 'SEARCH' insgesamt berichten, sondern insbesondere zur RAR-Methode, die vorgibt, "eine praxisorientierte und praxisbegleitende wissenschaftliche Schnellerfassungsmethode" zu sein.

Das Grundprinzip von RAR

In den letzten Jahren werden zunehmend Alternativen zu herkömmlichen wissenschaftlichen Forschungsmethoden gesucht, da diese traditionellen Methoden zur Erfassung und Behebung von Problemen im Bereich der öffentlichen Gesundheit häufig zwar präzise und quantitativ gut abgesicherte Ergebnisse bringen, aber für viele Träger zu kosten- und zeitaufwändig sind.

- Vor allem im Bereich des Gebrauchs verbotener Substanzen und der HIV-Prävention wird versucht, neue Bewertungs- und Interventionsmodelle zu entwickeln.

- Oft mangelt es an Mitteln zur Finanzierung von herkömmlichen Forschungen.
- Viele Probleme im Bereich der öffentlichen Gesundheit machen ein schnelleres Reagieren erforderlich, als es mit Hilfe traditioneller wissenschaftlicher Forschungsmethoden möglich ist.
- Trends im Drogenkonsum entwickeln sich mitunter sehr schnell. Dies trifft auch auf die Ausbreitung von HIV-Epidemien unter Substanzgebrauchern auf lokaler und regionaler Ebene zu.
- Fallstudien aus Entwicklungs- und Übergangsländern unterstreichen die Notwendigkeit von schnelleren, kostengünstigeren Sofortmaßnahmen.

Aber nicht nur diese schnelle Interventionen erfordernden aktuellen Entwicklungen brauchen eine solide Erfassung von Daten, sondern auch verborgene, schwer zugängliche Bedarfsermittlungen z. B. in der Ausdifferenzierung der Suchthilfe. Die Komorbiditätsforschung bei Drogenabhängigkeit z. B. war sehr wohl in der Lage, das Phänomen der Mehrfachschädigung psychiatrisch, psychologisch, soziologisch und sonst wie zu beschreiben und zu analysieren. Wenn es dann allerdings um die qualitative wie quantitative Bedarfserfassung für die Entwicklung von entsprechenden Hilfeeinrichtungen geht, bleiben die Suchthilfeplaner häufig auf mehr oder minder spekulative Verfahren angewiesen.

Dies hat zur Entwicklung so genannter "rascher Bewertungsmethoden" geführt. Theoretisches Kernstück dieser

¹ Rapid Assessment and Response

² Rapid Situation Assessment

Methode ist eine Reihe von 'Rapid Assessment and Response (RAR)''-Handbüchern, die vom Centre for Research on Drugs and Health Behaviour der Universität von London im Auftrag von WHO und UNAIDS entwickelt wurde (STIMSON et al 1998a/b/c und RHODES et al 2000). Seit 1997 wird diese Methode in Entwicklungs- und Übergangsländern in der ganzen Welt ausführlich getestet. Bei diesen Versuchen wurden Implementierungsstrategien - einschließlich Training und Beratung - eingesetzt, welche die Entwicklung von Bewertungsmodellen und Anschlussinterventionen unterstützten. Die Grundlage bildete ein Entwurf des RAR-Handbuchs (BURROWS et al 2000, TRAUTMANN und BURROWS 2000). Anhand der Befunde dieser Feldversuche wurde das RAR-Handbuch an die Bedürfnisse der Praxis angepasst.

Aufgrund durchweg positiver Erfahrungen mit RAR - und anderen ähnlichen Modellen - wurden RAR-Modelle bei unterschiedlichen Problemen in europäischen Ländern, wie Großbritannien und den Niederlanden, eingesetzt. Mithilfe der Methode werden relevante Informationen erfasst und, davon ausgehend, maßgeschneiderte gesundheitsbezogene Interventionen entwickelt, um die Auswahl angemessener Interventionen für gesundheitliche und soziale Probleme zu erleichtern.

Merkmale von RAR

Ein wichtiges Merkmal von RAR ist die Verwendung von *multiplen Indikatoren* und *Informationsquellen*, um in kurzer Zeit ein verlässliches Bild der Lage zu erhalten. Dazu werden verschiedene Informationsquellen und unterschiedliche Methoden der Datenerfassung

kombiniert, um Verzerrungen, wie sie bei einer einzigen Informationsquelle, die womöglich nur Aufschluss über einen Teil des zu untersuchenden Phänomens ergibt, auftreten können, zu vermeiden und zu korrigieren. RAR verschafft ein komplexeres Bild - einschließlich der Kontextinformationen - und führt somit zu einem besseren Verständnis von komplexen Phänomenen.

RAR erlaubt die Erforschung eines bestimmten Phänomens oder Problems, ohne sich dabei auf die Sammlung quantifizierbarer Fakten zu dem Problem zu beschränken. Dieser Forschungsansatz verschafft Informationen über unterschiedliche Hintergründe, Wahrnehmungen und Interessen der Betroffenen und ermöglicht so ein besseres Verständnis der Verzerrungen der erhaltenen Informationen. Dies erleichtert den Prozess der 'Gewichtung' der Zuverlässigkeit der erhaltenen Informationen. 'Cross-checken' (Triangulieren) von Daten aus verschiedenen Quellen ist ein wichtiges Element von RAR.

Anhand der erhaltenen Informationen werden Hypothesen über die Beschaffenheit des zu untersuchten Phänomens erstellt. Diese Hypothesen können erneut einem Cross-check unterzogen werden. Dies verdeutlicht wiederum, wie wichtig es ist, ein breites Spektrum von Personen mit unterschiedlichem Hintergrund zu konsultieren.

Der Schwerpunkt von RAR liegt auf der Angemessenheit, nicht auf wissenschaftlicher Perfektion. Um angemessene gesundheitspolitische Interventionen zu entwickeln, ist es nicht notwendig, die exakte Anzahl der Personen zu kennen, die ein bestimmtes Risikoverhalten an den Tag legt. Es

genügt vielmehr herauszufinden, ob es eine signifikante Zahl von Personen betrifft. Indem man Informationen aus unterschiedlichen Quellen einem Crosscheck unterzieht, gewinnt man mit Hilfe von RAR stichhaltige Informationen über die Prävalenz und Beschaffenheit bestimmter Formen von Risikoverhalten.

RAR wird daher in Fällen angewandt, wo nicht Wissen 'an sich' gefragt ist, sondern diejenigen Informationen, die eine schnelle Reaktion ermöglichen. Relevanz für Interventionen und Pragmatismus sind Schlüsselmerkmale von RAR.

Worum geht es im Projekt 'SEARCH'?

Das Sammeln von aussagekräftigen Informationen, insbesondere über den Charakter und Umfang des Substanzkonsums bei Asylbewerbern und Flüchtlingen erweist sich in der Regel als ziemlich schwierig. Aus unterschiedlichen Gründen ist die gängige Methodik der epidemiologischen Forschung (z.B. Befragung von repräsentativen Stichproben der Zielpopulation) nicht angemessen. Es wird beispielsweise sehr schwer sein, eine repräsentative Stichprobe von Asylbewerbern und Flüchtlingen, die Substanzen konsumieren, zu finden, da keine verlässlichen Informationen über die Gesamtpopulation verfügbar sind. Auch ist zu erwarten, dass die Personen die Fragen bezüglich ihres Substanzkonsums nicht unbedingt ehrlich beantworten, unter anderem deshalb, weil sie Angst vor möglichen Sanktionen haben. Das bedeutet, dass die "Dunkelziffer" der Substanzkonsums

menten bei Asylbewerbern und Flüchtlingen beträchtlich sein kann.

Darüber hinaus ist die wissenschaftliche empirische Forschung in manchen Fällen, die - ich beschrieb es bereits - rasche Interventionen erfordern, zu zeitaufwändig. Wenn die Ergebnisse erst nach - sagen wir - 1 oder 2 Jahren vorliegen, bedeutet das, dass sie bereits überholt sind und nicht die aktuelle Situation darstellen.

RAR besteht aus einer Kombination verschiedener Forschungsmethoden wie z.B. Befragungen, Beobachtung, Schwerpunktgruppen und Einschätzungsmethoden. Die Methode ist somit letztendlich ein qualitativer Forschungsansatz, der sich vielfältiger Methoden und Werkzeuge der quantitativen Sozialforschung bedient. Auf diese Methoden will ich kurz eingehen:

Elemente des RAR³

Die RAR-Methode ist zwar kein völlig neuer Ansatz - ähnliche Methoden wurden schon in den zwanziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts angewandt - aber relativ neu im Einsatz im psycho-sozialen und gesundheitlichen Bereich. In den USA z. B. wird die Methode für etwas völlig anderes angewendet: zur Analyse von Wählermeinungen, aussichtsreichen Wahlkampfaussagen und - Politikerprofilen.

RAR besteht aus einer Mischung aus gängigen Forschungsmethoden, wie Interviews, Observation, Fokusgruppen und Schätztechniken. Der Hauptunterschied zwischen empirischer

³ Die folgende Darstellung bezieht sich auf unser RAR-Handbuch: R. BRAAM, F. TRAUTMANN, H. VERBRAECK, Rapid Assessment and Response, ein Handbuch, Münster 2002

Forschung und RAR ist die pragmatische Ausrichtung der letztgenannten Methode, die sich auf Angemessenheit statt auf wissenschaftliche Perfektion richtet.

Stimson, Fitch und Rhodes (STIMSON et al 1998a) haben folgende Methoden / Schritte in die von ihnen entwickelte RAR-Methode eingeschlossen:

- Untersuchung vorhandener Informationen
- Zugang und Stichprobenerhebung
- Interviews
- Fokusgruppen
- Observation
- Schätztechniken

➡ **Untersuchung vorhandener Informationen**

Der erste Schritt im RAR-Prozess ist die Auswertung vorhandener Informationen. Dazu gehören unter anderem Forschungsberichte, Berichte von Gesundheits- und Drogenhilfeeinrichtungen, Informationen aus den Medien etc. Aus Gründen der Effizienz sollte man natürlich zunächst untersuchen, welche Informationen schon vorhanden sind. Dabei lassen sich zugleich mögliche Informationslücken feststellen. Darüber hinaus trägt die Untersuchung vorhandener Informationen dazu bei, langfristige Entwicklungen zu erkennen. Zu guter Letzt kann die Untersuchung auch nützliche Hintergrundinformationen zum Wert oder zur eventuellen Verzerrung von Befunden ergeben.

➡ **Zugang und Stichprobenerhebung**

Im nächsten Schritt werden mögliche Informationsquellen identifiziert. Schlüsselinformanten/innen - d.h. Personen, deren Wissen über den Rahmen der persönlichen Erfahrung hinausgeht - spielen dabei eine wichtige Rolle. Diese Personen wissen mitunter mehr über die Aufenthaltsorte der Zielgruppe und können so Zugang zu der Gruppe verschaffen. Der direkte Zugang zur Zielgruppe ist Bedingung für die Erhebung verlässlicher Daten über das zu untersuchende Problem. Ausgehend von den Informationen dieser Schlüsselinformanten/innen setzt man den Prozess der Netzwerkbildung in Gang, indem man die Treffpunkte der Zielgruppen aufsucht.

