

Zur Umsetzung von „Hartz IV“ und den Auswirkungen auf die Sucht- und Drogenhilfe – Stand: 9. März 2005

Die neue Sozialgesetzgebung (SGB II und XII) sorgt für erhebliche Verunsicherungen in der Sucht- und Drogenhilfe. Zur Orientierung im derzeitigen Informationsdschungel sind die Ausführungen in die Bereiche „Konsequenzen für den

ambulanten Bereich“ und „Auswirkungen im stationären Bereich“ gegliedert. Und damit Ihnen die Informationen besser schmecken, haben wir sie als Rezept aufbereitet – frei nach der Frage

„(Wie) Kriegt die Sucht- und Drogenhilfe Hartz IV gebacken?“

Wir beschränken uns auf die wesentlichen Arbeitsschritte und Zutaten, die die Sucht- und Drogenhilfe braucht, um in der Umsetzung des SGB II in ihrem Bereich ein für alle Beteiligten bekömmliches Menü zu kochen. Verfeinerungen und Erweiterungen sowohl bei den einzelnen Arbeitsschritten als auch bei den Zutaten sind nicht nur möglich, sondern notwendig. Unschlüssige und ungeübte Köche können ausführliche Informationen auf folgenden Märkten erwerben:
www.paritaet.org/gv/infotehk/hartz_iv/ -
www.arbeitsagentur.de - www.landkreistag.de -
www.dstgb.de - www.arbeitnehmerkammer.de -

www.tacheles-sozialhilfe.de -
www.erwerbslos.de. Umfassende Backanleitungen finden Sie in der „Handreichung Leistungsvereinbarungen zur Suchtberatung nach § 16 (2) SGB II“ des Arbeitskreis Sucht des Paritätischen Gesamtverbands und des FDR sowie im „Rahmenkonzept zur Beteiligung der Suchtberatung der Diakonie an den Eingliederungsleistungen der Jobcenter nach SGB II. Eine Handreichung des GVS und des DW-EKD für die Einrichtungen der diakonischen Suchtkrankenhilfe“.

1 Konsequenzen für den ambulanten Bereich der Sucht- und Drogenhilfe

1.1 Kein Backen ohne Ofen!

Suchtberatung für ALG II Klientel ohne das SGB II gelesen zu haben ist wie Backen ohne Ofen; zumindest sollte man die derzeit für die Umsetzung wichtigsten Paragraphen kennen:

- § 14 wegen der Aufgabe des Fallmanagements („persönlicher Ansprechpartner“ mit den Schlüsseln 1:75 für die unter 25jährigen und 1:150 für die Ansprechpartner und Bedarfsgemeinschaften der über 25jährigen Hilfebefürftigen. Derzeit beträgt der Betreuungsschlüssel bundesweit durchschnittlich ca. 1:300;
- § 15 wegen der Eingliederungsvereinbarungen und ihren Konsequenzen;
- § 16 wegen der Förderleistungen zur Eingliederung:
 - Absatz 1 mit den „klassischen“ Arbeitsförderleistungen nach SGB III
 - Absatz 2 mit den begleitenden Eingliederungsleistungen: Suchtberatung, Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung (in Zuständigkeit der Kommune!)
 - Absatz 3 mit der Möglichkeit Arbeiten als Mehraufwandsentschädigung zu vergüten – und damit sind keineswegs nur die sogenannten Ein-Euro-Jobs möglich;

- § 17 wegen der vertraglichen Grundlage für die Erbringung von Leistungen der Suchtberatung nach SGB II;
- § 46 (v.a. Absatz 9 samt der Anlage) wegen der Auswirkungen der Revisionsklausel auf die Dokumentation in der Suchthilfe.

