



An das Niedersächsisches Landesamt für Soziales, Jugend und Familie Domhof 1 31134 Hildesheim	Bitte Feld frei lassen für den Eingangsvermerk der Behörde
---	--

Antrag zur staatlichen Anerkennung von Einrichtungen zur Behandlung betäubungsmittelabhängiger Straftäterinnen und Straftäter nach dem siebenten Abschnitt des Betäubungsmittelgesetzes

§ 35 Abs. 1 S. 2 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit dem
RdErl. d. MS v. 27.10.2022 – 103.5-41585-3.1.2 – VORIS 21069 –

Hiermit beantragen wir für die nachfolgend genannte Einrichtung die staatliche Anerkennung nach
§ 35 Abs. 1 S. 2 Betäubungsmittelgesetz (BtMG):

1. Angaben zur Einrichtung

1.1	Name	
	Anschrift	
	Telefonnummer	
	Telefax	
	E-Mail	
	Leitung	
1.2	Träger mit Anschrift	
1.3	Anerkennungen durch andere Sozialleistungsträger	Die Einrichtung ist für die Durchführung medizinischer Leistungen zur Rehabilitation anerkannt und hat Verträge mit den Trägern der Renten- oder Krankenversicherung (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001) abgeschlossen
		<input type="checkbox"/> Nein
		↳ Ziffern 2 bis 4 des Antrags müssen ausgefüllt werden.
		<input type="checkbox"/> Ja, und zwar mit <input type="checkbox"/> der Deutschen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> den Krankenkassen
		↳ Ziffern 2 bis 4 des Antrags müssen <u>nicht</u> ausgefüllt werden. Weiter zu Ziffer 5. ↳ Dem Antrag sind Kopien der aktuell gültigen Verträge beizufügen.
1.4	Therapieangebot	<input type="checkbox"/> ambulant Anzahl der Therapieplätze:
		<input type="checkbox"/> ganztätig ambulant Anzahl der Therapieplätze:
		<input type="checkbox"/> vollstationär Anzahl der Therapieplätze:
1.5	Sonstiges	

Hinweis: Ziffern 2 bis 4 sind nur auszufüllen, sofern Ziffer 1.3 mit „Nein“ beantwortet wurde!

2. Angaben zum Personal

In der folgenden Tabelle ist das in der Einrichtung im therapeutischen Bereich tätige **Fachpersonal** anzugeben. Dem Antrag als Anlage beizufügen sind:

- Kopien der **Nachweise über die fachliche Qualifikation** (Prüfungszeugnis, Abschlusszeugnis, Approbationsurkunde etc.), für Ärztinnen/Ärzte auch Angaben zu den Fachrichtungen und ggf. vorhandenen Zusatzqualifikationen, z.B. „Suchtmedizinische Grundversorgung“, „Suchttherapeut“, etc.

	Funktion	Name, Vorname	Qualifikation (Diplom, Abschluss, Ausbildung) Zusatzausbildung (Weiter- und Fortbildung)	Arbeitszeit Angabe in Stunden/Woche Haupt- oder Nebenberuflich Honorarbasis/Konsiliarisch
<input type="checkbox"/>	Ärzte/Ärztinnen			
<input type="checkbox"/>	Psychologische Psychotherapeuten/-innen (PsychThG)			
<input type="checkbox"/>	Diplom- Psychologen/-innen			
<input type="checkbox"/>	Diplom-Sozialpädagogen/-innen			
<input type="checkbox"/>	Diplom-Pädagogen/-innen			
<input type="checkbox"/>	Diplom-Sozialarbeiter/-innen			
<input type="checkbox"/>	Ergotherapeuten/-innen			
<input type="checkbox"/>	Sonstige Mitarbeiter/-innen			

3. Angaben zum Therapiekonzept

Das aktuelle Therapie-/Behandlungskonzept ist dem Antrag als Anlage beizufügen.

3.1	Welche Voraussetzungen für die Aufnahme gibt es?						
	Erläuterungen:						
3.2	Findet bereits vor Beginn der Maßnahme ein Kontakt statt? (Gespräch, Telefonat, Schriftverkehr etc.)	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Erläuterungen:						
3.3	Wie lange beträgt die Maßnahmedauer im Regelfall ?	Wochen		Monate			
	Erläuterungen:						
3.4	Wie viele Therapie-Sitzungen finden pro Woche statt?	Einzeltherapie		Gruppentherapie			
3.5	Wie lange dauern die Therapie-Sitzungen?	Einzeltherapie je Minuten		Gruppentherapie je Minuten			
3.6	Finden Drogen-Screenings statt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
3.6.1	Wie erfolgen die Screenings?	<input type="checkbox"/>	mit Ankündigung	<input type="checkbox"/>	ohne Ankündigung		
3.6.2	In welchem Abstand erfolgen Screenings?	<input type="checkbox"/>	wöchentlich	<input type="checkbox"/>	sonstiges:		
3.6.3	Finden die Screenings unter Aufsicht statt?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
3.6.4	Was wird getestet bzw. untersucht?	<input type="checkbox"/>	Urin	<input type="checkbox"/>	Speichel	<input type="checkbox"/>	Sonstiges
	Erläuterungen:						
3.7	Ist ein standardisiertes und stufenweises Rückfallmanagement vorhanden?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Erläuterungen:						
3.8	Gibt es auch Fälle, in denen eine Substitutionsbehandlung stattfindet?	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Erläuterungen:						
3.9	Folgendes Verhalten führt zum sofortigen Abbruch der Maßnahme						
	<input type="checkbox"/> Ausübung von Gewalt						
	<input type="checkbox"/> Besitz oder Konsum von Suchtmitteln in der Einrichtung						
	<input type="checkbox"/> Verheimlichung einer Rückfallsituation						
	<input type="checkbox"/> Verweigerung der Drogen-Screenings						
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:						
	Erläuterungen:						
3.10	Weitere ggf. ergänzende und relevante Erläuterungen zum Therapiekonzept:						