Die im Zuge dieses Prozesses gesammelten Informationen bilden die Grundlage für die Kartographierung der Zielgruppe, d.h. die Ordnung und wenn möglich graphische Darstellung der Informationen über die Zielgruppe. Kartographierung (Mapping) ist ein sinnvolles Instrument zur Identifizierung möglicher Zugangspunkte.

Da es im Rahmen von RAR grundsätzlich unmöglich ist, alle Fälle einer Population zu untersuchen, muss man gegebenenfalls eine Stichprobe aus der zu untersuchenden Population auswählen. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten:

- **Gezielte Stichproben:** Dabei werden spezifische Fallbeispiele ausgewählt, die ein rasches Verständnis der sozialen Prozesse und Aktivitäten ermöglichen.
- **Opportunistische Stichproben:** Dabei handelt es sich nicht um eine Stichprobenerhebung im eigentlichen Sinne, sondern um die

Sammlung aller bekannten Fälle. Es sind Situationen denkbar, in denen Fälle nur deshalb ausgewählt werden, weil sie bekannt geworden sind.

- **Blockstichproben:** Mitunter muss man eine Reihe von Stichproben- 'Blocks' aus der Gesamtpopulation der Zielgemeinschaft selektieren. Diese sollten aus einer Anzahl von Zielgemeinschaften und Örtlichkeiten bestehen, wie etwa Häuserblocks, Straßenzüge oder Landstriche, die einander relativ ähnlich sind.
- **Netzwerk-Stichproben** (oft auch als 'Schneeball-Stichprobe' oder 'Kettenverweisung' bezeichnet): Dabei werden Personen kontaktiert, die Kontakt zu der zu untersuchenden Population haben und die die Forscher anderen Mitgliedern der Population vorstellen können. Diese Personen werden in der Regel befragt, können aber auch observiert oder für eine Fokusgruppe eingeladen werden. Im Gegenzug bringen diese Personen die Forscher mit anderen Mitgliedern der Population in Kontakt. Dies wird so lange fortgesetzt, bis entweder keine neuen Stichprobenteilnehmer/innen kontaktiert werden können oder der Sättigungspunkt erreicht ist.
- **Quotenstichproben:** Damit lässt sich ein ganzes Spektrum unterschiedlicher, theoretisch wichtiger Kategorien untersuchen. Dabei müssen die Kategorien definiert und anschließend entschieden werden, wie viele Personen - welche Quote - aus jeder Kategorie zu kontaktieren sind.

➡ **Interviews**

Interviews können in strukturierter oder unstrukturierter Form ablaufen. Unstrukturierte - oder in der Regel so genannte 'semi-strukturierte' - Interviews, bei denen überwiegend offene Fragen verwendet werden, dienen zur Erforschung eines Phänomens, indem sie weitere Informationen verschaffen, die ein besseres Verständnis des Phänomens ermöglichen. Strukturierte Interviews, bei denen überwiegend geschlossene Fragen verwendet werden, die nur bestimmte Antworten zulassen, dienen zur Untersuchung spezifischer Themen und zur Bestätigung von Annahmen oder Daten, die aus den früheren Phasen des RAR-Prozesses gewonnen wurden.

Interviews können mit Einzelpersonen oder mit Gruppen geführt werden. Einzelinterviews eignen sich oft besser zur Sammlung von detaillierten Informationen über empfindliche Themen. Gruppeninterviews eignen sich insbesondere zur Sammlung von Kontextinformationen.

➡ **Fokusgruppen**

Gruppeninterviews und Fokusgruppen unterscheiden sich dahingehend, dass in Fokusgruppen mehrere Einzelpersonen zusammengeführt werden, um bestimmte Themen zu diskutieren, während sich bei einem Interview die Befragten auf die Beantwortung von spezifischen Fragen beschränken. Auswahlkriterien für die Fokusgruppenteilnehmer sind entweder gemeinsame Erfahrungen und Hintergründe oder unterschiedliche soziale Stellungen und Auffassungen. In beiden Fällen werden die Teilnehmer auf Grund ihres spezifischen Fachwissens oder ihrer umfangreichen Kenntnisse aus-

gewählt. Oft handelt es sich dabei um Schlüsselinformanten/innen, also Personen mit Kenntnissen, die über den Rahmen der persönlichen Erfahrung hinausgehen.

Fokusgruppen eignen sich besonders gut, um in kurzer Zeit eine Vielzahl von Informationen zu erfassen und Auffassungen, Haltungen und Verhaltensweisen zu erforschen. Fokusgruppen sind zudem nützliche Instrumente für die Formulierung von Hypothesen, die Prüfung von Informationen und die Erklärung von abweichenden Informationen. Zu den Nachteilen von Fokusgruppen gehört, dass man weniger Kontrolle als bei Interviews ausüben kann, dass die Daten keine Rückschlüsse über die Verbreitung bestimmter Auffassungen und Verhaltensweisen zulassen und dass die Gefahr besteht, dass die Gruppe von einem oder zwei Teilnehmern/innen dominiert wird, welche die Auffassungen der übrigen Teilnehmer/innen beeinflussen.

➡ **Observation**

Observationen können - ebenso wie Interviews - strukturiert oder unstrukturiert ablaufen. Unstrukturierte Observationen sind vor allem in den Frühphasen eines RAR-Prozesses sinnvoll, wenn Hintergrunddaten über die lokalen Treffpunkte, das Verhalten etc. der Zielgruppe gesammelt werden. Ziel der Observation ist die Erforschung eines Phänomens. Durch Observation erhaltene Informationen können im Nachhinein nach relevanten Aspekten klassifiziert und gekennzeichnet werden. Observationen eignen sich insbesondere zur Hervorhebung von Verhaltensweisen, die zunächst unbekannt sind.

Strukturierte Observationen werden eingesetzt, sobald entschieden wurde, welche Art von Daten für die RAR-Methode relevant sind. Als Hilfsmittel dienen in der Regel Observations-Leitfäden, die angeben, was beobachtet werden muss und was nicht, sowie Erhebungsbögen, auf denen die Prävalenz bzw. die Häufigkeit eines bestimmten Verhaltens dokumentiert wird.

➡ **Schätztechniken**

Schätztechniken sind hilfreiche Instrumente für die Einschätzung des Umfangs einer Population oder eines Problems. Stimson, Fitch und Rhodes schließen dabei

- Case-finding,
- Multiplikator-Technik,
- Nominierungs-Technik und
- Capture-recapture-Technik ein.

Abgesehen von Case-finding (das im Grunde genommen nur eine Fallzählung ist) werden bei der Schätztechnik ausgehend von (vorhandenen) quantitativen Daten Rückschlüsse auf den Umfang eines bestimmten Phänomens gezogen.

Die Resultate der Schätzungen sind hilfreich für die Planung und den Entwurf von Interventionen, z.B. was die Art und das Format der benötigten Maßnahmen anbelangt. Werden Schätztechniken über einen längeren Zeitraum eingesetzt, kann man damit auch Entwicklungen beobachten. Mithilfe dieser Informationen lassen sich nicht nur Prioritäten für Interventionsstrategien setzen und anpassen, sondern auch Trends erkennen, z.B. neue Gruppen substanzgebrauchender illegaler Einwanderer oder sich ändernde

Gebrauchsmuster. Das Grundprinzip von Schätztechniken besteht darin, dass, ausgehend von einer begrenzten Anzahl bekannter Fälle Rückschlüsse auf die Gesamtzahl der Fälle, gezogen werden. Dies kann an Hand bestehender Daten erfolgen, z.B. der Klientendateien von Drogen- und Suchthilfeeinrichtungen, oder auf der Grundlage von Daten, die für die Schätzung erhoben wurden. Auch sind Mischformen dieser beiden Methoden möglich.

Schätztechniken sind vor allem nützlich, um Informationen über so genannte 'verborgene' Populationen zu gewinnen, wie etwa illegale Einwanderer, die (verbotene) Substanzen gebrauchen. In diesen verborgenen Populationen kann man nämlich keine repräsentativen Stichprobe erheben. In der Regel sind nur diejenigen Fälle bekannt, die von Polizeibehörden, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen berichtet oder erfasst werden. Diese Zahlen neigen zu einer Unterschätzung des tatsächlichen Umfangs der Zielpopulation.

➡ **Case-finding**

Case-finding resultiert in einer groben Schätzung der Zahl der Personen, die in einem bestimmten Zeitraum in einer bestimmten Region 'sichtbar' sind. Eigentlich handelt es sich dabei nicht um eine Schätztechnik, sondern lediglich um die Aufzählung von Einzelfällen an einem bestimmten Zeitpunkt und Ort. Die Qualität dieser Daten lässt sich durch so genannte Multisource-Zählungen verbessern, d.h. die Aufzählung der bei Flüchtlingslagern, Drogenhilfeeinrichtungen und Polizeibehörden erfassten Fälle von verbotenem Substanzgebrauch durch Flüchtlinge.

Eine Einschränkung von Case-Finding liegt in der Tatsache begründet, dass man nicht 100 Prozent aller Fälle erfassen kann. Wenn die Methode der Multisource-Zählung eingesetzt wird, muss man sicherstellen, dass einzelne Fälle nicht doppelt erfasst werden. Bedingung dafür ist die Verwendung von persönlichen Identifikatoren, d.h. unverwechselbaren Personencodes. Dies wiederum birgt die Gefahr, dass die Vertraulichkeit verletzt wird.

➡ **Multiplikator-Technik**

Bei der Multiplikator-Technik wird eine Annahme über den Anteil der Fälle in einer Population erstellt, die in einem bestimmten Zeitraum von einem bestimmten Ereignis getroffen werden (etwa Überdosis, Verhaftung, Tod). Dies ist der so genannte **Multiplikator**. Zusätzlich wird ein so genanntes **Benchmark** verwendet, d.h. die Anzahl derartiger Ereignisse, die bekannterweise auftreten.

Ein **Benchmark** ist beispielsweise die Zahl der Gebraucher/innen verbotener Substanzen, die sich zu irgendeinem

Zeitpunkt im betreffenden Jahr in einer Behandlung befanden, z.B. 3.000. Ein **Multiplikator** ist beispielsweise eine aus einer Stichprobenumfrage gewonnene Schätzung des Anteils der Population von Gebrauchern/innen verbotener Substanzen, die sich im betreffenden Jahr in Behandlung befanden, z.B. 20% (ein Fünftel). Gibt man diese Zahlen nun in die Benchmark-Multiplikator-Berechnung ein, errechnet sich die (geschätzte) Gesamtzahl der Population der Gebrauch-er/innen verbotener Substanzen wie folgt: $3.000 \times 5 = 15.000$.

Benchmarks werden im Allgemeinen aus bestehenden Datenquellen gewonnen. Natürlich sollte man dafür nur nachweislich verlässliche Quellen verwenden. Den Multiplikator kann man entweder aus bestehenden Forschungen oder aus Studien, die speziell für diesen Zweck durchgeführt wurden, ableiten. Natürlich muss auch hier die Zuverlässigkeit der Daten gewährleistet sein.

Die Schätzung wird selbstverständlich solider, wenn man unterschiedliche Benchmarks und Multiplikatoren verwendet.