1.2 Ohne Backform ist das Backen schwierig...

Im SGB II nimmt das Job-Center – betrieben von den Arbeitsgemeinschaften nach § 44b - die Rolle der Backform ein (Hinweis: Bei den optierenden Kommunen werden die Job-Center von den Kommunen betrieben. Und dann gibt es noch die ungünstigen Fälle, in denen Kommunen und Agenturen ohne vertragliche Basis kooperieren oder sogar nur nebeneinander arbeiten). Ob nun die Kommune der Rand und die Agentur der Boden der Backform ist – das ist nicht entscheidend. Entscheidend ist, dass die Backform in dieser Zusammensetzung neu ist. Und dass mit dem SGB II zwei unterschiedliche „Kulturen“ im Job-Center zur Zusammenarbeit gezwungen werden. In aller Regel wird das Personal anteilig nach den Zahlen der Sozialhilfeempfänger und der Arbeitslosenhilfeempfänger aus kommunalen Beschäftigten und Beschäftigten der Agentur zusammengesetzt. Sofern qualifiziertes Personal fehlt, wird es agenturseitig oft ergänzt durch Personal aus der Auffanggesellschaft Vivento; den

Kommunen steht es frei, die fehlenden Stellen auszuschreiben – und auch an Dritte, zum Beispiel an Fachkräfte aus der Sucht- und Drogenhilfe, zu vergeben.

1.3 Große Torten werden nicht alleine gebacken

Die ambulante Sucht- und Drogenhilfe steht vor der Aufgabe, die zuständigen Personen für die administrative Umsetzung des SGB II zu finden. Welcher Bäcker in den ARGEen ist wofür zuständig? Das herauszufinden ist schwierig, weil die Bäcker neu zusammengesetzt worden sind und oft erst intern genauer geklärt werden muss, wer in Zukunft welche Brötchen backen soll. Kontakte braucht man zu folgenden Personen, die zuständig sind für:

- die Kooperation hinsichtlich der Eingliederungsvereinbarungen
- die Einstellung von Fallmanagern (v.a. für besondere Zielgruppen wie Sucht- und Drogenabhängige) und das Fallmanagement insgesamt
- die Ausgestaltung der Leistungen Suchtberatung und psychosoziale Betreuung nach § 16 Absatz 2

Es bietet sich an, zuerst die Zuständigen auf der kommunalen Seite zu finden, weil in der Regel die Kontakte der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe zur Kommune besser sind als die zur Agentur. Außerdem ist es für alle Fachkräfte der Beratungsstellen notwendig, sich auf die neuen Kooperationspartner in den Job-Center einzustellen: die Vermittler, die Fallmanager und persönlichen Ansprechpartner, die für die wichtigen Eingliederungsvereinbarungen mit den Kunden des Job-Centers zuständig sind.

1.4 Wie viele Gäste werden erwartet?

Für die Sucht- und Drogenberatung ist diese Planung schwierig. Zwar ist berechnet worden, wie viele erwerbsfähige ALG II Klienten bei den Job-Centern ab 2005 erwartet werden. Aber diese Berechnungen sind zu niedrig gewesen. Dazu kommt, dass (1) der Anteil der Suchtauffälligen unter diesen Klienten ist nicht wirklich bekannt und (2) es unklar ist, wie viele dieser Klienten/Kunden bereits jetzt von der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe beraten werden. Die Zahl der Gäste hängt davon ab, wie viele Personen tatsächlich erwerbsfähig sind; wie ausgeprägt eine Suchtkrankheit sein muss, damit eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt. In den umstrittenen Fällen werden die Fachärzte der Agenturen die Entscheidung treffen. Allerdings werden die Fallmanager davor entscheiden, wen sie überhaupt zum Agenturarzt schicken. Der Auffassung der Sucht- und Drogenhilfe könnte bei dieser Vor-Einstufung ein wesentliches Gewicht zukommen. Dazu muss die Sucht- und Drogenhilfe aber auch klare Kriterien für die Erwerbs(un)fähigkeit von suchtmittelkonsumierenden Personen haben. Bevor es zu einer definitiven Klärung der Erwerbsfähigkeit des Suchthilfeklientels kommt,

