Deutsche
AIDS-Hilfe e.V.

Bundesverband
für akzeptierende
Drogenarbeit
und humane
Drogenpolitik
Am Roggenkamp 48 • 48165 Münster
Tel.: 02501 • 27572 • Fax: 02382 • 81179

akzept e.V.

Materialien Nr.3

Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit

April 1999

akzept – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik e.V.

Deutsche AIDS-Hilfe e.V. (Hrsg.)

Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit

Impressum

akzept Bundesverband
Am Roggenkamp 48
48165 Münster
E-Mail: garry.kasper@t-online.de

Deutsche AIDS-Hilfe e.V.
Dieffenbachstraße 33
10967 Berlin
Internet: http://www.aidshilfe.de
E-Mail: dah@aidshilfe.de

Januar 1999

Lektorat: Klaus-Dieter Beißwenger,
Christine Höpfner
Satz, Layout: Carmen Janiesch
alle Berlin

Inhalt

Vorwort 5

Einführung 7
- Warum überhaupt „Leitlinien"? 8
- Wer definiert Qualität? 8
- Qualität in den Einrichtungen der Drogenhilfe 9

Definitionen und Methodik 11
- Zum Begriff „KlientInnen" 11
- Bedürfnisse und Bedarf 11
- Zum Begriff „Qualität" 12
- Zum Qualitätsmodell 12
- Bezugsebenen von Qualität 13

Prinzipien der akzeptierenden Drogenarbeit 15
- Akzeptanz der DrogengebraucherInnen als mündige, zu Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen und Akzeptanz ihres Rechts auf Autonomie 16
- Wahrung und Schutz der Würde der KlientInnen 17
- Normalisierung des Umgangs mit DrogenkonsumentInnen und mit dem Drogenproblem 17
- Schutz vor gesundheitlichen und sozialen Schäden, vor Stigmatisierung und Kriminalisierung 18
- Orientierung an den Bedürfnissen der KlientInnen 18
- Drogenpolitisches Engagement 18

Ziele und Methoden der akzeptierenden Drogenarbeit 19
- Ziele der akzeptierenden Drogenarbeit 19
- Methoden der akzeptierenden Drogenarbeit 20
- Umgang mit Ressourcen 23

Arbeiten mit den „Leitlinien" 25
- Entwicklung eigener Qualitätsmodelle 25
- Struktur, Prozeß, Ergebnis 25
- Qualitätskriterien am Beispiel des Arbeitsbereichs „Psychosoziale Betreuung Substituierter" 25

ANHANG 27

Leitlinien der niedrigschwelligen akzeptierenden Kontaktarbeit 27
- Vorbemerkung 27
- Die niedrigschwellige akzeptierende Kontaktarbeit 27
- Die Klientel 28
- Allgemeine Ziele 28
- Allgemeine Aufgaben und Leistungen 29
- Methoden und Rahmenbedingungen 46

Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit in Wohnprojekten 53
- Von Notübernachtungen zu rehabilitativen Hilfen 53
- Betreuung in Wohnprojekten als Schwerpunkt der akzeptierenden Drogenarbeit 54
- Zielgruppen der Wohnprojekte 54
- Rechtsform 55
- Zugangsvoraussetzungen 56
- Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit in Wohnprojekten 56
- Auszüge aus dem BSHG 62
- Literatur 63

Wer an den „Leitlinien" mitgewirkt hat 64

Vorwort

In der jüngeren politischen und fachlichen Diskussion zum Thema Drogen ist kaum ein Begriff so inflationär gebraucht worden wie „akzeptierende Drogenarbeit". Während er jahrelang wie ein rotes Tuch für die VertreterInnen einer abstinenzorientierten oder prohibitiven Linie wirkte, gilt er nunmehr als Beleg für eine moderne, professionelle Drogenarbeit. Unterdessen sind dabei die Katzen grau geworden, und es fällt schwer, die noch immer unterschiedlichen Geister der niedrigschwelligen Drogenarbeit zu scheiden.

So liegen praktisch Welten zwischen einer Akzeptanz des oder der Drogengebrauchenden als Mensch und einer akzeptierenden Haltung gegenüber seinem oder ihrem Drogenkonsum. Vielfach wird unter der Chiffre „akzeptierende Drogenarbeit" eine eher karitative Zuwendung zum einzelnen Menschen unter Beibehaltung einer grundsätzlichen Abstinenzorientierung verstanden. Demgegenüber versteht sich die akzeptierende Arbeit im Rahmen von Gesundheitsförderung als eine Strategie der Schadensbegrenzung bei vorbehaltloser Akzeptanz der Tatsache, daß jemand Drogen nimmt. Die akzeptierende Arbeit wäre von daher deutlich gegen niedrigschwellige Ausstiegshilfen abzugrenzen.

In den vorliegenden „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit" werden Arbeitsprinzipien formuliert, die eine Beurteilung der verschiedenen Ansätze und Angebote erleichtern und größere Klarheit in der Verwendung des Begriffs „akzeptierend" schaffen sollen. Zugleich werden den akzeptierend arbeitenden Projekten erstmals Qualitätskriterien an die Hand gegeben, um für die anstehenden Qualitätsdebatten fachlich gewappnet zu sein. Die „Leitlinien" sind daher primär als ein Arbeitsinstrument zu verstehen. Wir hoffen, daß sie diese Erwartung auch praktisch erfüllen können.

Berlin im März 1999

Edwin Scholz,
Vorsitzender des Bundesverbandes
für akzeptierende Drogenarbeit und
humane Drogenpolitik akzept e.V.

Stefan Etgeton,
Bundesgeschäftsführer
der Deutschen AIDS-Hilfe e.V.

Einführung

Das Engagement des akzept-Bundesverbandes und der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. in der Diskussion um Qualität in der Drogenhilfe gründet auf der Professionalisierung der Arbeit in den Mitgliedsorganisationen beider Verbände.

In Deutschland wurde die akzeptierende Drogenarbeit Mitte der 80er Jahre gestartet. Ihre Ursprünge liegen in einer politischen Bewegung, die in dem damals allein auf Abstinenz ausgerichteten Drogenhilfesystem Angebotslücken aufzeigte, innovative Ansätze und Projekte entwickelte und eine Neuorientierung in der Drogenpolitik forderte. Heute ist die akzeptierende Drogenarbeit zumindest mit dem Fokus „Harm reduction" als wirksame Form der Drogenhilfe anerkannt und wird mit öffentlichen Mitteln unterstützt. Damit einher gehen erhebliche Veränderungen, etwa im Selbstverständnis der MitarbeiterInnen und in der Beziehung zu den Kostenträgern: Je mehr die akzeptierende Drogenarbeit eine professionelle Dienstleistung wird, desto wichtiger werden Überlegungen und Konzepte zu ihrer Fachlichkeit. Vor diesem Hintergrund legte der akzept-Bundesverband bereits 1995 „Leitlinien für die psychosoziale Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung" vor und signalisierte damit der Fachöffentlichkeit seinen Anspruch, in die Debatte um Qualitätsstandards der akzeptierenden Drogenarbeit als kompetenter Partner einbezogen zu werden.

Die vorliegenden „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit" sind keinesfalls im Sinne von „Richtlinien" zu verstehen. Der akzept-Bundesverband und die Deutsche AIDS-Hilfe e.V. wollten mit ihnen keine korsetthaften Vorgaben nach dem Motto „So und nicht anders" formulieren.

Die Vorstellungen des akzept-Bundesverbandes zur Qualitätsentwicklung im Drogenhilfebereich grenzen sich von allen technokratisch orientierten Konzepten, wie z.B. den organisationsstrukturierenden (Qualitätsmanagement oder Total-Quality-Management, TQM), ab: Eine Zertifizierung etwa nach ISO 9000 beurteilt, bewußt unabhängig vom „produzierten" Inhalt, eine vorgehaltene formale Struktur. Sie gründet damit auf der Annahme von der Herstellbarkeit einer institutionellen und organisatorischen Rationalität. Eine Übertragung solcher Konzepte würde die soziale Arbeit in die Irre führen: Wird bei Qualitätsentwicklung allein auf die Einführung technischer Verfahren gesetzt, werden Inhalte zwangsläufig ausgeblendet. Soziale Arbeit würde als Summe weitgehend algorithmisierter Verfahren mißverstanden werden, wodurch der Blick für ein angemessenes, auf individuelle Problemlagen bezogenes Handeln verloren ginge. Qualitätssicherung verkäme zu einem den Einrichtungen von außen übergestülpten „ExpertInnensystem", in dem sich weder die Bedürfnisse der KlientInnen noch die der Professionellen wiederfinden ließen.

Kennzeichen der akzeptierenden Drogenarbeit ist hingegen Entwicklungsfähigkeit und prozeßhaftes Handeln, das sich neuen Anforderungen stellen will (z.B. den Problemen neuer Gruppen von DrogenkonsumentInnen, der mit der Etablierung institutioneller Hilfeangebote verbundenen Gefahr einer Bürokratisierung der akzeptierenden Arbeit oder den veränderten finanziellen Rahmenbedingungen auf kommunaler Ebene). Die akzeptierende Drogenarbeit kann und will daher keine Arbeitsstandards im Sinne einer durch ExpertInnen vorgegebenen Normierung vorlegen, wie dies etwa für große Bereiche der medizinischen Versorgung geschieht. Die „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit" liefern statt dessen Orientierungspunkte, die für die einzelnen Bereiche der Drogenarbeit konkretisiert und von den dort Tätigen für die Entwicklung von Qualitätskriterien genutzt werden können.

Warum überhaupt „Leitlinien"?

Die Gründe, weshalb über Leitlinien für die akzeptierende Drogenarbeit nachgedacht wird, können sehr unterschiedlich sein, z.B. Anforderungen von außen (von Politik, Verwaltung, Kostenträgern), Angriffe auf das Versorgungsniveau, Profilierungsbemühungen, die es erfordern, Konzepte zu präzisieren und offenzulegen, Professionalisierung, das Ringen um ein Selbstverständnis, die Norwendigkeit, sich in künftigen Auseinandersetzungen zu behaupten.

Die „Leitlinien" enthalten *systematisierte Wert- und Zielvorstellungen* der akzeptierenden Drogenarbeit und bieten eine Grundlage für die Formulierung konkreter (struktureller und prozessualer) Anforderungen an das Handeln in diesem Feld. Hieraus lassen sich wiederum Forderungen an die politisch Verantwortlichen und an die Kostenträger sowie – auf institutioneller Ebene – Indikatoren zur Beurteilung der praktischen Arbeit der jeweiligen Einrichtung oder des Netzwerks der Drogenhilfe ableiten. Dabei gilt es, die Ziele der Drogenarbeit offenzulegen, damit sie für Außenstehende wie auch für die MitarbeiterInnen und KlientInnen transparent und reflektierbar wird.

Wer definiert Qualität?

Der derzeit in der Drogenarbeit bestehende (sozialstaatliche) Konsens im Hinblick auf Versorgungsaufträge und Angebotsstrukturen wird aufgrund öffentlicher Spar-„zwänge" in Frage gestellt. Drogenarbeit, die sich den Bedürfnissen und Interessen der KlientInnen verpflichtet fühlt, muß angesichts dieser Entwicklung Stellung beziehen und sich in die sozialpolitische Debatte einbringen.

Im Mittelpunkt steht die Auseinandersetzung um die Definition von Qualität in der Drogenarbeit. Anders als z.B. in der Industrie, in der sich das Produkt und die darauf bezogenen Qualitätsmerkmale relativ einfach bestimmen lassen, gibt es in der Drogenarbeit für die Qualität von Hilfe- und Unterstützungsleistungen keinen allgemeingültigen Maßstab. In der Auseinandersetzung der beteiligten Gruppen kommen vielmehr sehr unterschiedliche Interessen zum Tragen[1], die zwangsläufig *unterschiedliche Definitionen von Qualität in der sozialen Arbeit* hervorbringen.

Diese Differenzen müssen in der Diskussion offengelegt werden, bevor man sich in einem zweiten Schritt um Konsens bemüht. Dies beginnt bereits bei dem Verständnis von Qualität, das jeder am Drogenhilfesystem Beteiligte hat oder haben sollte. Für die *Klientin/den Klienten* geht es um den „Gebrauchswert" der sozialen Dienstleistung: sie muß lebensweltbezogen und damit geeignet sein, ein Bedürfnis zu befriedigen – ein sehr subjektiver Aspekt. Für die *Professionellen* geht es um „gute Arbeit" im Sinne berufsethischer Überlegungen sowie um die Vertretbarkeit und Angemessenheit des sozialpädagogischen Handelns. Die Gütekriterien professionellen Handelns entstehen im Diskurs (etwa in der Supervision, durch Bewußtmachen der Bedingungen und Strategien des Handelns). Für die *Leistungsträger* – unabhängig davon, ob sie Mitgliedsbeiträge oder Steuergelder verwalten – ist Qualität das möglichst effiziente Erbringen einer definierten Leistung, deren „Niveau" auszuhandeln ist. Für die *Politik* geht es um den „gesellschaftlichen Nutzen", der allerdings sofort die Frage der Interessengebundenheit von Institutionen und Programmen aufwirft.

Diese sehr unterschiedlichen Ansprüche lassen sich nicht durch Herstellen einer „objektiven" Qualität harmonisieren. Sie sind vielmehr zur Kenntnis zu nehmen und im Diskurs aufeinander zu beziehen. Nur so kann zu einem – wenn auch nicht vollständigen – Konsens gefunden werden.

1 Die Qualitätsdiskussion, die z.B. von den Kostenträgern oder der Verwaltung an die Einrichtungen herangetragen wird, bleibt häufig abstrakt und kommt nur selten über einzelne organisatorische Vorgaben hinaus. Meist fehlt das Verständnis für die den jeweiligen Prozessen der Qualitätssicherung zugrunde liegenden Voraussetzungen, oder die Qualitätsdebatte soll, vor dem Hintergrund der Finanznot der öffentlichen Haushalte, Sparmaßnahmen vorbereiten. Wo dies der Fall ist, sind die von offizieller Seite präsentierten „Standards" oft nicht unter fachlichen, sondern unter Kostengesichtspunkten entwickelt worden. Dies gilt z.B. für die NUB-Richtlinien, die den Zugang zur Substitution regeln: Massiv vom Kostendenken der Krankenkassen geprägt, sind sie von fachlicher Fundierung weit entfernt. Darauf verweist u.a. der Umstand, daß in den einzelnen Bundesländern Drogenabhängige mit jeweils unterschiedlich „ausreichend begründerer" Indikation zur Substitution zugelassen werden – was nicht mit tatsächlichen regionalen Unterschieden erklärt werden kann.

Das Entwickeln von Qualitätskriterien für die Drogenarbeit erfordert Prozesse des Aushandelns und Klärens, denen man sich weder „oben" – durch Verweise auf „Sachzwänge" – noch „unten" – durch Verklären der eigenen Tätigkeit – entziehen darf. An diesen Prozessen wollen sich der akzept-Bundesverband und die DAH mit eigenen Positionen beteiligen. Um die vorliegenden „Leitlinien" weiterentwickeln zu können, sollen Konzepte und Arbeitsansätze der akzeptierenden Drogenarbeit sowie die in der Alltagpraxis gemachten Erfahrungen gesammelt, systematisiert und in Grundsätze gegossen werden. Auf diese Weise wollen wir die Profilierung und Professionalisierung der sozialen Arbeit voranbringen: gemeinsam und Schritt für Schritt.

Qualität in den Einrichtungen der Drogenhilfe

Die Einrichtungen des Drogenhilfesystems haben sich durch Konzepte, Teamkonferenzen, Fallbesprechungen, Weiterbildung u.a. Instrumente geschaffen, um die Qualität ihrer Arbeit weiterzuentwickeln. Das Problem ist, daß dies nicht systematisch genug geschieht, die übergreifende Fachdiskussion nicht ausreichend geführt wird und Qualitätsbemühungen gegenüber den Kostenträgern und der Öffentlichkeit kaum verdeutlicht werden.

Die „Leitlinien" sollen dazu dienen, die eigene Arbeit transparent und damit reflektierbar zu machen. Sie bilden zugleich eine Grundlage, um

- die eigenen Aktivitäten im Hinblick auf den Bedarf der KlientInnen zu überprüfen,
- die Professionalisierung voranzutreiben,
- Qualitätskriterien zu entwickeln und
- den Einstieg in Systeme der Qualitätssicherung vornehmen zu können.

Der akzept-Bundesverband und die DAH sind sich dessen bewußt, daß das hier vorgestellte Konzept zur Systematisierung der akzeptierenden Drogenarbeit nur eine Variante von vielen möglichen ist. Mit dem bisher Erarbeiteten will der Verband jedoch die intern geführte Diskussion auf die Entwicklung eines abgestimmten Gesamtkonzepts lenken und nach außen tragen.

Definitionen und Methodik

Im folgenden werden Ausgangspunkte skizziert, die für die Qualitätsdiskussion der akzeptierend arbeitenden Einrichtungen des Drogenhilfesystems wichtig sind.

Zum Begriff „KlientInnen"

In den konzeptionellen Überlegungen der akzeptierenden Drogenarbeit kommt den KlientInnen bzw. der Klientel ein zentraler Stellenwert zu. Die KlientInnen sind sowohl Ausgangs- und Orientierungs- als auch Zielpunkte der Arbeit. Der Begriff „KlientInnen" oder „Klientel" wird gegenwärtig sehr unterschiedlich gebraucht. Nach mehr als 25 Jahren repressiver Drogenpolitik verbinden sich damit zwangsläufig auch Erfahrungen mit autoritären Hierarchien und Machtverhältnissen, mit Entmündigung, Demütigung, psychischer und physischer Gewalt. Dennoch kann die akzeptierende Drogenarbeit auf die Verwendung dieses Begriffs nicht verzichten. Uns ist es deshalb wichtig zu zeigen, in welchem Sinne er gebraucht wird, um ihn von anderen Definitionen abzugrenzen:

„KlientInnen" bzw. „Klientel" steht für drogenkonsumierende Menschen und für das vom Drogenkonsum betroffene soziale Nahfeld (z.B. Eltern, Kinder), die in Einrichtungen des Drogenhilfesystems um Hilfe und/oder Unterstützung nachfragen. Diese Definition betont das *von den DrogenkonsumentInnen ausgehende aktive Moment* bei der Kontaktaufnahme und der Inanspruchnahme von Leistungen. Gleichwohl darf nicht übersehen werden, daß die Diskriminierung und Ausgrenzung illegalisierter DrogenkonsumentInnen eine Vielzahl von Schwellen erzeugen, die es erschweren, dringend gebotene Hilfen in Anspruch zu nehmen. Deshalb ist es notwendig, mit Ansätzen der aufsuchenden und motivierenden Sozialarbeit einer Unterversorgung entgegenzuarbeiten.

Das akzeptierende Hilfesystem geht von dem im Grundgesetz verankerten Recht eines jeden Menschen auf Leben und körperliche Unversehrtheit aus. Demnach gilt es auch, gesundheitsschädliche Strukturen zu verhindern und Hilfebedürftigen eine ausreichende medizinische und psychosoziale Versorgung zu garantieren. Auf das Individuum bezogen bedeutet dies, daß jeder und jede Hilfesuchende als Subjekt wahrgenommen wird. Mit dem Begriff „KlientInnen" wird zugleich auf die besondere Beziehung der DrogenkonsumentInnen zum Drogenhilfesystem verwiesen. Sie unterscheidet sich in ihrem Wesen von der KundInnen-Anbieter-Beziehung, bei der erbrachte Leistungen von den Nachfragenden bezahlt werden. Unter „NutzerInnen" sind wiederum Personen zu verstehen, die ein einzelnes Angebot in Anspruch nehmen, ohne weitergehende, differenzierte Hilfeleistungen (z.B. Spritzentausch, Hygiene, Wäschewaschen) einzufordern. Der Terminus „KlientIn" verweist schließlich auf die Beziehung zwischen professionellem/r HelferIn und DrogenkonsumentIn: eine Beziehung, die, strukturell bedingt, nicht gleichgeberechtigt ist.

Ausgehend von diesem Verständnis wird der Stellenwert, den das professionelle Hilfesystem den Interessen und Bedürfnissen der KlientInnen einräumt, zu einem Schlüssel für die Erarbeitung von Prinzipien und Handlungsvorgaben der akzeptierenden Drogenarbeit.

Bedürfnisse und Bedarf

Ausgangspunkt der konzeptionellen und, hieraus abgeleitet, der praktischen Arbeit sind die Bedürfnisse der KlientInnen. Die akzeptierende Drogenarbeit vereint verschiedene inhaltliche und methodische Ansätze zu einem komplexen Bündel sich gegenseitig ergänzender Angebote. Dieses Vorgehen bietet die Gewähr dafür, daß das Hilfesystem auf vielfältigen Bedarf antworten kann.

Der Grundsatz „*Orientierung* an den Bedürfnissen der KlientInnen" macht zugleich deutlich, daß das akzeptierende Drogenhilfesystem keines-

wegs auf alle Ansprüche der KlientInnen reagieren muß. Jedes Agieren ist vielmehr das Ergebnis eines komplexen Aushandlungsprozesses. In diesem begegnen sich die KlientInnen und die MitarbeiterInnen als Subjekte: Die KlientInnen sollen dazu befähigt werden, ihre Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren, den Bedarf an Hilfe und Unterstützung, der zur Bedürfnisbefriedigung notwendig ist, einzufordern und bedarfsgerechte Angebote anzunehmen. Das Hilfesystem muß offenlegen, inwieweit es ihm möglich ist, auf signalisierte Bedürfnisse einzugehen, und wo ihm Grenzen gesetzt sind.

In diesem Aushandlungsprozeß wird ein Bedarf formuliert, für den sich die akzeptierende Drogenarbeit engagiert. Im Bedarf finden sich die Bedürfnisse der KlientInnen wieder, zu deren Befriedigung institutionelle Hilfe und Unterstützung gegeben werden können. Der Grundsatz der akzeptierenden Drogenarbeit, ihre Angebote mit Blick auf die sich ändernden Bedürfnisse der KlientInnen flexibel und innovativ zu gestalten, ist somit nicht im Sinne eines reaktiven Handlungsmusters aufzufassen. „Bedürfnis*orientierung*" bezeichnet vielmehr einen dynamischen Mechanismus, der dazu dient, die Verpflichtung der Länder und Kommunen zur medizinischen und psychosozialen Unterstützung bei der Bewältigung von Drogenproblemen umzusetzen. Dieser Mechanismus ermöglicht es zugleich, Kreisläufe und Haltekräfte zu hemmen, die sich aus der Interessenkonstellation eines institutionellen Systems ergeben und aufgrund ihrer Eigendynamik die Gefahr der Klientisierung bergen.

Zum Begriff „Qualität"

In der Drogenarbeit geht es um die *Qualität eines institutionellen Handlungsablaufs.* Qualität bezieht sich damit immer auf ein mehrdimensionales Konzept, demgemäß verschiedene Funktionen des Hilfe- und Unterstützungsprozesses – oft auch gleichzeitig – zu realisieren sind. So soll in der Drogenarbeit beispielsweise ein humaner, effektiver und zugleich wirtschaftlicher „Handlungsablauf" gestaltet werden. In der Beurteilung der Drogenarbeit kommen somit sehr unterschiedliche Gesichtspunkte – soziale, psychologische, funktionale, ökonomische – zum Tragen.

Kompliziert wird die Erarbeitung von Qualitätskriterien zudem durch die Tatsache, daß sich in der Drogenarbeit kulturell und gesellschaftlich gesetzte Normen (sichtbar z.B. an dem Verbot, bestimmte psychoaktive Substanzen zu besitzen, zu erwerben oder mit ihnen Handel zu treiben) besonders stark niederschlagen und eine entsprechende Auseinandersetzung herausfordern. Bei der Gestaltung komplexer Handlungsabläufe werden dadurch funktionale Gesichtspunkte vielfach durch normative überlagert (z.B. Abstinenzfixierung).

Angesichts der zahlreichen Ansprüche, zwischen denen sich die Drogenarbeit bewegt, gilt es bei der Beurteilung ihrer Qualität zu prüfen, inwieweit das vorgegebene Anforderungsprofil (Modell des Handlungsprozesses) mit der als relevant erachteten Auswahl von Handlungsmerkmalen übereinstimmt. Zu verdeutlichen ist, daß die Referenzpunkte beider Bewertungsachsen eine „subjektive Sichtweise" widerspiegeln.

Mit den vorliegenden „Leitlinien" dokumentieren der akzept-Bundesverband und die DAH ihren Anspruch, bei der Bewertung von Qualität in der akzeptierenden Drogenarbeit sowohl fachliche als auch politische Ansprüche zur Geltung zu bringen.

Zum Qualitätsmodell

Bei der Entwicklung eines Qualitätsmodells gilt es, verschiedene Merkmale/Ziele herauszuarbeiten, sie nachvollziehbar zu beschreiben und als Qualitätskriterien zu definieren.

Bei einem *qualitativen* Modell werden Merkmale eines Handlungsablaufs im Sinne von Richtungsentscheidungen festgehalten *(Qualitätskriterien).* In einem *quantitativen* Modell werden zusätzliche Anforderungen *(Qualitätsstandards)* formuliert, z.B. in Form von Mindestwerten oder Normbereichen.

In den vorliegenden „Leitlinien" wird versucht, den Rahmen für ein allgemeines Qualitätsmodell abzustecken, das für die einzelnen Bereiche der akzeptierenden Drogenarbeit zu konkretisieren ist, und zwar in seinen qualitativen wie auch quantitativen Aspekten.

Bei der Entwicklung von „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit" ist zwischen ver-

schiedenen Bezugsebenen (siehe unten) zu unterscheiden. Dabei ist zu berücksichtigen, daß sie keine objektiven Größen für die Bewertung von Qualität darstellen. Die Auswahl erfolgt vielmehr aus subjektiver Sicht. Insofern entwickelt sich Qualität aus dem Zusammenwirken verschiedener materieller, struktureller und personeller Gegebenheiten. Die Art und Weise, wie Leistungen erbracht werden, hängt von zahlreichen Faktoren und Bedingungen ab, deren Einfluß berücksichtigt und meßbar gemacht werden muß. Der drogenarbeiterische Unterstützungsprozeß kann somit unter vielen verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet und bewertet werden.

Bezugsebenen von Qualität

Wenn es um Qualität in der Drogenarbeit geht, bietet es sich an, den Gesamtprozeß in Teilbereiche zu zerlegen. Auf diese Weise entstehen verschiedene Ebenen, von denen aus drogenarbeiterisches Handeln betrachtet werden kann.

In der Diskussion um Qualität in der Drogenarbeit ist es üblich, zwischen der *Bedingungsebene* (Struktur), der *Handlungsebene* (Prozeß) und der *Zielebene* (Ergebnis) zu unterscheiden. Je nach dem, welche Ebene zum Ausgangspunkt gemacht wird, ergeben sich für das Qualitätsmodell andere Schwerpunkte: Entscheidet man sich für die Zielebene (Was soll erreicht werden?), treten Fragen zu den materiellen, personellen, und gesetzlichen Voraussetzungen sowie zur Handlungsebene (Mit welchen Angeboten soll das Ziel erreicht werden? Welche Methoden sind dabei anzuwenden?) in den Vordergrund. Ist die Handlungsebene der Ausgangspunkt (z.B. die Safer-Use-Beratung), konzentriert sich der Blick auf die strukturellen Voraussetzungen für das Angebot und auf die Ziele, die mit ihm erreicht werden sollen.