Zu guter Letzt können Sie die mithilfe der Multiplikator-Technik gewonnenen Resultate als Ausgangspunkt für weitere Berechnungen verwenden. Wenn der Befund einer anderen Studie beispielsweise suggeriert, dass etwa 13% der Gebrauch-er verbotener Substanzen mindestens ein Mal im Jahr drogenbezogene Delikte begehen, kann man daraus (als Schätzung) ableiten, dass 13% der zuvor geschätzten 15.000 Gebrauch-er/innen - also ungefähr 1.950 - drogenbezogene Delikte begehen.

■ **Nominations-Technik**

Die Nominations-Technik funktioniert ähnlich. Dabei handelt es sich um eine Schätzmethode, die auf Informationen basiert, die Personen aus einer Stichprobe über ihre Bekannten verschaffen. Teilnehmer/innen einer Stichprobe werden beispielsweise gebeten, substanzgebrauchende Bekannte aufzuzählen und anzugeben, ob diese Personen in einem festgesetzten Zeitraum Kontakt zu Einrichtungen der Drogenhilfe, Gesundheitseinrichtungen oder ähnlichen Organen hatten. Der von den Stichprobenteilnehmern/innen angegebene Anteil der Substanzgebraucher/innen, die sich einer Behandlung unterziehen, wird sodann auf die oben beschriebene Weise als Multiplikator verwendet und mit bekannten Benchmarks von Drogenberatungsstellen über den Anteil von Substanzgebrauchern/innen, die sich einer Behandlung unterziehen, kombiniert. Daraus erhält man eine Schätzung der Gesamtzahl der Substanzgebraucher/innen.

Beispiel: Wenn die befragten Substanzgebraucher/innen angeben, dass im Schnitt drei ihrer insgesamt zehn substanzgebrauchenden Bekannten sich im letzten halben Jahr einer Behandlung unterzogen haben, so kann man daraus ableiten, dass 30 Prozent der Substanzgebraucher sich einer Behandlung unterziehen. Wenn zugleich bekannt ist, dass 3.000 Personen in der betreffenden Region im letzten halben Jahr eine Behandlung gemacht haben, wird die Gesamtzahl der Substanzgebraucher in der Region auf 10.000 geschätzt (da 3.000 Personen 30% der Gesamtpopulation sind).

➡ **Capture-recapture-Technik**

Die Capture-recapture-Technik ist die zuverlässigste aller Schätztechniken und wird deshalb in der empirischen Forschung häufig eingesetzt, unter anderem um den Umfang von substanzgebrauchenden Populationen zu schätzen.

Diese Technik umfasst die Erhebung einer Zufallsstichprobe ('capture'), die sodann auf bestimmte Weise gekennzeichnet wird (z.B. als **n1**). Anschließend

folgt die erneute Erhebung einer Zufallsstichprobe (**n2**) ('recapture'). Nun wird die Anzahl der gekennzeichneten Personen (**m**) aus der Capture-Stichprobe **n1** ermittelt, die auch in **n2** vorkommen. Das Verhältnis zwischen den gekennzeichneten Personen **m** und der Größe der Recapture-Stichprobe **n2** gilt als identisch mit dem Verhältnis zwischen der Capture-Stichprobe **n1** und der Gesamtpopulation, ausgedrückt in der Formel **(n1 / m) x n2 = N (Gesamtpopulation)**.

Stichprobe 1

Stichprobe 2		Anwesend	Anwesend	
	Anwesend	M		n2
	Anwesend			
		n1		N (geschätzt)

Beispiel: Forscher wollen die Gesamtpopulation von Straßenprostituierten in einer Stadt schätzen. Mithilfe von Schlüsselinformanten wurde ein Satz Karten an alle Straßenprostituierte verteilt, die in einem Zeitraum von 24 Stunden angetroffen wurden. Dies war die erste Stichprobe (n1 = 100). Die Karten enthielten detaillierte Informationen über örtliche Beratungsstellen und Safe-Sex-Praktiken. Sieben Tage später suchten die Schlüsselinformanten dieselben Orte auf und verteilten

weitere dieser Karten an Straßenprostituierte. Dies war die zweite Stichprobe (n2 = 70). Außerdem fragten Sie die Straßenprostituierten, ob sie schon einmal eine Karte erhalten hatten. Diejenigen, die dies bejahten, wurden von den Schlüsselinformanten erfasst. Dies war die 'Recapture'-Stichprobe (m = 20).

Aus diesen Daten errechneten die Forscher die Gesamtzahl der Straßenprostituierten in der Stadt wie folgt:

$$(100 / 20) \times 70 = 350$$

Stichprobe 1

Stichprobe 2		Anwesend	Anwesend	
	Anwesend	20	50	70
	Anwesend	80	-	
		100		350

Bei Capture-recapture-Untersuchungen mit zwei Stichproben ist Folgendes zu beachten:

- Richten Sie sich auf verschiedene Aspekte von Substanzgebrauch (gesundheitliche und strafrechtliche Aspekte etc.)?
- Erheben Sie zwei Stichproben aus unterschiedlichen Quellen!
- Beachten Sie die Repräsentativität und Homogenität der Stichproben in Bezug auf die zu schätzende Population!
- Beachten Sie, in welche Richtung Verzerrungen auftreten können! Wenn Stichproben beispielsweise nicht unabhängig sind, wird der Umfang der Population überschätzt.
- Limitieren Sie den zeitlichen und geographischen Rahmen der Studie!
- Verwenden Sie bei allen Stichproben dieselbe Definition der Zielpopulation (im Hinblick auf Substanzgebrauch, Altersgruppe, geographische Region und Zeitraum)!
- Sorgen Sie für geeignete Identifikatoren, um die einzelnen Personen zu kennzeichnen!
- Berechnen Sie das Verhältnis korrekt! Die Bezugspopulation muss im Hinblick auf Altersgruppe, geographische Region und Erfassungszeitpunkt übereinstimmen.
- Vergleichen Sie die resultierende Schätzung mit anderen Prävalenzdaten!

Anmerkungen

Schätztechniken sind nützliche Instrumente, sofern sie mit Vorsicht angewendet werden. Um fundierte Resultate zu erhalten, müssen bestimmte Bedingungen strikt eingehalten werden. Bei Multiplikator- und Capture-recapture-Techniken müssen Sie sich vergewissern, dass folgende Kriterien erfüllt werden:

- Doppelzählungen sind zu vermeiden, d.h. Sie müssen eine kontrollierbare Methode finden, persönliche Daten zu registrieren, ohne die Vertraulichkeit der erfassten Angaben zu gefährden oder die Privatsphäre der Zielgruppe zu verletzen.
- Die beiden zu erhebenden Stichproben müssen voneinander unabhängig sein, z.B. indem Sie Daten der Gesundheitsbehörden mit Daten von Unterstützungsgruppen für oder Interessenvertretungen von Flüchtlingen vergleichen.
- Die Wahrscheinlichkeit, für die Stichprobe ausgewählt zu werden, muss für jedes Mitglied der Zielpopulation bei jeder Gelegenheit gleich hoch sein. Dies lässt sich zwar nur schwer gewährleisten; Sie müssen jedoch zumindest versuchen, eventuelle Verzerrungen zu reduzieren. Wenn Sie beispielsweise eine Stichprobe bei einer Gesundheitseinrichtung erheben, müssen Sie sich vergewissern, ob diese Einrichtungen von einer bestimmten Teilpopulation aufgesucht beziehungsweise gemieden wird.
- Während der Erhebung der Stichprobe muss die Population stabil sein. Dies erreicht man, indem man den zeitlichen und geographischen Rahmen der Studie begrenzt.

Von entscheidender Bedeutung ist zudem, dass mögliche Verzerrungen gemeinsam mit Kollegen, Schlüsselinformanten und erfahrenen Forschern kritisch diskutiert werden.

Seien Sie sich vor allem der Tatsache bewusst, dass das Resultat der Studie eine Schätzung ist, d.h. eine Indikation des Umfangs einer Population. Oft werden die Resultate fälschlicherweise als Fakten präsentiert und interpretiert. Vor allem bei politisch heiklen Themen können Zahlen für dubiose politische Zwecke missbraucht werden und die öffentliche Meinung negativ beeinflussen. Deshalb dürfen Schätztechniken nur mit größter Sorgfalt eingesetzt werden und muss man die Zahlen mit äußerster Vorsicht präsentieren oder aber ganz auf quantitative Schätzungen verzichten. Der Umfang von Substanzgebrauch unter Asylbewerbern und Flüchtlingen ist ein heikles Thema, mit dem man behutsam umgehen muss. Wenn Sie auch nur den geringsten Zweifel an der Qualität der Schätzungen haben und einen Missbrauch der Resultate nicht ausschließen können, sollten Sie keine Schätzung der Zielpopulation vornehmen.

RAR in der Praxis:

Das "SEARCH-RAR-Design"

A. Das Sammeln von Informationen über Charakter und Umfang des Substanzkonsums bei Asylbewerbern und Flüchtlingen

Den Ausgangspunkt stellt das Sammeln von bereits vorhandenen Informationen dar. Dies beinhaltet:

- Forschungsberichte
- Berichte von Gesundheitsdiensten und Drogeneinrichtungen

- Berichte von Zentren für Asylbewerber und Flüchtlinge
- Informationen von Organisationen, die die Interessen der Asylbewerber und Flüchtlinge vertreten
- Informationen in den Medien etc.

B. Ermittlung von möglichen Informationsquellen.

Dazu könnten die folgenden gehören:

- Asylbewerber und Flüchtlinge
- Zentren für Asylbewerber und Flüchtlinge
- Gesundheitsdienste und Drogenhilfeeinrichtungen
- Organisationen, die die Interessen der Asylbewerber und Flüchtlinge vertreten
- Polizei
- Substanzkonsumenten/Dealer, etc.

Wichtig ist hier, dass der Phantasie keine Grenzen gesetzt sind, d. h., dass auch "ungewöhnliche" Informanten interessant sein können, wie z. B. Busfahrer, die von den Zielgruppen häufig benutzte Strecken fahren, Kioskbesitzer etc. Wichtige Themen, zu denen Informationen gesammelt werden, sind:

- Wer konsumiert Substanzen (welche sind die besonders anfälligen Gruppen etc.)?
- Welche Substanzen werden konsumiert?
- Wege der Verabreichung/Einnahme
- Unterscheidung zwischen entspannenden und problematischen Formen des Substanzkonsums
- Hintergrund des Konsums (Wurde mit dem Substanzkonsum bereits im Herkunftsland oder erst im Aufnahmeland begonnen? etc.)

- Ausmaß des Substanzkonsums in der Zielgruppe
- Probleme, die auf den Konsum von Substanzen zurückzuführen sind (Gesundheit, soziales Wohlbefinden, soziale Integration, Justiz, etc.)
- Spezifische Bedürfnisse der Flüchtlinge in Bezug auf die Suchtprävention
- Hauptaufgaben der Suchtprävention
- Spezifische Gesichtspunkte, die bei der Entwicklung von Interventionsmaßnahmen und/oder Materialien berücksichtigt werden müssen (Sprache, Kultur, Religion, Geschlecht, eventuelle Unterschiede zwischen Asylbewerbern - die einen dauerhaften Aufenthaltsort suchen - und Flüchtlingen - die nur einen vorübergehenden Aufenthalt anstreben, etc.)