werden die Klienten wohl noch eine Weile zwischen Job-Center und Sozialamt hin- und hergeschickt werden. In manchen Agenturen wurde beispielsweise Substituierten bei der ALG II Antragsstellung gesagt, dass sie generell nicht erwerbsfähig sind und deshalb das Sozialamt für sie zuständig sei. Die kommunal Verantwortlichen wiederum schickten die Substituierten postwendend wieder zurück ins Job-Center. Und: Eine im Februar 2005 von er AOK veröffentlichte Fallsammlung soll belegen, dass selbst Patienten im Koma, Aids-Kranke im Endstadium und Patienten mit Schizophrenie oder schwerem Alkoholismus von den Sozialämtern unbeirrt ans Job-Center weitergeschickt wurden. Angeblich gibt es eine von den Sozialämtern verwendete Checkliste zur Einstufung der Erwerbsfähigkeit. Sozial- und Arbeitsmediziner bezweifeln dagegen, dass die Erwerbsfähigkeit einfach „abgehakt“ werden kann.

1.5 Gäste unterschiedlicher Kategorien?

Aber vielleicht sollte die Sucht und Drogenhilfe auf jeden Fall große Kuchen backen: Denn es ist gut möglich, dass die Beratungsstellen sowohl die erwerbsfähigen als auch die erwerbsunfähigen Klienten geschickt bekommen. Die einen vom Job-Center / Fallmanager mit dem Auftrag die Vermittlungshemmnisse in Arbeit zu beseitigen. Die anderen von den Sozialämtern mit dem Auftrag, sie soweit von der Sucht zu befreien, dass sie mindestens drei Stunden am Tag arbeiten können.

1.6 Wie viel Geld ist in der Haushaltskasse?

Auch ein Kuchenbäcker muss vor dem Einkauf der Zutaten wissen, wie hoch sein Haushaltsbudget ist. Das Eingliederungsbudget ist für jede ARGE/optierende Kommune bekannt (Daten unter www.landkreistag.de). Aber wie die ARGE im Einzelnen über die Eingliederungsleistungen entscheidet; ob mehr Mittel in Maßnahmen nach § 16 Absatz 1 gesteckt werden, oder ob eher die Zusatzjobs nach § 16 Abs. 3 finanziert werden sollen: Das muss vor Ort in der Regel erst noch entschieden werden. Dazu noch zwei Anmerkungen:

(1) Für die Leistung Suchtberatung nach § 16 Abs. 2 ist die Kommune zuständig. In der Regel (Ausnahmen teilweise in Brandenburg und in Hamburg) sollen die Beratungsstellen diese Leistung innerhalb ihres bisherigen Auftrags erfüllen; geringfügige Erhöhungen der kommunalen Finanzierungsanteile sind aber in Zukunft nicht ausgeschlossen. Es wird zunächst abgewartet, ob tatsächlich wesentlich mehr ALG II Klienten die Beratungsstellen anlaufen. Eine noch größere Ausnahme ist eine Finanzierung der Suchtberatung aus dem Mitteln des Eingliederungsbudget; aber auch dafür gibt es ein Beispiel.

(2) Falls sich die Sucht- und Drogenhilfe die Übernahme des Fallmanagements als freier Träger vorstellen kann (s.u.), dann sollte sie sich darum

bewerben. Denn diese Leistung wird auf jeden Fall aus dem Eingliederungsbudget bezahlt; hier kann also eine zusätzliche Finanzierung erreicht werden.

Die Finanzsituation der Haushaltskasse bestimmt sich auch daran, wie viel Geld die Kommunen im Zuge der sogenannten Revisionsklausel (§ 46 SGB II) vom Bund erhalten. Je höher die Kosten der Kommunen u.a. durch die Inanspruchnahme der Suchtberatung nach § 16 Absatz 2 sind, desto mehr Geld können sie vom Bund fordern. Deshalb haben die Kommunen ein dezidiertes Interesse, dass möglichst viele Leistungen der Suchtberatung als Leistung nach § 16 Absatz 2 erfolgt (den Buchstaben des Gesetzes zufolge dürfen allerdings nur die ALG II Empfänger gerechnet werden, die aufgrund einer Eingliederungsvereinbarung in die Suchtberatung geschickt worden sind). Für die Suchthilfe bedeutet dies, dass die Leistungen für die ALG II Klientel unter Umständen sehr genau dokumentiert werden müssen.