Bei der Analyse der Handlungsebene rückt die Einrichtung, eine ihrer Abteilungen oder eines ihrer Projekte in den Mittelpunkt der Betrachtung. Hier wird eine Leistung erbracht, die sich auf den – zwischen KlientInnen und MitarbeiterInnen ausgehandelten – Bedarf bezieht. Analysieren läßt sich ebenso der Beratungs- oder Hilfeprozeß, und zwar sowohl beim Einzelfall (Wurde bei ihr/ihm das gesetzte Ziel erreicht?) als auch bei der Einrichtung (Erreicht sie mit ihren Angeboten die jeweils gesetzten Ziele?).

Bei Qualitätsmodellen gilt es somit, sich über die zu betrachtende „Einheit" (z.B. Versorgung in der Region, die einzelne Einrichtung, das Angebot „psychosoziale Betreuung") zu verständigen.

Als besonders sinnvoll erscheint es, eine Einrichtung als Ganzes in den Blick zu nehmen, weil so alle drei Ebenen – Struktur-, Handlungs- und Ergebnisebene – im Zusammenhang erfaßt werden können. Das im folgenden vorgeschlagene Modell ist geeignet, die Qualitätsdiskussion auf jeder Ebene zu strukturieren.

Prinzipien der akzeptierenden Drogenarbeit

Als Reaktion auf die offensichtlichen Grenzen der klassischen Drogenhilfe, der es an Konzepten mangelte, um der zunehmenden Verelendung von DrogenkonsumentInnen und der Bedrohung durch HIV entgegenzuwirken, bildete sich in den 80er Jahren die akzeptierende Drogenarbeit als Arbeitsansatz heraus. Sie brachte als Innovation Harmreduction-Konzepte in das Hilfesystem ein. Durch schadensbegrenzende Angebote – Überlebenshilfen, Unterstützung beim Erlernen risikomindernder Konsumformen (Safer Use) – und durch die Vermittlung ergänzender Hilfen – z.B. Substitutionsbehandlung, Entzugsbehandlung, Therapie – sollte der Zugang zu hilfebedürftigen DrogenkonsumentInnen erweitert werden. Mit ihrer Orientierung auf Schadensbegrenzung setzt die akzeptierende Drogenarbeit einen pragmatischen und integrativen Ansatz (niedrigschwelliger Zugang, akzeptierendes Arbeiten) um. Sie grenzt sich damit von der hochschwellig arbeitenden Drogenhilfe und der repressiven Politik des Staates gegenüber DrogenkonsumentInnen ab.

Die akzeptierende Drogenarbeit, heute ein anerkannter Bestandteil der öffentlichen Drogenhilfe, zielt auf die Minimierung gesundheitlicher, sozialer und psychischer Risiken bei DrogengebraucherInnen. Mit diesem Anspruch leitete sie einen Paradigmenwechsel ein: in den auf Drogenkonsum und -konsumentInnen bezogenen Wahrnehmungs- und Erklärungsmustern sowie im Hinblick auf notwendige institutionelle Unterstützungsleistungen. Sie wirkt damit in Richtung einer allgemeinen konzeptionellen Neubestimmung der Drogenhilfe.

In der „neuen" Wahrnehmung ist der Gebrauch psychoaktiver Substanzen und die mögliche Entwicklung abhängiger (bzw. süchtiger/kompulsiver) Konsummuster nicht durch starre Kategorien definierbar. Es gibt nicht „die" Verlaufsform, „den/die" DrogengebraucherIn, „die" Suchtpersönlichkeit, „die" Diagnosekriterien, ebensowenig „die" Ursachen für das Zustandekommen eines drogenbezogenen Lebensstils. Der Weg zum Drogengebrauch und zur Entwicklung zwanghafter, exzessiver Konsummuster bis hin zu einer Abhängigkeit (als subjektives Konzept und/oder als Zuschreibung durch das Umfeld) wie auch der Weg aus drogenbezogenen Lebenszusammenhängen ist in vielerlei Hinsicht „offen". Auch für – im klassischen Sinne – schwere „Abhängigkeitserkrankungen" gelten die Grundsätze der akzeptierenden Arbeit, die je nach Situation und Ressourcen der Betroffenen zu konkretisieren sind.

Die jeweils sehr individuellen, spezifische Phasen aufweisenden Verläufe (kontrollierte Gebrauchsmuster oder zwanghafte Konsumphasen, selbst- oder fremdinitiierte Clean-, Ausstiegs- oder Entzugsphasen) werden durch ein komplexes Gefüge individueller und setting-spezifischer Faktoren bedingt und durch diese mitgestaltet. Eine mechanistische Betrachtungsweise, die eine stereotype Abfolge von physischen und psychischen Zuständen unterstellt, ist unhaltbar. Drogenhilfe, die dieser Sichtweise anhängt, arbeitet zwangsläufig am tatsächlichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf vorbei.

Neben der im Konsumverhalten liegenden Dynamik, die den Hilfe- und Unterstützungsbedarf wesentlich bestimmt, müssen ebenso biographische und soziale Merkmale der KlientInnen berücksichtigt werden. Hierzu zählen Alter, Geschlecht, soziale Herkunft, familiale, schulische und berufliche Sozialisation, Zeitpunkt und Umstände des Einstiegs in den Drogengebrauch, Dauer des zwanghaften, exzessiven Konsums, Maß der Integration in die Drogenszene, Art und Intensität drogenfreier Kontakte, Variabilität der Motivation zum Drogengebrauch, psychosoziale Bedeutung des Konsums, Länge der selbst- oder fremdinitiierten Cleanphasen sowie der kontrollierten – auch genußorientierten – Gebrauchsphasen, Art der konsumierten Drogen und der Gebrauchsmuster, bewußte Risikoabschätzung bezüglich Anwendungsweise, -menge und -häu-

figkeit. All diese Merkmale sind wichtig für die Beurteilung der Dynamik und Spannbreite drogenbezogener Entwicklungen. Sie verweisen zugleich darauf, daß sehr unterschiedliche Hilfs- und Unterstützungsangebote nötig sind, deren Qualität es zu bewerten und zu sichern gilt.

Die Voraussetzungen akzeptierenden Arbeitens ergeben sich aus folgendem Grundsatz: Drogengebraucher sind mündige, zu Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen und haben ein Recht auf menschenwürdige Behandlung. Akzeptierende Drogenarbeit bedeutet deshalb

- frühzeitige, direkte und wohnortnahe Ansprache sowie bedürfnisorientierte Versorgung. Sie unterscheidet sich damit von angebotsorientierten Ansätzen, bei denen die KlientInnen dem Konzept entsprechend gesucht werden.
- Bereitstellen von Hilfen unter Einbeziehung und Verstärkung von Handlungskompetenzen und Selbsthilferessourcen der Betroffenen.
- Orientierung auf selbstbestimmte Konsummuster. Dies schließt das Recht auf ein Anderssein und auf Selbstbestimmung des eigenen Lebensweges ein – ob mit oder ohne Drogen.
- Verzicht auf das Unterstellen einer generellen Behandlungsbedürftigkeit von DrogengebraucherInnen im Sinne klinischer, therapeutischer oder sozialpädagogischer Interventionen. Dabei wird keineswegs übersehen, daß es therapiebedürftige, kranke, abhängige oder betreuungsbedürftige KonsumentInnen gibt. Es wird jedoch davon ausgegangen, daß nicht bei jedem Problem institutionelle Hilfe nötig ist.
- Unterstützung zur (Wieder-)Herstellung von Autonomie und Selbststeuerungsfähigkeit (Empowerment), verbunden mit dem Abbau der „Opfer- und KlientInnenrolle" in der Selbst- und Fremdwahrnehmung. Dabei wird nicht ausgeschlossenen, daß es an entsprechenden Fähigkeiten mangeln kann. Vielmehr gilt, daß diese in der Regel nicht generell, wohl aber in Einzelbereichen und phasenweise eingeschränkt sein können.
- Anerkennen der positiven wie auch negativen Wirkungen des Drogengebrauchs und Akzeptanz der Tatsache, daß auch der Konsum illegalisierter Drogen ein „Lebensentwurf" sein kann, über den handlungsfähige Subjekte eigenverantwortlich bestimmen.
- Verzicht auf Appelle oder Forderungen, das Verhalten sofort zu ändern.
- Akzeptanz des drogenbezogenen Lebensstils ohne „Verbrüderung" und ohne Einlassen auf dramatisierende, mitleidheischende Selbstdarstellungen. Dies impliziert ein ausgewogenes Verhältnis von Nähe und Distanz sowie von gewährendem und forderndem Vorgehen im professionellen Kontakt.
- kritische Auseinandersetzung mit den Defiziten der Betroffenen und deren drogenbezogenen Problemen. Dies schließt moralische Verurteilung oder fürsorgliche Entmündigung ebenso aus wie eine Idealisierung.
- flexibles Reagieren auf Veränderungen von Drogenkonsummustern und Drogenszenen im Sinne einer (sub-)kulturellen Spezifizierung
- Aufrechterhalten des Anspruchs, auf drogenpolitische Veränderungen hinzuarbeiten und auf politisch Verantwortliche einzuwirken, da das sichtbare „Drogenelend" immer auch die Folge einer verfehlten Drogenpolitik ist.

Daraus leiten sich die Prinzipien und die Handlungsleitlinien für ein allgemeines Qualitätsmodell der akzeptierenden Drogenarbeit ab, die im Folgenden dargelegt werden. Sie sollen den Einrichtungen helfen, ihre Arbeit systematisch zu reflektieren und ihre Konzepte zu präzisieren.

Akzeptanz von DrogengebraucherInnen als mündige, zu Selbstverantwortung und Selbstbestimmung fähige Menschen und Akzeptanz des Rechts auf Autonomie

Dieses Prinzip schließt eine autoritäre Durchsetzung des Abstinenzgebots und Forderungen zur sofortigen Verhaltensänderung aus. Statt dessen fordert es dazu auf, unterschiedliche Lebensstile zu akzeptieren, bei einer selbstbestimmten Lebensführung zu unterstützen und gemeinsam mit den KlientInnen Möglichkeiten für einen eigenverantwortlichen, risikominimierenden und genußorientierten Umgang mit Drogen zu entwickeln. Dies kann für den einen ein Leben mit Drogen, für die andere ein Leben ohne Drogen bedeuten. Diese Zielsetzung wird durch die generelle Pathologisierung der KonsumentInnen verbotener Drogen und durch deren Klientisierung

sowie durch das Festhalten an der Abstinenzorientierung und an der Ausgrenzung bestimmter KonsumentInnengruppen massiv behindert.

Das Orientieren auf Eigenverantwortung und Autonomie bedeutet nicht, daß Betroffene in Krisensituationen sich selbst überlassen bleiben, sondern daß dann aktiv Verantwortung für sie übernommen wird. Anders als beim „klassischen" Hilfeverständnis bezieht sich die aktive Übernahme von Verantwortung hier einzig auf Ausnahmesituationen, es ist also nicht die Regel. Ein akzeptierender Ansatz ist mit Ignoranz gegenüber den Problemen der KonsumentInnen und mit einem Verzicht auf sozialpolitische Interventionen in gesellschaftlichen Problembereichen nicht vereinbar.

Wahrung und Schutz der Würde der KlientInnen

Der Schutz der Menschenwürde ist ein unantastbares Prinzip der akzeptierenden Drogenarbeit. Die besondere Situation der KonsumentInnen illegalisierter Drogen, die Eingebundenheit der Drogenarbeit in ordnungspolitische Erwartungen der Gesellschaft und die Bevormundung „Süchtiger" gemäß Leidensdruck-Theorie und Abstinenzgebot machen es unumgänglich, Humanität und Menschenwürde im Umgang mit Drogengebrauchenden mit Nachdruck einzufordern. Inspektionen des Intimbereichs, Urinproben unter Aufsicht, nicht abschließbare Toiletten, Sexverbot, Trennung von Eltern und Kindern, offene oder subtile Ächtung der Homosexualität: all dies darf im Drogenhilfesystem keinen Platz haben, und hiervon distanziert sich akzeptierende Drogenarbeit nachdrücklich. Sie begreift sozialarbeiterisches Handeln als einen wechselseitigen Prozeß, den es auszuhandeln gilt. Das bedeutet, daß auch in Grenzbereichen keine Erziehung statthaft ist, die sich auf Sanktionen (zur Steigerung des „Leidensdrucks") stützt. „Unvernünftiges" oder selbstschädigendes Verhalten belegt nicht generell Unfähigkeit zu Selbstverantwortung. Angesichts dessen wird verständlich, daß akzeptierende Drogenarbeit nur in Ausnahmefällen und immer nur zeitlich begrenzt (z.B. in Notfällen) Verantwortung für die KlientInnen übernehmen darf.

Die Achtung der Menschenwürde erfordert es ebenso, auf kulturelle, biographische und individuelle Besonderheiten (z.B. Religion, bestimmte Ernährung oder Kleidung, Biographie, Wertorientierungen, Fähigkeiten, Lebensziele, gesundheitliche Störungen) Rücksicht zu nehmen, vor allem bei längerfristigen stationären Behandlungen.

Normalisierung des Umgangs mit DrogenkonsumentInnen und mit dem Drogenproblem

Drogenarbeit ist konfrontiert mit

- gesellschaftlicher Ausgrenzung, Kriminalisierung und Stigmatisierung der DrogenkonsumentInnen
- KlientInnen mit zum Teil erheblichen sozialen Beeinträchtigungen als Folge von Ausgrenzung
- der Erwartung der Gesellschaft, das Drogenhilfesystem habe im Rahmen des gesellschaftlichen Managements von Drogenproblemen (z.B. offene Drogenszenen) Ordnungsfunktion auszuüben
- den Schwierigkeiten der KlientInnen, ihr Leben in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht „gesünder" zu gestalten

Der gesellschaftliche Umgang mit Drogen und DrogenkonsumentInnen trägt zum Entstehen des Drogenproblems bei, das durch das Hilfesystem gemanagt werden soll. Für die akzeptierende Drogenarbeit ergibt sich daraus eine besondere ethische Verantwortung. Drogenkonsum wird meist als „Abweichung" wahrgenommen, von den Hilfesuchenden wird – bereits bei der Kontaktaufnahme – indirekt eine Selbstetikettierung als „Versager" gefordert und die Übernahme fremder Zielsetzungen (z.B. Abstinenz) abverlangt. All dies sind Schwellen, die eine Inanspruchnahme des Hilfesystems erschweren. Hilfen werden deshalb oft sehr spät, erst bei eskalierenden Problemen, gesucht.

Die Normalisierung des gesellschaftlichen Umgangs mit Drogen ist somit Ziel und Grundbedingung einer humanen und wirkungsvollen Drogenhilfe. Die akzeptierende Drogenarbeit gestaltet diesen Prozeß aktiv mit und engagiert sich zugleich für eine Normalisierung der Lebensbedingungen der KlientInnen. Dies schließt den Abbau gesellschaftlicher Ausgrenzung mit den negativen Folgen für die medizinische Versorgung und psychosoziale Unterstützung ein. An-

gestrebt ist die schrittweise Integration von Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen für diesen Personenkreis in das allgemeine gesundheitliche und soziale Hilfesystem, um die ghettoisierende Wirkung der Drogenarbeit aufzubrechen.

Schutz vor gesundheitlichen und sozialen Schäden, vor Stigmatisierung und Kriminalisierung

Aufgrund der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen führt der Konsum illegalisierter Drogen oft zu gesundheitlichen und sozialen Schäden und provoziert negative Reaktionen des sozialen Umfelds (z.B. Ausgrenzung oder Verfolgung). Die akzeptierende Drogenarbeit versucht, dies zu verhindern oder zumindest zu lindern und einer „Selbstschädigung" entgegenzuwirken. Hierzu bedarf es einer präventiven Orientierung, bei der Schadensverhinderung den Vorrang gegenüber nachträglicher „Reparatur" hat. Ansätzen, die auf „Leidensdruck" setzen, wird damit eine Absage erteilt. Ferner gilt, daß den KlientInnen durch die Art der Behandlung und die Umstände, unter denen sie durchgeführt wird (z.B. Substitution, Entgiftung, stationäre Behandlung oder Krisenintervention), nicht geschadet werden darf.

Orientierung an den Bedürfnissen der KlientInnen

Die konzeptionelle und praktische Arbeit geht von den Bedürfnissen der KlientInnen aus. Das bedeutet nicht, auf alle Ansprüche zu reagieren. Institutionelle Hilfe und Unterstüzung ist Ergebnis von Aushandlungsprozessen zwischen den MitarbeiterInnen und KlientInnen, in denen die Zielsetzungen reflektiert und die Angemessenheit der Ansprüche abgeklärt werden. Den Einrichtungen der Drogenarbeit kommt die Rolle von „Dienstleistern" zu, deren Aufgabe es ist, verschiedene „Auftraggeber" zufriedenzustellen. Gerade im Bereich illegalisierter Drogen gehen die Erwartungen der Auftraggeber jedoch sehr weit auseinander, weshalb die Widersprüche zwischen ihnen – z.B. den unmittelbaren Bedürfnissen der KlientInnen und den ordnungspolitischen oder wirtschaftlichen Ansprüchen der Leistungsträger – besonders ausgeprägt sind. Akzeptierend arbeitende Einrichtungen nehmen die KlientInnen, ihre Angehörigen, zuweisende und nachbehandelnde Institutionen, Kostenträger sowie gesundheits- und sozialpolitische Instanzen als Auftraggeber wahr. Die Zufriedenheit von Auftraggebern darf jedoch nicht auf Kosten der Erwartungen und Wünsche der KlientInnen und durch Mißachtung fachlicher Grundsätze hergestellt werden.

Zu den Aushandlungsprozessen gehört die systematische Rückkoppelung mit den KlientInnen, die auch durch Kooperation mit Selbsthilfeorganisationen, durch Beteiligung von InteressenvertreterInnen und durch weitere Methoden (z.B. anonymisierte Befragungen) erfolgen kann.

Drogenpolitisches Engagement

Auf Drogen und Drogenkonsum bezogene gesellschaftliche Normen und Werte und deren Umsetzung in der Politik bilden wichtige Rahmenbedingungen für das Drogenhilfesystem. Aus diesem Grund setzt sich akzeptierende Drogenarbeit für Veränderungen in der Gesundheits-, Sozial- und Drogenpolitik im Sinne der hier genannten Prinzipien ein.

Die Forderung nach Normalisierung des Umgangs mit illegalisierten Drogen und deren KonsumentInnen beruft sich darauf, daß der Konsum psychoaktiver Substanzen zur Befindlichkeitssteuerung (Alkohol, Zigaretten, Tabletten, Kaffee u.a.) soziokulturell verankert und sozial integriert ist und folglich als „normales" Verhalten gilt, und daß mit Problemen, die aus dem Konsum dieser Substanzen folgen, relativ pragmatisch umgegangen wird. Das Aufbrechen einseitiger und naiver Wahrnehmungs- und Erklärungsmuster führt letztlich zu einer Erweiterung der Kontakt- und Arbeitsmöglichkeiten akzeptierend arbeitender Drogenhilfeeinrichtungen:

- Angebote werden frühzeitiger, noch bevor es zu Schädigungen kommt, genutzt
- soziale Integration (etwa ins Berufsleben) ist eher möglich
- die Einbindung in andere soziale Dienstleistungen wird leichter
- eine informierte Öffentlichkeit neigt weniger zu Stigmatisierung und ist eher in der Lage, Menschen mit Drogenproblemen tolerant und hilfsbereit zu begegnen

Ziele und Methoden der akzeptierenden Drogenarbeit

Die nachfolgend aufgeführten Ziele und Methoden spiegeln die o.g. Prinzipien wider. Sie dienen zur inhaltlichen Orientierung und zugleich als Hilfsmittel, die eigene Arbeit systematisch zu analysieren und konzeptionell weiterzuentwickeln. Aus ihnen lassen sich Fragen zur Qualität der eigenen Arbeit sowie Qualitätskriterien für einzelne Arbeitsbereiche ableiten.

Ziele der akzeptierenden Drogenarbeit

Verhinderung oder zumindest Linderung von somatischen, psychischen und sozialen Schädigungen, die sich aus dem Konsum illegalisierter Drogen ergeben können, und Bereitstellen von Hilfen für das Überleben und das Bearbeiten von Problemen

Schadensminimierung wird durch Beratung zu risikoärmeren Konsumformen und Safer-Use-Praktiken sowie durch Spritzenvergabe angestrebt. Überlebenshilfe erfolgt durch Krisenintervention und andere praktische Angebote.

Wahrung und Verbesserung des Gesundheitszustandes und psychosoziale Stabilisierung

Somatische Schädigungen, die aus dem Drogenkonsum resultieren, sollen behoben oder zumindest gelindert werden.

Vor allem exzessiver (abhängiger) Drogenkonsum kann das Sozialverhalten beeinträchtigen. Deshalb müssen die Angebote des Drogenhilfesystems auf zentrale Bereiche des Alltagslebens der KlientInnen zugeschnitten sein. Angebote, die auf die Förderung und den Erhalt von Fähigkeiten zur Selbstversorgung oder zur Gestaltung von Arbeit und Freizeit zielen, tragen z.B. zu sozialer Integration bei.

Förderung der Selbstbestimmung und Aktivierung von Selbsthilfepotentialen

Alle Angebote müssen zum Ziel haben, die KlientInnen zu befähigen, für sich Verantwortung zu übernehmen und über ihr Leben selbst zu bestimmen. Das gilt auch und gerade für den Konsum von Drogen, dessen Risiken begrenzt werden sollen und bei dem es gilt, eine Schädigung anderer zu verhindern. Ebenso soll erreicht werden, daß bei drogenbezogenen Problemen Hilfen aktiv in Anspruch genommen werden. Die KlientInnen sollen deshalb befähigt werden,

- drogenbezogene Probleme wahrzunehmen, realistisch einzuschätzen und in ihr Selbstbild zu integrieren,
- Situationen zu erkennen, die unkontrollierten Drogenkonsum fördern oder ihn verhindern, und angemessen damit umzugehen,
- sich sozial zu integieren und sich dabei gegen Benachteiligung und Diskriminierung zu wehren (im Hinblick auf Beziehungen, Arbeit, Wohnen),
- bei Problemen die jeweils geeigneten Hilfen rechtzeitig in Anspruch zu nehmen.

Förderung der sozialen Integration und Handlungsfähigkeit

Wer ausgegrenzt und stigmatisiert wird, ist kaum in der Lage, lebenspraktische Fähigkeiten beizubehalten oder zu entwickeln. Dadurch werden soziale Desintegration und Isolation noch verstärkt. Besonders kompulsiver Konsum erschwert die Bewältigung des Alltags, u.a. im Hinblick auf Ernährung, Hygiene, Haushaltsführung, die Übernahme sozialer Rollen, so daß schließlich der Verlust von Fähigkeiten zu sozialer Integration droht.

Akzeptierende Drogenarbeit muß daher das Lebensumfeld der KlientInnen in ihre Konzepte einbeziehen. Handlungsstrategien sind so anzule-

gen, daß die kulturelle Identität und der individuelle Lebensstil der KlientInnen bewahrt bleiben und deren Fähigkeiten zur sozialen und kulturellen Teilhabe wiederhergestellt, gesichert und erweitert werden. Vorrangig geht es um die Integration in die Bereiche Wohnen, Selbstversorgung, Beruf/Beschäftigung, Partnerschaft/Familie und soziale Kontakte. Die angebotene Unterstützung muß auf die -möglicherweise auch dauerhaft eingeschränkten – Fähigkeiten der KlientInnen abgestimmt sein.

Methoden der akzeptierenden Drogenarbeit

Orientierung am Individuum

Angebote, Hilfen und Behandlungansätze, die sich zunächst aus fachlichen Standards ableiten (und im Konzept der Einrichtungen oft entsprechend festgeschrieben sind), sind auf den Einzelfall zuzuschneiden. Sie müssen daher die individuellen Fähigkeiten und Lebensbedingungen berücksichtigen, damit sie langfristig akzeptiert und in den Lebensalltag integriert werden können. Bei der Planung von Hilfen und Behandlungsansätzen ist besonderes Gewicht darauf zu legen, daß die KlientInnen so weit wie möglich mitwirken. Gegenseitige Akzeptanz und Achtung der KlientInnen und MitarbeiterInnen ist deshalb ein methodischer Grundsatz. Die Orientierung am Individuum erfordert es zugleich, Lebenswelten zu berücksichtigen, u.a. geschlechtsspezifische Angebote vorzuhalten, die den jeweils unterschiedlichen Erfahrungen und Bedürfnissen von drogenkonsumierenden Frauen und Männern gerecht werden.

Beziehungsorientierte Hilfen, Begleitung und Behandlung

Drogenbezogene Probleme, Drogenmißbrauch und -abhängigkeit lassen sich nur dann beurteilen und bearbeiten, wenn sich die KlientInnen und MitarbeiterInnen gegenseitig achten und respektieren. Dem muß durch den möglichst frühzeitigen Aufbau von Bezugspersonensystemen Rechnung getragen werden. Anzustreben ist, daß jede/r KlientIn längerfristig und über mehrere Phasen der Inanspruchnahme von Hilfe hinweg von ein und derselben Person betreut wird, was nicht im Widerspruch zur fachlichen Spezialisierung und Vernetzung von Hilfsangeboten stehen muß.

Der Erfolg von Hilfen und vor allem von Behandlungen hängt wesentlich von der Qualität der Beziehung zwischen MitarbeiterIn und KlientIn ab. Bei der aktiven Beziehungsgestaltung spielen folgende Faktoren eine Rolle:

- Akzeptanz der KlientInnen in ihrer Persönlichkeit; sie dürfen nicht als „SymptomträgerInnen" wahrgenommen werden
- Präsenz der MitarbeiterInnen als „personales Gegenüber" statt in der „Funktion" des/der Helfenden
- selektive Authentizität (ohne sich aufzudrängen)
- Balance zwischen Nähe und Distanz auf der Grundlage gegenseitiger Akzeptanz; auf diese Weise können Überidentifikation und „Verschmelzung" vermieden werden

Transparenz bei der Planung von Hilfe und Unterstützung

Die Planung von Hilfe und Unterstützung ist ein kooperativer, offen gestalteter und für alle Beteiligten verpflichtender Prozeß, in dessen Mittelpunkt der/die KlientIn steht. Besonders längerfristige Leistungen müssen für die MitarbeiterInnen wie auch die KlientInnen transparent und damit nachvollziehbar, berechenbar und kontrollierbar sein.

Beide Seiten haben, wenn wiederholt Grenzen überschritten wurden, jederzeit das Recht, Änderungen in der Hilfeplanung vorzuschlagen oder gegenseitige Verpflichtungen aufzukündigen. Durch genaues Beschreiben der geplanten Maßnahmen, durch ihre Erörterung im Team und durch die Dokumentation der Durchführung wird Transparenz nach innen und außen erzeugt.