C. Befragungen

Unser Forschungsteam (Trimbos, CVO, beide Utrecht/NL) entwickelte für das weitere Vorgehen Fragebögen mit unterschiedlichem Charakter:

➡ **Semi-strukturierte Interviews.** Diese wurden von dafür geschulten Mitarbeiter/innen der örtlichen RAR-Teams mit sog. "Schlüsselpersonen" geführt. Diese beinhalteten viel Raum für freie Berichte. Ziel war es, zunächst ein "Bild" über die angesprochenen Problembereiche zu bekommen. Etwa 15 - 20 Respondenten wurden gesucht (was mitunter mühselig war...), von denen man ein "hohes Wissen" erwarten konnte.

- erster Länderbericht

➡ **Strukturierte Interviews.** Hier sollten etwa 30 Interviews geführt werden, ebenfalls natürlich mit

Schlüsselpersonen, aber die Form des Interviews war eine andere: Keine offenen, auf Erzählen orientierte Fragen mehr, sondern Einschätzungs- und Skalierungsfragen.

- zweiter Länderbericht, der den ersten aufnahm und da modifizierte, wo entweder zusätzliche Informationen auftauchten (andere Aspekte, neue Details, aber auch grundsätzliche Unterschiede).

➡ **Fokus-Gruppen.** Nachdem mit den Interviews ein recht differenziertes Bild über die untersuchten Fragestellungen entstanden war, gab es - grob gesprochen - Informationen in drei Kategorien: Grosse Übereinstimmung, Übereinstimmung im Ganzen, aber Abweichungen in Einschätzungsdetails, und Abweichungen. Auf dem Hintergrund dieser Auswertung wurden die Fokusgruppen von den örtlichen Teams vorbereitet und durchgeführt:

- ➡ FG 1 zu den Ergebnissen "Substanzkonsum und -belastung..." und
- ➡ FG 2 zu den Vorschlägen für eine zielgruppenangemessene Suchtprävention.

Der RAR-Prozess endet mit dem finalen Länderbericht.

Begleitet wurde und wird der Prozess von supporting visits der Forscher und der Projektleitung an den Standorten mit dem Ziel, sowohl Schwierigkeiten im Prozess als auch in der Wertung der Ergebnisse zu bearbeiten.

Ich will hier wenig sagen zu den inhaltlichen Ergebnissen und eher die Ergebnisse über ein Lob der Methode erwähnen: Ich denke, das 'SEARCH'-RAR machte es nicht nur möglich, abstrakt und 'neutral' ein Bild zu

ermitteln über Substanzge- und missbrauch bei bestimmten Zielgruppen, sondern ermittelte gleichzeitig Vorschläge für Interventionen (hier: Kultursensible Suchtprävention...).

Einschätzung des RAR

Als Praktiker interessierte mich vor allem natürlich die Durchführung des RAR. Deutlich wurde im Projekt 'SEARCH', dass es sich keineswegs um eine Methode handelt, die "so nebenbei" praxisorientierte Ergebnisse liefert. Das RAR

- ➡ setzte ein hohes Maß an Wissen und Schulung voraus,
- ➡ verlangt von den örtlichen RAR-Teams (die in der Regel aus Praktikern der Drogenhilfe bestanden) für sie ungewohnte "Aktivitäten"
- ➡ kann mitunter von "Sackgassen" begleitet sein
- ➡ ist in einigen Phasen beratungsintensiv und last not least
- ➡ aufwändig.

Unsere Hoffnung also, "mal eben schnell" ein paar gute Daten zu bekommen, wurde ein wenig getrübt. Trotzdem waren unsere Projektpartner einhellig begeistert von der Methode, denn sie

- ➡ ist auch für Forschungslaien gut erlernbar,
- ➡ begleitet und strukturiert den Prozess, (dazu gleich mehr),
- ➡ ist im Vergleich zu traditioneller Forschung in der Tat kostengünstig,
- ➡ liefert praxisnahe Ergebnisse sehr zeitnah,

- ➡ und ist - das ist für mich der wichtigste Punkt - ein Erkenntnisgewinnungsinstrument der Praktiker, d. h. also, Forschung und Praxis fallen nicht auseinander, sondern sind in einer Hand.

Das angewandte RAR *strukturiert* den Prozess - dazu ein paar Anmerkungen. Ziel des RAR war es ja, praxisrelevante Daten für geeignete Suchtprävention für die Zielgruppen zu erheben. Für die meisten von uns ein völlig neues Aufgabenfeld, das natürlich in vielen Punkten Berührungsflächen mit der heute hochaktuellen Präventionsarbeit im Bereich "Prävention bei Migranten" generell hat, in manchen aber auch deutlich abweicht (situative, rechtliche, psychologische, soziale, politische Unterschiede!). Diejenigen, die die Daten erhoben, kamen in diesem Prozess in direkten Kontakt mit den Zielgruppen, relevanten und kompetenten Informanten, anderen Praktikern. D. h., es entstanden vielfältige Kontakte, die dann wiederum fast naturgemäß mündeten in eine verstärkte Zusammenarbeit. Aus den Fokusgruppen z. B. entwickelten sich erste Netzwerke oder "Steuerungsgruppen" für den weiteren Umsetzungsprozess der Suchtprävention, konkrete Projekte, Planungen, Kooperationen, Arbeitsbündnisse. Forschungsarbeit und Praxis waren also in unserem Projekt eng verwoben und nicht - wie so oft in der traditionellen Forschung - zwei unterschiedliche, mitunter fast schon gegeneinander abgeschottete Prozesse. Für mich, der seit vielen Jahren praxisorientierte Suchtforschung miterlebt hat, eine neue Erfahrung; denn oft genug lernte ich diese kennen als bewusst praxisdistanziert, für Laien kaum nachvollziehbar, in den Ergebnissen hochwissenschaftlich, aber wenig praxisnachvollziehbar und -relevant.

Die RAR-Methode ist - ich erwähnte es bereits - nicht nur darauf ausgerichtet, Ergebnisse zu liefern und sich dann aus dem Praxis-Prozess zu verabschieden, sondern sie liefert eine Reihe von Instrumenten, die den dann implementierten Prozess begleiten können, um Resultate und Schlussfolgerungen immer wieder zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren (auf Neudeutsch heißt dies dann "Monitoring"). Dieser Aspekt ist besonders wichtig für Praxisfelder, die rascher Wandlung unterliegen (wie ja auch die Asyl- und Flüchtlingssituation!).

Zusammenfassung

Die RAR-Methode hilft den Praktikern eher, ein bestimmtes Phänomen oder Problem zu untersuchen als präzise quantifizierbare Fakten darüber zu etablieren. Die (Er-) Forschungsorientierung bringt Informationen über die Unterschiede bezüglich Hintergrund, Auffassung und Interessen der involvierten Beteiligten und macht damit die Abweichungen in den Informationen verständlich und nachvollziehbar. Dies erleichtert den Prozess der Bewertung der Zuverlässigkeit der erhaltenen Informationen. Die Überkreuzprüfung, Triangulation, von Informationen unterschiedlicher Herkunft ist das zentrale Element des RAR.

Aus den erhaltenen Informationen sollen dann Hypothesen hergeleitet werden über das Wesen, die Natur eines Gegenstandes, der untersucht wird. Diese Hypothesen können dann erneut überkreuzgeprüft werden. Dies illustriert die Wichtigkeit einer Befragung einer großen Auswahl von Respondenten mit unterschiedlichem Hintergrund.

Der Fokus des RAR liegt eher auf der Adäquatheit der Ergebnisse als auf wissenschaftlicher Perfektion. Für die Planung passgenauer Interventionen im Bereich der Gesundheitsvorsorge z. B. braucht man nicht die absolut exakte Zahl der betroffenen Menschen mit Risikoverhalten zu wissen. Es reicht zu wissen, dass eine substantielle Zahl ein bestimmtes riskantes Verhalten zeigt. Hier erweist sich RAR als ein Zwischenschritt zwischen "exakter" empirisch-quantitativer und eben qualitativer Forschung. Die Methode versetzt die Anwender in die Lage - durch cross checking von Informationen aus verschiedensten Ursprungsdaten -, verlässliche Daten über das Vorkommen und das Wesen bestimmter Formen von riskantem Gesundheitsverhalten zu ermitteln.

RAR kann daher dort eingesetzt werden, wo es nicht um Wissen als solches geht, sondern um Wissen, dass eine schnelle Reaktion der Praxis ermöglicht.

Die **Relevanz für Interventionen** und natürlich **Pragmatismus** sind die zentralen Eigenschaften des RAR.

Diese Methode ist damit wahrlich kein Ersatz für fundiert angelegte quantitative Forschung. Sie bietet sich aber nach unserer Einschätzung an als Mittler zwischen praxisloser Forschung und forschungsloser Praxis.

X. Personenzentrierte, integrierte Hilfeplanung in der psychiatrischen Versorgung

Jörg Holke

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Brungsgasse 4-6

53117 Bonn

Tel.: 02 28 - 67 67 40/41

apk@psychiatrie.de

Inhalt

I. Personenzentrierte Hilfe statt Einrichtungs- bzw. angebots-orientierte Hilfen

II. Leitlinien des „Personenzentrierten Ansatzes“

III. Umsetzungsschritte in der Praxis

IV. Fazit und Perspektive

Um den Personenzentrierten Ansatz in seiner Entwicklung zu verstehen, sei ein kurzer Abriss der bisherigen Reform der Psychiatrischen Versorgung vorangestellt.

In Folge der Psychiatrieenquete, dem Modellprogramm den Empfehlungen der Expertenkommission mit ihren vier Grundforderungen:

- gemeindenahe bzw. wohnortnahe Versorgung
- bedarfsgerechte Versorgung aller psychisch Kranken
- Koordination aller Versorgungsdienste
- Gleichstellung von psychisch Kranken mit somatisch Kranken

wurden bis zum Ende der 1980er Jahre die psychiatrischen Pflegeanstalten durch wohnortnahe psychiatrische Kliniken abgelöst und gleichzeitig der Aufbau gemeindepsychiatrischer ambulanter Dienste konzipiert und begonnen.

Mit der Psychiatriepersonalverordnung 1990, die eine erhöhte und rechtlich abgesicherte Personalausstattung der stationären und teilstationären Krankenhausbehandlung zur Folge hatte, wurden auch strukturelle Impulse gesetzt. Mit der Abkehr vom einheitlichen Pflegesatz und der Differenzierung in Behandlungsbereiche, die sich am Bedarf des einzelnen Patienten orientieren, wird der erste Schritt zu einer patientenzentrierten und nicht mehr institutionszentrierten Personalbemessung getan. **Das Bett als Maßstab hatte ausgedient!!**

Dem nach der Empfehlung der Expertenkommission (Prinzip "ambulant vor stationär") bedeutenderen außerklinischen Bereich, dem sogenannten komplementären Bereich, fehlte eine solche Konzeption.

Dieser Aufgabe stellte sich dann die Kommission bzw. das von der AKTION PSYCHISCH KRANKE durchgeführte Forschungsprojekt "Personalbemessung im Komplementären Bereich der Psychiatrischen Versorgung" (gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit"). Desse zentralen Ergebnis war der Paradigmenwechsel von einer institutionszentrierten Sichtweise hin zu einer personenzentrierte Sichtweise.