1.7 Kein Backen ohne Zu-Taten...

Will sich die ambulante Sucht- und Drogenhilfe pro-aktiv an der Umsetzung des SGB II beteiligen? Dann sollte sie überlegen, inwieweit sie nicht nur die Suchtberatung, sondern darüber hinaus auch das Fallmanagement, zumindest für ihre Zielgruppe übernehmen könnte. Dafür sind inzwischen einige Beispiele aus dem Bereich der Wohlfahrtspflege bekannt; auch stationäre Suchthilfeeinrichtungen stellen Fallmanager in den Job-Centern. In einigen Fällen erhalten diese Fallmanager ein eigenes Budget, für das sie zuständig sind. Und die Zuständigkeit für die Sanktion wurde inzwischen mancherorts gut gelöst; für die Überprüfung der Mitwirkungspflicht ist nicht der Fallmanager des freien Trägers zuständig, sondern der Klient muss einer anderen Person im Job-Center diesbezüglich regelmäßig Bericht erstatten und weist damit seine Mitwirkung nach.

Unter diesen Aspekten spricht viel dafür, dass die Sucht- und Drogenhilfe selbst einen Bäcker stellt, um (a) ihrem Klientel möglichst direkt helfen zu können und (b) um im wichtigen Geschehen der Arbeitsintegration der ALG II Kunden möglichst direkt involviert zu sein.

1.8 Backrezepte austauschen ...

Die Suchthilfe weiß nicht, wie im Job-Center gearbeitet wird – die Beschäftigten im Job-Center sind sich unsicher, wie sie feststellen können, ob ihr Kunde Sucht- und Drogenprobleme hat. Und die Unsicherheit ist noch größer, wenn es um den richtigen Umgang mit diesen Kunden geht. Hier kann die Sucht- und Drogenhilfe unterstützend tätig werden: Es bietet sich an, das Know-how, das zum Beispiel im Bereich der betrieblichen Suchtarbeit vorhanden ist, und auch von den Kranken- und Rentenversicherungen abgerufen

wird, auch den Job-Centern anzubieten. Ein Austausch der Rezepte bietet sich an: Die Sucht- und Drogenhilfe schult die Mitarbeiter/-innen der Job-Center - und diese informieren die Beratungsstellenmitarbeiter/-innen über die Abläufe in den Job-Centern.

1.9 Zusammen backen ...

Da in den Eingliederungsvereinbarungen nach § 15 SGB II als Förderleistung auch die Suchtberatung (in Absprache mit der Kommune) verankert werden kann, muss sich die Sucht- und Drogenhilfe darum kümmern, wie diese Vereinbarungen aussehen und wie sie zustande kommen werden. Einige Hinweise dazu hat die Bundesagentur für Arbeit veröffentlicht. Aus Sicht der Sucht- und Drogenhilfe erscheint es sinnvoll, wenn ihr Know-how mit einem diagnosefundierte und hilfeplangestützten Arbeiten auch für die ALG II Kunden genutzt werden kann. Es muss vermieden werden, dass sich die existierenden Hilfepläne (auch aus den Bereichen der Jugendhilfe und der Wohnungslosenhilfe) und Eingliederungsvereinbarungen Konkurrenz machen, diese Schnittstelle muss - mit der Fallverantwortung - klar geregelt werden. Mindeststandard muss sein, dass vor einer festgelegten Eingliederungsvereinbarung mit einer Suchtberatungsleistung die Suchtberater/-innen in diesen Prozess eingeschaltet werden müssen. Die inzwischen angelaufenen Gespräche auf der konkreten Arbeitsebene zwischen den Fachkräften im Job-Center und den Beratungsstellen lassen auf gute Ergebnisse hoffen. Das Beispiel aus einem Vertrag zur Übernahme der Suchtberatung nach dem SGB II zeigt, dass der Expertenstatus der Suchthilfe nicht im geringsten angetastet wird. Unter § 5 Aufgabendurchführung heißt es in dem Vertrag lapidar: „Die Suchtberatung ist nach gängigen und anerkannten Methoden der Beratung durchzuführen.“ Eine Möglichkeit, wie die Zusammenarbeit des Job-Centers mit der Suchthilfe ablaufen könnte, hat die saarländische Landesstelle für Suchtfragen aufgelistet (s. Schema Typischer Ablauf samt Rückmeldebogen an das Job-Center).