Mehrdimensionales Verständnis von Drogenkonsum und Abhängigkeit

Drogenarbeiterisches Handeln – von der Einschätzung der Lebenslage über die Diagnostik bis hin zu den verschiedenen Interventionsstufen – basiert auf einem mehrdimensionalen (= „ganzheitlichen") Verständnis von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit, das körperliche, phar-

makologische, biochemische, psychische, biographische, soziale und kulturelle Gesichtspunkte im Hinblick auf Entstehung, Verlauf, Behandlung und Prognose berücksichtigt. Dementsprechend ist ein multiprofessionell zusammengesetztes Team die Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Drogenarbeit.

Diagnostik (Exploration)

Diagnosen – insbesondere zu Abhängigkeit – bergen häufig die Gefahr, daß KlientInnen pathologisiert und stigmatisiert werden und diese sich durch entsprechende Selbstzuschreibungen lähmen. Die Diagnose ist kein Selbstzweck, sondern dient der Hilfeplanung, die präzise an das „Explorierte" – vor allem an die Ressourcen der Klientin/des Klienten – anzuknüpfen hat. So verstanden gehört sie zum Inventar einer qualifizierten akzeptierenden Drogenarbeit.

Jede Diagnose muß sich auf die verschiedenen Handlungsfelder des Hilfesystems beziehen. Gefährdungen oder das Ausmaß bereits vorhandener somatischer, psychischer und sozialer Schädigungen müssen möglichst zuverlässig eingeschätzt werden. Die Abklärung der Probleme und des jeweiligen Bedarfs erfolgt gemeinsam mit den KlientInnen. Dabei wird berücksichtigt, daß drogenbezogene Entwicklungen in Phasen erfolgen. Ob es sich um sozial integrierten Konsum oder um drogenbezogene Probleme bis hin zu Symptomen des klassischen Abhängigkeitsmodells handelt: alle Fragen, die sich hieraus für die KlientInnen und ihre Bezugspersonen ergeben, und die Bedeutung, die sie für den einzelnen im Hinblick auf andere Aspekte des Alltagslebens haben (Partnerschaft, FreundInnen, Materielles), sind in der Diagnose festzuhalten. Diagnosen werden nicht nur einmal, sondern – analog zu den jeweiligen Entwicklungen – wiederholt gestellt. Ihrem Ergebnis entsprechend handeln KlientInnen und MitarbeiterInnen gemeinsam den „Auftrag" an das institutionelle Hilfesystem aus.

Mit Drogenkonsum verbundene Probleme sind nur zu verstehen, wenn der soziale Kontext, in dem sie entstanden sind, entsprechend berücksichtig wird. Insofern muß in der akzeptierenden Drogenarbeit auch die Diagnostik von einem mehrdimensionalen Verständnis geleitet sein.

Bei *akuten* Interventionen steht die unmittelbare Linderung somatischer, psychischer und sozialer Probleme im Vordergrund; vor allem gilt es, die Suizidgefahr zu bannen. Die *längerfristig angelegte* Beratung und Begleitung hat die Gesamtproblematik im Blick.

Einbeziehung methodisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse

Interessengeleitete Forschung will nicht nur die Realität empirisch erfassen, sondern auch belegen, weshalb Forderungen zur strukturellen Verbesserung der Lebenslage von DrogenkonsumentInnen vernunftgeleitet sind. Sie soll deren Bedürfnisse ermitteln sowie die Widersprüche und Brüche in der Logik von Prävention und Hilfe aufdecken. Deshalb muß sie sich ebenso darum bemühen, die Lebenssituation der Beforschten kennenzulernen. Unverzichtbar ist die Zusammenarbeit mit Drogenselbsthilfen und PraktikerInnen der Drogenarbeit, um Hilfe- und Unterstützungsprozesse aus verschiedener Sichtweise kritisch analysieren zu können.

Eine differenzierte, an Entwicklungsprozessen orientierte Drogenforschung ist unverzichtbar, um auf Veränderungen bei Drogengebrauchsmustern und in den Drogenszenen angemessen zu reagieren.[2] Wo Wissenslücken bestehen oder Erkenntnisse keine praxisrelevanten Schlußfolgerungen zulassen, orientiert sich die praktische Arbeit am erfahrungsgeleiteten fachlichen Konsens. Bei der Weiterentwicklung von Erkenntnissen kommt deshalb der Einbeziehung der praktischen Arbeit besondere Bedeutung zu. Aus einem solchen Verständnis heraus wird auf qualitative Forschungsmethoden zurückgegriffen. Gleichwohl schaffen auch quantitative Erhebungen wertvolle

2 Drogenforschung darf nicht substanzfixiert sein, sondern muß die psychosoziale Bedeutung des Drogengebrauchs subjektbezogen, situativ und prozeßorientiert entschlüsseln. Vorgefaßte Konzepte, die auf simplifizierende Ursache-Wirkung-Mechanismen abstellen, taugen hierfür wenig. Vielmehr gilt es, das Handeln der DrogenkonsumentInnen als aktives Sich-Aneignen von (sub-)kulturellen drogenbezogenen Erfahrungen in spezifischen sozialökologischen Zusammenhängen wahrzunehmen. Durch das qualitative Erfassen von Voraussetzungen, Verläufen und Auswirkungen des Handelns aus der Sicht der MitarbeiterInnen und der KlientInnen im Verbund mit quantitativen Forschungsergebnissen wird Wissen bereitgestellt, das dazu dient, Konzepte der Drogenarbeit zu modifizieren sowie bedürfnis- und bedarfsgerechte Angebote zu entwickeln.

Grundlagen für die Planung qualitativ hochwertiger Hilfen und Behandlungsmaßnahmen.

Um Angebote dem aktuellen Stand des Fachwissens entsprechend konzipieren und umsetzen zu können, ist die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung aller in der Drogenarbeit tätigen Berufsgruppen unabdingbar.

Vernetzung von Fachkompetenzen (Multiprofessionalität)

In der Drogenarbeit müssen verschiedene Berufsgruppen (Sozialarbeit, Soziologie, Psychologie, Medizin usw.) und Selbsthilfeorganisationen kooperieren und ihre spezifischen Kompetenzen einbringen. Multiprofessionalität ist somit ein Merkmal einer qualifizierten akzeptierenden Drogenarbeit. Das bedeutet, daß die jeweils unterschiedlichen Wahrnehmungs- und Handlungsmuster der Beteiligten bei der Planung, Durchführung und Bewertung von Hilfe- und Unterstützungsleistungen zu berücksichtigen sind. Die Dominanz einer Disziplin oder ein Alleinvertretungsanspruch verbietet sich von daher.

Multiprofessionalität lebt zugleich von der Weiterentwicklung fachspezifischer Ansätze und Konzepte. Unerläßlich ist daher der fachliche Austausch über die Einrichtung oder Organisation hinaus.

Vernetzung psychosozialer Hilfen

Die akzeptierende Drogenarbeit versteht sich als Teil eines komplexen psychosozialen Angebotssystems, das für Hilfesuchende Leistungen erbringt mit dem Ziel einer möglichst weitreichenden sozialen Integration.

Die Vernetzung („koordinierte Kooperation") mit anderen Einrichtungen der Drogenarbeit, mit der Drogenselbsthilfe sowie mit allgemeinen medizinischen und sozialen Hilfen ist ein wichtiges Merkmal einer qualifizierten Versorgung von DrogenkonsumentInnen. Mit dieser Methode soll das Spektrum von Angeboten erweitert, der Zugang zu ihnen erleichtert und damit einer weiteren „Ghettoisierung" der DrogenkonsumentInnen entgegengewirkt werden.

Es ist an und für sich nicht nötig, in allen Drogeneinrichtungen spezielle Hilfen wie z.B. Wohnungsvermittlung oder Rechtsberatung vorzuhalten. Die Dringlichkeit solcher Angebote ergibt sich jedoch aufgrund der gesellschaftlichen Ausgrenzung und Diskriminierung der KonsumentInnen illegalisierter Drogen.

Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen

Die akzeptierende Drogenarbeit will Diagnostik, Hilfe und Unterstützungsleistungen „so ambulant wie möglich" anbieten. Die Entscheidung für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung treffen der/die KlientIn und der/die MitarbeiterIn gemeinsam. Sie ist dann sinnvoll, wenn Hilfe – zumindest für eine bestimmte Zeit – nur in einem stationären Schutzraum gelingen kann.

Förderung von Selbsthilfeorganisationen und -aktivitäten

Akzeptierende Drogenarbeit zielt auf die Aktivierung von Selbsthilfepotentialen. Folglich fördert sie auch die Selbsthilfeorganisationen der Betroffenen. Gleichzeitig gibt sie Unterstützung bei der Schaffung von Rahmenbedingungen für die Selbsthilfearbeit.

Dokumentation

Die Dokumentation erfaßt alle Daten zur Person, die für die Einrichtung oder einzelne ihrer Arbeitsbereiche von Belang sind: Daten zur Diagnostik (Exploration), zur Maßnahmenplanung und zu erbrachten Leistungen sowie zur Erfolgskontrolle erforderliche Daten. Die Dokumentation unterstützt bei der Planung der jeweils nötigen Hilfe und gibt Hinweise für deren Gestaltung (planungs- und zielorientierte Dokumentation). Zugleich macht sie das drogenarbeiterische Handeln und die Entwicklung des Klienten/der Klientin für andere nachvollziehbar und ermöglicht so eine spätere Beurteilung. Sie ist somit eine Grundlage für Transparenz und systematisches Feedback und ermöglicht es, über die Arbeit Rechenschaft abzulegen (z.B. in Form von Jahresberichten und Statistiken).

Bei der Dokumentation sind die Bestimmungen des Datenschutzes einzuhalten.

Datenschutz

In der Drogenarbeit ist es besonders wichtig, persönliche Daten (z.B. Name, Adresse, Alter, Hintergrund der Kontaktaufnahme) zu schützen, da sie bei Bekanntwerden zu Diskriminierungen (z.B. Kündigung) führen können. Allein schon die Tatsache, daß jemand Kontakt zu einer Drogeneinrichtung hat, kann als Indikator für persönliche Unzulänglichkeit gelten und Nachteile in Beruf und Familie mit sich bringen.

Wirkungsvoller Datenschutz erfordert Schulung, Handlungsanweisungen zum Umgang mit den Daten von KlientInnen sowie organisatorische und technische Zugriffssicherung gegenüber Außenstehenden.

Öffentlichkeitsarbeit

Um Berührungsängste und Vorurteile gegenüber DrogenkonsumentInnen und das Drogenhilfesystem abzubauen, müssen die Einrichtungen bemüht sein, die Öffentlichkeit auf breiter Basis über Drogenkonsum, Drogenabhängigkeit und damit verbundene Probleme sowie über die Möglichkeiten zu deren Bearbeitung zu informieren. Dies dient ebenso dazu, das Vertrauen in die Drogenarbeit zu stärken und deren fachliches Ansehen zu steigern. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit gilt es,

- sachgerecht über die Wirkung von Drogen, verschiedene Applikationsformen sowie über die Risiken und den Nutzen des Drogenkonsums zu informieren
- drogenbezogene Themen zu entmythologisieren
- Modelle zur Kontrolle des eigenen Drogenkonsums publik zu machen, die, statt auf Verteufelung und Abschreckung, auf Drogenmündigkeit zielen
- in Bezug auf Drogenprobleme eine Orientierung auf soziale Kontrollmechanismen (in Abgrenzung zu justitiellen) zu erreichen

Reflexion

Um die verschiedenen Bereiche und Ebenen der akzeptierenden Drogenarbeit als qualifizierten und geplanten Prozeß gestalten zu können, ist eine kontinuierliche Reflexion unerläßlich. Sie bezieht sich

- auf die theoretischen Grundlagen der Arbeit des Teams und der einzelnen Professionen. Hierbei gilt es, die Qualität und Quantität der allgemeinen fachlichen Fort- und Weiterbildung auf verschiedenen Ebenen zu überprüfen
- auf das eigene fachliche Handeln. Vor allem ist zurückzuverfolgen, wie ein Ergebnis erreicht wurde. Dies geschieht durch das Nachbesprechen von Behandlungsverläufen. Auf diese Weise kann aus Erfahrungen gelernt werden.
- auf besondere Ereignisse negativer Art (wie Übergriffe oder Suizidversuche) wie auch positiver Art (z.B. bemerkenswerte Fortschritte, selbstinitiierte Ausstiege)
- auf persönliche Haltungen und Fähigkeiten in der Interaktion mit KlientInnen
- die Interaktion im Team
- die Vernetzung/Kooperation mit anderen Einrichtungen

Voraussetzung für eine effektive Reflexion ist ein Klima der Offenheit. Das gemeinsame Ziel sollte sein, Schwächen und Fehler nicht zu vertuschen, sondern durch deren Aufarbeitung die eigene Arbeit zu verbessern. Dies muß durch eine externe Supervision begleitet werden.

Umgang mit Ressourcen

Wirtschaftlichkeit

Akzeptierende Drogenarbeit bekennt sich zu Wirtschaftlichkeit. „Wirtschaftlichkeit" bedeutet nicht „Sparpolitik", sondern kostenbewußtes Handeln sowie optimale Ressourcennutzung und -erschließung im Hinblick auf die jeweils angestrebte Leistung.

Wirtschaftlich arbeiten heißt, ein Ergebnis mit dem geringstmöglichen Aufwand zu erreichen, oder umgekeht: mit den verfügbaren Mitteln das bestmögliche Ergebnis zu erreichen. Für Einrichtungen der Drogenarbeit bedeutet dies, die Bedürfnisse der KlientInnen und die (betriebs-)wirtschaftlichen Rahmenbedingungen mit bestimmten Zielvorgaben in Einklang zu bringen, ohne die als notwendig erkannte Hilfe und Unterstützung zurückzuschneiden.

Angesichts des gegenwärtigen „Sparzwangs" der Kommunen im Sozialbereich ist es sinnvoll und notwendig, auch alternative Finanzierungsmodelle zu entwickeln.

Erhalt und Förderung personeller Ressourcen

Die Ausstattung und Arbeitsorganisation von Einrichtungen der akzeptierenden Drogenhilfe sind so zu gestalten, daß sie die Motivation der MitarbeiterInnen fördern. Das Ziel ist, auf jeder Ebene des Handelns das höchstmögliche Maß an Verantwortung entsprechend der beruflichen Kompetenz zu erreichen.

Im Team sind Aufgaben so zu verteilen, daß die MitarbeiterInnen weder über- noch unterfordert werden. Zur Sicherung und Erweiterung ihrer Kompetenzen ist eine drogenfachspezifische Fortbildung, die über die berufliche Grundausbildung hinausgeht, unerläßlich.

Angemessene Ausstattung und Planungssicherheit

Einrichtungen der akzeptierenden Drogenarbeit brauchen, um ihrem Auftrag gerecht werden zu können, ein gewisses Maß an Planungssicherheit, das zugleich flexibles und innovatives Arbeiten ermöglicht und fördert. Die Qualität der Leistungen hängt davon ab, inwieweit die Personal- und Sachmittel den Anforderungen entsprechen, die sich aus den Zielsetzungen einer qualifizierten Arbeit ergeben.

In der akzeptierenden Drogenarbeit dominiert die Beziehungsarbeit, die über Gespräche und persönliche Kontakte erfolgt. Dazu bedarf es auch geeigneter Räume und einer entsprechenden Ausstattung. Soll die Balance zwischen Ressourcen und bestmöglichem Angebot gelingen, sind gut aufbereitete Informationen über den aktuellen Stand des Einrichtungsetats erforderlich.

Arbeiten mit den „Leitlinien“

Entwicklung eigener Qualitätsmodelle

Die für die verschiedenen Bereiche der Drogenarbeit relevanten Ziele und Teilziele können anhand der o.g. allgemeinen Ziele und Methoden systematisch konkretisiert werden. Auf diese Weise lassen sich detaillierte Qualitätsanforderungen und -merkmale formulieren. Welche Ziele und und Qualitätsanforderungen formuliert werden sollen, hängt davon ab, welches Segment zum Ausgangspunkt genommen wird:

- die Bedürfnisse der KlientInnen
- die Angebote der Einrichtung
- das sozialarbeiterische Handeln

Mit den vorliegenden „Leitlinien“ können damit „Qualitätsmodelle“ für Arbeitsbereiche der Drogenhilfe entwickelt werden, wie sie sich in der Praxis herausgebildet haben (z.B. Betreutes Wohnen, niedrigschwellige Kontaktarbeit, psychosoziale Begleitung).

Ein Ausgangspunkt könnten die Bedürfnisse der DrogenkonsumentInnen sein. Hier ginge es um soziale Hilfen, Wohnungsversorgung, Entschuldungsberatung, Spritzenvergabe, medizinische Hilfen, Substitution usw. Für jedes Angebot müßte überlegt werden, welche Ziele mit ihm erreicht werden sollen.

Ebenso ist es möglich, bestimmte Angebotseinheiten – z.B. Kontaktbereich, Safer-Use-Beratung, medizinische Grundversorgung, psychosoziale Betreuung – zum Ausgangspunkt zu nehmen, um entsprechende Ziele zu erarbeiten und zu prüfen, inwieweit diesen die gegenwärtige Praxis entspricht.

Ebenso kann von dem sozialarbeiterischen Handeln in der Einrichtung oder dem regionalen Hilfesystem ausgegangen werden, wobei zunächst vorausgesetzt wird, daß sich die dort geleistete Arbeit auf die Bedürfnisse der KlientInnen und den mit ihnen ausgehandelten Bedarf bezieht.

Jeder Ausgangspunkt kann sinnvoll sein. Wichtig ist nur, bei dem einmal gewählten Ausgangspunkt zu bleiben.

Struktur, Prozeß, Ergebnis

Zu den gewählten Ausgangspunkten können schließlich Qualitätskriterien entwickelt werden. Mit diesen werden Zielvorgaben konkretisiert. Ziele, Leistungen und Qualitätskriterien bilden das Qualitätsmodell.

Für den Arbeitsbereich „Beratung“ z.B. wären unter der allgemeinen Zielvorgabe „Förderung von Selbstbestimmung und Aktivierung von Selbsthilfepotentialen“ Teilziele zu benennen, so etwa für die Kontaktaufnahme das Feinziel „Vermeidung von Tendenzen zur Klientisierung“.

Ein solches Qualitätskriterium kann von verschiedenen Ebenen aus betrachtet werden:

- *Struktur* (Handlungsvoraussetzungen): Sind die Räumlichkeiten hierfür geeignet, die MitarbeiterInnen entsprechend qualifiziert? usw.
- *Prozeß* (Handlungsabläufe): Wurde gezielt interveniert? Mit welchen Methoden?
- *Ergebnis*: Wurden die (Teil-)Ziele erreicht?

Qualitätskriterien am Beispiel des Arbeitsbereichs „Psychosoziale Betreuung Substituierter“

Das zu Qualitätsmodellen und -kriterien Ausgeführte soll anhand des Arbeitsbereichs „Psychosoziale Betreuung Substituierter“ (PSB) exemplarisch erläutert werden. Unter Zuhilfenahme einer Kontextmatrix wird deutlich, welche Ziele für einen Arbeitsbereich formuliert werden können. Dabei kann eine Zielvorgabe wie „Linderung gesundheitlicher und sozialer Probleme und Schäden“ auf den verschiedenen Ebenen der Qualitätsbeurteilung – Ergebnis, Prozeß, Struktur – reflektiert werden. Die Kontextmatrix für die ersten drei Ziele der akzeptierenden Drogenarbeit (siehe dort) sähe etwa so aus:

PSB: Qualitätskriterien, Handlungsvorgaben (Ziele)

■

	Reflexion
Linderung gesundheitlicher und sozialer Probleme/Schäden	Ergebnis: Konnten die Probleme/Schäden durch die PSB gelindert und weiterer Schaden abgewendet werden? Prozeß: Wurde zu diesem Zweck gezielt interventiert? Struktur: Gibt es geeignete Möglichkeiten und Kontakte, um die Probleme/Schäden zu lindern?
Sicherung und Besserung des gesundheitlichen Befindens und psychosoz. Stabilisierung	Ergebnis: Hat sich die gesundheitliche und psychosoziale Situation durch die PSB verbessert? Prozeß: Wurde zur Verbesserung der Gesamtsituation des Klienten/der Klientin gezielt interveniert? Struktur: Verfügt die Einrichtung über geeignete Möglichkeiten, um bei dem Klienten/der Klientin eine Verbesserung zu bewirken?
Förderung von Selbstbestimmung/Aktivierung von Selbsthilferessourcen	Ergebnis: Hat die KlientIn zu einer selbstbestimmten Lebensweise (zurück-)gefunden? Prozeß: Sind die MitarbeiterInnen in der Lage, diesen Autonomieprozeß zu fördern und zu unterstützen? Struktur: Sind die MitarbeiterInnen qualifiziert, Autonomie zu fördern und Ressourcen zu aktivieren? Gibt es entsprechende Fortbildungsmöglichkeiten?

Auf der Ergebnisebene ist der Blick in der Regel auf den Klienten/die Klientin gerichtet, sowohl im Hinblick auf den Verlauf der PSB als auch auf einzelne Betreuungsergebnisse. Auf der Prozeßebene werden bestimmte Betreuungseinheiten, das Konzept und dessen praktische Umsetzung reflektiert, auf der Strukturebene die institutionellen Voraussetzungen zur Durchführung der PSB (oder einzelner Betreuungselemente).

Nach Reflexion der Arbeitsbedingungen anhand der Zielvorgaben – und unter Berücksichtung der allgemeinen Prinzipien – der akzeptierenden Drogenarbeit kann beurteilt werden, ob die Betreuung den fachlichen Anforderungen gerecht wird und wo es Veränderungsbedarf gibt. Dies erfolgt im Rahmen eines Diskussionsprozesses, der auf jeder der drei genannten Ebenen begonnen werden kann.

ANHANG

Leitlinien der niedrigschwelligen akzeptierenden Kontaktarbeit

Vorbemerkung

In den „Leitlinien der niedrigschwelligen akzeptierenden Kontaktarbeit" werden die allgemeinen „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit" konkretisiert. Die für diesen Teilbereich entwickelten Ziele, Aufgaben und Methoden spiegeln somit die für die gesamte akzeptierende Drogenarbeit formulierten Vorgaben wider. Zugleich wird deutlich, daß sich letztere als Richtschnur für die Systematisierung, Beschreibung, Reflexion und konzeptionelle Weiterentwicklung verschiedener Arbeitsfelder des Drogenhilfesystems eignen.

Die hier vorgestellten „Leitlinien" beziehen sich nicht nur auf die derzeit in der Kontaktarbeit vorgehaltenen Angebote. Da sie gemäß dem Prinzip der akzeptierenden Drogenarbeit *„die Bedürfnisse der KlientInnen sind Orientierungshilfe bei der Angebotsgestaltung"* entwickelt wurden, reichen sie über das heute erreichte Niveau der Kontaktarbeit hinaus.

Jedes einzelne Angebot hat in der Regel mehrere Bedürfnisse im Blick, und bei fast jedem Bedürfnis sind, um es zu befriedigen, verschiedene Angebote nötig.[1] Dies muß sowohl bei der Konzeptentwicklung als auch in der praktischen Arbeit stets bewußt bleiben.

Die „Leitlinien" umreißen konzeptionelle Ansätze der Arbeit in einem Kontaktladen. In der Regel sind die dort vorgehaltenen Angebote Teil der „mobilen" Kontaktarbeit – das sind zu- und nachgehende Kontaktarbeit, Streetwork, spezielle Ansätze der Beratung und Begleitung, Spritzenautomaten –, weshalb das nachfolgend Ausgeführte größtenteils auch für diese Spezialfelder zutrifft. Dennoch gilt es auch hier, die Ziele, Angebote und Qualitätskriterien jeweils zu konkretisieren.

Angesichts der Spezialisierung, die sich in der niedrigschwelligen akzeptierenden Kontaktarbeit vollzieht, und des Veränderungsdrucks, unter dem sie aufgrund der sich rasch verändernden Klientenbedürfnisse steht, ist es nicht möglich, hier ein umfassendes, endgültiges Konzept vorzulegen. Die „Leitlinien" bieten jedoch wichtige Anhaltspunkte für die Reflexion der praktischen Arbeit. Wenn aus der Auseinandersetzung mit diesem Entwurf Anregungen zu seiner Ergänzung und Weiterentwicklung hervorgehen, ist bereits eines der wesentlichen Ziele, die sich die AutorInnen der „Leitlinien der niedrigschwelligen akzeptierenden Kontaktarbeit" gesteckt haben, erreicht.

Die niedrigschwellige akzeptierende Kontaktarbeit

Die niedrigschwellige Kontaktarbeit ist ein Bereich der akzeptierenden Drogenarbeit, das die auf Leidensdruck basierenden Ansätze der traditionellen Drogenhilfe besonders stark durchbricht. Mit seinem veränderten Verständnis von Drogenkonsum und -abhängigkeit konzentriert er sich besonders auf Aufgaben im Rahmen der Konsum- und Suchtbegleitung. Auf diese Weise sollen zum einen die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen des Konsums der derzeit illegalisierten Drogen minimiert oder verhindert werden. Zum anderen soll Hilfe und Unterstützung bereitgestellt werden, um die Begleiterscheinungen der Prohibition – Kriminalisierung, soziale Ausgrenzung, Stigmatisierung usw. – besser bewältigen zu können.

1 Da bei allen Bedürfnissen der jeweils erforderliche Angebotsumfang sichtbar zu machen ist, läßt sich im Text eine Wiederholung verschiedener Einzelleistungen nicht vermeiden. Zugunsten einer höheren Nutzerfreundlichkeit haben wir darauf verzichtet, an den entsprechenden Passagen lediglich Textverweise anzubringen.

Der Bedarf an niedrigschwelliger Kontaktarbeit reduziert sich im günstigsten Fall darauf, den Drogenkonsum zu begleiten, sozial unauffällige DrogengebraucherInnen zu befähigen, die beim Konsum gebotenen Vorsichtsmaßnahmen einzuhalten, sowie die zur Verhinderung von Infektionskrankheiten und anderen gesundheitlichen Schädigungen geeigneten Mittel bereitzustellen. Dazu gehören u.a. Spritzenautomaten, die Vergabe steriler Spritzen und Spritzutensilien, die Vermittlung von Safer-Use-Botschaften, Safer-Use-Trainings sowie Konsummöglichkeiten (z.B. Gesundheitsräume) und Drug-checking.

Unter den gegenwärtigen drogenpolitischen Bedingungen kommt der niedrigschwelligen Kontaktarbeit jedoch eher die Aufgabe der Suchtbegleitung und damit der Bearbeitung sehr komplexer Verelendungsphänome zu. Dabei wird besonders auf Ansätze der zu- und nachgehenden Sozialarbeit, von Streetwork, der mobilen Kontaktarbeit (z.B. Angebote in speziell ausgestatteten Fahrzeugen) und auf Angebote in Kontaktläden zurückgegriffen. Idealerweise sind diese Arbeitsfelder im Verbund tätig: Durch Streetwork wird ein Prozeß zur Entwicklung von Selbsthilfefähigkeiten initiiert, indem bei den KlientInnen Hemmungen abgebaut werden, die eine Inanspruchnahme von Hilfsangeboten und Leistungen erschweren oder gar unmöglich machen. Streetwork ermöglicht es, die „institutionelle Schwelle" zum Kontaktladen zu erkennen und zu überwinden. Dieser wiederum hilft dabei, die „institutionelle Schwelle" zu anderen Einrichtungen des medizinischen und sozialen Hilfesystems zu überwinden.