I. Personenzentrierte Hilfe statt Einrichtungs- bzw. angebotsorientierte Hilfen

Worin begründete sich dieser Paradigmenwechsel?

Zunächst einmal durch die Kritik am traditionellen Komplementärbereich:

- Dieser stützte sich auf das Konzept der sogenannten "Reha-Kette". Statt dass die Hilfe dem veränderten Bedarf der Person in ihrem Lebensfeld angepasst wird, wechselt die hilfebedürftige Person zu dem für sie jeweils querschnittsmäßig passenden Hilfebaustein. Hilfekonzep, Personal, Räume und in der Regel auch Kostenträgerzuständigkeit waren wie bei Stationen der traditionellen Anstalt starr verkoppelt. Die Fragmentierung und Undurchlässigkeit des Hilfesystems wurde noch verschärft, wenn die Einrichtungsbaustein für eine Zielgruppe unterschiedliche Träger hatten. Der Wechsel von Einrichtungen war mit dem Verlust der Bezugspersonen und der vertrauten Umgebung gekoppelt.

- Die Hilfebausteine waren in der Regel Einrichtungen bzw. Institutionen, in denen sich die Stabilisierung bei fortbestehender psychischer Störung an das künstliche Lebensfeld in der Institution gebunden und nicht in das jeweils eigene Lebensfeld übertragbar waren.
- Durch die Koppelung stationär = viel Betreuung und ambulant = wenig Betreuung bei hohem Betreuungsbedarf wurde Druck auf den Patienten ausgeübt, auch Unterkunft und Verpflegung anzunehmen. Nimmt er als Teil der Leistung auch Unterkunft und Verpflegung in Anspruch, besteht Druck auch Betreuungsleistungen anzunehmen.
- Platzbezogene und einheitliche Vergütung bzw. Finanzierung führten dazu, Einrichtungsplätze möglichst vollständig mit einfach zu betreuenden Klienten zu besetzen und allen Klienten die gleiche Leistung zukommen zu lassen, ohne auf den individuellen Bedarf zu achten.
- In der Regel war die Finanzierung auf einen Leistungsträger abgestimmt und die Sozialhilfe wurde auf Grund ihrer geringeren Begrenzbarkeit vorrangig genutzt bzw. war eingetreten. Parallele bzw. oder leistungsrechtliche vorrangige Leistungsträger wurden nur unzureichend in Anspruch genommen.¹

Diese inhaltliche Kritik war der Ausgangspunkt für die Entwicklung des "Personenzentrierten Ansatzes" durch die AKTION PSYCHISCH KRANKE im Rahmen des o.a. Forschungsprojektes.

II. Leitlinien des "Personenzentrierten Ansatzes"

- Eigene Wohnung als Fix und Angelpunkt, bei Wohnungslosigkeit Eingliederung in Wohnung und Lebensfeld erstes Ziel, Entkoppelung von Wohnen und weiteren Hilfsangeboten
- Vorrang aktivierbarer Ressourcen und nichtpsychiatrischer Hilfen
- Die psychiatrischen Hilfen werden in integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsprogrammen vorgehalten, die folgenden Kriterien genügen müssen
 - zielorientierte Behandlungs-, Rehabilitations- und Eingliederungsplanung
 - Koordination durch eine Bezugsperson
 - regelmäßige Abstimmung im Verlauf der Behandlung
 - Selbsthilfeorientierung
 - Normalisierung der Lebensverhältnisse
 - Multiprofessionalität
 - Festlegung von Leistungsspektrum und Leistungsumfang
 - Festlegung des Zeitrahmens für die Hilfen

¹ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.), Autorengruppe Peter KRUCKENBERG u.a.: Von institutionen- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung - Bericht zum Forschungsprojekt des BMG "Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung"

III. Umsetzungsschritte in der Praxis

In der Praxis lassen sich diese Leitlinien in folgenden Schritten umsetzen:

- Ermittlung des individuellen Bedarfs; differenziert nach Lebensbereichen; Beschreibung von Aktivitätsniveau und Hilfebedarf wird abgestuft und spezifisch für jeden Lebensbereich vorgenommen; eine Zuordnung des individuellen Bedarfs zu erforderlichen Leistungen erfolgt. Die AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V. hat hierzu eine Verfahrens- bzw. Vorgehensweise mit den entsprechenden Instrumenten entwickelt, die Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplanung (IBRP). Zur Erläuterung dieses Verfahrens wurden Handbücher und Fortbildungen konzipiert, deren Nutzung eine notwendige Voraussetzung für die Anwendung dieses Verfahrens ist.²
- Die Ermittlung des quantitativen Hilfebedarfes erfolgt durch die Zuordnung zu sechs beschriebenen Leistungstypen:
 - Selbstversorgung,
 - Tagesgestaltung und Kontaktfindung,
 - Arbeit und Ausbildung,
 - Grundversorgung,
 - spezielle Therapieverfahren,
 - Koordination durch eine Bezugsperson, Hilfeplanung, und Abstimmung mit sonstigen Einrichtungen und Helfern³
- Für jeden Leistungstyp werden im Hilfeplanungsverfahren individuelle Zeitwerte für direkt klientenbezogene Leistungen pro Woche festge-

legt. Zu diesen direkten Leistungen zählen direkte Kontakte, Wegezeiten, Angehörigengespräche, Kontakte zu sonstigen Bezugspersonen, fallbezogene Dokumentation, Fallbesprechungen. Addiert werden pauschale Zeitzuschläge für indirekt klientenbezogenen Tätigkeiten (Ausfallzeiten, Sachkosten und Verwaltung). Für diese Ermittlung bzw. Festlegung der Zeitwerte wurde ein eigenes Instrumentarium in Form des Personalbemessungsbogen entwickelt.

siehe Grafik: Personalbemessungsbogen auf der folgenden Seite

- Hilfeplanungskonferenzen mit allen Beteiligten (Leistungserbringer, Leistungsträger, wenn gewünscht die Betroffenen) -werden einberufen. Sie dienen zunächst zur Koordination und Entscheidungsfindung im Sinne der Hilfebedarfsfestlegung auf der Grundlage des IBRP und des Personalbemessungsbogens. Weitergehend ist die Hilfeplanungskonferenz als Steuerungsinstrument der Vergütungszuordnung zu nutzen.

Um im Sinne des § 93 BSHG zu Vergütungszuordnungen zu kommen, werden Hilfebedarfsgruppen durch Auswertung der Häufigkeitsverteilung gebildet. Hierbei war es aus betriebswirtschaftlichen Gründen notwendig, die Zahl der Gruppen auf maximal sechs zu begrenzen.

² Petra GROMANN: Integrierte Behandlungs- und Reha-Planung; in: Psychosoziale Arbeitshilfe 17, Bonn, Psychiatrieverlag, 2001

³ BMG, Bd. 116, a.a.O., S.191ff

Leistungsbereich	Min. Werte / Woche Zeit- Stufen ¹⁾	zuständiger Funktions- bereich ²⁾	externe Leistungs- einträge ³⁾	Bemerkungen ⁵⁾				
1. ambulante psychiatrische Grundversorgung	I - VI							
2. spezielle Therapieverfahren	III - VI							
3. psychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung	IV - XII							
4. psychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung, Konfliktlösung	IV - XII							
5. psychiatrische Leistungen zur Arbeit, Ausbildung	IV - XII							
6. psychiatrische Leistungen zur Koordination durch eine therapeutische Bezugsperson	III - VI							
7. Behandlungsplanung und Abstimmung	I - IV							
8. Komplexprogramm gesamt	IX - XII							

Stufenbe- zeichnung	Zeitbedarf für direkt klientenbezogene Tätigkeiten ⁶⁾			entspricht Personalschlüssel ⁷⁾
	von - bis Min. / Woche	mittl. Zeitwert Min. / Woche	Mittel / Woche Std.	
I	8 - 11	10	10	1 : 138,6
II	12 - 16	14	14	1 : 98,0
III	17 - 23	20	20	1 : 69,2
IV	24 - 33	28	28	1 : 49,0
V	34 - 47	40	40	1 : 34,6
VI	48 - 67	57	57	1 : 24,5
VII	68 - 95	80	1 20	1 : 17,3
VIII	96 - 135	113	1 53	1 : 12,2
XI	136 - 190	160	2 40	1 : 8,7
X	191 - 269	226	3 46	1 : 6,1
XI	270 - 380	320	5 20	1 : 4,3
XII	381 - 538	452	7 32	1 : 3,0
XIII	539 - 761	640	10 40	1 : 2,2
XIV	762 - 1076	905	15 05	1 : 1,5

Zu:

- 1) Im Regelfall eine der angegebenen Zeitstufen auswählen, falls notwendig andere Zeitstufe notieren
- 2) mittlere Zeitwerte in Min./Woche gemäß Zeitstufe eintragen; Werte-Zeile 1 bis 7 addieren; dieser Summenwert entspricht in der nebenstehenden Zeittabelle einer Stufenbezeichnung; die entsprechende Stufenbezeichnung unter 8. (Komplexleistungsprogramm gesamt) eintragen
- 3) zutragendes Team/Funktionsbereich benennen
- 4) externen Leistungserbringer (nicht Teil des Komplexleistungsprogramms) und Leistungsart benennen
- 5) z.B. bzgl. fehlender Angebote, ungenügender Differenzierung der Leistungsbereiche, ungenügender Integration (d.h. kein Komplexleistungsprogramm)
- 6) ohne Zeitbedarf für klientenübergreifende Tätigkeiten und Ausfallzeiten
- 7) einschließlich Zeitbedarf für klientenübergreifende Tätigkeiten und Ausfallzeiten

Gruppen mit vergleichb. Hilfebedarf	Zeitbedarf pro Woche in Min (nur direkt klientenbezogene Leistungen)	Mittlerer Zeitwert	entspricht etwa Personalschlüssel
HEG 1	96 - 135	113	1:12
HEG 2	136-190	160	1:8,7
HEG 3	191-269	226	1:6
HEG 4	270-380	320	1:4,3
HEG 5	381-538	452	1:3
HEG 6	539-761	640	1:2,2
HEG 7	762-1076	905	1:1,5

(die Zeitstufen sind logarithmisch gebildet. Es kann auch ein System mit einer anderen Anzahl von Hilfeempfängergruppen gewählt werden, z.B. 4 Stufen)

Diesen Hilfebedarfsgruppen wird dann ein Hilfegruppenpreis zugeordnet. Dieser richtet sich nach der betriebswirtschaftlichen Errechnung, wie viel die entsprechenden Stunden bzw. Minuten der jeweiligen Berufsgruppe, die diesem Hilfebedarf entspricht, kostet. Damit ist dann die **Maßnahmepauschale** gegeben.