1.10 Die Tücke des Kuchenkaufs ...

Wenn Sie Kuchen und Torten kaufen, zahlen Sie Mehrwertsteuer. Ähnliches droht der Suchthilfe, was die Suchtberatungsleistungen nach dem SGB II betrifft. Denn das SGB II schreibt vor, dass Leistungen an Dritte auf der Grundlage einer Leistungsvereinbarung vergeben werden. Denn es ist noch ungeklärt, inwieweit eine Finanzierung aufgrund einer Leistungsvereinbarung von den Finanzämtern mit einer Umsatzsteuer (7 %) belegt werden kann/wird. Selbst wenn gar nicht höher als bisher gefördert wird, sondern von der Kommune die bisherige Zuwendung für die Suchtberatung nur durch das Leistungsentgelt abgelöst wird (für die Beratung der ALG II Klienten), kann Umsatzsteuer fällig werden. So oder so steht die Sucht- und Drogenhilfe vor der Her-

ausforderung, aufgrund einer Leistungsbeschreibung für die Suchtberatung nach SGB II konkrete Leistungsvereinbarungen (Verträge) mit den AR-Gen zu schließen.

1.11 Torte, Obstkuchen oder Bisquitrolle - welcher Kuchen passt?

Hat sich die Suchthilfe ausreichend überlegt, welche Ansprüche die ALG II Klientel an die Suchtberatung hat/haben wird? Wurde das anhand der vor 2005 beratenen Personen überprüft, die inzwischen zur ALG II Klientel gehören? Kommen mit den ALG II Klienten eher schwierige Fälle (sind Langzeitarbeitslose vermehrt chronisch mehrfach Abhängigkeitskranke)? Oder kommen Menschen, die nach einem Jahr Arbeitslosigkeit in „Hartz IV“ landen und erst aufgrund

dieser schwierigen persönlichen Situation zum mißbräuchlichen Suchtmittelkonsum als „Lösungsversuch“ greifen? Sind also eher Methoden aus dem Bereich der Früherkennung gefragt? Ist die Zielsetzung der Integration in Arbeit in den Beratungsangeboten ausreichend berücksichtigt worden (Abbau des Vermittlungshemmnis Suchtmittelkonsum)? Oder werden nur die bisherigen Leistungsbausteine 1:1 für die Suchtberatung übertragen? Werden spezielle Bausteine/Module für die unter 25jährigen angeboten? Zum Beispiel Modifikationen der FReD-Kurse oder von Führerscheingruppen für jugendliche Kiffer?

2 Auswirkungen im stationären Bereich der Sucht- und Drogenhilfe

2.1 Auswirkungen auf den Bereich der stationären Medizinischen Rehabilitation

Gravierende Folgen hat die unterschiedliche Auslegung des Herkunftsprinzips (gA) durch die Kommunen einerseits und die Job-Center andererseits. Die Job-Center setzen entgegen der gängigen Auffassungen den tatsächlichen Aufenthalt mit dem gewöhnlichen Aufenthalt gleich. Damit wird beispielsweise die Zuständigkeit für die Therapieebenkosten vom einen (Kommune) auf den anderen (Job-Center) geschoben.