Mobile Kontaktarbeit, Kontaktladen, Begleitung und Beratung sowie Therapie arbeiten im Verbund. Sie dürfen nicht im Sinne eines hierarisch gegliederten Systems mißverstanden werden.

Die Klientel

Als spezifisches Angebot der akzeptierenden Drogenhilfe wird die niedrigschwellige Kontaktarbeit hauptsächlich für Drogenkonsumierende konzipiert, deren Lebenssituation – auch und gerade aufgrund der Illegalisierung von Drogen – von vielfältigem Mangel bedroht oder bereits geprägt ist. Dieser betrifft

- materielle Sicherheit und Unabhängigkeit
- eine gesicherte, menschenwürdige Unterkunft
- soziale Einbindung und tragfähige Beziehungen
- physische und psychische Integrität
- Selbständigkeit und Selbstbestimmung
- Handlungsressourcen und Durchsetzungskompetenzen
- Rahmenbedingungen, die gesundheitsbewußtes Verhalten ermöglichen
- den bürgerrechtlichen Status (u.a. gesetzliche Ansprüche, Aufenthaltsrecht)
- einen gesellschaftlich anerkannten Lebensstil

Die Situation der KlientInnen unterscheidet sich je nach Charakter und Grad der Verelendung, gesellschaftlichen Diskriminierung und Ausgrenzung. Sie ist auch nicht statisch, sondern verändert sich im Laufe der Zeit, so daß die Unterstützung ständig dem sich wandelnden Bedarf angepaßt und mit den KlientInnen immer wieder neu ausgehandelt werden muß.

Die niedrigschwellige Kontaktarbeit hat den Anspruch, ihre KlientInnen als Persönlichkeiten zu achten und ihre je unterschiedlichen Bedürfnisse wahrzunehmen. Ihre Angebote sollen deshalb von einer heterogenen Klientel wahrgenommen werden können – unterschiedlich im Hinblick auf Geschlecht, Biographie und Persönlichkeit, kulturelle und subkulturelle Herkunft, Lebensorientierung und -ziele, sexuelle Vorlieben usw. Dies stellt besondere Anforderungen an die Gestaltung der Angebote (z.B. geschlechtsspezifisch). Der Grundsatz „Berücksichtigung der Vielfalt der Lebensstile" darf nicht so umgesetzt werden, indem die Angebote auf den kleinsten gemeinsamen Nenner zurechtgestutzt werden. Statt dessen gilt es, sie zu differenzieren, damit sich jeder Gruppe der Klientel Nutzungs- und Wahlmöglichkeiten bieten.

Allgemeine Ziele

Sozialarbeiterisches Handeln in der niedrigschwelligen Kontaktarbeit orientiert sich an *den allgemeinen Zielen der akzeptierenden Drogenarbeit:*

- Verhindern/Lindern drogenkonsumbezogener Probleme und Schäden beim einzelnen und in der Gemeinschaft

- Bereitstellen von Hilfen für das Überleben und das Bearbeiten von Problemen
- Verbesserung der Gesundheit und psychosoziale Stabilisierung
- Förderung von Selbstbestimmung und Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
- Förderung der sozialen Integration und Handlungsfähigkeit

Daraus ergeben sich für die *niedrigschwellige Kontaktarbeit* folgende allgemeine Ziele:

- Steigerung von Selbstwertgefühl und Selbstbewußtsein (durch Empathie und Achtung der Persönlichkeit seitens der Bezugspersonen)
- Stabilisierung der Lebenssituation
- Stärkung der Bereitschaft, für sich selbst zu sorgen
- Stärkung des Körper- und Gesundheitsbewußtseins
- Stärkung der Eigenverantwortung bei der Abwehr von Verwahrlosung, Ausgrenzung und Verelendung
- Entwicklung von Verläßlichkeit (durch das Vorbild der Bezugspersonen)
- Aufbau von Vertrauen zu den MitarbeiterInnen der Einrichtung

Allgemeine Aufgaben und Leistungen

Orientierungspunkte bei der Gestaltung der niedrigschwelligen Kontaktarbeit sind die Bedürfnisse der KlientInnen, aus denen sich folgende allgemeine Aufgaben ableiten lassen:

- Sicherung des Überlebens durch Bereitstellen von Hilfen zur medizinischen, materiellen und psychosozialen Grundversorgung
- Gesundheitsförderung
- gesundheitliche und emanzipatorische Information, Aufklärung und Bildung
- Stabilisierung der Lebenssituation und Problembewältigung durch sozialarbeiterische Hilfen

Durch entsprechende Leistungen sollen die Chancen drogengebrauchender Frauen und Männer erhöht werden, die sehr verschiedenen, auch kompulsiven Phasen des Drogenkonsums mit möglichst geringen körperlichen, psychischen und sozialen Schäden zu überleben und diese Phasen zudem selbstbestimmt zu gestalten. Dieses Grundverständnis der akzeptierenden Drogenarbeit dient als Leitmotiv bei der Differenzierung der allgemeinen Aufgaben im Hinblick auf Teilziele, Leistungen und Qualitätsanforderungen.

Sicherung des Überlebens durch Bereitstellen von Hilfen zur medizinischen, materiellen und psychosozialen Grundversorgung

Teilziel: Verhindern oder Lindern von Verelendung durch das Befriedigen von Grundbedürfnissen

Grundbedürfnis Ernährung

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen von Nahrungsmitteln

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Vielen KlientInnen ist es kaum möglich, sich selbst eine warme Mahlzeit zuzubereiten (weil sie z.B. keine Wohnung oder keine Küchengeräte haben, weil andere Bedürfnisse im Vordergrund stehen). Oft fehlt auch das Geld, um auf Angebote der Gastronomie zurückzugreifen. Deshalb sollte die Einrichtung während der gesamten Öffnungszeit ein ausgewogenes, möglichst preisgünstiges Angebot von *Speisen* vorhalten, wozu auch eine warme Mahlzeit am Tag gehört. Auf diese Weise wird der Lebenssituation und Lebensweise von DrogenkonsumentInnen entsprochen, deren Tagesrhythmus unregelmäßig ist und Planung kaum zuläßt. Die Einrichtung sollte außerdem über Versorgungsangebote anderer sozialer Projekte informieren und im Bedarfsfall an sie weiterverweisen.

Getränke (z.B. kalter Zitronentee) sollten den KlientInnen kostenlos zur Verfügung stehen. Viele Drogengebrauchende konsumieren Kokain und sind deshalb ständig von Dehydratation (Abnahme der Flüssigkeit im Körper) bedroht. Deshalb sollte es den KlientInnen ermöglicht werden, viel Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Getränke sollten kostenlos/kostenneutral oder zumindest möglichst preisgünstig erhältlich sein. Alkoholische Getränke sind in der Einrichtung nicht erlaubt.

Speisen und Getränke sind in einem Rahmen bereitzustellen, der eine ungestörte Mahlzeit unter Einhaltung der gebotenen Hygiene und in Würde erlaubt. Dazu gehören eine angemessene

Ausstattung (z.B. Tische und Stühle, Geschirr) und ansprechend zubereitete Speisen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Vermittlung von Grundwissen zu Ernährung und Gesundheit

Angestrebte Qualität der Leistungen:
In Gesprächen und durch Materialien wird über den Zusammenhang zwischen Ernährung, stabilem Immunsystem und körperlichem Befinden sowie zwischen Drogenkonsum und Mangelernährung informiert. Ernährungsvorschläge müssen auf die Lebensumstände der KlientInnen (z.B. auf Obdachlose) zugeschnitten sein und aufzeigen, wie man sich möglichst gesund ernähren kann (z.B. ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit und von Vitaminen, etwa durch Vitamintabletten).

Grundbedürfnisse Schutz, Ruhe, Schlaf

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen von Sitz-, Liege- und Rückzugsmöglichkeiten

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Die Einrichtung trägt Sorge für erschöpfte, übermüdete und/oder unter Drogenwirkung stehende KlientInnen. Wünschenswert ist das Angebot von Tagesruhebetten und von Rückzugsmöglichkeiten für übernächtige oder kranke DrogenkonsumentInnen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Geregelte Absprachen zwischen KlientInnen, AnwohnerInnen und Polizei

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Sozialarbeiterisches Handeln hat dazu beizutragen, daß polizeiliche Verfolgung in unmittelbarer Nähe der Einrichtung reduziert und polizeiliche Präsenz in ihren Räumen vermieden wird. Absprachen mit der Polizei orientieren sich an den Interessen der KlientInnen. Interessen- und Zielkonflikte zwischen der Polizei, den KlientInnen und der Einrichtung dürfen nicht ignoriert werden, sondern sind transparent zu machen und zu reflektieren.

Das Bemühen um eine einvernehmliche Lösung bei Konflikten mit der Nachbarschaft und Regeln für das Miteinander dienen dazu, in der Einrichtung der Entstehung von Streß vorzubeugen oder ihn zu mindern und den KlientInnen das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Die Regeln müssen alltagsnah, transparent, nachvollziehbar, durchsetzbar und überprüfbar sein. Die MitarbeiterInnen des Teams sollten bei der Durchsetzung der Regeln geschlossen auftreten. Konflikte und Probleme sind in Teamsitzungen zu reflektieren und zu bearbeiten.

Akzeptierend arbeitende Einrichtungen widersetzen sich jedoch einer Beschränkung ihrer Angebote auf ordnungspolitische Funktionen im Gemeinwesen.

Grundbedürfnis Körperhygiene

Leistungsspektrum der Einrichtung: Schaffen ausreichender Möglichkeiten zum Duschen und Waschen

Angestrebte Qualität der Leistungen:
In der Einrichtung sollten ausreichende Möglichkeiten zum Duschen und Waschen vorhanden sein. Die KlientInnen haben das Recht auf Schutz der Intimsphäre durch ungestörte Nutzung der Sanitäranlagen. Es ist darauf zu achten, daß die Türen von den BenutzerInnen verschlossen, jedoch im Notfall von den MitarbeiterInnen geöffnet werden können. Die baulichen Voraussetzungen sollten auch das Öffnen der Türen nach außen ermöglichen, so daß sie bei Notfällen nicht blockiert werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen von Hygieneartikeln

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Hygieneartikel (Duschgel, Zahnbürsten, Binden, Handtücher usw.) werden kostenlos zur Nutzung in der Einrichtung zur Verfügung gestellt.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen von Möglichkeiten zum Wäschewaschen

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Waschpulver, leistungsfähige Waschmaschinen und Trockner sollten zur kostengünstigen Nutzung bereitstehen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Versorgung mit Wäsche/Kleidung

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Jede Einrichtung sollte eine Kleiderkammer vorhalten. Durch das Angebot von Kleidung wird es den KlientInnen ermöglicht, die äußeren Zeichen von Verelendung zu mildern. Die Kleidung sollte witterungsgerecht, in gut erhaltenem Zustand (ohne sichtbare Schäden), in verschiedenen Größen und Stilen vorhanden sein.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Motivieren zu einer Veränderung des Hygieneverhaltens und Unterstützung bei der Entwicklung von Eigenverantwortung für die Abwehr von Verwahrlosungserscheinungen

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Um die KlientInnen zu motivieren, ihr Hygieneverhalten zu verändern, und sie darin zu unterstützen, auf ihren Körper und ihre Gesundheit zu achten, erhalten sie von den MitarbeiterInnen Rückmeldung im Hinblick auf äußere Erscheinung, Hygiene, Körper- und Gesundheitsbewußtsein. Diese berücksichtigen und respektieren dabei die individuell je unterschiedlich ausgeprägten Maßstäbe der KlientInnen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung bei der Entwicklung von Körper- und Gesundheitsbewußtsein

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Alle KlientInnen werden über die einrichtungsinternen Angebote zur Körperhygiene informiert und dazu motiviert, sie in Anspruch zu nehmen. Zudem wird über die Angebote anderer Einrichtungen (z.B. zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung) informiert. Die KlientInnen werden dazu motiviert, den eigenen Körper wertzuschätzen, auf körperliche Veränderungen zu achten und Schmerzen nicht nur zu betäuben, sondern sich behandeln zu lassen. Wer seinen Körper wertschätzt, verhält sich gesundheitsbewußter und steigert das Selbstwertgefühl. So erleben KlientInnen, die z.B. ihre Zähne sanieren ließen, häufig einen enormen Schub an Selbstvertrauen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Vermittlung von Grundwissen zum Zusammenhang von Hygiene und Gesundheit durch

- Informationsgespräche
- Informationsmaterialien

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Den KlientInnen soll vermittelt werden, daß sich durch die Einhaltung hygienischer Mindeststandards so manche Infektion vermeiden läßt und sie selbst – auch ohne Verzicht auf Drogen – maßgeblich zu ihrer Gesundheit beitragen können.

Grundbedürfnis soziale Kommunikation

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen adäquater Räumlichkeiten zur Begegnung

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Die KlientInnen sollten die Räume kontinuierlich und kostenlos nutzen können. Die Öffnungszeiten sollten verbindlich und an den Zeitrhythmus des Lebens in der Szene orientiert sein (Abend-, Nacht- und Wochenendangebote)

Leistungsspektrum der Einrichtung: aktive Kontaktaufnahme durch die MitarbeiterInnen

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Die MitarbeiterInnen sollen aktiv Kontakt zu den KlientInnen aufnehmen. Auf diese Weise wird Barrieren begegnet, die aus mangelnder Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit resultieren können. Die Kontaktaufnahme erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der KlientInnen nach Nähe oder Distanz, wahrt die Autonomie der KlientInnen und ist dem Schutz ihrer Privatsphäre verpflichtet.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Anbindung der KlientInnen an die Einrichtung

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Die Anbindung an die Einrichtung soll durch Aufmerksamkeit, Zuwendung und empathisches Arbeiten mit den KlientInnen und durch das Schaffen einer vertrauensvollen Atmosphäre erreicht werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Motivieren und Befähigen zu Aufbau und Pflege von Kontakten und Beziehungen

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Die Alltagskommunikation hat in der Überlebenshilfe einen hohen Stellenwert. Der Sprachlosigkeit und den Defiziten in der Artikulationsfähigkeit – auch Folgen der Diskriminierung und Pathologisierung – ist aktiv zu begegnen, indem die MitarbeiterInnen die Kommunikation unter den KlientInnen fördern. Zugleich wirken sie darauf hin, daß sich die KlientInnen gegenseitig akzeptieren, was den je unterschiedlichen Lebensstil und kulturellen Hintergrund anbetrifft.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung bei der Weitergabe von Informationen über wesentliche Aspekte des Szenelebens zum Nutzen anderer KlientInnen

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Die Einrichtung sollte es ermöglichen (z.B. durch Pinwände, Tafeln und Aushänge), daß wichtige Szene-Informationen (z.B. Drogenqualität, Gewalt von Freiern) allen KlientInnen schwellenlos zugänglich sind. Die Weitergabe wichtiger Informationen sollte zudem durch aktive Förderung der Kommunikation unter den KlientInnen unterstützt werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Förderung der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung

Angestrebte Qualität der Leistungen:
Die MitarbeiterInnen ermutigen die KlientInnen, sich im Bedarfsfall gegenseitig um Hilfe zu bitten oder ihre Fertigkeiten zur Unterstützung anderer KlientInnen anzubieten (z.B. auf Pinwänden). Hilfsbereitschaft und gegenseitige Unterstützung (z.B. füreinander sorgen, Schlaf- und Mitwohnmöglichkeiten anbieten, Kurzzeitjobs vermitteln) werden durch die MitarbeiterInnen deutlich gewürdigt. Die MitarbeiterInnen sollten die ihnen bekannten Fertigkeiten und Fähigkeiten von KlientInnen dazu nutzen, den Kontakt zwischen Hilfesuchenden und den zu Hilfe Fähigen herzustellen.

Grundbedürfnis: einen geschützen Ort haben zur Gestaltung des Alltags

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen einer Aufenthaltsmöglichkeit

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die Einrichtung sollte besonders den obdachlosen und entwurzelten DrogenkonsumentInnen einen Ort bieten, an dem sie sich aufgehoben fühlen und der ihnen zur Gestaltung ihres Alltags das bietet, was für Menschen mit einem Zuhause selbstverständlich ist (z.B. die Möglichkeit, sich mit anderen zu treffen). Die Einrichtung sollte deshalb stets zu festgelegten Öffnungszeiten zugänglich sein. Ebenso gilt es, die Zugangsschwellen zur Einrichrung und zu ihren Angeboten (z.B. Einlaß-, Zugangs-/Nutzungsmodalitäten) möglichst niedrig zu halten.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Gewähren einer Postadresse bei Wohnungslosigkeit

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die Post der KlientInnen wird an einem festgelegten Ort verwahrt, der allen MitarbeiterInnen bekannt, für KlientInnen aber nicht zugänglich ist. Die MitarbeiterInnen informieren die KlientInnen über deren FreundInnen, wenn Post für sie eingegangen ist. Die Post sollte dem Empfänger nur persönlich ausgehändigt werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Gewähren der Möglichkeit, mit Behörden zu telefonieren

Angestrebte Qualität der Leistung:
Telefonate mit Behörden können ungestört und so geführt werden, daß andere KlientInnen nicht mithören können.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Gewähren der Möglichkeit, persönliche Dinge sicher zu verwahren

Angestrebte Qualität der Leistung:
Vor allem wohnungslosen KlientInnen sollte es ermöglicht werden, Wertgegenstände und andere persönliche Dinge sicher zu verwahren, z.B. in Schließfächern. Für die Aufbewahrung sind klare

Regelungen und Absprachen zu treffen (z.B. keine Haftung bei Verlust, Aufbewahrungsdauer, illegale oder unhygienische Gegenstände werden nicht aufbewahrt). Dabei ist zwischen dem Sicherheitsinteresse der Einrichtung und dem Recht der KlientInnen auf Schutz der Intimsphäre abzuwägen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Verläßlichkeit der MitarbeiterInnen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Auch wenn die KlientInnen oft nicht in der Lage sind, Termine einzuhalten: die MitarbeiterInnen müssen zu den verabredeten Zeiten für die KlientInnen da sein. Zusagen werden nur gegeben, wenn sie auch einzuhalten sind. Die KlientInnen müssen sich darauf verlassen können, daß zugesagte Leistungen erledigt werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Spontanberatung

Angestrebte Qualität der Leistung:
Das Angebot „Spontanberatung" ermöglicht es den KlientInnen, sich bei drängenden Problemen oder Fragen sofort mit einem Mitarbeiter zur Beratung zurückziehen. Die MitarbeiterInnen müssen daher flexibel reagieren können. Eine Spontanberatung sollte eine Problemanalyse und die Skizzierung eines Handlungsplanes umfassen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Initialhilfe

Angestrebte Qualität der Leistung:
Über verschiedene Wege (z.B. Gespräche, Infowände- und -broschüren, Ordner, Internet-Zugang) erhalten die KlientInnen Informationen darüber, wo sie sich selbst um professionelle Hilfe und Unterstützung für ihr jeweiliges Problem bemühen können.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung bei der Regelung des Alltags

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die sozialarbeiterische Unterstützung bei der Regelung des Alltags (z.B. der Suche eines Übernachtungsplatzes, der Beantragung von Sozialhilfe oder eines Wohnberechtigungsscheins, der polizeilichen Anmeldung) soll zur Stabilisierung der Lebenssituation der KlientInnen beitragen und zu (zumindest kleinen) Erfolgserlebnissen und damit zur Stärkung des Selbstbewußtseins führen. Die Einrichtung sollte die wichtigsten amtlichen Formulare vorhalten, um im Bedarfsfall sofort reagieren zu können.

Grundbedürfnis Gesundheit

Leistungsspektrum der Einrichtung: Erste Hilfe

Angestrebte Qualität der Leistung:
Alle MitarbeiterInnen sollten über die häufigsten Erkrankungen der Klientel und über typische medizinische Notfälle Bescheid wissen. Sie sollten in der Lage sein, akute Notfallsituation zu erkennen und zu diagnostizieren, Not-/Wundversorgung vorzunehmen, erste Hilfe bei epileptischen Anfällen, Atem- und Kreislaufversagen zu leisten und eine fachgerechte Weiterversorgung/-behandlung zu organisieren. Die Einrichtung sollte mit adäquaten medizinischen Materialien (z.B. Verbandszeug, Beatmungsgerät) ausgestattet sein.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Zugang zu basismedizinischer Behandlung durch

- Versorgung und Behandlung von Wunden und Infektionen
- Vermittlung an (weiter-)behandelnde medizinische Einrichtungen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die medizinische Basisversorgung dient zur Verhinderung infektiöser Krankheiten und zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit bei der Abwehr von Gesundheitsrisiken. Der Zugang zu ihr soll durch strukturelle Maßnahmen (z.B. durch Schaffung eines entsprechenden Angebots in der Einrichtung selbst oder durch enge Kooperation mit niedergelassenen ÄrztInnen und mit Krankenhäusern) sowie durch Motivierung der Behandelnden und KlientInnen ermöglicht und gefördert werden.

Im Team sollte eine Person (Arzt/Ärztin oder Krankenschwester/-pfleger) für die medizinische Grundversorgung zuständig sein. Es gilt, für eine angemessene Ausstattung der Einrichtung mit Verbandsmaterial, Medikamenten und sonstigen Hilfsmitteln zu sorgen.

Der Umfang des Angebots orientiert sich an der Nachfrage. Oft reichen spezielle Sprechstunden in der Einrichtung aus. Das medizinische Personal muß über Spezifika der KlientInnen Bescheid wissen (z.B., daß Termine nicht immer eingehalten werden oder oft kein Versicherungsschutz besteht) und sollte dazu motiviert werden, sich auf die Lebenssituation der KlientInnen einzustellen.

Ist eine Kooperation mit anderen versorgenden Einrichtungen erforderlich, empfiehlt es sich, diese vertraglich abzusichern: dies ermöglicht eine unbürokratische Durchführung der medizinischen Grundversorgung. Die Vermittlung in eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung sollte trotz fehlender Krankenversicherung organisierbar sein.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung bei Krankenhausaufenthalten

Angestrebte Qualität der Leistung:
Bei hoher Hemmschwelle gegenüber der stationären Behandlung sollten die Betreffenden persönlich dorthin begleitet werden. Bei Bedarf statten die MitarbeiterInnen die KlientInnen mit den Dingen aus, die sie im Krankenhaus brauchen (z.B. mit Seife, Zahnputzzeug, Wäsche zum Wechseln). Auf Wunsch der KlientInnen wird der Kontakt während des stationären Aufenthalts durch die MitarbeiterInnen fortgeführt.

Krankenhausaufenthalte bedeuten immer ein Herauslösen aus dem gewohnten Lebensalltag. In dieser Zeit entwickeln viele KlientInnen den Wunsch nach weitergehender Veränderung ihres bisherigen Lebensstils. Die MitarbeiterInnen sollten in einem solchen Fall realistische Perspektiven und konkrete Schritte zu ihrer Umsetzung aufzeigen.

Bei Schwierigkeiten zwischen PatienInnen und dem Krankenhauspersonal haben die MitarbeiterInnen die Aufgabe, zu vermitteln.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung bei der Entwicklung von Compliance

Angestrebte Qualität der Leistung:
Eine klientenbezogene Kooperation zielt darauf – trotz psychosozialer Hemmschwellen, die es bei PatientInnen wie auch bei ÄrztInnen gibt, und trotz struktureller Barrieren, die die Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung erschweren (Kommstruktur, hierarchisches Verhältnis, verbindliche Absprachen) –, die Haltekraft des medizinischen Behandlungssystems zu erhöhen und die Entwicklung von Compliance zur Einhaltung von Behandlungsplänen zu unterstützen. Dies geschieht durch eine produktive Beziehungsarbeit zwischen ÄrztInnen und PatientInnen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung der Eigenverantwortung bei der Abwehr von Gesundheitsrisiken

Angestrebte Qualität der Leistung:
Um die KlientInnen zu motivieren, ihr Hygieneverhalten zu verändern, und sie darin zu unterstützen, auf ihren Körper und ihre Gesundheit zu achten, erhalten sie von den MitarbeiterInnen Rückmeldung im Hinblick auf äußere Erscheinung, Hygiene, Körper- und Gesundheitsbewußtsein. Die MitarbeiterInnen berücksichtigen und respektieren dabei die individuell je unterschiedlich ausgeprägten Maßstäbe der KlientInnen. Unter Berücksichtigung der persönlichen Schamgrenzen ist folgendes zu thematisieren:

- Unsicherheiten im Verhalten
- Grenzsituationen, die sich im Alltag immer wieder ergeben
- persönliche, szeneimmanente oder gesellschaftliche Tabus

Leistungsspektrum der Einrichtung: Vermittlung von Basiswissen zu Szeneleben und Gesundheit

Angestrebte Qualität der Leistung:
Den KlientInnen wird vermittelt, daß durch die Einhaltung bestimmter Regeln auch bei einem Leben in der Szene Infektionen und Erkrankungen vermieden werden können und daß sie selbst – auch ohne Verzicht auf den Konsum von Dro-

gen – maßgeblich zu ihrer Gesundheit beitragen können.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen von Mitteln zur Körper- und Gesundheitspflege

Angestrebte Qualität der Leistung:
Gesundheits- und körperbewußtes Verhalten wird durch entsprechende Aufklärung (z.B. über Ernährung, witterungsgerechte Bekleidung, Venenpflege) und durch das Bereitstellen angemessener Mittel (z.B. Kondome, Hautpflegemittel) gefördert.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen von Informationsmaterialien

Angestrebte Qualität der Leistung:
Allen KlientInnen sollten Informationsmaterialien zu Safer Use und Safer Sex zugänglich sein. Wünschenswert ist eine breite Palette, die Informationen in je unterschiedlichem Umfang und in je unterschiedlicher Art anbietet (z.B. Plakate, Faltblätter, Videos, Broschüren). Auf diese Weise kann den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen der KlientInnen entsprochen werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Durchführung von Informationsveranstaltungen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Informationsveranstaltungen, Trainings und Workshops müssen, was ihre Dauer anbetrifft, dem Szenealltag angepaßt sein. Sie sind außerdem abwechslungsreich und interessant zu gestalten durch die Anwendung verschiedener Methoden (z.B. Gruppenübungen, Rollenspiele). Es hat sich bewährt, die Teilnahme durch kleine „Werbegeschenke" mit praktischem Nutzen (z.B. Stauschläuche, Regenschirme, Nähsets) anzuerkennen. Das ExpertInnenwissen von DrogenkonsumentInnen sollte in die Planung und Durchführung von Safer-Use-Veranstaltungen eingezogen werden. Zu prüfen ist außerdem, ob sich Ansätze von „Peer-involvement" eignen.

Gesundheitsförderung für DrogenkonsumentInnen

Teilziel: Vermeidung bzw. Linderung von Folge- oder Begleitschäden des illegalisierten Drogenkonsums

Bedürfnis: Vermeidung drogenkonsumbedingter gesundheitlicher Schäden

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen steriler Spritzen, Nadeln, Filter, usw.