Bei ihrem fachlichen Einsatz für hilfebedürftige Menschen benötigen Leistungserbringer wie Leistungsträger eine ausreichende Planungssicherheit. Das regionale Budget und die einrichtungsbezogenen Budgets müssen weiterhin steuerbar bleiben. Die Verhandlungen sollten jedoch nicht über budgetierte Plätze, sondern über Budgets geführt werden. Hierdurch wird ein erhebliches Maß an Flexibilität bei der Erbringung hinzugewonnen. Eine erster Schritt kann ein regionales Budget für ambulante, teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfe sein. Optimal wäre hier eine **Verzah-**

nung des regionalen Eingliederungshilfebudgets mit einem Reha-Budget (SGB V und SGB VI sowie SGB III). Diese wären dann unter der Federführung der Hilfeplanungskonferenzen bedarfsgerecht zu verteilen. Die Besetzung der Hilfeplanungskonferenzen werden durch den Gemeindepsychiatrischen Verbund vorgegeben.⁴ Hilfeplanungskonferenzen sind dann effektiv, wenn

- das Versorgungsgebiet nicht zu groß ist (ggf. Sektorisierung),
- Vorstellung und Diskussion der Fälle zügig verläuft,
- bei Bedarf zur Vorbereitung eine Personenkonferenz im Vorfeld durchgeführt und
- über Gesamtpläne entschieden wird.
- **Der Gemeindepsychiatrische Verbund (GPV)** steckt den Organisationsrahmen ab, übernimmt regio-

⁴ KRÜGER, Ulrich: Neue Chancen durch neue Finanzierung in der Eingliederungshilfe; in: Reader zur Fachtagung " Weiterentwicklung personenzentrierter Hilfen für suchtkranke und psychisch kranke Menschen im Kontext fachlicher und rechtlicher Rahmenbedingungen" der Landestelle gegen die Suchtgefahren Thüringen 13-15.02.2002 S.29ff

nale Versorgungsverpflichtung und die Sicherstellung der Leistungserbringung in Komplexleistungsprogrammen. Es werden GPV-Vereinbarungen zur vertraglichen Trägerstruktur getroffen.

- Vier Schritte sind zur Einführung des GPV notwendig:
 - Klientenbezogene Kooperation auf der Mitarbeiterebene
 - Einrichtung verbindlicher Kooperationsstrukturen durch verlässliche Absprachen auf Leitungsebene
 - Vertragliche Kooperationsvereinbarungen zwischen den Leistungsanbietern
 - Bildung eines vertragsfähigen Trägerverbundes
- im Sinne des § 93 BSHG übernimmt der GPV regionale Steuerung von Leistungs- und Ressourcenentwicklung

Prospektive Budgets für regionale Maßnahmen und Maßnahmeprogramme auf Landesebene sind Steuerungsinstrumente, wenn sie auf eine verlässliche Datenlage und Prioritätenfestlegungen zurückgehen. Hierbei ist eine zeitgemäße Gesundheitsberichterstattung notwendig.⁵

Dieser personenzentrierte Ansatz wird nunmehr in der Umsetzung vor Ort bzw. regional erprobt.⁶ Sowohl auf Bundesebene als auch in den Ländern Rheinland-Pfalz, Bayern, Baden-Württemberg und NRW werden in ca. 30 Modellregionen durch die AKTION PSYCHISCH KRANKE Umsetzungsprojekte durchgeführt. Im Jahr 2003 wird die Implementation des personenzentrierten Ansatzes Thema der Jahrestagung in Kassel sein und die

Abschlussergebnisse des Bundesprojektes präsentieren.

IV. Fazit und Perspektive

Trotz des Wissens und der Erfahrung "Aller Anfang ist schwer" sei ein erstes Fazit gezogen:

Es ist machbar, aber ein längerer Weg und ohne intensive Fortbildung und moderierende und begleitende Unterstützung aktuell nur schwer realisierbar. Die Widerstände, "Neue Wege" zu gehen, sind nicht zu unterschätzen. Das SGB IX eröffnet hier neue Perspektiven und enthält programmatische Vorgaben für die Weiterentwicklung und Ausgestaltung von Leistungen zur Teilhabe.

Der Gefahr, dass Pflege (SGB XI) als "billigere" Alternative die Eingliederungshilfe und Rehabilitation ersetzt, wäre mit diesen bedarfsorientierten, aber auch ressourcenschonenden und effizienten Planungs- und Steuerungskonzepten, ein Riegel vorge-schoben.

Diese neuen Formen der Steuerung ermöglichen Transparenz, begründete und vergleichbare Preise (in Zeiten der Markttöffnung in der EU), eine Vergleichbarkeit der Qualität und eine Sicherung der "guten" Qualität im Sinne der Betroffenen.

An dieser Stelle sei auch darauf verwiesen, dass der § 93 BSHG differenzierte vertragliche Regelungen mit den Leistungserbringern festlegt und somit die pauschale Zuwendung ein Relikt der Vergangenheit ist.

⁵ BMG, Band 116, a.a.O.; S. 230ff

⁶ KRÜGER, Ulrich: Personenzentrierte Hilfen im Kommen; in: Psychosoziale Umschau, 2/2002, Bonn: Psychiatrieverlag S.7 ff

Ein praktiziertes Benchmarking (kontinuierlicher Erfahrungsaustausch zwischen den Regionen, positive Erfahrungen werden direkt weitergegeben) eröffnet langfristig unabhängige Perspektiven.

Auch mit Suchtkranken ist dieses Verfahren möglich; das zeigen die Modellregionen.

Besonderheiten gilt es festzustellen und Lösungen zu entwickeln. Hier ist allerdings noch viel Arbeit zu leisten.

Die Dortmunder Suchthilfeplanung aus der Sicht des Fachbereiches Drogenberatung des städtischen sozialpsychiatrischen Dienstes

Birgit Castonguay

Gesundheitsamt der Stadt Dortmund

Eisenmarkt 3

44122 Dortmund

Tel.: 02 31 / 50 -23 609

bcastong@stadtdo.de

Inhalt

- I. Der Fachbereich Drogen im Gesundheitsamt**
- II. Ressourcenmanagement**
- III. Suchtkranken- und Drogenhilfe in Dortmund**
- IV. Suchtkranken- und Drogenhilfe in Dortmund - Niedrigschwellige Hilfen**
- V. Projektentwicklung durch Beteiligung der operativen Ebene**
- VI. Entwicklung von Gesundheitsberichterstattung in Dortmund**
- VII. Kooperation durch Arbeitskreise und Gremien in Dortmund und/oder mit Dortmunder Beteiligung**

Der Sozialpsychiatrische Dienst (SpD) des Gesundheitsamtes Dortmund besteht aus drei Fachbereichen:

- Fachbereich für psychisch kranke Menschen (FP), 8 Mitarbeiter/innen,
- Fachbereich für Menschen mit Alkoholproblemen (FA) 3,5 Mitarbeiter/innen,
- Fachbereich für drogenabhängige Menschen (FD) 3 Mitarbeiter.

Im Sozialpsychiatrischen Dienst arbeiten 3 Fachärzte/innen für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie.

Angegliedert sind:

- die Methadonambulanz,
- die psychosoziale Betreuung mit zwei Teilzeitkräften.

Es besteht eine **fachliche Aufsicht** über:

- die drogentherapeutische Ambulanz (DTA),
- den Druckraum.

Ausgehend von einer Studie von Prof. Raschke/Renn von 1997 und Schätzungen der Polizei gehen wir davon aus, dass es in Dortmund ca. 5000 drogenabhängige Menschen gibt.

I. Der Fachbereich Drogen im Gesundheitsamt

Der Fachbereich Drogen als Teil des Sozialpsychiatrischen Dienstes versteht sich als Service der letzten Linie.

Das Krankheitsverständnis ist auch geprägt durch eine Fürsorgepflicht im Sinne des Psychisch Krankengesetzes.

Das Drogenklientel findet nicht wie in vielen anderen Städten eine Ausgren-

zung. Es gibt keine Hausverbote. Es wird eine sozial-psychiatrische Grundhaltung gelebt, die zwischen der Betonung von Eigenständigkeit und Eigenverantwortung und Übernahme von Entscheidungen für den Betroffenen im Sinne von Zwangsmaßnahmen bei Eigen- oder Fremdgefährdung wechselt.

Die Einleitung von gesetzlichen Betreuungen, Zwangsunterbringungen, sozialpsychiatrische Grundversorgungen, auch gegen den Willen der Betroffenen, machen die Vernetzung im sozialpsychiatrischen Gesamtteam besonders sinnvoll und erforderlich.

Der Komorbidität unseres Klientels, insbesondere mit psychiatrischen Zusatz Erkrankungen, kann im Sozialpsychiatrischen Dienst besonders qualifiziert begegnet werden, zumal auch 3 Psychiater im Team mitarbeiten.

Durch die kommunale Anbindung haben wir einen niedrigschwelligen Zugang zu städtischen Kollegen beim Jugend-, Sozial- und Ordnungsamt oder auch dem Straßenverkehrsamt.

Die Einflusslinien des Gesundheitsamtes beispielsweise auf Dezernats- oder politischer Ebene sind im Regelfall kürzer als die der freien Träger.

Durch den engen Bezug zur **operativen Ebene** entsteht eine **hohe Handlungsflexibilität** für sich **ändernde Aufgabenstellungen**.

Planungsprozesse beginnen häufig direkt an der Basis, so dass ein "Wasserkopfsyndrom" vermieden wird und die Möglichkeit/Chance besteht, situativ angemessen schnell zu reagieren.

Die enge Zusammenarbeit mit den anderen Trägern der Sucht- bzw. Dro-

genhilfe beruht auf einem **freundschaftlichen Miteinander, Transparenz** zwischen den Arbeitsbereichen und -feldern und last but not least auf der **Vermeidung von konkurrierendem Verhalten**. Wir verstehen das Dortmunder Drogenklientel als gemeinsames Klientel. Arbeit ist mehr als reichlich vorhanden.

Wir sind keine Profit-Organisation, sondern arbeiten gemeinnützig.

Kunden sind ebenfalls Dortmunder Bürger, Nachbarn, Angehörige, deren Interesse wir in **Kooperation mit Polizei und Ordnungsamt** (Stichwort: Ordnungspartnerschaft) ebenfalls zu verstehen und schützen suchen.

II. Ressourcenmanagement

Unter dem Druck von Sparmaßnahmen ist eine **Bündelung von Ressourcen** notwendig. Ziel ist es, "mehr **Qualität** mit weniger **Quantität**" (Zitat Oberbürgermeister Langemeyer) zu erreichen.

Ein Kernkonflikt besteht darin, dass einerseits gespart werden muss und andererseits jeder den Bestand erhalten möchte.

Angesichts der Zunahme der Verelendung der Drogenszene, anwachsender Komorbidität, einer Durchmischung der Drogen-, Alkohol- und Obdachlosenszene, erscheint eine **gemeinsame integrierte Planung** zunehmend wichtiger.

Die Ziele des Qualitätsmanagements, über Kundenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit eine verbesserte Effektivität zu erreichen, wirken gelegentlich wie ein Heilsversprechen im

Verteilungskampf um finanzielle Ressourcen.

Begriffe wie "**Synergieeffekte**" werden zum Teil missbraucht und totgeredet.