2.1.1 Ausschlusskriterium Aufenthaltsdauer

§ 7 Absatz 4 SGB II regelt, dass Erwerbsfähige und Hilfebedürftige dann keine SGB II Leistungen erhalten, wenn sie länger als 6 Monate stationär untergebracht sind bzw. werden. Entscheidend dafür ist die Prognose zur Dauer des Aufenthalts (die in der Regel durch die Bewilligungsdauer zum Ausdruck kommt): Soll dieser länger als sechs Monate dauern, ist vom ersten Tag an nicht das Job-Center, sondern das Sozialamt zuständig. Inzwischen gibt es erste Hinweise darauf, dass in manchen Job-Centern die Zeiten eines stationären Aufenthalts in einer Justizvollzugsanstalt (oder in einer stationären Entgiftung) zur direkt folgenden Sucht- oder Drogentherapie addiert werden; oft genug kommen dann über sechs Monate zusammen. Konsequenz: Die Zuständigkeit liegt nicht beim Job-Center, sondern beim Sozialamt. Dieses „Additions“-Verfahren widerspricht der Absicht des Gesetzgebers; dieser wollte lediglich ausschließen, dass eine Doppelzuständigkeit durch Heim/Anstalt einerseits und Job-Center andererseits stattfindet. Setzt sich diese Sichtweise durch, dann ist auch die Teilung der Maßnahmen medizinischer Rehabilitation in einen Hauptteil und die Adaptionsphase als je eigenständige Maßnahme, um eine Dauer des stationären Aufenthalts unter 6 Monaten pro Maßnahme zu erreichen, erfolglos. Der Verschleppbahnhof von Job-Center zu Sozialamt mit all

den bürokratischen Umständen ist dann vorprogrammiert.

2.1.2 Übergangsgeld-Regelung (§ 25 SGB II - Leistungen bei medizinischer Rehabilitation der Rentenversicherung ...)

Hinsichtlich der Regelung zum Übergangsgeld bei Medizinischer Reha gab es bereits seit Dezember 2004 eine Verfahrensabsprache zwischen Bundesagentur für Arbeit und Rentenversicherungsträger mit dem Ziel, dass das Arbeitslosengeld II weiter gezahlt wird, um keine Verzögerungen in der finanziellen Versorgung der Betroffenen entstehen zu lassen. Damit war die Weiterzahlung der ALG II Zahlungen für all die gesichert, die eine Therapie von einem Rentenversicherungsträger bewilligt bekommen (abzüglich der Zuzahlung nach dem GMG). Diese Verfahrensabsprache wird überflüssig, wenn das Verwaltungsvereinfachungsgesetz (rückwirkend zum 1.1.05) mit der folgenden Änderung des § 25 SGB II in Kraft tritt: „Hat ein Bezieher von Arbeitslosengeld II dem Grunde nach Anspruch auf Übergangsgeld bei medizinischen Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung, erbringen die Träger der Leistungen nach diesem Buch die bisherigen Leistungen als Vorschuss auf die Leistungen der Rentenversicherung weiter; [...] Werden Vorschüsse länger als einen Monat geleistet, erhalten die Träger der Leistungen nach diesem Buch von den zur Leistung verpflichteten Trägern monatliche Abschlagszahlungen in Höhe der Vorschüsse des jeweils abgelaufenen Monats. § 102 des Zehnten Buches gilt entsprechend.“ Das Verwaltungsvereinfachungsgesetz tritt voraussichtlich - nach der Zustimmung des Bundesrates am 18. Februar - noch vor April 2005 in Kraft. Leider ist in dieser Regelung die Krankenversicherung nicht eingeschlossen.

Ein nur im Einzelfall zu lösendes Problem sind die Fälle, in denen die Krankenkassen zum Jahres-

ende 2004 von sich aus die Mitgliedschaften gekündigt haben, wenn das Mitglied ALG II Empfänger wurde. Sofern diese Personen nicht unverzüglich über das Job-Center wieder bei der Krankenkasse angemeldet wurden, gibt es u. U. keinen einzigen zuständigen Kostenträger für die medizinische Reha-Leistungen.