Angestrebte Qualität der Leistung:
Spritzen/Nadeln werden von der Einrichtung im Verhältnis 1:1 (alt gegen neu) kostenlos getauscht. Dies sichert nicht nur eine Versorgung mit sterilen Spritzen, sondern auch deren ordnungsgemäße Entsorgung. Es gibt keine Begrenzung der getauschten Stückzahl. KlientInnen, die keine gebrauchten Spritzbestecke besitzen, bekommen zwei bis drei Sets gratis ausgehändigt. Im Rahmen der Gesundheitsprophylaxe werden auch Alkoholtupfer zur Desinfektion der Einstichstelle verteilt.

Kanülen und Spritzen werden in verschiedener Größe angeboten. Die Wahl des Materials durch die Einrichtung sollte nicht durch den Preis, sondern durch Qualität und Eignung bestimmt sein.

Sowohl Ascorbinsäure zum Aufkochen von Heroin als auch injizierbares Wasser – am besten eine isotonische 0,9%ige NaCl-Lösung in kleinen Gebinden (1,5 bis 3 ml) steril abgepackt – sowie Filter sollten kostenlos oder aber zum Selbstkostenpreis abgegeben werden.

Die Einrichtung sollte eine Versorgung mit Spritzbestecken rund um die Uhr gewährleisten. In kleineren Städten und ländlichen Gebieten empfiehlt sich zusätzlich die Installation eines Spritzenautomaten in der Einrichtung, und zwar an einem Ort, zu dem alle KlientInnen ungehindert, ohne zeitliche Einschränkung und unauffällig Zugang haben.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Entsorgung gebrauchter Spritzen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Bei der Entsorgung gebrauchter Spritzen ist durch technische und organisatorische Maßnahmen sicherzustellen, daß es bei MitarbeiterInnen und KlientInnen zu keinen Stichverletzungen kommt. Gebrauchte Kanülen müssen in einem stichfesten Behälter deponiert werden und können so in den Hausmüll; es empfiehlt sich aber die Entsorgung durch eine darauf spezialisierte Firma.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Schaffen einer Konsummöglichkeit

Angestrebte Qualität der Leistung:
Ein niedrigschwelliger, akzeptierend arbeitender Kontaktladen wird täglich mit dem Problem konfrontiert, daß in seinen Räumen illegalisierte Drogen konsumiert werden. Eine ideale Lösung ist, einen sogenannten Druck-, Gesundheits- oder Konsumraum einzurichten, in dem KlientInnen unter hygienischen Bedingungen, bei Wahrung von Intimität und Würde illegalisierte Drogen konsumieren dürfen.

Das Team muß sich immer wieder damit auseinandersetzen, wie mit dem Drogenkonsum innerhalb der Einrichtung umzugehen ist. Es gilt, Wege zu finden, die für alle Beteiligten, vor allem die KlientInnen, tragbar und nicht entwürdigend sind. Kontaktläden, die sich an den Prinzipien der akzeptierenden Drogenarbeit orientieren, sollten sich in der Öffentlichkeit und innerhalb der eigenen Einrichtung für die Schaffung von Konsummöglichkeiten engagieren.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Möglichkeiten zum Drug-checking

Angestrebte Qualität der Leistung:
Unbeabsichtigte Überdosierungen und Vergiftungen durch Beimischung toxischer Stoffe können durch Drug-checking erheblich verringert werden. Die den KlientInnen eingeräumte Möglichkeit, sich über die Qualität der Drogen zu informieren, gibt mehr Sicherheit beim Drogenkonsum; zugleich wirkt diese indirekte Kontrolle disziplinierend auf den Schwarzmarkt ein und kann so zu einer Verbesserung der Qualität der dort angebotenen Drogen führen. Die Einrichtung sollte sich deshalb für eine Änderung der rechtlichen und strukturellen Bedingungen einsetzen, damit Drug-checking in der Einrichtung oder in ihrer Nähe kostenlos oder mit geringer Selbstbeteiligung durchgeführt werden kann.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Vermittlung von Basisinformationen zu Infektionsrisiken

Angestrebte Qualität der Leistung:
Den KlientInnen ist zu vermitteln, daß durch die Einhaltung bestimmter Regeln auch bei einem Leben in der Szene Infektionen und Erkrankungen vermieden werden können und daß sie selbst – auch ohne Verzicht auf den Konsum von Drogen – maßgeblich zu ihrer Gesundheit beitragen können. Folgende Themen sind besonders zu berücksichtigen:

- HIV/AIDS
- Hepatitiden
- Abzesse
- Drogennot- und Drogentodesfälle

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen von Mitteln zur Körper- und Gesundheitspflege

Angestrebte Qualität der Leistung:
Kondome verschiedener Sorten, Gleitmittel und Hautpflegemittel („Venensalben") werden kostenlos zur Verfügung gestellt. Der Zugang hierzu soll in der Einrichtung diskret und schwellenlos möglich sein. Auf diese Weise sollen Hemmnisse, die den KlientInnen das Anwenden dieser Präventionsmittel erschweren (vor allem Geldknappheit) beseitigt werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Kommunikation über Konsumrisiken im Alltag und in Ausnahmesituationen sowie Förderung eines differenzierten Umgangs mit riskanten Situationen des Szenelebens

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die KlientInnen sollen in ihrem individuellen Risikomanagement unterstützt werden. Es gilt

daher, mit ihnen regelmäßig über Konsumrisiken im Alltag (z.B. riskante Spritztechniken und Injektionsstellen, „hidden risks") und in Ausnahmesituationen (z.B. kein steriles Spritzbesteck verfügbar, Gewalt, Übergriffe von Freiern) zu sprechen und bestimmte Praktiken zur Vermeidung solcher Risiken einzuüben. Vor allem durch Förderung der Kommunikation unter den KlientInnen kann wesentlich dazu beigetragen werden, daß diese geeignete Techniken des Risikomanagements entwickeln.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen von Informationsmaterialien

Angestrebte Qualität der Leistung:
Allen KlientInnen sollten Informationsmaterialien zu Safer Use und Safer Sex zugänglich sein. Wünschenswert ist eine breite Palette, die Informationen in je unterschiedlichem Umfang und in je unterschiedlicher Art anbietet (z.B. Plakate, Faltblätter, Broschüren). Auf diese Weise kann den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen der KlientInnen entsprochen werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Beratung und Übungen zu Safer Use und Safer Sex

Angestrebte Qualität der Leistung:
Alle MitarbeiterInnen müssen in Sachen Safer Use und Safer Sex geschult sein, um jederzeit kompetent auf entsprechende Fragen reagieren zu können. Sie sollten sich zugleich kontinuierlich über Veränderungen im Hinblick auf Risikosituationen und Konsumverhalten sowie über Strategien des Risikomanagements informieren und über Hygiene- und Sicherheitsmaßnahmen Auskunft geben können. Für die intensivere Safer-Use- und Safer-Sex-Beratung muß die Einrichtung eine Rückzugsmöglichkeit bereithalten, um in einem vertrauensvollen Rahmen über sensible Problemlagen sprechen zu können.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Organisation von Informationsveranstaltungen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Informationsveranstaltungen, Trainings und Workshops müssen, was ihre Dauer anbetrifft, dem Szenealltag angepaßt sein. Sie sind außerdem abwechslungsreich und interessant zu gestalten durch die Anwendung verschiedener Methoden (z.B. Gruppenübungen, Rollenspiele). Es hat sich bewährt, die Teilnahme durch kleine „Werbegeschenke" mit praktischem Nutzen (z.B. Stauschläuche, Regenschirme, Nähsets) anzuerkennen. Das ExpertInnenwissen von DrogenkonsumentInnen sollte in die Planung und Durchführung von Safer-Use-Veranstaltungen eingezogen werden. Zu prüfen ist außerdem, ob sich Ansätze von „Peer-involvement" eignen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung des Gesundheits- und Körperbewußtseins sowie der Eigenverantwortung bei der Abwehr von Infektionsrisiken

Angestrebte Qualität der Leistung:
Um die KlientInnen zu motivieren, ihr Hygieneverhalten zu verändern, und sie darin zu unterstützen, auf ihren Körper und ihre Gesundheit zu achten, erhalten sie von den MitarbeiterInnen Rückmeldung im Hinblick auf äußere Erscheinung, Hygiene, Körper- und Gesundheitsbewußtsein. Die MitarbeiterInnen berücksichtigen und respektieren dabei die individuell je unterschiedlich ausgeprägten Maßstäbe der KlientInnen. Unter Berücksichtigung der persönlichen Schamgrenzen ist in diesem Zusammenhang folgendes zu thematisieren:

- Unsicherheiten im Verhalten
- Grenzsituationen, die sich im Alltag immer wieder ergeben
- persönliche, szeneimmanente oder gesellschaftliche Tabus

Bedürfnis: Vermeidung von Drogennot- und Drogentodesfällen

Leistungsspektrum der Einrichtung: Angebot einer Konsummöglichkeit

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die Einrichtung ermöglicht es den KlientInnen, Drogen hygienisch, streßfrei und unter Wahrung der Intimität zu konsumieren. Für diesen Zweck wird ein entsprechend ausgestatteter Raum zur Verfügung gestellt.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Möglichkeiten zum Drug-checking

Angestrebte Qualität der Leistung:
Unbeabsichtigte Überdosierungen und Vergiftungen durch Beimischung toxischer Stoffe können durch Drug-checking erheblich verringert werden. Die den KlientInnen eingeräumte Möglichkeit, sich über die Qualität der Drogen zu informieren, gibt mehr Sicherheit beim Drogenkonsum; zugleich wirkt diese indirekte Kontrolle disziplinierend auf den Schwarzmarkt ein und kann so zu einer Verbesserung der Qualität der dort angebotenen Drogen führen. Die Einrichtung sollte sich deshalb für eine Änderung der rechtlichen und strukturellen Bedingungen einsetzen, damit Drug-checking in der Einrichtung oder in ihrer Nähe kostenlos oder mit geringer Selbstbeteiligung durchgeführt werden kann.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Beseitigung oder Linderung akuter Notfallsituationen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Alle MitarbeiterInnen sollten über die häufigsten Erkrankungen der Klientel und über typische medizinische Notfälle Bescheid wissen. Sie sollten in der Lage sein, akute Notfallsituation zu erkennen und zu diagnostizieren, eine Not-/Wundversorgung vorzunehmen, erste Hilfe bei epileptischen Anfällen, Atem- und Kreislaufversagen zu leisten und eine fachgerechte Weiterversorgung/-behandlung zu organisieren. Die Einrichtung sollte mit adäquaten medizinischen Materialien (z.B. Verbandszeug, Beatmungsgerät) ausgestattet sein.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Vermittlung von Grundinformationen zu Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie zu den Risiken von Überdosierung, Misch- und Beikonsum

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen, aber auch die KlientInnen müssen mit Drogennotfällen angemessen umgehen können. Sie werden deshalb entsprechend qualifiziert: in Informationsveranstaltungen, durch schriftliche Materialien, Beratung und regelmäßiges Training.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Kommunikation über Konsumrisiken im Alltag und in speziellen Situationen sowie Förderung eines differenzierten Umgangs mit Risikosituationen des Szenelebens

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die KlientInnen sollen in ihrem individuellen Risikomanagement unterstützt werden. Es gilt daher, mit ihnen regelmäßig über Konsumrisiken im Alltag (z.B. riskante Spritztechniken und Injektionsstellen, „hidden risks") und in besonderen Situationen (z.B. nach einer Entgifung, in Clean-Phasen, in Notfällen) zu sprechen und bestimmte Praktiken zur Vermeidung solcher Risiken einzuüben. Vor allem durch Förderung der Kommunikation unter den KlientInnen kann wesentlich dazu beigetragen werden, daß diese geeignete Techniken des Risikomanagements entwickeln.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen von Informationsmaterialien

Angestrebte Qualität der Leistung:
Allen KlientInnen sollten Informationsmaterialien zu Safer Use und Safer Sex zugänglich sein. Wünschenswert ist eine breite Palette, die Informationen in je unterschiedlichem Umfang und in je unterschiedlicher Art anbietet (z.B. Plakate, Faltblätter, Broschüren). Auf diese Weise kann den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen der KlientInnen entsprochen werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Organisation von Informationsveranstaltungen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Informationsveranstaltungen, Trainings und Workshops müssen, was ihre Dauer anbetrifft, dem Szenealltag angepaßt sein. Sie sind außerdem abwechslungsreich und interessant zu gestalten durch die Anwendung verschiedener Methoden (z.B. Gruppenübungen, Rollenspiele). Es hat sich bewährt, die Teilnahme durch kleine „Werbegeschenke" mit praktischem Nutzen (z.B. Stauschläuche, Regenschirme, Nähsets) anzuerkennen. Das ExpertInnenwissen von DrogenkonsumentInnen sollte in die Planung und

Durchführung von Safer-Use-Veranstaltungen eingezogen werden. Zu prüfen ist außerdem, ob sich Ansätze von „Peer-involvement" eignen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Beratung und Übungen zu Safer Use und Safer Sex

Angestrebte Qualität der Leistung:
Alle MitarbeiterInnen müssen in Sachen Safer Use und Safer Sex geschult sein, um jederzeit kompetent auf entsprechende Fragen reagieren zu können. Sie sollten sich zugleich kontinuierlich über Veränderungen im Hinblick auf Risikosituationen informieren und in der Lage sein, über Strategien des Risikomanagements Auskunft zu geben. Letztere zielen u.a. auf eine Veränderung des Konsumverhaltens und die Einhaltung von Vorsichtsmaßnahmen (z.B. Strategien zur Dosisfindung) Für die intensivere Safer-Use- und Safer-Sex-Beratung muß die Einrichtung eine Rückzugsmöglichkeit bereithalten, um in einem vertrauensvollen Rahmen über sensible Problemlagen sprechen zu können.

Die MitarbeiterInnen sollten die DrogenkonsumentInnen zu gegenseitiger Unterstützung, Solidarität und Informationsweitergabe motivieren.

Leistungsspektrum der Einrichtung: MultiplikatorInnenschulung

Angestrebte Qualität der Leistung:
Erfahrungen zeigen, daß KlientInnen, die dazu befähigt sind, in ihren Szenen als MultiplikatorInnen zu wirken, wesentlich zur HIV/AIDS-Prävention beitragen. Insider-Informationen, eigene Erfahrungen und Vertrauen sind wichtige Faktoren dafür, daß Informationen akzeptiert und angenommen werden. Vor allem bei Peer-support- und Peer-education-Ansätzen wurde deutlich, daß das Verhalten durch soziale Einflüsse und die Übernahme von Rollenmodellen entscheidend verändert werden kann. KlientInnen, die mit den Gruppennormen vertraut sind und das Vertrauen der anderen KlientInnen genießen, sind besonders gut in der Lage, zuverlässige Informationen über das Risikoverhalten zu sammeln und präventionsrelevantes Wissen in die kulturellen Bezüge der Szene einzubringen. Die MultiplikatorInnenarbeit ist deshalb ein unverzichtbares Element der niedrigschwelligen akzeptierenden Kontaktarbeit. Dazu gehören:

- Auswählen geeigneter MultiplikatorInnen aus den KlientInnen der Einrichtung
- Training und Begleitung der MultiplikatorInnen
- individuelle Unterstützung der Mulitplikator-Innen

Gesundheitliche und emanzipatorische Information/Aufklärung/Bildung, Stabilisierung und Problembewältigung durch sozialarbeiterische Hilfen

Bedürfnis: Verhinderung oder Entschärfung akuter Krisen und Notfallsituationen

Leistungsspektrum der Einrichtung: medizinische Notfallversorgung und Einleiten lebensrettender Maßnahmen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen müssen in der Lage sein, Art und Umfang einer notwendigen Ersten Hilfe zu erkennen und diese entsprechend zu leisten (z.B. Wundversorgung, Erste Hilfe bei Atem- und Herzstillstand). In Situationen, in denen die KlientInnen nicht dazu in der Lage sind, selbst zu entscheiden, übernehmen dies die MitarbeiterInnen. Dabei gilt es jedoch stets, die KlientInnen als Persönlichkeit zu achten sowie ihre je individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten, vor allem im Hinblick auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung, zu berücksichtigen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Deeskalation bei gewalttätigen Situationen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Im Rahmen der Kontaktarbeit kommt es auch in den Einrichtungen immer wieder zu verbalen oder gewalttätigen Auseinandersetzungen zwischen den KlientInnen oder zwischen diesen und den MitarbeiterInnen. Daher sind auf vielen Ebenen Interventionen notwendig. Krisensituation sollten durch deeskalierendes Einwirken entschärft werden. Im Team ist darauf zu achten, daß nicht immer dieselbe Mitarbeiterin/derselbe Mitarbeiter einschreitet. So wird verhindert, daß ihm/ihr die KlientInnen die Rolle des „Ordnungshüters" zuweisen und er/sie nicht regel-

mäßig solch belastenden Situationen ausgesetzt wird. In der Regel sollten immer zwei MitarbeiterInnen gleichzeitig agieren und dadurch auch die Geschlossenheit des Teams signalisieren. Die zu ergreifenden Sanktionen sollten nie vor den KlientInnen, sondern nur in Teamsitzungen diskutiert werden. Für die MitarbeiterInnen empfehlen sich regelmäßige Deeskalationskurse.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Krisenintervention und Beratung in psychosozialen Krisen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die Notwendigkeit von Kriseninterventionen kann sich immer wieder ergeben, z.B. aufgrund eines positiven HIV- oder Hepatitis-C-Testergebnisses, aufgrund von Gewalterfahrungen, der drohenden Räumung der Wohnung, eines Haftbefehls, des Endes einer Partnerschaft. Die MitarbeiterInnen müssen sich dessen bewußt und darauf vorbereitet sein. In der Einrichtung muß es einen Raum geben, in den man sich mit der/dem betreffenden Klientin/Klienten zurückziehen kann. Alle MitarbeiterInnen müssen bei psychosozialen Krisen adäquate Hilfe anbieten können.

Der Träger der Einrichtung muß den MitarbeiterInnen Möglichkeiten zur Reflexion anbieten. Hierzu zählen Teamsitzungen, Supervision und kollegiale Beratung, aber auch Teamtage sowie interne und externe Fortbildungen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Organisieren von Notübernachtungen bei akuter Wohnungslosigkeit

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen müssen darüber informiert sein, wer Übernachtungsmöglichkeiten anbietet. Im Bedarfsfall gilt es, für die Klientin/den Klienten den Kontakt zu einer entsprechenden Einrichtung (auch Pensionen) herzustellen oder sie/ihn dorthin zu vermitteln.

Leistungsspektrum der Einrichtung: praktische Unterstützung bei der Abwehr von Haft

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen sollen den KlientInnen Möglichkeiten aufzeigen, wie sich eine Inhaftierung vermeiden läßt (z.B. durch Abarbeiten von Geldstrafen). Im Bedarfsfall ist Kontakt zu den zuständigen Staatsanwaltschaften und anderen justiziellen Behörden aufzunehmen (gemeinsam mit den KlientInnen) und Hilfe beim Formulieren entsprechender Anträge zu geben.

Leistungsspektrum der Einrichtung: praktische Unterstützung bei der Absicherung des ausländer-/asylrechtlichen Status

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen müssen den betreffenden KlientInnen erklären können, weshalb wer wie entschieden hat. Dabei haben sie sich zu vergewissern, daß die KlientInnen in der Lage sind, die Informationen trotz sprachlicher Barrieren zu verstehen. Die MitarbeiterInnen müssen zudem erkennen können, in welchen Fällen eine Weiterverweisung an spezielle Beratungsstellen oder kompetente RechtsanwältInnen erforderlich ist, und die KlientInnen dorthin vermitteln. Sollte die KlientIn/der Klient damit überfordert sein, sich alleine an eine Behörde zu wenden, wird eine Begleitung notwendig.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Spontanberatung

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die Spontanberatung ermöglicht es den KlientInnen, sich bei drängenden Problemen sofort (ohne vorherige Terminvereinbarung) mit einer/einem MitarbeiterIn zur Beratung zurückzuziehen. Die MitarbeiterInnen müssen daher in der Lage sein, flexibel zu reagieren. Die Spontanberatung umfaßt eine Problemanalyse und die Erstellung eines Handlungsplans.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Initialhilfe

Angestrebte Qualität der Leistung:
Über verschiedene Wege (z.B. Gespräche, Infowände- und -broschüren, Ordner, Internet-Zugang) erhalten die KlientInnen Informationen darüber, wo sie sich selbst um professionelle Hilfe und Unterstützung für ihr jeweiliges Problem bemühen können.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Vermittlung von Basiswissen zu Szeneleben und Gesundheit

Angestrebte Qualität der Leistung:
Den KlientInnen wird vermittelt, daß durch die Einhaltung bestimmter Regeln auch bei einem Leben in der Szene Infektionen und Erkrankungen vermieden werden können und daß sie selbst – auch ohne Verzicht auf den Konsum von Drogen – maßgeblich zu ihrer Gesundheit beitragen können.

Bedürfnis: Integration in die Regelversorgung

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung bei der Beantragung und Inanspruchnahme von Regelleistungen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die akzeptierende Drogenarbeit respektiert den Anspruch der KlientInnen auf einen geschützten Raum, in dem ihre besondere Lebenssituation berücksichtigt wird. Sie arbeitet zugleich gegen eine Ausgrenzung ihrer KlientInnen, indem sie diese dazu ermuntert, die Angebote der allgemeinen Regelversorgung in Anspruch zu nehmen, und sie dabei unterstützt. Die beratenden MitarbeiterInnen müssen über die geltenden sozialrechtlich relevanten Gesetze, Verordnungen und Ausführungsvorschriften sowie die Anwendungspraxis der örtlichen Behörden informiert sein. In der Einrichtung sollten die wichtigsten Formulare (z.B. für die Beantragung von Sozialhilfe, eines Wohnberechtigungsscheins, für die polizeiliche Anmeldung) vorrätig sein.

Leistungsspektrum der Einrichtung: enge Kooperation mit anderen Hilfeeinrichtungen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die Einrichtung pflegt den regelmäßigen Austausch und verbindliche Kooperationsbeziehungen zu anderen sozialen Trägern (z.B. Jugendhilfe, Drogenberatung, Obdachlosen- und Wohnhilfe) und macht deren Informationsmaterialien den KlientInnen zugänglich. Zudem erhalten die MitarbeiterInnen anderer Einrichtungen die Möglichkeit, sich und ihre Angebote den KlientInnen vorzustellen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Vermittlung an spezielle Beratungsangebote

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen leisten Vermittlungsarbeit. Dazu gehört nicht nur das Vermitteln von Leistungen (z.B. Rechts- und Schuldnerberatung); ebenso gilt es, die zuständigen Einrichtungen und Behörden in die Versorgungspflicht zu nehmen und die verschiedenen institutionellen Bemühungen, die auf die Gewährung von Hilfe gerichtet sind, zu koordinieren.

Den KlientInnen wiederum soll der Weg zu adäquaten Angeboten anderer Leistungserbringer gewiesen werden. Dazu gehört, mit den KlientInnen Gespräche zu führen, in denen der Umfang ihres Betreuungswunsches und -bedarfs festgestellt und ihre Motivationslage geklärt wird sowie Informationen gegeben werden, die es den KlientInnen ermöglichen, diejenigen Hilfsangebote wahrzunehmen, die ihren Problemen angemessen sind.

Weitere Bestandteile der auf den Einzelfall bezogenen Hilfe sind: Begleitung zu Behörden, ÄrztInnen und Gerichtsterminen; Unterstützung bei anderen wichtigen Erledigungen; Befähigung und Anleitung zur selbständigen Bewältigung von Aufgaben. Dabei gilt das Prinzip „Fremdhandeln und stellvertretende Erledigung von Aufgaben ist nachrangig gegenüber der Selbstinitiative der KlientInnen". Nur auf diese Weise wird der sozialarbeiterischen Aufgabe entsprochen, die Integrität der Person und deren individuelle Entfaltungsmöglichkeiten zu wahren, wiederherzustellen und zu erweitern.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Vermitteln zwischen KlientInnen und justitiellen Institutionen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Im Bedarfsfall muß die/der MitarbeiterIn der Klientin/dem Klienten den Inhalt behördlicher Schreiben (z.B. vom Gericht, von BewährungshelferInnen) erklären können. Sind einzelne KlientInnen überfordert, vermittelt die/der MitarbeiterIn zwischen ihnen und der/dem zuständigen BewährungshelferIn/StaatsanwältIn und verhandelt mit diesen im Sinne der KlientInnen.

Bedürfnis: Stabilisierung und Verbesserung der Lebenssituation

Leistungsspektrum der Einrichtung: psychosoziale Beratung

Angestrebte Qualität der Leistung:
Umfang und Intensität der psychosozialen Beratung reichen von der situativen Einmalberatung bis hin zu langfristigen Beratungs- und Betreuungsprozessen und werden von den Bedürfnissen der KlientInnen sowie der Kapazität der Einrichtung bestimmt.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung bei der Beantragung und Inanspruchnahme von Regelleistungen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die akzeptierende Drogenarbeit respektiert den Anspruch von DrogenkonsumentInnen auf einen geschützten Raum, in dem ihre besondere Lebenssituation berücksichtigt wird. Sie arbeitet zugleich gegen eine Ausgrenzung ihrer KlientInnen, indem sie diese dazu ermuntert, die Angebote der allgemeinen Regelversorgung in Anspruch zu nehmen, und sie dabei unterstützt. Die beratenden MitarbeiterInnen müssen über die geltenden sozialrechtlich relevanten Gesetze, Verordnungen und Ausführungsvorschriften sowie die Anwendungspraxis der örtlichen Behörden informiert sein. In der Einrichtung sollten die wichtigsten Formulare (z.B. für die Beantragung von Sozialhilfe, eines Wohnberechtigungsscheins, für die polizeiliche Anmeldung) vorrätig sein.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Besuche im Strafvollzug und im Krankenhaus

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen halten auf Wunsch regelmäßig Kontakt zu inhaftierten/im Krankenhaus befindlichen KlientInnen. Bei Besuchen sind Alltagsbewältigung und mögliche Perspektiven für die Zeit nach dem Aufenthalt in diesen Institutionen zu thematisieren. Dabei werden die KlientInnen ermutigt, die notwendigen Schritte zur Verbesserung ihrer Lebenssituation selbständig in Angriff zu nehmen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Absprachen und fachlicher Austausch mit anderen Einrichtungen der Drogenhilfe und anderen sozialen Diensten

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die Einrichtung pflegt den regelmäßigen Austausch und die verbindliche Kooperation mit anderen sozialen Trägern. Die MitarbeiterInnen leisten Vermittlungsarbeit. Dabei werden nicht nur Leistungen vermittelt, sondern auch die zuständigen Einrichtungen und Behörden in die Versorgungspflicht genommen und die verschiedenen institutionellen Bemühungen zur Gewährung von Hilfe koordiniert. Zugleich gilt es, den KlientInnen den Weg zu adäquaten Angeboten anderer Leistungserbringer zu weisen. Dazu gehören unterstützende Gespräche mit den KlientInnen, in denen der Umfang ihres Betreuungswunsches und -bedarfs festgestellt, ihre Motivationslage geklärt und Informationen gegeben werden, die die KlientInnen in die Lage versetzen, diejenigen Hilfsangebote wahrzunehmen, die ihren Problemen angemessen sind.