4. Angaben zu den Räumlichkeiten und zur Ausstattung

Kopien der Grundrisspläne über alle genutzten Räumlichkeiten sind dem Antrag als Anlage beizufügen.

Die Einrichtung verfügt über Räumlichkeiten für:	Größe in qm ²
<input type="checkbox"/> Gruppentherapie	
<input type="checkbox"/> Einzeltherapie	
<input type="checkbox"/> Gespräche mit Angehörigen / Bezugspersonen	
<input type="checkbox"/> Diagnostik und medizinische Untersuchung	
<input type="checkbox"/> Pflege- / Notfallzimmer (Medizinischer Behandlungsraum)	
<input type="checkbox"/> Funktionsräume für,	
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	
<input type="checkbox"/> Beschäftigungs- und Kreativtherapie	
<input type="checkbox"/> Arbeitstherapie	
<input type="checkbox"/> Sport- und Gymnastikraum	
<input type="checkbox"/> Computerraum	
<input type="checkbox"/> Lehrküche	
<input type="checkbox"/> Speisesaal	
<input type="checkbox"/> Ruheräume nach Geschlechtern getrennt	
<input type="checkbox"/> Umkleiden und Wasch-/Duschgelegenheiten nach Geschlechtern getrennt	
<input type="checkbox"/> Sanitärbereiche	
<input type="checkbox"/> Kommunikationsräume (Aufenthalts-, Bibliotheksraum, etc.)	
<input type="checkbox"/> Veranstaltungsraum/Versammlungsraum	
<input type="checkbox"/> Arbeitsräume für das Personal	

Die Einrichtung verfügt über	Doppelzimmer und	Einzelzimmer
In den Zimmern ist folgende Ausstattung vorhanden:		
<input type="checkbox"/> Bett	<input type="checkbox"/> Schrank	<input type="checkbox"/> Schreibtisch
<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Kommode	<input type="checkbox"/>
Die Zimmer haben eine durchschnittliche Größe von ca. qm ²		
Die Zimmer verfügen über eine persönliche, räumlich abgetrennte Waschgelegenheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Weitere ggf. ergänzende und relevante Erläuterungen zum den Räumlichkeiten:		

5. Dokumentations- und Berichtspflicht

5.1	Die Einrichtung hat den Runderlass des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Arbeit Gesundheit und Gleichstellung (RdErl. d. MS v. 27.10.2022 – 103.5-41585-3.1.2 –) über die Staatliche Anerkennung von Einrichtungen zur Behandlung betäubungsmittelabhängiger Straftäterinnen und Straftäter nach dem Siebenten Abschnitt des Betäubungsmittelgesetzes zur Kenntnis genommen.
5.2	<p>Mit der Unterzeichnung erklärt sich die Einrichtung dazu bereit, den im Runderlass des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung aufgeführten Verpflichtungen nachzukommen, insbesondere verpflichtet sie sich:</p> <ul style="list-style-type: none">– den Verlauf der Maßnahme fortlaufend zu dokumentieren– im Rahmen der Anhörung nach § 36 Abs. 5 BtMG mitzuwirken– die Vollstreckungsbehörde unverzüglich über einen Abbruch der Behandlung nach § 35 Abs. 4 BtMG zu unterrichten– jedes unentschuldigte Fernbleiben unverzüglich zu dokumentieren.– erforderliche Evaluationsdaten bereitzustellen <p>Eine Verletzung dieser Pflichten kann zum Widerruf der staatlichen Anerkennung führen.</p>
5.3	Die Einrichtung ist dazu verpflichtet, wesentliche Veränderungen , die die Angaben nach Ziffern 1.3 und 2 bis 4 des Antrags betreffen, unaufgefordert und unverzüglich dem Niedersächsischen Landesamt für Soziales, Jugend und Familie schriftlich mitzuteilen.

Hiermit versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben (Ziffern 1 bis 4) und erkläre mich im Namen der Einrichtung zur Beachtung der Dokumentations- und Berichtspflichten (Ziffer 5) bereit:

Ort, Datum

Unterschrift (Leiter/-in der Einrichtung)