2.2 Sucht- und Drogenhilfe in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach §§ 53ff. SGB XII oder für Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten nach §§ 67ff. SGB XII

Eine Zuständigkeit des SGB II für Menschen in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe oder der Wohnungslosenhilfe scheidet nicht daran, dass dieser Personenkreis erwerbsunfähig wäre (das ist die deutliche Minderheit), sondern daran, dass der Aufenthalt dieser Menschen in der Regel länger als sechs Monate dauert. Aber

mit dieser Klarstellung ist noch lange nicht ausgeschlossen, dass das SGB II nicht doch einen sehr direkten Einfluss auf die Finanzierung der Einrichtung hat. Denn wenn in diesen Einrichtungen bisher Leistungen zur Eingliederung in Arbeit erbracht wurden (als Bestandteil der Leistungsbeschreibung oder Teil einer Landesrahmenvereinbarung), dann droht dieser Einrichtung für dieses Leistungssegment ein Wechsel der Kostenträgerschaft. Im Sinne des Vorrangprinzips sollen für die Erwerbsfähigen die Leistungen zur Eingliederung in Arbeit durch das SGB II erbracht werden – es bietet sich hier der § 16 Absatz 2 mit der Leistung „psychosoziale Betreuung“ an. Damit droht die Hilfe einseitig auf „Eingliederung in Arbeit“ ausgerichtet, eventuell zeitlich verkürzt und von Sanktionen bewehrt zu werden. Es wäre aber auch möglich, mehr Leistungen zur Eingliederung in Arbeit für das Suchthilfeklientel zu erreichen.

Albert Kern

Paritätischer Wohlfahrtsverband
Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Fachreferat Krankenhäuser, Sucht- und Drogenhilfe,
sowie Straffälligen- und Wohnungslosenhilfe
Haußmannstraße 6
70188 Stuttgart
Fon 0711 2155 126
Fax 0711 2155 250
Mail: kern@paritaet-bw.de
www.paritaet-bw.de

Anhang 1:

Schema zum Ablauf der Kooperation von Job-Center und Beratungsstelle nach den Vorstellungen der saarländischen Landesstelle für Suchtfragen

1. Die Suchtberatungsstelle erhält einen verbindlichen Auftrag durch die Arbeitsgemeinschaft bzw. die optierende Kommune unter Angabe der Gründe und unter Mitlieferung vorhandener Unterlagen. (Der Auftrag könnte beispielsweise lauten: Bitte um fachliche Überprüfung des Verdachtsmoments der Alkoholabhängigkeit).
2. Die Beraterin/der Berater wendet je nach dem individuellen Bedarf bzw. der Lebenssituation des betroffenen Menschen aus der diagnostischen Checkliste die entsprechenden Instrumentarien an.
3. Vor dem Hintergrund der gewonnenen Daten, aus den standardisierten Erhebungsbögen bzw. Fragebögen sowie der geführten Gespräche, erfolgt die Diagnosestellung.
4. An den Auftraggeber erfolgt eine Rückmeldung gemäß dem Bogen „Rückmeldung der Beratungsstelle“.

Anhang 2:

Rückmeldebogen der Beratungsstelle an den Auftraggeber/Fallmanager der Arbeitsgemeinschaft/optierenden Kommune

1. Herr / Frau hat an Beratungsgesprächen teilgenommen.

Ein Suchtmittelmissbrauch nach DSM IV liegt vor ja () nein ()

Eine Suchtmittelabhängigkeit nach ICD-10 liegt vor ja () nein ()

2. Wir empfehlen folgende Maßnahme:

Ambulant () stationär () teilstationär

Sonstiges: _____

3. Um eine abschließende Stellungnahme/Diagnose abzugeben bzw. erstellen zu können, empfehlen wir:

4. Eine Stellungnahme/Diagnose ist wegen fehlender Mitwirkung nicht möglich ().

5. Sonstiges: _____

6. Ich bin mit der Übermittlung dieser Daten an den Auftraggeber/Fallmanager einverstanden.

Datum und Unterschrift

Unterschrift der Beratungsstelle