Leistungsspektrum der Einrichtung: klientenbezogene Kooperation mit niedergelassenen ÄrztInnen und mit Kliniken

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die medizinische Basisversorgung soll der Verbreitung infektiöser Krankheiten entgegenwirken und die Eigenverantwortung bei der Abwehr von Gesundheitsrisiken stärken. Der Zugang soll durch strukturelle Maßnahmen (z.B. medizinische Versorgung in der Einrichtung selbst oder durch enge Kooperation mit niedergelassenen ÄrztInnen und/oder Kliniken) geschaffen und durch Motivationsarbeit – bei den Behandelnden wie auch den KlientInnen – gefördert werden. Die Behandelnden müssen über eventuelle Schwierigkeiten der KlientInnen (bedingte Einhaltung von Terminen, kein Versicherungsschutz usw.) informiert sein und sind dazu zu motivieren, sich auf die besondere Lebenssituation der KlientInnen einzustellen.

Es ist sinnvoll, eine notwendig werdende Kooperation vertraglich abzusichern, um die medizinische Grundversorgung unbürokratisch abwickeln zu können.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Beschaffung und Sicherung von Wohnraum

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen sind in der Lage, den KlientInnen Adressen von Wohnungsbaugesellschaften im geschützten Marktsegment und von betreuten Wohnformen zu vermitteln. Bei den Bemühungen um die Sicherung von Wohnraum können KlientInnen möglicherweise überfordert sein; in solchen Fällen gilt es, Unterstützung anzubieten, z.B. bei Verhandlungen zur Übernahme von Mietschulden durch das Sozialamt.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung bei der Abklärung ausländer-/asylrechtlicher Fragen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen müssen den betreffenden KlientInnen erklären können, weshalb wer wie entschieden hat. Dabei haben sie sich zu vergewissern, daß die KlientInnen in der Lage sind, die Informationen trotz sprachlicher Barrieren zu verstehen. Die MitarbeiterInnen müssen zudem in der Lage sein, zu erkennen, in welchen Fällen eine Weiterverweisung an spezielle Beratungsstellen oder kompetente RechtsanwältInnen erforderlich ist, und die KlientInnen dorthin zu vermitteln. Sollte die KlientIn/der Klient damit überfordert sein, sich alleine an eine Behörde zu wenden, wird eine Begleitung notwendig.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung bei der Strukturierung des Alltags

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen erarbeiten gemeinsam mit den KlientInnen einen strukturierten Wochenplan (ggf. auch schriftlich), in dem möglichst konkret benannt wird, wann was zu erledigen ist (z.B. Behördengänge, Arztbesuche, Telefonate) und welcher zeitliche Aufwand damit jeweils verbunden sein wird. Dadurch wird das zu Erledigende für die KlientInnen übersichtlicher: der „Aufgabenberg" entmutig nicht mehr und wird nicht vor sich hergeschoben, sondern jeden Tag wird ein überschaubarer Teil davon „abgetragen".

Freizeit- und Beschäftigungsmöglichkeiten bieten Alternativen zum Szeneleben. Sie sollten in der Einrichtung selbst oder im Verbund mit anderen Einrichtungen angeboten werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: im Bedarfsfall längerfristige Begleitung (Problemanalyse, Erstellen eines Handlungsplans)

Angestrebte Qualität der Leistung:
Im Rahmen der niedrigschwelligen Kontaktarbeit können die KlientInnen Leistungen in Form von Beratung und Unterstützung unbegrenzt nutzen. Diese längerfristige Begleitung grenzt sich ab von der intensiven Beratung und Betreuung, die eher von anderen Segmenten der akzeptierenden Drogenarbeit geleistet wird.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung beim Überwinden von Frustration, Mißerfolgen und Stagnation im Hinblick auf das Erreichen eines gesetzten Zieles

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen nehmen Erfolge (auch kleine) der KlientInnen auf dem Weg zu einem gesetzten Ziel wahr und würdigen sie. Bei Hilfeleistungen gilt das Prinzip „Fremd-und stellvertretendes Handeln ist nachrangig gegenüber der Selbstinitiative der KlientInnen". Nur auf diese Weise wird der sozialarbeiterischen Aufgabe entsprochen, die Integrität der Person und deren individuelle Entfaltungsmöglichkeiten zu wahren, wiederherzustellen und zu erweitern.

Praktische Unterstützung und stellvertretendes Handeln als komplementäre Leistung ist dann unverzichtbar, wenn

- die Selbsthilferessourcen der KlientInnen nur gering oder erschöpft sind
- die Verweigerung von Hilfe sachlich ungerechtfertigt wäre und zu Entmutigung und Demotivierung führen würde

Leistungsspektrum der Einrichtung: Bereitstellen und Vermitteln von kurzfristigen Beschäftigungsmöglichkeiten oder von Möglichkeiten zum Ableisten von Sozialstunden

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die niedrigschwellige Kontaktarbeit sollte in der Einrichtung selbst, aber auch außerhalb Arbeits-

möglichkeiten auf Tageslohnbasis schaffen. Auf diese Weise wird den KlientInnen ein legales Einkommen und die Strukturierung ihres Alltags ermöglicht.

Solche „Jobs" sollten vorzugsweise an KlientInnen anderer Einrichtungen vergeben werden, um Interessenkonflikte zu vermeiden, die sich vor allem dann ergeben, wenn die Beziehungen „Arbeitgeber-ArbeitnehmerIn" und „MitarbeiterIn-KlientIn" nicht klar voneinander getrennt werden können. Auch hier erweist sich ein „Netzwerk" der Einrichtungen des Hilfesystems als nützlich.

Bedürfnis: Aufbau und Pflege von Kontakten und Beziehungen

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung der Bereitschaft der KlientInnen, mit den MitarbeiterInnen und untereinander zu kommunizieren

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die Alltagskommunikation hat in der Überlebenshilfe einen hohen Stellenwert. Der auch durch Diskriminierung und Pathologisierung erzeugten Sprachlosigkeit und den Defiziten in der Artikulationsfähigkeit einzelner begegnen die MitarbeiterInnen durch aktives Fördern der Kommunikation unter den KlientInnen. Zugleich wirken sie darauf hin, daß die je unterschiedlichen Lebensstile und kulturellen Hintergründe gegenseitig akzeptiert werden.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Aufbau sozialer Beziehungen zwischen MitarbeiterInnen und KlientInnen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die MitarbeiterInnen werden den KlientInnen nicht zugewiesen, sondern diese erhalten die Möglichkeit, sich jemanden aus dem Team frei zu wählen. Wichtig ist eine kontinuierliche Beziehung zwischen MitarbeiterIn und KlientIn, was bei der Gestaltung der Arbeitsprozesse zu berücksichtigen ist.

Die MitarbeiterInnen müssen fähig sein, Interessen, Rollen und Abgrenzungen (z.B. in bezug auf Drogenkonsum) zu reflektieren und ausgewogen zu gestalten – eine besondere Herausforderung in der niedrigschwelligen Kontaktarbeit. Daher bedarf sozialarbeiterisches Handeln vor allem der regelmäßigen Reflexion, auch und gerade was die schwierige Balance zwischen Nähe und Distanz anbetrifft. Freundschaften oder erotische/sexuelle Beziehungen zwischen KlientInnen und MitarbeiterInnen stellen die fachliche Betreuungsbeziehung nachhaltig in Frage und sind mit ihr nicht zu vereinbaren.

Zugleich gilt es, Arbeitsstrukturen und Settings zu schaffen, die es den MitarbeiterInnen wie auch den KlientInnen ermöglichen, sich bewußt mit der eigenen Identität und der des Gegenübers auseinanderzusetzen. Nicht zuletzt bedarf die Zusammenarbeit von KlientInnen und MitarbeiterInnen des gegenseitigen Vertrauens.

Bedürfnis: Förderung des Selbsthilfepotentials

Leistungsspektrum der Einrichtung: Stärkung des Körper- und Gesundheitsbewußtseins

Angestrebte Qualität der Leistung:
Um die KlientInnen zu motivieren, ihr Hygieneverhalten zu verändern, und sie darin zu unterstützen, auf ihren Körper und ihre Gesundheit zu achten, erhalten sie von den MitarbeiterInnen Rückmeldung im Hinblick auf äußere Erscheinung, Hygiene, Körper- und Gesundheitsbewußtsein. Diese berücksichtigen und respektieren dabei die individuell je unterschiedlich ausgeprägten Maßstäbe der KlientInnen.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung
a) zur Entwicklung von Eigenverantwortung bei der Bewältigung von Anforderungen
b) beim Überwinden von Frustration, Mißerfolgen und Stagnation im Hinblick auf das Erreichen eines gesetzten Zieles

Angestrebte Qualität der Leistung:
a) Unterstützung erhalten die KlientInnen durch klärende Gespräche und Begleitung bei Behördengängen, Arztbesuchen und Gerichtsterminen, durch Hilfe bei sonstigen wichtigen Erledigungen sowie durch Anleitung zur selbständigen Bewältigung von Aufgaben.

b) Die MitarbeiterInnen nehmen Erfolge (auch kleine) der KlientInnen auf dem Weg zu einem gesetzten Ziel wahr und würdigen sie.

Bei Hilfeleistungen gilt das Prinzip „Fremd- und stellvertretendes Handeln ist nachrangig gegenüber der Selbstinitiative der KlientInnen". Nur auf diese Weise wird der sozialarbeiterischen Aufgabe entsprochen, die Integrität der Person und deren individuelle Entfaltungsmöglichkeiten zu wahren, wiederherzustellen und zu erweitern.

Praktische Unterstützung und stellvertretendes Handeln als komplementäre Leistung ist dann unverzichtbar, wenn

- die Selbsthilferessourcen der KlientInnen nur gering oder erschöpft sind
- die Verweigerung von Hilfe sachlich ungerechtfertigt wäre und zu Entmutigung und Demotivierung führen würde.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung bei der Erweiterung der Handlungsfähigkeit und der Entwicklung von Handlungsalternativen

Angestrebte Qualität der Leistung:
In der Beratung wird den KlientInnen verdeutlicht, welche ihrer Handlungsweisen und -muster Chancen bergen, aber auch, welche davon das Erreichen selbstgesteckter Ziele gefährden. Hier suchen MitarbeiterInnen und KlientInnen gemeinsam nach Handlungsalternativen; erfolgversprechende werden durch die MitarbeiterInnen unterstützt und gefördert.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Unterstützung von und Kooperation mit Selbsthilfeinitiativen und -organisationen

Angestrebte Qualität der Leistung:
Die Entwicklung und Stabilisierung der Arbeit einer Drogenselbsthilfe stellt hohe Anforderungen an die Fähigkeiten und die Motivation der Engagierten. Ein produktives soziales Gefüge aufzubauen, das den Gruppenmitgliedern – und vielleicht sogar den Szenen vor Ort – viel Positives „bringt", scheitert oft an zahlreichen, diesem Prozeß innewohnenden Schwierigkeiten. Die Wertschätzung, die akzeptierend arbeitende Einrichtungen der Selbsthilfe entgegenbringen, muß deshalb durch aktive Unterstützung ihrer Initiativen zum Ausdruck kommen. Diese beschränkt sich nicht nur auf das Bereitstellen von Räumen und Ressourcen für Treffen und Aktivitäten; wenn nötig *und von den in Selbsthilfe Engagierten gewünscht,* werden ebenso personelle Ressourcen zur Unterstützung eingesetzt: in instabilen Phasen der Selbsthilfearbeit, bei Konflikten in der Gruppe und bei besonders anspruchsvollen Vorhaben.

Bei der Unterstützung von Selbsthilfeinitiativen und -organisationen und bei der Kooperation mit ihnen wird auf die Wahrung ihrer Eigenverantwortung und Souveränität geachtet. Dies zeigt sich darin, daß selbstgewählte Ziele, Arbeits- und Gruppenbeziehungen der Selbsthilfe respektiert werden. Zugleich werden die Kompetenzen der DrogenkonsumentInnen anerkannt und gezielt – auch in die Arbeit der Drogenhilfeeinrichtung – einbezogen.

Bedürfnis: parteiische Interessenvertretung durch Sozialarbeit

Leistungsspektrum der Einrichtung: Interessenvertretung gegenüber (Fach-)Öffentlichkeit, Politik, Medien usw.

Angestrebte Qualität der Leistung:
Parteiische Interessenvertretung erfolgt, indem

- strukturelle Versorgungsdefizite, die in der niedrigschwelligen Kontaktarbeit zutage treten, verdeutlicht werden und indem gefordert wird, sie zu beheben
- gesellschaftlichen Bedingungen, institutionellen Regelungen und informellen Handlungsmustern, die eine Ausgrenzung, Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds beinhalten oder fördern, nachhaltig entgegengewirkt wird
- Personen und Institutionen, die Vorurteile und irrationale Befürchtungen äußern, ein Zugang zu Fakten und Gegenentwürfen eröffnet wird, die geeignet sind, Denkmuster und Haltungen zu verändern
- für Respektierung und Gleichbehandlung unterschiedlicher Lebensformen geworben wird, soweit diese nicht die Integrität anderer Personen verletzen

- Normen und Gewohnheiten, die den sozialen Umgang mit illegalisierten DrogenkonsumentInnen bestimmen, hinterfragt werden
- die Einrichtung den Einsatz ihrer personellen und finanziellen Ressourcen solide plant und umsetzt, so daß sie in diesem Punkt nicht diskreditierbar ist.

Leistungsspektrum der Einrichtung: Entwicklung und Umsetzung von Konzepten, die sich an den Interessen der DrogenkonsumentInnen orientieren

Angestrebte Qualität der Leistung:
Gefördert wird der Auf- und Ausbau von Gemeinwesenstrukturen, die den KonsumentInnen illegalisierter Drogen Rückhalt geben und zu deren „Empowerment" beitragen. Konzepte und Arbeitsansätze des sozialen und medizinischen Hilfesystems zielen auf die Ausschöpfung der Selbsthilfepotentiale und orientieren sich an den sozialen Belangen der KlientInnen.

Methoden und Rahmenbedingungen

Orientierung am Individuum

In der niedrigschwelligen Kontaktarbeit ist stellvertretendes sozialarbeiterisches Handeln nachrangig gegenüber der Hilfe zur Selbsthilfe. Dies gilt sowohl für die einzelfall- wie auch die gruppenbezogene Arbeit.

In der einzelfallbezogenen Arbeit erfolgt stellvertretendes Handeln nur in dem Umfang, wie es

- angesichts der jeweiligen Lage sachlich notwendig ist
- dem mit der Klientin/dem Klienten vereinbarten Handlungsauftrag entspricht
- dem Ziel, das Selbsthilfepotential zu wecken, zu fördern und zu stabilisieren, nicht zuwiderläuft

In der Einrichtung ist zugleich ein situations- und bedarfsorientiertes Setting aus Einzelfallhilfe, Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit zu gestalten.

Beziehungsorientierte Hilfen, Begleitung und Beratung

Beziehungsorientierte Hilfen

Der Erfolg niedrigschwelliger Kontaktarbeit hängt wesentlich davon ab, inwieweit es den MitarbeiterInnen gelingt, zu den KlientInnen soziale Beziehungen aufzubauen und beziehungsorientierte Hilfen anzubieten. Deshalb ist es wichtig, daß die KlientInnen ihre Bezugsperson wählen können, soweit es die personellen und institutionellen Bedingungen der Einrichtung zulassen.

Begleitung und Beratung

Begleitung und Beratung sind als kooperative Prozesse zu verstehen, in denen die KlientInnen und MitarbeiterInnen gemeinsam tätig werden, um

- die Handlungs- und Selbsthilfepotentiale der KlientInnen zu aktivieren,
- den KlientInnen neue Perspektiven und Lösungswege zu erschließen und
- sie in die Lage zu versetzen, ihre Einstellungen, Kommunikations- und Verhaltensweisen sowie deren Wirkungen zu reflektieren, zu erproben und auszubalancieren.

Begleitung und Beratung sind zielgerichtete, ergebnisorientierte Prozesse, die den KlientInnen neue Orientierungschancen eröffnen. Die Ziele der Beratung und der einzelnen Beratungsschritte werden durch einen mit der Klientin/dem Klienten entwickelten Hilfeplan definiert.

Begleitung und Beratung berücksichtigen die kognitive und emotionale Ebene. Die Arbeit auf der kognitiven Ebene erfolgt kontextbezogen und umfaßt Sachverhalte und Handlungsoptionen. Dazu gehört,

- die KlientInnen bei der Aufarbeitung von Konflikten zu unterstützen, die aus ihren Intentionen, Wünschen und Interessen einerseits und den äußeren Bedingungen (Lebensumstände; gesellschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen) resultieren
- den KlientInnen Möglichkeiten und Grenzen der Einflußnahme auf äußere Bedingungen,

aber auch auf die eigene Lebenssituation zu verdeutlichen und gangbare Wege der individuellen und kollektiven Selbsthilfe aufzuzeigen
- den KlientInnen Maßstäbe aufzuzeigen, die ihrer Persönlichkeit angemessen sind, und sie in die Lage zu versetzen, Kosten und Nutzen von Interventionen realistisch einzuschätzen.

Beratung und Begleitung auf der emotionalen Ebene bieten Raum, um
- Gefühle, Erlebnisse, Einstellungen und innere Widersprüche zu verbalisieren und zu bearbeiten
- im eigenen Erleben nach neuen Aspekten und Zusammenhängen zu suchen

Zusammenarbeit bedarf des gegenseitigen Vertrauens

Zur Gewährleistung einer Vertrauensbasis werden Regeln und Handlungsgrundsätze befolgt, die den KlientInnen zu Beginn der Zusammenarbeit offengelegt werden:
- Die KlientInnen sind nicht dazu verpflichtet, ihre Lebensumstände detailliert offenzulegen. Drogenarbeiterisches Handeln erfolgt jedoch nur in dem Umfang, wie Einsicht in die Sachverhalte und Lebensumstände besteht; es unterbleibt bei unzureichenden Informationen.
- Drogenarbeiterisches Handeln ist parteiisch. Deshalb gilt es, Leistungsbegehren der KlientInnen zu unterstützen, soweit diese sachlich gerechtfertigt sind. Ungerechtfertigte Leistungsbegehren werden nicht unterstützt.
- Bei Kenntnis von widerrechtlich bezogenen Leistungen oder von Straftaten werden die KlientInnen darauf hingewiesen, welche Konsequenzen diese haben können. Zugleich wird dazu geraten, das Handeln im gebotenen Maße zu korrigieren, wobei Unterstützung angeboten wird.
- Kenntnisse von widerrechtlich bezogenen Leistungen oder von Straftaten werden vertraulich behandelt. Entsprechende Mitteilungen an externe Institutionen gelten als Verletzung der Schweigepflicht und unterbleiben.
- Der Versuch, die MitarbeiterInnen durch unvollständige oder falsche Informationen zur Unterstützung eines nicht gerechtfertigten Leistungsbegehrens oder einer Straftat zu veranlassen, stellt die Vertrauensbasis zwischen MitarbeiterIn und KlientIn in Frage und kann zum Abbruch der Gewährung von Hilfe führen.

Transparenz bei der Planung von Hilfe und Unterstützung

Die niedrigschwellige Drogenarbeit sichert die Entscheidungsautonomie der KlientInnen. Wesentliche Voraussetzung dafür ist Transparenz bei jeglicher Hilfe und Unterstützung. Dies bedeutet zum einen, die Angebote so zu strukturieren, daß die KlientInnen
- stets durchschauen und nachvollziehen können, weshalb wann welche drogenarbeiterische Maßnahme zum Tragen kommt
- Möglichkeiten erhalten, ihre Selbsthilfefähigkeiten in vollem Umfang zu nutzen und weiterzuentwickeln
- sich nicht selbst überfordern, nicht überversorgt oder entmündigt werden

Zum anderen muß zwischen MitarbeiterInnen und KlientInnen ausgehandelt werden, welchen Erwartungen das Angebot zu entsprechen vermag und für welche Anliegen andere Anbieter zuständig sind.

Schließlich gilt es, diejenigen KlientInnen zu beraten, deren Handlungsstrategien aus sozialarbeiterischer Sicht wenig geeignet sind. Aufgezeigt werden die Konsequenzen solchen Handelns wie auch Handlungsalternativen, zu deren Verwirklichung Unterstützung angeboten wird.

Mehrdimensionales Verständnis von Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit

Drogenkonsum bedeutet längst nicht immer Abhängigkeit und muß deshalb stets hinsichtlich der Funktion, die er für die/den einzelneN hat, betrachtet werden. So kann es z.B. im Sinne von Harm reduction sinnvoll sein, den Umstieg vom massiven Tablettenkonsum auf Haschisch anzuraten. Es gibt jedoch auch KlientInnen, die einen solchen Umstieg als problematischen Rückfall erleben würden.

Auch wenn die MitarbeiterInnen der akzeptierend arbeitenden Drogenhilfe häufig mit extremen Formen des Drogenkonsums konfrontiert werden, dürfen sie nicht den Blick dafür verlie-

ren, daß viele Frauen und Männer in der Lage sind, Drogen sozial integriert und lustvoll zu konsumieren.

Diagnostik (Exploration)

In der niedrigschwelligen Kontaktarbeit kann eine Diagnostik nicht umfassend erfolgen, sondern nur im Hinblick auf die in diesem Bereich der Drogenhilfe zu bearbeitenden Elemente physischer, psychischer und sozialer Probleme.

Einbeziehen methodisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse

Um die niedrigschwellige Kontaktarbeit als Ganze effizient und ihre Einzelleistungen effektiv und bedarfsgerecht gestalten zu können, werden gezielt wissenschaftliche Methoden eingesetzt. Dazu gehören u.a.

- kontinuierliche Bedarfserhebung und -überprüfung, indem z.B. die KlientInnen systematisch befragt werden, inwieweit sie mit den verfügbaren Angeboten zufrieden sind
- gezielte Evaluation der gesamten Arbeit der Einrichtung sowie der in der Begleitung einzelner KlientInnen erreichten Resultate
- systematisches Erfassen der strukturellen Möglichkeiten zu einer Verbesserung der Arbeit und zur Weiterentwicklung von Konzepten

Vernetzung von Fachkompetenzen (Multiprofessionalität)

In der niedrigschwelligen Kontaktarbeit – ob mit einzelnen KlientInnen oder mit KlientInnengruppen und Selbsthilfeinitiativen – ermöglicht das Einbringen der unterschiedlichen Sichtweisen der beteiligten Professionen ein umfassenderes Verständnis von den zu bearbeitenden Problemen und den entsprechenden Arbeitsansätzen. Deshalb ist bei der Zusammensetzung des Teams und bei der Vernetzung von Hilfsangeboten darauf zu achten, daß verschiedene Berufsgruppen beteiligt sind. Es gilt, die verschiedenen Angebote – über Abgrenzungs- und Profilierungstendenzen einzelner Professionen hinweg – sinnvoll aufeinander abzustimmen. Für die KlientInnen muß die multiprofessionelle Zusammenarbeit transparent bleiben, um nachvollziehen zu können, mit welchen Zielen jede der beteiligten Einrichtungen Hilfeleistungen anbieten.

Vernetzung psychosozialer Hilfen

In der niedrigschwelligen Kontaktarbeit kommt es immer wieder vor, daß Aufgaben an andere, hierfür spezialisierte Einrichtungen zu delegieren sind oder die KlientInnen dorthin vermittelt werden müssen. Dies wird vor allem dann notwendig, wenn

- deutlich wird, daß das im Einzelfall Erforderliche über das hinausgeht, was in der Kontaktarbeit machbar ist
- dem Hilfebedarf nur durch Maßnahmen entsprochen werden kann, zu deren Durchführung entsprechend qualifiziertes und dazu befugtes Fachpersonal (z.B. Diagnose durch den Arzt/die Ärztin) erforderlich ist
- das Angebot dem/der einzelnen nicht genügt und andere Hilfen notwendig werden
- es angezeigt ist, die Hilfeart zu wechseln

Die Vermittlung der Leistung erfolgt in Abstimmung mit der Klientin/dem Klienten.

Ambulante Hilfe

Niedrigschwellige Kontaktarbeit erfolgt immer ambulant und ist in das Gemeinwesen integriert.

Förderung von Selbsthilfeorganisationen und -aktivitäten

Die niedrigschwellige Kontaktarbeit tritt der gesellschaftlichen Erwartung entgegen, daß alle drogenkonsumbezogenen Probleme durch ein genügend großes institutionalisiertes Hilfesystem zu bearbeiten und zu lösen seien. Sie erkennt vielmehr an, daß in vielen Fällen keine professionelle Hilfeleistung nötig ist. Deshalb unterstützt sie die vorinstitutionelle Hilfe, z.B. die Solidarität und Hilfe der KlientInnen untereinander oder Selbsthilfeinitiativen und -organisationen. Wesentlich bei der Kooperation mit der Selbsthilfe ist, ihre Eigenverantwortung und Souveränität zu wahren, indem ihre selbstgewählten Ziele, Arbeits- und Gruppenbeziehungen respektiert werden.

Zugleich gilt es, die „Betroffenenkompetenz" der DrogenkonsumentInnen anzuerkennen und gezielt in die Arbeit der Einrichtung einzubeziehen. Insofern ist die Mitarbeit von DrogenkonsumentInnen in der niedrigschwelligen Kontaktarbeit unverzichtbar.

Ausgehend von dem Grundsatz „stellvertretendes Handeln ist nachrangig gegenüber der Hilfe zur Selbsthilfe" werden Menschen aus der Selbsthilfe dazu befähigt, im Kontaktladen solche Leistungen anzubieten, für deren Erbringung sie besser geeignet sind (Stichwort „Betroffene unterstützen Betroffene") als Fachkräfte.

Die niedrigschwellige Kontaktarbeit muß ihr Verhältnis zur Selbsthilfe kontinuierlich reflektieren, um Überbetreuung und Bevormundung zu verhindern: die KlientInnen dürfen nicht als passive Leistungsempfänger „behandelt" werden, weshalb ihre Souveranität und Eigenverantwortung anzuerkennen ist. Ebenso gilt es, die Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfekompetenzen und -arbeitsweisen wahrzunehmen und anzuerkennen. Selbsthilfe darf nicht dadurch überfordert werden, daß komplizierte oder den Effektivitätskriterien der Einrichtung widersprechende Aufgaben an sie delegiert werden.

Durch kontinuierliche Reflexion soll zudem ermöglicht werden, die Ursachen von Abwehrhaltungen und Ressentiments gegenüber Selbsthilfeinitiativen zu erkennen und zu bearbeiten. Solche Haltungen können zum einen aus negativen Erfahrungen oder aus Vorurteilen resultieren; zum anderen muß jedoch auch klar sein, daß die Selbsthilfe als kritisches Gegenüber des Drogenhilfesystems durchaus dem Interesse der jeweiligen Einrichtung an einer „Bestandssicherung" zuwiderlaufen kann und dadurch Verunsicherung und Abwehr erzeugt. Hiermit müssen sich die MitarbeiterInnen offensiv auseinandersetzen, um sich den Impulsen der Selbsthilfe im Hinblick auf neue Probleme, Vorsorgungsansprüche, Angebotsgestaltung usw. öffnen zu können. Auf diese Weise kann zu einer produktiven Zusammenarbeit gefunden werden, die zur Weiterentwicklung und Modernisierung der niedrigschwelligen Kontaktarbeit entscheidend beiträgt.