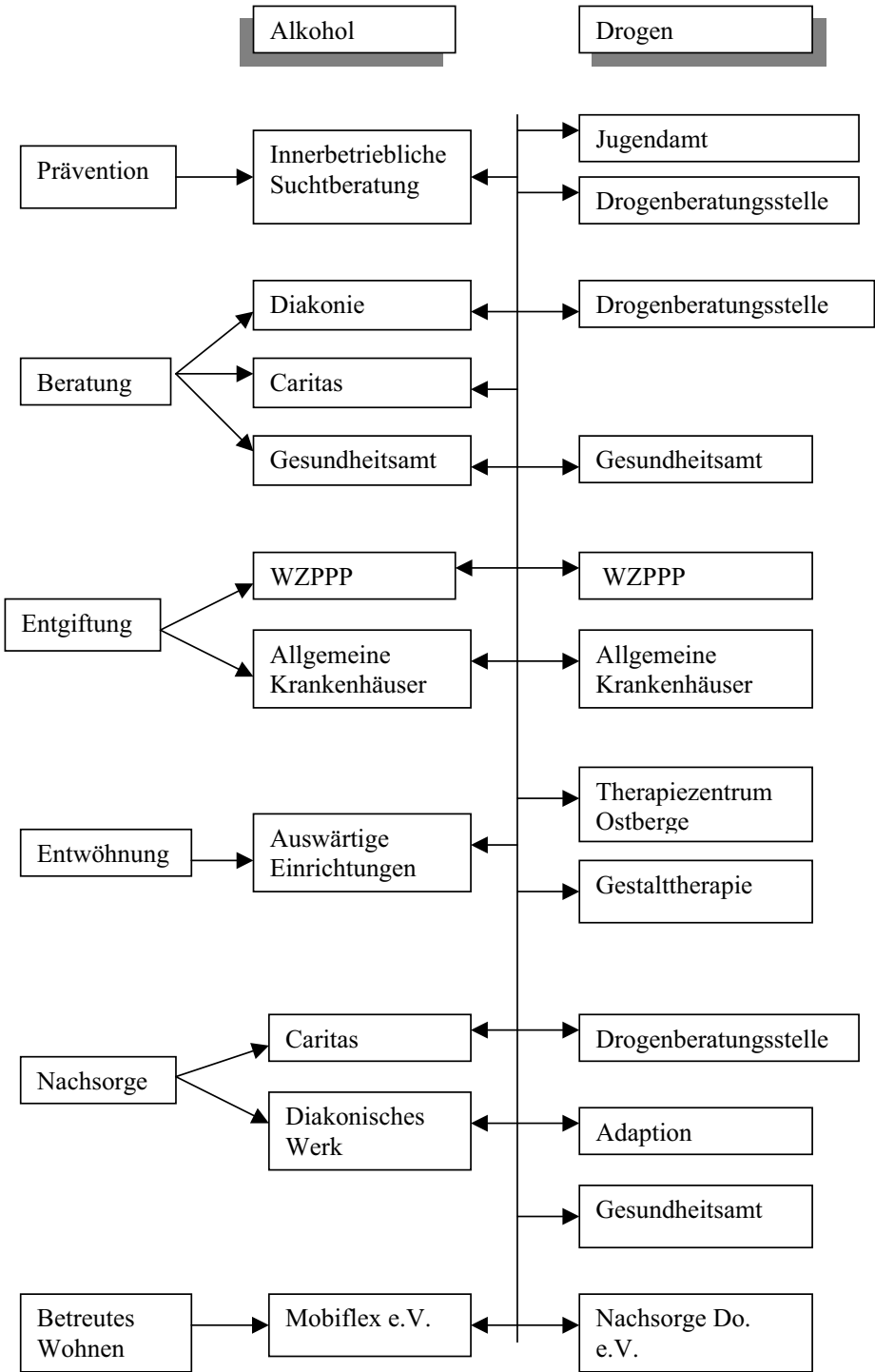
Ohne Aufstockung von Ressourcen, bei zunehmender Aufgabenstellung, zusätzlichen Projekten und gleichzeitigem Wiedereinstellungsstopp von ausgeschiedenen Mitarbeitern finden Synergieeffekte ihre Begrenzung in Bereichen, wo Beziehungsarbeit die Grundlage der Arbeit schlechthin bildet.

Sucht als rezidivierende Krankheit benötigt zum Teil eine lebenslange Begleitung. Suchthilfe ist gleich Beziehungsarbeit und benötigt eine Mindestanzahl von Betreuern.

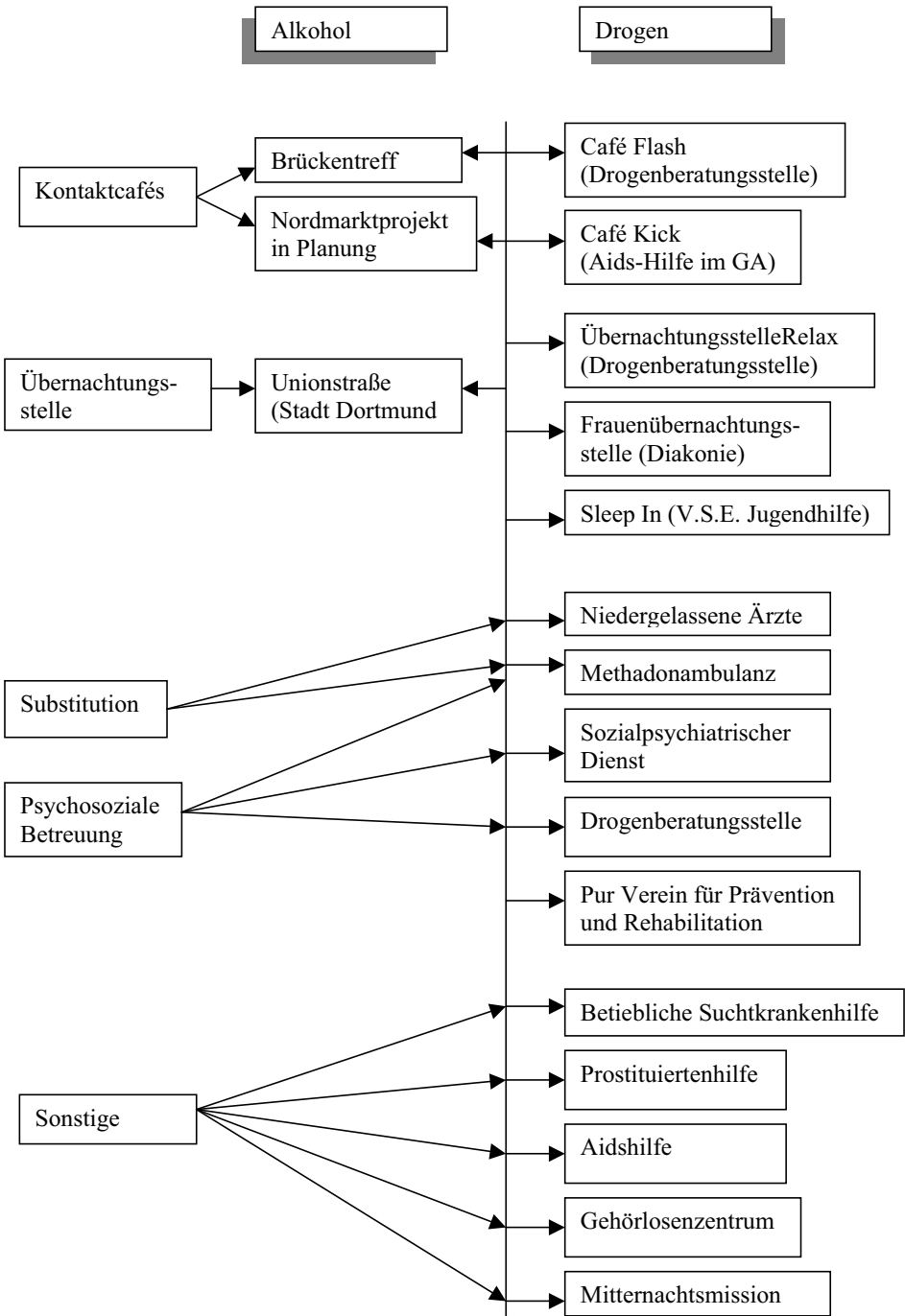
Im Rahmen der Haushaltskonsolidierung der Stadt Dortmund ist eine Kürzung von 25 % der freiwilligen Aufgaben vorgesehen (in diesem Rahmen 10 % der Kürzungen an freie Träger).

Aufgabe wird es sein, sich noch enger und besser zu vernetzen und einen **trägerübergreifenden integrierten Suchthilfeplan** zu erarbeiten.

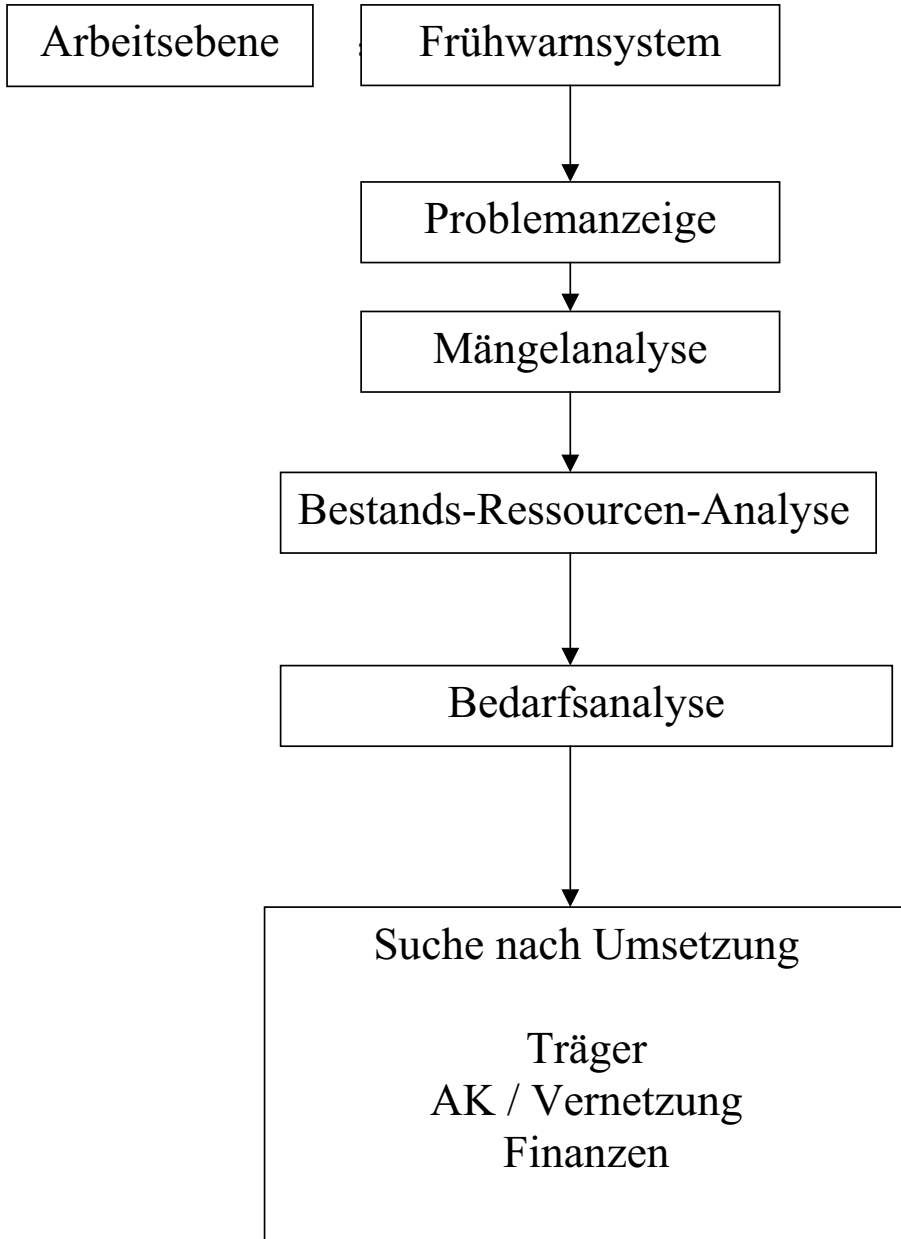
III. Suchtkranken- und Drogenhilfe in Dortmund