Dokumentation

Die qualifizierte niedrigschwellige Kontaktarbeit kann nicht auf die fortlaufende Dokumentation ihrer Leistungen verzichten. Hierbei ist jedoch zu beachten: die Niedrigschwelligkeit, die zugesicherte Anonymität und die in der Regel hohe Klientenzahl erlauben keine detaillierte Dokumentation, vor allem nicht in den Servicebereichen (Kontaktladen, Spritzentausch, Überlebenshilfen).

Die MitarbeiterInnen sollten ein Dokumentationssystem erarbeiten und pflegen, das den Ansprüchen der Einrichtung, des Trägers und des Geldgebers Rechnung trägt. Im Rahmen einer einfachen Leistungsdokumentation können folgende Daten festgehalten werden: Öffnungszeiten, eingesetztes Personal, (geschätzte) Klientenzahl und – soweit praktikabel – zentrale Tätigkeiten, z.B. Beratungsgespräche, Spritzentausch. Die Dokumentation der (Spontan-)Beratungsleistungen sollte Angaben zur Lebenssituation der KlientInnen, zu den Beratungsthemen und -ergebnissen und zu den daraus folgenden Hilfeinterventionen enthalten.

Detaillierte Daten zu den KlientInnen sind in der Regel nicht festzuhalten; medizinische Diagnosen und Behandlungen sowie notwendige Angaben zur Person müssen jedoch – auch zur Absicherung der MitarbeiterInnen – immer schriftlich dokumentiert werden.

Zur Strukturierung und Überprüfung der eigenen Arbeit und ihrer Schwerpunkte kann es sinnvoll sein, die Art der Tätigkeit und den zeitlichen Aufwand zu dokumentieren.

Die Dokumentation und Auswertung der erhobenen Daten sollte nach Möglichkeit computergestützt erfolgen. Für die statistische Aufbereitung der Daten sollten ausreichende personelle Kapazitäten vorhanden sein.

Datenschutz

Die Einhaltung der Schweigepflicht und der Schutz personenbezogener Daten haben in der niedrigschwelligen Kontaktarbeit einen besonders hohen Stellenwert. So hat die Einrichtung dafür zu sorgen, daß personenbezogene Daten vor unbefugter Einsichtnahme und Mißbrauch geschützt sind. Dies gilt ebenso bei der Zusam-

menarbeit im Team und bei der Kooperation mit anderen Einrichtungen. Deshalb sollten folgende Rahmenbedingungen gelten:

- Die MitarbeiterInnen müssen ein (nicht anzweifelbares!) Zeugnisverweigerungsrecht haben.
- Die MitarbeiterInnen sind zum Schutz der Privatsphäre ihrer KlientInnen zu verpflichten.
- Jede Offenbarung von personenbezogenen Daten – sei es im Team, gegenüber anderen Einrichtungen oder gegenüber den Kostenträgern – setzt die Einwilligung der KlientInnen voraus; ohne diese ist eine Weitergabe von Informationen unzulässig.
- Wird zur Sicherung der Betreuungskontinuität die interne Weitergabe von Daten unumgänglich, sind die KlientInnen hierüber zu informieren. Ebenso gilt es, sie auf ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung hinzuweisen und ihre Einwilligung zur Datenweitergabe einzuholen. Falls deren Verweigerung mit der Inanspruchnahme von Leistungen unvereinbar ist, sind die KlientInnen hierauf aufmerksam zu machen.
- Wenn die Durchsetzung von Hilfeleistungen einer Kooperation mit anderen Institutionen bedarf und hierbei die Weitergabe personenbezogener Daten erforderlich ist, werden die KlientInnen entsprechend informiert und gebeten, der Datenweitergabe zuzustimmen. Willigen sie nicht ein, werden sie von den MitarbeiterInnen darauf hingewiesen, daß die Hilfeleistung nicht erbracht werden kann.
- Die MitarbeiterInnen wirken darauf hin, daß externe Stellen, an die personenbezogene Daten weiterzugeben sind, ausreichende Vorkehrungen zum Datenschutz treffen.

Öffentlichkeitsarbeit

Die Regelung von Konflikten mit der Nachbarschaft und die tolerierte, besser noch: akzeptierte Einbindung der niedrigschwelligen Kontaktarbeit in das Gemeinwesen entscheiden wesentlich über die Angebote der Einrichtung und deren Nutzung. Eine offensive Öffentlichkeitsarbeit ist daher unverzichtbar. Sie muß die Aufgaben, Ziele und Angebote der Kontaktarbeit darstellen, in der Nachbarschaft für Vertrauen werben, das mit der Kontaktarbeit verbundene öffentliche Interesse und die kommunale Verantwortlichkeit für dieses Aufgabenfeld verdeutlichen.

Öffentlichkeitsarbeit klärt zugleich über Drogen, das Leben mit Drogen und die Hintergründe von Drogenproblemen auf. Es gilt, in der Bevölkerung ein Bewußtsein dafür zu schaffen, mit welch menschenunwürdigen Lebensumständen und zerstörerischen Prozessen drogenkonsumierende Frauen und Männer konfrontiert sind, wie diese zustandekommen und welche pragmatischen Lösungen sich hier anbieten. In diesem Sinne ist kontinuierlich Entmystifizierungs- und Entstigmatisierungsarbeit zu leisten. Das setzt die parteiische Vertretung der Interessen der KlientInnen voraus.

Reflexion

Die akzeptierende Kontaktarbeit birgt eine Vielzahl von Interessen-, Rollen- und Abgrenzungskonflikten und ist besonders stark mit existentiellen Krisen, Verelendung und Gewalt konfrontiert. Zugleich wird von den MitarbeiterInnen erwartet, daß sie stets angemessen handeln. Solche Stressoren können sich nachteilig auf die Gesundheit auswirken, weshalb der Einrichtungsträger in der Verantwortung steht, Rahmenbedingungen zu schaffen, die die MitarbeiterInnen entlasten. Dazu gehören

- Fallbesprechungen
- Evaluation des einzelfallbezogenen Beratungsergebnisses
- kollegiale Beratung
- Reflexion der kognitiven und emotionalen Ebene der Beratungstätigkeit
- Supervision

Erhalt und Förderung personeller Ressourcen

Der sinnvolle Einsatz, der Erhalt und die Förderung personeller Ressourcen setzt eine gezielte Personalpolitik der Einrichtung voraus. Zu ihren wichtigsten Maßnahmen gehören

- die Regelung der Fach- und Dienstaufsicht
- Stellenbeschreibungen
- die Regelung der Vertretung
- systematische Fortbildung der MitarbeiterInnen
- konsequente Kontrolle der Umsetzung von Beschlüssen und Arbeitsanordnungen

Die niedrigschwellige Kontaktarbeit wird häufig unterbewertet. Damit verbunden ist die Vorstellung, dieses Feld der Drogenhilfe könne weitgehend von weniger qualifizierten Kräften bearbeitet werden. Die „Leitlinien der niedrigschwelligen akzeptierenden Kontaktarbeit" verdeutlichen hingegen, wie vielfältig die Aufgaben und die zu erbringenden Leistungen sind. Deutlich wird ebenso, daß verantwortliches Arbeiten in diesem Bereich besondere Anforderungen an die fachliche Qualifikation der MitarbeiterInnen stellt. Die MitarbeiterInnen müssen

- in der Lage sein, ihr Handeln an den Prinzipien der akzeptierenden Drogenarbeit auszurichten
- über Fachwissen verfügen im Hinblick auf geltendes Recht, Methoden der Beratung und Betreuung, Sucht und Devianz, physische und psychische Gesundheit, soziale Zusammenhänge
- über Fachwissen verfügen zu Wirkungsweisen und Applikationsformen von Drogen und über aktuelle Trends in den Drogenszenen informiert sein
- ihr Handeln anwendungsbezogen reflektieren können
- fähig sein zu Empathie und Akzeptanz gegenüber den KlientInnen
- die Grenzen ihres professionellen Handelns erkennen können
- in der Lage sein, sach- und zielgerecht mit anderen Berufsgruppen und Institutionen zu kooperieren
- ihre Arbeit transparent gestalten können
- über methodische Kenntnisse verfügen und diese situationsgerecht und souverän anwenden können
- fähig sein, Arbeitsansätze ergebnisorientiert weiterzuentwickeln

MitarbeiterInnen, die diese Grundanforderungen noch nicht oder nur zum Teil erfüllen, erhalten im Rahmen ihrer Einarbeitung Gelegenheit, entsprechende Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben. Während dieser Zeit werden sie von erfahrenen MitarbeiterInnen begleitet.

Die Eingangsqualifikation der MitarbeiterInnen wird abgesichert und kontinuierlich erweitert durch Fortbildung und Supervision. Die Fortbildung trägt den Entwicklungen in der Drogenarbeit, den Innovationen bei Behandlung und Betreuung, den Änderungen in den rechtlichen Rahmenbedingungen und neuen zielgruppenspezifischen Handlungsansätzen Rechnung.

Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit in Wohnprojekten

Von Notübernachtungen zu rehabilitativen Hilfen

Als vor fast zehn Jahren die ersten niedrigschwelligen Wohnprojekte eingerichtet wurden, betraten die Träger der Drogenhilfe fachliches Neuland. Bis dahin gab es im wesentlichen nur zwei Wohn- und Unterbringungsmöglichkeiten für DrogengebraucherInnen: in Hotels und Pensionen oder in Einrichtungen der stationären abstinenzorientierten Langzeittherapie mit anschließender Nachsorge-Wohngemeinschaft.

Betreute Wohnmöglichkeiten[1] ohne Kopplung an eine Abstinenzmotivation galten Ende der 80er Jahre noch häufig als fachlich nicht gerechtfertigt, weil damit ein Verharren in der Sucht verbunden wurde statt das Ziel, mit einem sicheren Wohnplatz und qualifizierter Betreuung eine gesundheitliche und soziale Stabilisierung zu erreichen. Dieses Neuland ist von mehreren Trägern der Drogenhilfe mit unterschiedlichen fachlichen Hintergründen betreten worden. Entsprechend unterschiedlich sind bei gleicher Zielsetzung auch die Arbeitsansätze oder Arbeitsstile.

Das Ziel der ersten Wohnprojekte, die meist als niedrigschwellige Notübernachtungseinrichtungen begannen, war, neben der Stabilisierung der Lebenssituation und der Erlangung einer menschenwürdigen Unterkunft und Umgebung eine Basis für eine selbstbestimmte Lebensplanung zu schaffen. Diese Unterbringungsform wurde als vorübergehend betrachtet, als Übergangslösung bis zur Vermittlung eines eigenen Wohnraums.

Zunächst wurde eine begrenzte Verweildauer von nicht länger als drei bis sechs Monaten angestrebt. In dieser Zeit sollte, je nach Wunsch der Betroffenen, geeigneter Wohnraum oder ein geeigneter Therapieplatz gefunden werden. Die Realität sah jedoch ganz anders aus. Nicht bedacht worden war, daß längere Wohnungslosigkeit häufig zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Rückkehr in normale Wohnverhältnisse führt. Zudem standen, trotz regionaler Vereinbarungen mit Wohnungsbaugenossenschaften und -gesellschaften, für diese Zielgruppe nicht in ausreichendem Maße Wohnungen zur Verfügung. Da dieser neue Arbeitsbereich vorwiegend aus regionalen Initiativen gemeinnütziger Träger entstand, die etwas gegen die akute Not der Obdachlosigkeit von DrogengebraucherInnen unternehmen wollten, bildete sich kein aufeinander abgestimmtes System von unterschiedlichen Hilfeangeboten.

Aus den ursprünglichen, für Notübernachtungseinrichtungen entwickelten Konzepten entstanden verschiedenste Formen des Wohnens, z.B. das als rehabilitative Hilfe konzipierte „Betreute Wohnen in Wohngruppen" und das „Übergangswohnen".

Nicht alle Wohnprojekte verstehen sich als mittelfristige Wiedereingliederungshilfe. Die Ziele werden individuell gestaltet. Das Betreute Wohnen ist für manche BewohnerInnen eine Durchgangsphase, für manche aber auch eine Dauerlösung. Das Basisangebot aller Wohnprojekte ist die Versorgung mit Wohnraum zur Vermeidung von Obdachlosigkeit. Der gesicherte Wohnraum ermöglicht es DrogengebraucherInnen, soziale Kontakte zu knüpfen und zu pflegen sowie weitergehende Hilfen in Anspruch zu nehmen. Die eigene Wohnung ist ein notwendiger Rückzugsraum: er schützt vor gesellschaftlichen Zugriffen und Einflüssen und ist ein Ort, an dem eine neue, selbstbestimmte Lebensgestaltung erprobt werden kann. Das Betreute Wohnen spricht vor allem diejenigen DrogengebraucherInnen an, die die üblichen Angebote des Drogenhilfesystems nicht annehmen oder ihnen skeptisch gegenüberstehen.

1 Der Begriff „Betreutes Wohnen" bezieht sich im Folgenden immer auf die Betreuung von DrogengebraucherInnen in Wohnprojekten und Wohngruppen, die von gemeinnützigen Trägern betrieben werden. Die ambulante Betreuung von DrogengebraucherInnen, die in eigenen Wohnungen überwiegend selbständig leben – ein separater Arbeitsbereich – ist damit nicht gemeint.

Betreuung in Wohnprojekten als Schwerpunkt der akzeptierenden Drogenarbeit

Betreutes Wohnen für abhängige DrogenkonsumentInnen bietet Wohnraum als unabdingbare Voraussetzung für Basishilfen existentieller Art – z.B. ausreichende Ernährung, Kleidung, medizinische Grundversorgung, Geld usw. – und für weiterführende Hilfen. Das Wohnprojekt sollte im Stadtteil integriert sein und sich dort sozialverträglich einbinden. Für die BewohnerInnen heißt das, daß die Bedürfnisse der AnwohnerInnen zu respektieren sind und im Haus Dealen und Prostitution nicht geduldet werden. Diese Regeln gelten auch für das Zusammenleben und die Atmosphäre im Haus, ergänzt durch das Prinzip, daß Gewalt als Mittel zur Konfliktlösung nicht akzeptiert wird.

Der überschaubare Rahmen eines Wohnprojekts mit maximal acht BewohnerInnen bietet die Chance, Kontakte, Vertrauen und tragfähige Beziehungen zu den MitarbeiterInnen aufzubauen – eine unerläßliche Voraussetzung für die Planung weiterer Hilfen und Unterstützungsleistungen. Die MitarbeiterInnen müssen Beziehungsarbeit leisten können und zudem über strukturierende Fähigkeiten verfügen, um das Wohnprojekt zu gestalten. Es wird als sozialer und kultureller Raum begriffen, als ein Freiraum, der die BewohnerInnen dazu befähigt, realistische Perspektiven zur Stabilisierung oder Veränderung ihres Lebens zu entwickeln.

Das Wohnprojekt bietet Raum für die innere und äußere Orientierung. Auch wenn die Entscheidungsspielräume und Handlungsalternativen der BewohnerInnen aufgrund ihrer Erfahrungen eingeschränkt sind, sind es letztendlich sie, die über ihr künftiges Leben entscheiden. In diesem Arbeitsfeld bedeutet Akzeptanz, daß die MitarbeiterInnen konkurrierende Werte und Lebenseinstellungen nicht nur zulassen, sondern sich prozeßhaft und zieloffen in die Auseinandersetzung begeben. Lebensorientierungen, Handlungsmuster und Kompetenzen, die die BewohnerInnen mitbringen, sind die Grundlagen des Dialogs.

Das Betreute Wohnen arbeitet so niedrigschwellig wie möglich und suchtbegleitend. Die angebotenen Hilfen beziehen die – oftmals verschütteten – Selbsthilfepotentiale und Stärken der DrogenkonsumentInnen mit ein und eröffnen Möglichkeiten zur Gestaltung des Alltags und der näheren Zukunft. Die Verbesserung des psychosozialen und gesundheitlichen Zustandes und seine Stabilisierung sowie das Erreichen von mehr Lebenszufriedenheit stehen dabei im Mittelpunkt. Mit risikominimierenden Ansätzen soll zunächst eine Verschlechterung der Situation vermieden und weiterer Verelendung entgegengewirkt werden.

Die differenzierten Angebote des Betreuten Wohnens drücken zudem aus, daß man sich von der Vorstellung verabschiedet hat, es gebe einen „Königsweg" aus einer Situation, in der sich Lebensvielfalt, Lebendigkeit und existentielle Bedürfnisse wie Liebe und Arbeit auf so wenige Bereiche wie Drogenkonsum und Drogenbeschaffung reduziert haben. Das bedeutet, daß von jedem Wohnprojekt – gleich, an welche Zielgruppe es sich wendet – der Wechsel in eine eigene Wohnung möglich ist. Die Angebote der Wohnprojekte bauen nicht hierarchisch aufeinander auf, sind also nicht als Stufen einer Treppe zu verstehen, die geradlinig zu einem selbständigen Leben in der eigenen Wohnung führt. Lebensveränderungen verlaufen nicht geradlinig, sondern auf verschlungenen Wegen, in Brüchen, es gibt Ambivalenzen und Enttäuschungen. Dies sollte man sich in der Begleitung und Unterstützung stets bewußt machen.

Zielgruppen der Wohnprojekte

In der Praxis hat sich herauskristallisiert, daß unterschiedlichen Zielgruppen betreute Wohnformen benötigen:

- obdachlose DrogenkonsumentInnen, die Wohnprojekte als Orientierungsmöglichkeit nutzen und nach unbestimmter Zeit den Wechsel in die Selbständigkeit oder in andere Hilfeangebote vollziehen
- langjährige, zum Teil verelendete DrogenkonsumentInnen, die das Angebot nutzen, damit sich ihre Lebenssituation nicht weiter verschlechtert, und die den Anspruch haben, ihren Alltag unter menschenwürdigen Bedingungen zu bewältigen

Unter dem Oberbegriff „Betreutes Wohnen" sind im Drogenhilfesystem eine Vielzahl von Projekten zu finden. Sie unterscheiden sich

- in der Zielsetzung (sie sind z.B. ausstiegsorientiert, übernehmen die Nachsorge nach stationären Therapien oder leisten Wiedereingliederungshilfe)
- in den Zielgruppen (z.B. Frauen, Menschen mit HIV/AIDS)
- im Umgang mit Drogenkonsum (es gibt z.B. Projekte mit Clean-Anspruch, Projekte für Substituierte oder aktiv Drogen Gebrauchende)

Rechtsform

In den meisten Bundesländern besteht ein verfassungsmäßiger Anspruch auf angemessenen Wohnraum. Nach dem Bundessozialhilfegesetz umfaßt der notwendige Lebensunterhalt auch die Unterkunft. Gewährt werden daher im Bedarfsfall Hilfen zur Sicherung der Unterkunft. Je nach Bundesland gibt es zwar kleine Unterschiede bei den entsprechenden Regelungen, grundsätzlich gilt jedoch als gesetzliche Grundlage das Bundessozialhilfegesetz (BSHG, § 39/40 oder § 72).

§ 72 BSHG ermöglicht Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und benennt alle Maßnahmen, die notwendig sind, um soziale Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Zu diesen Maßnahmen gehört ausdrücklich die Beschaffung und der Erhalt einer Wohnung bzw. die Beseitigung der Obdachlosigkeit, selten das Angebot von Betreuung und Beratung. Erwähnt werden Notunterkünfte, Notschlafstellen usw. In der Regel handelt es sich dabei um Gemeinschaftsunterkünfte mit Mehrbettzimmern. Das Personal hat eher Aufsichtsfunktion, soll für einen geregelten Ablauf sorgen und die BewohnerInnen an Beratungs- oder Betreuungsangebote vermitteln. Die Maßnahmen sollen aktivieren, stabilisieren und die Folgen der Grunderkrankung verhindern oder mildern.

Eine weitergehende Hilfe ist die nach § 39/40 BSHG gewährte Eingliederungshilfe für Behinderte, also für Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind. Hier steht die Eingliederung von Behinderten oder von Behinderung bedrohter Menschen, oder die Beseitigung und/oder Linderung der Folgen von Behinderung im Vordergrund.

Die Maßnahmen nach § 39/40 BSHG sind Betreuungsangebote, die an unterschiedliche Wohnformen gekoppelt sind: vom betreuten Einzelwohnen über Wohngemeinschaften bis hin zu Wohnprojekten. Die regionalen Sozialhilfeträger haben in der Regel „Verwaltungsanweisungen zum Betreuten Wohnen" ausgearbeitet, die auch das Antrags- und Bewilligungsverfahren regeln. Das Betreute Wohnen ist ein Angebot für BürgerInnen mit seelischen Störungen, Suchterkrankungen und geistigen Behinderungen. Es umfaßt je nach vorrangig angesprochener Zielgruppe

- Hilfen zur (weiteren) Stabilisierung von Suchtmittelabstinenz oder Begleitung im Rahmen einer Substitutionsbehandlung
- Hilfen zur (Wieder-)Eingliederung in Schule, Ausbildung und Beruf, unter Einbeziehung staatlicher und kommunaler Fördermöglichkeiten
- Hilfen zur Alltagsbewältigung im Wohnbereich, insbesondere im Hinblick auf Selbstversorgung, persönliche Hygiene, Umgang mit Geld, Haushaltsführung und Konflikte mit MitbewohnerInnen und der Nachbarschaft
- Hilfen bei der Inanspruchnahme medizinischer und sozialer Dienste
- Hilfen zur Lebensgestaltung über den Wohnbereich hinaus, z.B. bei der Integration in tagesstrukturierende Angebote, sowie bei der Erarbeitung von Bildungs- und Freizeitangeboten
- Hilfen zur Entwicklung von Selbsthilfepotentialen

Die als „Betreutes Wohnen" klassifizierten Wohnprojekte sind damit ambulante Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 39/40 BSHG. Im Unterschied zu Unterkünften nach § 72 BSHG sind hier die Zielvorgaben deutlicher und verbindlicher formuliert.

Zugangsvoraussetzungen

Die Aufnahme in Maßnahmen nach BSHG § 39/40 und BSHG § 72 ist – abgesehen von regionalen Besonderheiten – folgendermaßen geregelt:

Für die Hilfesuchenden ist eine Stellungnahme zum Gesamtplan nach § 46 BSHG zu erstellen. Der/die Hilfesuchende stellt beim Sozialhilfeträger einen Antrag auf Kostenübernahme. Diese gilt zunächst für ein Jahr. Eine Instanz, z.B. der sozialpsychiatrische Dienst, begutachtet die Notwendigkeit der Aufnahme in das Betreute Wohnen. Dort werden – in Absprache mit dem/der Hilfesuchenden und den Betreuenden – der Umfang und die Ziele der Berreuung festgelegt und der Gesamtplan beurteilt.

Prinzipiell dürfen aus der jeweils angesprochenen Zielgruppe des Betreuten Wohnens keine Personalschlüssel abgeleitet werden. Der Betreuungsumfang und damit der Personalbedarf werden individuell abgestimmt.

Der Maßnahmeträger beantragt dann beim Sozialhilfeträger die Aufnahme des/der Hilfesuchenden in das Betreute Wohnen. Mit ihm/ihr sollte zu Beginn der Betreuung eine Betreuungsvereinbarung abgeschlossen werden.

Die MitarbeiterInnen schreiben nach festgelegten Fristen einen Verlaufsbericht. Der Betreuungsplan ist regelmäßig fortzuschreiben, der Verlauf zu dokumentieren. Zur Fortführung der Maßnahme erfolgt jährlich eine neue Begutachtung und Entscheidung.

Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit in Wohnprojekten

Bei der Übertragung der „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit" auf das Arbeitsfeld von Wohnprojekten wurden drei Ebenen berücksichtigt:

- die Zielebene: Was ist der Gegenstand und das Ziel?
- die Prozeßebene: Wie erfolgt die Arbeit und welche Methoden werden angewandt?
- die Strukturebene: Wie sind die strukturellen Bedingungen, und in welchem Setting wird gearbeitet?

Eine Aufgliederung in diese Betrachtungsebenen dient dazu, die sehr komplexen Arbeitsabläufe zu systematisieren und Qualitätskriterien exemplarisch darzulegen.

Minderung persönlicher und sozialer Probleme und Schäden in Verbindung mit Drogenkonsum, Bereitstellen von Hilfen für das Überleben, Bearbeitung von Problemen illegalisierter DrogenkonsumentInnen

Ziel: Beseitigung ungeklärter Wohnverhältnisse (Wohnen in Pensionen, bei Freiern, in Notunterkünften u.ä.) und akuter/drohender Obdachlosigkeit

Prozeß: Bereitstellen von Wohnraum und Anbieten von Hilfeleistungen

Struktur: Das Projekt bietet den BewohnerInnen einen Freiraum zur persönlichen Entwicklung mit professionellen AnsprechpartnerInnen und auf das Notwendigste beschränkten Hausregeln für das gemeinsame Leben unter einem Dach. Grundregeln sind z.B.: keine Gewalt als Mittel zur Konfliktlösung, keine Prostitution und Dealerei im Haus.

Sicherung und Verbesserung des gesundheitlichen Befindens, psychosoziale Stabilisierung

Ziele in den Lebensbereichen
Geld: Unterstützung bei der Sicherung des finanziellen Grundbedarfs für Wohnen, Ernährung, Kleidung
Drogen: Befähigung zu risikominimierendem und sozialverträglichem Drogenkonsumverhalten, Erlernen von Safer-Use-Techniken, Befähigung zu kontrolliertem Drogengebrauch
Justiz: Vermeidung von Haft, Abklärung offener Verfahren, Unterstützung zur Einhaltung von Bewährungsauflagen
Gesundheit: Organisieren der bestmöglichen medizinischen und psychosozialen Versorgung; dazu motivieren, akute Erkrankungen behandeln zu lassen; Beratung und Unterstützung zur Infektionsprophylaxe

Prozeß: BetreuerInnen und BewohnerInnen klären gemeinsam die individuell notwendigen Hilfen in den genannten Lebensbereichen.

Struktur: Das Wohnprojekt ist eng vernetzt mit dem Drogenhilfesystem und dem Gesundheitssystem, mit wirtschaftlichen Hilfen sowie mit justitiellen Institutionen, die für den einzelnen Klienten wichtig sind, und kooperiert mit diesen.

Förderung von Selbstbestimmung und Aktivierung von Selbsthilfepotentialen

Ziel: Befähigung zur eigenständigen Haushaltsführung und zur Tagesgestaltung unter möglichst lebensnahen Bedingungen; Hinführung zu eigenständigem Wohnen

Prozeß: Anbieten von Strukturen für die Haushaltsführung und Alltagsgestaltung, die die Entfaltung eigener Aktivitäten ermöglichen. Unterstützung der BewohnerInnen bei der Wahrnehmung ihrer Fähigkeiten, Grenzen und Spielräume, Begleitung bei der Wohnraumsuche

Struktur: In der Wohngruppe wird eine Atmosphäre gefördert, die die Freiwilligkeit zur Veränderung des eigenen Lebens respektiert und entsprechende Bemühungen unterstützt. Dazu gehört auch das Motivieren zur Entwicklung von Perspektiven. Wichtig ist die Mobilisierung von Selbstheilungskräften und Betroffenenkompetenz, die auch das schrittweise (Wieder-)Aneignen von Verantwortung und Eigeninitiative umfaßt. In Grenzsituationen – z.B. in Notfällen oder bei schwerer Erkrankung –, in der einE BewohnerIn nicht mehr selbst Entscheidungen treffen kann, sollten die BetreuerInnen stellvertretend entscheiden.

Förderung der sozialen Integration und Handlungsfähigkeit

Ziel: Erweiterung des Lebenskreises über den Wohnbereich hinaus; Erkennen, Einschätzen und Erweitern des Handlungsrepertoires gegenüber Personen und Institutionen

Prozeß: Unterstützung bei der Entwicklung von Mitverantwortung für das soziale Umfeld, bei der Konfliktbewältigung in der Gemeinschaft und beim Aufbau tragfähiger Beziehungen

Struktur: Die soziale Integration und Handlungsfähigkeit der BewohnerInnen wird unterstützt, indem die BetreuerInnen in den Lebensbereichen Beschäftigung, Arbeit und Freizeit, Kontakte und Beziehungen, Schulden/Schuldenregulierung die Außenorientierung fördern. Gestaltungs- und Lösungsmöglichkeiten werden exemplarisch besprochen und in der Umsetzung begleitet. Ist medizinische Versorgung erforderlich, wird nach Möglichkeit eine Betreuung durch niedergelassene ÄrztInnen organisiert.

Orientierung am Individuum

Ziel: Analyse der Ressourcen und Fähigkeiten, des Bedarf und der Bedürfnisse des Einzelnen. Die Hilfeplanung ist individuell darauf abgestimmt.

Prozeß: Es gilt das Prinzip der Einzelfallhilfe.

Struktur: Die Sichtweisen der BewohnerInnen und der SozialarbeiterInnen werden in die prozeßorientierte Betreuung einbezogen. Geschlechtsspezifische und interkulturelle Konzepte werden in der Arbeit berücksichtigt. Reglementierungen im Wohnprojekt beschränken sich auf das unmittelbar Notwendige und lassen viel Raum für die individuelle Lebensgestaltung. Der Betreuungsumfang orientiert sich am individuellen Bedarf. Unterschiedliche Lebensstile werden toleriert, die Privatsphäre und der Rückzug in den eigenen Raum respektiert. Die individuelle Freiheit findet ihre Grenze an den für das Zusammenleben in einer Gemeinschaft unverzichtbaren Regeln (keine Androhung oder Anwendung von Gewalt, kein Drogenverkauf, kein Diebstahl, keine Prostitution im Haus).

Beziehungsorientierte Hilfen, Begleitung und Behandlung

Ziel: Kontinuierliche Begleitung durch eine feste, Orientierungshilfe gebende und koordinierende Bezugsperson

Prozeß: Aufbau von Vertrauen und Entwicklung von Empathie; Unterstützung bei der Orientierung in den Strukturen des Wohnprojekts (Hilfeangebote, Regeln, Organisation des Alltags, Beziehungen zu den Betreuenden und MitbewohnerInnen).

Struktur: Jedem/jeder BewohnerIn ist eine feste Bezugsperson zugeordnet. Im personellen Bereich ist Kontinuität zu gewährleisten. Die BetreuerInnen sollen sich im Spannungsfeld von Empathie und Abgrenzung behaupten können und in der Lage sein, Übertragungsphänomene zu steuern und ihnen angemessen zu begegnen.

Transparenz der Hilfe- und Unterstützungsplanung

Ziel: Haupt- und Teilziele der individuellen Betreuung werden im Dialog zwischen den BewohnerInnen und BetreuerInnen entwickelt. Der persönliche Gestaltungsspielraum wird dabei deutlich und erfahrbar.

Prozeß: Zu Beginn der Betreuung werden gemeinsam mit den BewohnerInnen der Hilfebedarf und die entsprechenden Hilfeleistungen festgelegt, wobei auch die Grenzen der Unterstützungsmöglichkeiten des Wohnprojekts besprochen werden. Die Betreuung wird mindestens halbjährlich ausgewertet und ständig weiterentwickelt. Die Hilfen werden in Absprache mit den BewohnerInnen organisiert.

Struktur: Fallbesprechungen und Reflexion sind Bestandteil der Teamarbeit.

Mehrdimensionales Verständnis von Drogenkonsum und Abhängigkeit

Ziel: Das Wohnprojekt stellt zur Sicherung existentieller Hilfen ein soziales Netz bereit, in dem Drogenkonsum und Abhängigkeit nicht diskriminiert werden. Obdachlosigkeit oder ungeklärte Wohnverhältnisse haben bisher das Leben der BewohnerInnen bestimmt; im Wohnprojekt werden Möglichkeiten zu subjektiv erlebbaren Verbesserungen der eigenen Lebenssituation eröffnet.

Prozeß: Im Blickpunkt steht nicht allein der Drogenkonsum, sondern alle Lebenshintergründe, aus denen sich die komplexe Problemlage entwickelt hat. Dementsprechend bezieht sich die einzelfallbezogene Arbeit auf biographische, biologische, psychologische und soziale Komponenten. Der Drogenkonsum ist kein von der sonstigen Lebensweise isolierter Aspekt, sondern Teil der Lebensrealität der BewohnerInnen.

Struktur: Die BetreuerInnen sind fachspezifisch ausgebildet. Sie können die Methoden der Gemeinwesenarbeit anwenden und verfügen über Kenntnisse zum Hilfesystem. In die Arbeit werden multiprofessionelle Sichtweisen und Hilfen eingebracht.

Diagnostik/Exploration

Ziel: Im Erstgespräch wird geklärt, ob die Vorstellungen und Interessen des Bewerbers/der Bewerberin den Angeboten und Strukturen des Wohnprojekts entsprechen. Ausgangspunkt der Diagnostik ist eine umfassende Analyse der Lebenssituation. Das diagnostische Verfahren umfaßt die Indikationsstellung und Problemanalyse durch die BetreuerInnen. Es beschreibt differenziert komplexe Problemlagen und bezieht sich ausdrücklich nicht auf Diagnoseschemata des ICD 10 oder DSM II.

Prozeß: Nach der Aufnahme in das Wohnprojekt wird in einer sechs- bis achtwöchigen Anamnese die Ist-Situation der BewohnerInnen analysiert. Hierbei gilt es u.a., Probleme in den Lebensbereichen Geld, Drogen, Justiz, Gesundheit und soziale Beziehungen zu erkennen, um in der Arbeit gezielt darauf eingehen zu können.

Struktur: Die Diagnostik wird genutzt, um die Fähigkeiten und Kompetenzen der BewohnerInnen gezielt zu fördern. Aus der Analyse leitet sich ab, was der/die BewohnerIn braucht, um sich zu stabilisieren oder weiterzuentwickeln. Diagnosen sind Bestandteile des Betreuungsprozesses.

Einbeziehung methodisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse

Ziel: Orientierung an fachlichen Standards oder an einem fachlichen Konsens

Prozeß: In die Konzeptentwicklung und in die praktische Arbeit fließen methodisch-wissenschaftliche Erkenntnisse ein. Die Konzepte werden kontinuierlich an die Bedarfsentwicklung, an die sich verändernden gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen und an die aus der Dokumentation und Auswertung der Arbeit gewonnenen Erkenntnisse angepaßt.

Struktur: Die Arbeit wird kontinuierlich reflektiert. Die BetreuerInnen werden regelmäßig fachbezogen fortgebildet. Entwicklungsverläufe werden ausgewertet.

Vernetzung von Fachkompetenzen (Multiprofessionalität)

Ziel: Die BewohnerInnen erhalten eine ganzheitliche und optimale Betreuung und Begleitung

Prozeß: Im Team sollten vielfältige, miteinander zu vereinbarende Arbeitsansätze zum Tragen kommen. In Wohnprojekten spielt der Erwerb alltagspraktischer Fähigkeiten eine wichtige Rolle. Deshalb ist es von Vorteil, wenn im Team – neben fachspezifischen Qualifikationen – auch alltagspraktische, künstlerische und handwerkliche Fähigkeiten vorhanden sind. Verschiedene Arbeitsstile sollten toleriert werden. Die medizinisch-pflegerische Versorgung oder Hilfen im Haushalt sollten nach Möglichkeit intern angeboten werden; im Bedarfsfall sind MitarbeiterInnen externer Träger einzubeziehen. Bei zusätzlichem Bedarf in den Bereichen Medizin, Justiz, Schuldenregulierung, Pflege usw. wird Kontakt mit den zuständigen Regeldiensten und spezialisierten Angeboten (z.B. niedergelassenen ÄrztInnen, AnwältInnen, Pflegediensten, sozialpsychiatrischen Diensten) aufgenommen und Hilfe organisiert.

Struktur: Im Team herrscht interdisziplinäre Offenheit. Standard ist eine sozialpädagogische Ausbildung oder eine vergleichbare Qualifikation. Medizinische, juristische, psychologische und pflegerische Grundkenntnisse sind eine wichtige Ergänzung, um in Akutsituationen Unterstützung anbieten zu können.

Vernetzung psychosozialer Hilfen

Ziel: Bei den BewohnerInnen liegen komplexe Problemlagen vor. Bei notwendigen Hilfen, die durch das Team des Wohnprojekts nicht abgedeckt werden können, wird mit anderen Einrichtungen kooperiert.

Prozeß: Angewendet wird die Methode des Case-Managements. Dabei gilt es zunächst abzuklären, welchen Arbeitsschwerpunkt das Wohnprojekt hat bzw. welche Aufgaben nach außen delegiert werden sollten. Der Hilfeprozeß wird in Absprache mit den BewohnerInnen federführend durch das Team des Wohnprojekts koordiniert.

Struktur: Grundvoraussetzungen sind eine Vertrauensbasis zwischen BewohnerIn und BetreuerIn, damit die bestmögliche Hilfe organisiert wird, und eine gut funktionierende Kooperation zwischen den Einrichtungen und Institutionen des Hilfesystems. Auf diese Weise sorgen die Betreuenden dafür, daß die Betreuten Zugang zu den Hilfen erhalten und Schwellenängste – von beiden Seiten – abgebaut werden.

Vorrang ambulanter vor stationären Hilfen

Ziel: Befähigung zur eigenständigen Haushaltsführung und sinnvollen Alltagsgestaltung; Stärkung der Eigenverantwortung. Das Betreute Wohnen sollte als Übergangsphase zum eigenständigen Wohnen angesehen werden, es sei denn, der/die BewohnerIn benötigt langfristig den stützenden Rahmen des Wohnprojekts.

Prozeß: Ausgangspunkt der Hilfen sind die Ressourcen, Fähigkeiten, Interessen und Bedürfnisse der BewohnerInnen, die es zu fördern und zu erweitern gilt. Die Betreuung ist auf die größtmögliche Mitwirkung der BewohnerInnen ausgerichtet. Das Verhältnis zwischen eigenverantwortlichem Handeln und professioneller Unterstüt-

zung muß gut reflektiert werden; stellvertretendes Handeln unterbleibt.

Struktur: Voraussetzung sind differenzierte, auf die Ressourcen der BewohnerInnen flexibel aufbauende Hilfsangebote. Die BewohnerInnen sollten weder über- noch unterfordert werden. Die Entscheidung über die Hilfeform und den Zeitpunkt ihrer Inanspruchnahme liegt bei den BewohnerInnen.

Förderung und Anerkennung von Selbsthilfeorganisationen und -aktivitäten

Ziel: Den BewohnerInnen wird vermittelt, daß es Menschen gibt, die ähnliche Probleme haben wie sie. Sie erleben, daß die gemeinsame Auseinandersetzung neue Möglichkeiten der Problembewältigung und Lebensgestaltung eröffnet.

Prozeß: Arbeitsprinzip ist die Hilfe zur Selbsthilfe. Die Eigeninitiative der BewohnerInnen zu Selbsthilfeaktivitäten wird unterstützt. Sie erhalten Informationen über Selbsthilfeorganisationen und Hilfe bei der Kontaktaufnahme.

Struktur: Kooperation mit JES-Gruppen, Clean-Initiativen und anderen Selbsthilfegruppen; Kenntnisse über Selbsthilfeorganisationen in der Region; Unterstützung bei der Gründung von Selbsthilfeorganisationen

Dokumentation

Ziel: Die Hilfeplanung und -leistung ist nachvollziehbar und transparent. Die Auswertung des Hilfeprozesses erfolgt datengestützt. Die Reflexion von Betreuungsverläufen wird unterstützt.

Prozeß:
Klientenbezogene Dokumentation:
- Dokumentation der Stammdaten
- Eine ausführliche Sozialanamnese erfolgt bei der Aufnahme über die Begutachtung durch soziale Dienste. Verlaufsdokumentationen und Entwicklungsberichte über Veränderungen in den einzelnen Lebensbereichen (Abklärung und gemeinsames Erarbeiten weiterer Teilziele) werden halbjährlich erstellt.
- Die Dokumentation sollte sich an den Erfordernissen der wirtschaftlichen Hilfen/Kostenträger orientieren.
- Dokumentation der einzelfallbezogenen Hilfeleistungen

Projekt- und teambezogene Dokumentation:
- Informationssystem der BetreuerInnen (z.B. Dienstbuch)
- Dokumentation von Teambeschlüssen, konzeptionellen Veränderungen und der Arbeitsorganisation
- Jahresbericht zur Auswertung und Reflexion der Projektarbeit

Struktur: Die Dokumentation dient zur fachlichen Unterstützung der praktischen Arbeit. Sie orientiert sich am Praxisfeld des Wohnprojekts und an fachlichen Standards der Dokumentation.

Datenschutz

Ziel: Die in der Zusammenarbeit erhaltenen persönlichen Informationen werden im Wohnprojekt verwaltet, aufbewahrt und nicht ohne Kenntnis und Einverständnis des/der BewohnerIn an Dritte weitergegeben.

Prozeß: Bei der Einführung neuer Dokumentationssysteme oder anderer Verfahren wird sichergestellt, daß datenschutzrechtliche Auflagen eingehalten werden.

Struktur: Grundsätzlich benötigen Personen, die in Wohnprojekten arbeiten, das Zeugnisverweigerungsrecht. Der dringend gebotene Schutz der vertrauensvollen Beziehung zwischen BewohnerIn und BetreuerIn bedarf gesetzlicher Regelungen, die den Zugriff auf strafrechtlich relevante Informationen verwehren. Datenschutzrechtliche Bestimmungen müssen beachtet werden. Einzelfallbezogene Kooperationen oder Fallkonferenzen mit anderen Diensten erfolgen in Absprache und mit Kenntnis der BewohnerInnen.

Öffentlichkeitsarbeit

Ziel: Angestrebt wird die Akzeptanz und Verankerung des Wohnprojekts im Stadtteil und in der Nachbarschaft, seine Einbindung in das Netz-

werk sozialer Hilfen, der Abbau von Vorurteilen und Drogenmythen sowie die Entkriminalisierung der DrogengebraucherInnen.

Prozeß: Das Wohnprojekt leistet Lobbyarbeit, informiert PolitikerInnen und die Nachbarschaft über seine Arbeit, führt Informationsveranstaltungen durch (z.B. „Tag der offenen Tür"), wirbt für Akzeptanz bei Vermietern und Wohnungsbaugesellschaften, bemüht sich bei Wohnungsbaugesellschaften um den Ankauf von Belegungsrechten und setzt sich für die Schaffung von Wohnmöglichkeiten für DrogengebraucherInnen ein.

Struktur: Das Wohnprojekt pflegt nachbarschaftliche und regionale Kontakte. Es macht seine Arbeitsweisen transparent, z.B. durch Infomaterialien.

Reflexion

Ziel: Betreuungsprozesse werden kontinuierlich ausgewertet. Überprüft wird z.B. das Verhältnis zwischen eigenverantwortlichem Handeln der BewohnerInnen und professioneller Unterstützung sowie das Verhältnis zwischen Nähe und Distanz

Prozeß: individuelle Vor- und Nachbereitung der Betreuungsarbeit, Teambesprechungen, kollegiale Beratung/Intervision, arbeitsstruktur- und einzelfallbezogene Supervision, projektübergreifende Arbeitskreise, Erstellung und Auswertung von Jahresberichten

Struktur: Erforderlich ist ein ausreichender finanzieller und zeitlicher Etat für die Reflexion, das Studium von Fachliteratur, die Fortbildung und den Dialog zwischen Praxis und Forschung.

Wirtschaftlichkeit

Ziel: wirtschaftliches und sparsames Haushalten mit kostendeckenden Pflegesätzen, um bei allen Leistungen ein Optimum an Qualität und Ressourcennutzung zu erreichen.

Prozeß: Die Arbeitsabläufe und die dafür notwendigen Ressourcen werden den „Leitlinien" entsprechend organisiert. Die Projektziele sowie die zu ihrem Erreichen erforderlichen Prozesse und Mittel stehen im Zentrum der Analyse. Ein wesentlicher Unterschied zu Produktionsbetrieben besteht darin, daß nicht monetäre, sondern soziale Ziele verfolgt werden.

Struktur: Erforderlich sind eine finanzielle Ausstattung, die den Qualitätsanforderungen und den „Leitlinien" entspricht, Vereinbarungen zur Absicherung des Vermieterrisikos, das Aushandeln eines realistischen Auslastungssolls und eine Finanzierung über Pflegesätze mit längerfristiger Planungsperspektive.

Erhaltung und Förderung personeller Ressourcen

Ziel: Bei der personellen Ausstattung und der Arbeitsorganisation wird darauf geachtet, daß sie die Motivation der BetreuerInnen fördern. Angestrebt werden eine kontinuierliche Betreuung der BewohnerInnen durch feste Bezugspersonen sowie eine langfristige Arbeitsperspektive im Team.

Prozeß: Ein „Ausbrennen" (Burn out) der BetreuerInnen kann z.B. durch ein „Sabbatjahr" oder den Wechsel in andere Aufgabenbereiche des Trägers vermieden werden. Die Arbeit sollte so organisiert sein, daß sowohl Über- als auch Unterforderung nach Möglichkeit vermieden werden. Die Förderung der Arbeitszufriedenheit im Team ist eine gemeinsame Aufgabe von Team und Leitung.

Struktur: Ein klar umrissener Auftrag, Stellenbeschreibungen, transparente Arbeitsstrukturen und eine langfristige Absicherung struktureller Rahmenbedingungen sichern die Arbeit des Wohnprojekts. Personalausstattung und fachliche Qualifikationen sind dem Arbeitsauftrag angemessen. Die BetreuerInnen werden ihrer Qualifikation entsprechend bezahlt; es gibt eine Vertretungsregelung. Ein Arbeitsprinzip ist die interdisziplinäre Offenheit. Regelmäßige fachspezifische und übergreifende Fortbildungen sind Standard.

Wesentliche strukturelle Voraussetzungen

Für jedeN BewohnerIn steht ein Einzelzimmer mit Grundausstattung zu Verfügung, das den eigenen Ansprüchen entsprechend gestaltet werden kann und den Rückzug in die Privatsphäre ermöglicht. Um den Kontakt und gemeinsame Aktivitäten zu fördern, sollte ein Gruppenraum Standard sein; erforderlich ist ebenso ein finanzieller Etat für Freizeitgestaltung und Gruppenaktivitäten innerhalb und außerhalb des Hauses. Für die BetreuerInnen sollten ein Büro, ein Beratungsraum für Einzelgespräche sowie Räumlichkeiten für die Vor- und Nachbereitung (Reflexion und Dokumentation) vorhanden sein. Für die Urlaubs- und Krankheitsvertetung sowie für Fortbildung sollten zusätzliche zeitliche und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen.

Auszüge aus dem BSHG

§ 72 BSHG

(1) Personen, bei denen besondere soziale Schwierigkeiten einer Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft entgegenstehen, ist Hilfe zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu gewähren, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Andere Bestimmungen des Gesetzes für Jugendwohlfahrt gehen der Regelung des Satzes 1 vor.

(2) Die Hilfe umfaßt alle Maßnahmen, die notwendig sind, um die Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, vor allem Beratung und persönliche Betreuung des Hilfesuchenden und seiner Angehörigen, sowie Maßnahmen bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung.

(3) Die Hilfe wird ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen gewährt, soweit im Einzelfalle persönliche Hilfe erforderlich ist; im übrigen ist Einkommen und Vermögen der in § 28 genannten Personen nicht zu berücksichtigen sowie von der Inanspruchnahme nach bürgerlichem Recht Unterhaltspflichtiger abzusehen, soweit dies den Erfolg der Hilfe gefährden würde.

(4) Die Träger der Sozialhilfe sollen mit den Vereinigungen, die sich die gleichen Aufgaben zum Ziel gesetzt haben, und mit den sonst beteiligten Stellen zusammenarbeiten und darauf hinwirken, daß sich die Sozialhilfe und die Tätigkeit dieser Vereinigungen und Stellen wirksam ergänzen. In geeigneten Fällen ist ein Gesamtplan zur Durchführung der erforderlichen Maßnahmen aufzustellen.

(5) Der Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bestimmungen über die Abgrenzung des Personenkreises sowie über Art und Umfang der Maßnahmen nach Absatz 2 erlassen.

§ 39/40 BSHG

Unterabschnitt 7
Eingliederungshilfe für Behinderte

§ 39 Personenkreis und Aufgabe

(1) Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind, ist Eingliederungshilfe zu gewähren. Personen mit einer anderen körperlichen, geistlichen oder seelischen Behinderung kann sie gewährt werden.

(2) Den Behinderten stehen die von einer Behinderung Bedrohten gleich. Dies gilt bei Personen, bei denen Maßnahmen der in den § 36 und 37 genannten Art erforderlich sind, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Maßnahmen eine Behinderung einzutreten droht.

(3) Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehören vor allem, dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihm die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder ihn soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

(4) Eingliederungshilfe wird gewährt, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfal-

les, vor allem nach Art und Schwere der Behinderung Aussicht besteht, daß die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

§ 40 Maßnahmen der Hilfe

(1) Maßnahmen der Eingliederungshilfe sind vor allem

1. ambulante oder stationäre Behandlung oder sonstige ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung,
2. Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln,

2a. heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind,

3. Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und durch Hilfe zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,
4. Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
5. Hilfe zur Fortbildung im früheren oder einem diesem verwandten Beruf oder zur Umschulung für einen angemessenen Beruf oder eine sonstige angemessene Tätigkeit; Hilfe kann auch zum Aufstieg im Berufsleben gewährt werden, wenn die Besonderheit des Einzelfalles dies rechtfertigt,
6. Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben,

6a. Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des Behinderten entspricht,

7. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Eingliederung des Behinderten in das Arbeitsleben,
8. Hilfe zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft.

(2) Behinderten, bei denen wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen nach Absatz 1 mit dem Ziel der Eingliederung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht in Betracht kommen, soll nach Möglichkeit Gelegenheit zur Ausübung einer der Behinderung entsprechenden Beschäftigung, insbesondere in einer Werkstatt für Behinderte, gegeben werden.

(3) Der Begriff der Werkstatt für Behinderte und ihre fachlichen Anforderungen richten sich nach den Vorschriften des Schwerbehindertengesetzes.

(4) Soweit es im Einzelfall gerechtfertigt ist, können Beihilfen an den Behinderten oder seine Angehörigen zum Besuch während der Durchführung der Maßnahmen der Eingliederungshilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung gewährt werden.

Literatur

L. Böllinger, H. Stöver, I. Fietzek: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. 4. Auflage. Fachhochschulverlag, Frankfurt am Main 1995

G. Kurz-Lund, H. Stöver: Wohnprojekte für DrogengebraucherInnen in Bremen. Bremen 1995

K. Schuller, H. Stöver: Akzeptierende Drogenarbeit. Lambertus, Freiburg 1991

H. Stöver, K. Schuller: Wohnprojekte für i.v. DrogengebraucherInnen mit HIV/AIDS. Hrsg. von der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin 1990

Wer an den „Leitlinien“ mitgewirkt hat

Die „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit“ wurden in mehreren Fachkolloquien von folgenden ExpertInnen entwickelt:

Barsch, Prof. Dr. Gundula: Referat „Drogen/ Menschen in Haft“ der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin; bis 1998 Mitglied im akzept-Bundesvorstand

Degkwitz, Dr. Peter: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) der Universität Hamburg

Follmann, Anke: Ärztekammer Westfalen-Lippe; akzept Landesverband Nordrhein-Westfalen, Münster

Gerlach, Christine: AK Kommunale Drogenpolitik Verein für akzeptierende Drogenarbeit Bremen

Kasper, Garry: AIDS-Hilfe Ahlen; akzept Landesverband Nordrhein-Westfalen, Münster

Kurz-Lund, Georg: Drogenhilfe gGmbH Bremen; akzept Landesverband Bremen

Leicht, Kristine: ziK „zuhause im Kiez gGmbH“, Berlin

Michels, Dr. Ingo Ilja: Landesdrogenbeauftragter in Bremen; Mitglied im akzept-Bundesvorstand

Niebaum, Imke: Junkiebund Köln; bis 1998 Mitglied im akzept-Bundesvorstand

Schneider, Dr. Wolfgang: INDRO e.V., Münster

Schwabe, Renate: AIDS-Hilfe Rostock e.V.

Stöver, Dr. Heino Universität Oldenburg; Mitglied im wissenschaftlichen Beirat von akzept

Verthein, Dr. Uwe: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) der Universität Hamburg

Werner, Carmen: AIDS-Hilfe Erfurt e.V.

Winsenborg, Rikus Hoppenbank e.V., Bremen; akzept Landesverband Bremen; Mitglied im akzept-Bundesvorstand

An den „Leitlinien der niedrigschwelligen akzeptierenden Kontaktarbeit“ haben mitgewirkt:

Barsch, Prof. Dr. Gundula: Referat „Drogen/ Menschen in Haft“ der Bundesgeschäftsstelle der Deutschen AIDS-Hilfe e.V., Berlin; bis 1998 Mitglied im akzept-Bundesvorstand

May, Angelika: Projekt „La Strada“ der AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.

Leicht, Astrid: Fixpunkt e.V., Berlin

Meusel, Isa: Verein für Suchtprävention Projekt „Misfit“, Berlin

Schwabe, Thomas: Projekt „La Strada“ der AIDS-Hilfe Frankfurt e.V.

Die „Leitlinien der akzeptierenden Drogenarbeit in Wohnprojekten“ entstanden unter Mitwirkung von

Degkwitz, Dr. Peter: Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (ISD) der Universität Hamburg

Gerlach, Christine: AK Kommunale Drogenpolitik Verein für akzeptierende Drogenarbeit Bremen

Kurz-Lund, Georg: Drogenhilfe gGmbH Bremen; akzept Landesverband Bremen

Leicht, Kristine: ziK „zuhause im Kiez gGmbH“, Berlin

Michels, Dr. Ingo Ilja: Landesdrogenbeauftragter in Bremen; Mitglied im akzept-Bundesvorstand

Schmutzler, Detlef: Anti-Drogen-Verein e.V., Berlin

Thums, Kathrin: Hannöversche AIDS-Hilfe e.V.

Schutzgebühr 10,- DM