**IV. Suchtkranken- und Drogenhilfe in Dortmund
- Niederschwellige Hilfen**



V. Projektentwicklung durch Beteiligung der operativen Ebene



VI. Entwicklung von Gesundheitsberichterstattung in Dortmund

Art der Berichterstattung	Projekte	Erläuterung
Überblick über Teilbereiche des Versorgungssystems	Suchtberichte 1991, 1995	- Beschreibung Hilfesystem- - nur teilweise auf empirischer Grundlage
Untersuchung von Einzelproblemen	Psychiatr. Krisen- und Notfallversorgung (1997) Drogennotfälle und -todesfälle (1990 - 2001) Alkoholintoxikationen in Krankenhäusern	in AG erarbeitete Bestandsaufnahme extern vergeben (Universität Dortmund), finanziert aus Landesmitteln / fortlaufende Erhebung, laufende empirische Erhebung
Ausbau der Berichterstattung des Gesundheitsamtes zu eigenen Arbeitsbereichen	Methadonambulanz	Sachstandsberichte 1995 (Prognos) und 2000 (IFT München)
	Sachstandsbericht Sozialpsychiatrischer Dienst (1997)	

Art der Berichterstattung	Projekte	Erläuterung
Aufbau bereichsbezogener empirischer Berichterstattung	Psychiatriebericht (2000)	Breit angelegte externe Auswertung verfügbarer Daten
Extern veranlasste wissenschaftl. Studien mit GB-Relevanz für Dortmund	Netzwerkanalyse Drogenhilfe	Prof. Raschke + Renn, Universität Köln/Hamburg im Auftrag des Landes (1997)
	Suchtprävention	Prof. Hurrelmann, Universität Bielefeld im Auftrag des Landes
	Zwangsunterbringungen psychisch Kranker im Westf. Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik	Frau Dlugosch (Promotionsprojekt, laufend)
	Drogennotfallprävention und nachgehende Sozialarbeit	ISS Frankfurt
AG Sucht	Jahresberichte	Gemeinsamer Jahresbericht der Dortmunder Suchtkrankenhilfe 2000. 2001 in Planung

VII. Kooperation durch Arbeitskreise und Gremien in Dortmund und/oder mit Dortmunder Beteiligung

Arbeitskreis/Konferenz	Aufgaben	Teilnehmerkreis	Federführung	Tagungshäufigkeit pro Jahr
Übergreifende Konferenzen auf Dortmunder Ebene				
Gesundheitskonferenz	Koordination von gesundheitlicher Versorgung und Gesundheitsförderung	Sozialleistungsträger, Kammern, Krankenhäuser, Krankenkassen, Selbsthilfe, Patientenschutz, Amtsleitungen und Politik	Sozialdezernat	2
City-Konferenz	Behördenübergreif. Meinungsbildung und Abstimmung zur kommunalen Drogenpolitik und zum Umgang mit sozialen Problemgruppen	Polizei, Staatsanwaltschaft, Freie Wohlfahrtspflege, Schulverw., Dezernenten 3 u. 5, Amtsleitungen 32, 33, 50 51, 53 sowie Vertreter von 40/RAA, 04, 61	Rechtsdezernat	2 - 4
Psychiatrische und psychosoziale Versorgung				
Psychosoziale Konferenz	Meinungsbildung und Abstimmung zu Grundfragen der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung	Wohlfahrtsverbände, AL von 50, 51 u. 53, Psychiatr. Krankenhäuser, Leistungsträger	53/AL	ca. 2
Planarveranstaltungen der PSAG	Informations- und Erfahrungsaustausch zu Themen von einrichtungsübergreifendem Interesse	alle Einrichtungen der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung (Verteiler ca. 550 Adressen)	53/Koord.	2

Arbeitskreis/Konferenz	Aufgaben	Teilnehmerkreis	Federführung	Tagungshäufigkeit pro Jahr
AG Suchtkrankenhilfe in Dortmund				
Koordinationskreis Sucht	Vor- und Nachbereitung der Plenarveranstaltungen der AG Sucht; Abstimmung der Arbeit der Unterarbeitsgruppen	Je ein Vertreter der bestehenden Facharbeitskreise sowie 53/Koord.	53/Koord	ruht zur Zeit
Plenarveranstaltungen der AG Sucht	Informations- und Erfahrungsaustausch, Diskussion von Konzeptfragen, sowie von Vorschlägen aus den Untergruppen	Vertreter der Einrichtungen der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe sowie der Selbsthilfegruppen und Krankenkassen (Verteiler ca. 80 Adressen)	53/Koord.	ca. 1 - 2
Einrichtungsleiter Sucht	Austausch und Abstimmung zur Harmonisierung und Weiterentwicklung des Hilfesystems	Leiter/-innen der ambulanten und stationären Sucht- und Drogenhilfe	53/Koord.	5 - 6

Arbeitskreis/Konferenz	Aufgaben	Teilnehmerkreis	Federführung	Tagungshäufigkeit pro Jahr
Facharbeitskreise				
Beratung / Behandlung / Rehabilitation	Informations- und Erfahrungsaustausch, Konzeptdiskussion, Entwicklung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Versorgung	Suchtberatungsstellen, Krankenhaussozialdienste, Sozialdienste der Krankenkassen, Psychiatrische Kliniken	WZPPP	ca. 4
Sucht und Betrieb	Informations- und Erfahrungsaustausch, Konzeptdiskussion, Entwicklung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Versorgung	Vertreter ehrenamtlicher und professioneller Suchtkrankenhilfe aus Betrieben, IHK, Fachstelle Suchtprävention	Fachstelle für Suchtprävention in der DROBS	ca. 6
Frau und Sucht	Information- und Erfahrungsaustausch, Vernetzung Dortmunder Institutionen, die Frauen spezifische Angebote vorhalten	Mitarbeiter/innen der Sucht- und Drogenhilfe, Prostituiertenhilfe und der weiteren regionalen Versorgung für Frauen	DROBS	4

Arbeitskreis/Konferenz	Aufgaben	Teilnehmerkreis	Federführung	Tagungshäufigkeit pro Jahr
Suchtprävention	Informations- und Erfahrungsaustausch, Konzeptdiskussion, Entwicklung und Durchführung gemeinsamer Aktivitäten	Präventionsfachkräfte aus Jugendamt, Schule und DROBS, Vertreter betrieblicher Suchtkrankenhilfe, Polizei	Jugendamt	ca. 6
Kinder drogengebrauchender Eltern	Entwicklung von Hilfenkonzepten	Jugendamt, Drogenhilfe, Gesundheitsamt, Städtische Kliniken	81/Kinderklinik	ca. 4
Kooperation zwischen Kinder- u. Jugendhilfe und Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Abstimmung zwischen Jugendhilfe und Psychiatrie, Erörterung von Kooperationsproblemen und Versorgungsproblemen	Jugendamt, freie Jugendhilfeträger, Psychiatrische Kliniken, Gesundheitsamt, Städt. Kliniken	53/Koord.	3 - 4
AG § 78 KJHG: Erziehungshilfe	Austausch und Information	breites Spektrum von Jugendhilfeträgern	Jugendamt	ca. 3 - 4
AK AIDS-Drogenprostitution	Gegenseitige Information	53/AIDS, 53/4-FD, DROBS, AIDS-Hilfe, AWO, MiMi, KOBER,	Akeine GO	4

Arbeitskreis/Konferenz	Aufgaben	Teilnehmerkreis	Federführung	Tagungshäufigkeit pro Jahr
Überregionale Veranstaltungen Psychiatrie / Sucht				
AG Psychiatriekoordination Westfalen-Lippe	Erfahrungsaustausch zur Koordination im Bereich Psychiatrie / Sucht	Psychiatriekordinatoren/innen Westfalen-Lippe	-	4 - 5
AG Sozialpsychiatrischer Dienste NRW	Erfahrungsaustausch der Sozialpsychiatrischen Dienste	Fachkräfte der SpD's	Verein F / A	1 - 2
Regionaler AK Leiter SpD	Erfahrungsaustausch u. Abstimmung der Leiter Sozialpsych. Dienste	SpD-Leiter Dortmund, Bochum, Herne, Recklinghausen, Gelsenkirchen, Bottrop	ohne F	3 - 4

Arbeitskreis/Konferenz	Aufgaben	Teilnehmerkreis	Federführung	Tagungshäufigkeit pro Jahr
Verwaltungsunabhängige Arbeitskreise				
Drogenarbeitskreis	Informations- und Erfahrungsaustausch, Konzeptdiskussion, Querverbindung zu benachbarten Arbeitsfeldern	Mitarbeiter aus Drogenhilfe, Bewährungshilfe, Strafvollzug, Selbsthilfe	In der Drogenarbeit erfahrene Einzelperson	ca. 5
Qualitätszirkel Substituierender Ärzte	Informations- und Erfahrungsaustausch mit externen Referenten aus der regionalen Versorgungsstruktur	niedergel. Ärzte, psychosoziale Betreuer, WZPPP Dortmund, Methadon-Ambulanz, Sozialpsychiatrischer Dienst, PUR	PUR	ca. 5
Hagen-Dortmunder Verbund	Abstimmung der Drogenhilfe in der Region	Einrichtungsleiter Drogenhilfe Hagen, Dortmund, Unna	F Vereinsstruktur	ca. 4
AK Spielsucht	Erfahrungsaustausch	Mitarbeiter aus stat. und amb. Einrichtungen der Suchtkranken- und Drogenhilfe	Diakonie Bielefeld	ca. 2



QUALITÄT SICHERN - HILFEN VERNETZEN

Die **Koordinationsstelle Sucht (KS)** des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Suchtmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte.

Ihren Service nutzen vor allem die mehr als 450 Einrichtungen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.



Die von der KS konzipierten und erprobten **Modellprojekte** sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Projekte, wie die »Soforthilfe für Drogenabhängige«, die in 48 Stunden Therapieplätze vermittelt, oder »FreD – Frühintervention bei

erstaunlichen Drogenkonsumenten« in acht Bundesländern, bringen fortschrittliche Impulse in das Hilfesystem.

Die KS ist als **Beraterin und Koordinatorin** der Suchthilfe unter anderem zentrale Ansprechpartnerin für Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse und über die aktuelle Gesetzgebung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 13.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfeeinrichtungen und -initiativen in **Fort- und Weiterbildungen**. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen: Die KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus.

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen **Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur**.



KOORDINATIONSSTELLE

Sucht

Fragen Sie uns
doch einfach.

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

