

KADESCH

GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG
DER JUGEND-
UND SUCHTKRANKEN-HILFE

Hauptstraße 94

44651 Herne

☎ 02325/3892 - Fax: 02325/932523

email: jkd-kadesch@t-online.de

internet: www.therapieverbund-herne.de

Jahresbericht 2010



Inhalt

Drogenhilfesystem Herne

Adaption 2010

Berufliche (Re-)Integration

Leistungen der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnung)

1. Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS)
2. Ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation

Ambulantes Betreutes Wohnen

Prävention

(Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung im Verbund von Kadesch GmbH und JKD e.V.)

Institutionelle Arbeit/Leitung/Verwaltung

Qualitätskontrolle

Die Mitarbeiter

Drogenhilfesystem Herne

Kadesch GmbH ist als gemeinnützige Gesellschaft 1995 gegründet worden und bietet im Therapieverbund Herne ein differenziertes Netzwerk an Hilfen für (ehemalige) Suchtmittelabhängige, um den (Wieder-) Einstieg in ein selbstverantwortliches Leben zu unterstützen und zu begleiten.

Der Herner Therapieverbund bietet zahlreiche Möglichkeiten, den Bedürfnissen und Notwendigkeiten der einzelnen suchtkranken Person gerecht zu werden. Im Sinne einer Rehabilitation in unterschiedlichen Formen/Settings ist es möglich, Schritte in die eine oder auch andere Richtung vorzunehmen. Bei Rückfällen kann der Patient an jedem Punkt aufgefangen und adäquat der individuellen Situation entsprechend behandelt und unterstützt werden. Das Verbundsystem bietet im Sinne eines Netzwerks dem Einzelnen differenzierte Behandlungsmöglichkeiten und dadurch ein hohes Maß an Sicherheit und Schutz.

Mit seinen Diensten und Einrichtungen und den darin tätigen Mitarbeitern, aber auch in seinem klientenzentrierten, integrativ orientiertem theoriegeleiteten Handeln versteht sich der Verbund für die Patienten als ein „tragfähiges“ soziales Netz, das als „professioneller Konvoi von Helfern und Hilfsagenturen“ (vgl. Petzold 2004) Sicherheit und Stabilität, Unterstützung und Begleitung, Behandlung und Förderung bietet.



Schaubild: Drogenhilfesystem Herne“

Adaption 2010

Als Folge der Entscheidung des *Bundessozialgerichtes* vom 26.06.2007 steht erneut im Kern der Diskussion die Frage, ob es sich bei einer Adaptionmaßnahmen um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistung handelt, die der Sicherung des Erfolges der Entzugsbehandlung und damit der Heilung der Suchtkrankheit dient, und ob diese ärztlich verantwortet wird, d.h. die Einrichtung muß „in organisatorischer, institutioneller Hinsicht „fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung“ (stehen) und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet (sein), den Gesundheitszustand des Patienten „nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich ... Bewegungstherapie ... oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen. Es muß also feststellbar eine planmäßige ärztliche Behandlung erfolgen, d.h. es müssen grundsätzlich Anhaltspunkte dafür gegeben sein, daß mit der Entwöhnungsbehandlung die Ziele der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme (hier: Entwöhnung) nicht erreicht werden konnten und es im unmittelbaren Anschluß (z.B. wegen Scheiterns der Entwöhnung) unmittelbar einer weiteren medizinischen Rehabilitationsmaßnahme i.S. von § 40 SGB V bedarf, wie es § 40 Abs. 3 Satz 2 SGB V fordert“ (*Bundessozialgericht* 2007).

Durch Einzelfallurteile (vgl. Urteil des BSG vom 26.06.07 - Az.: B 1 KR 34/06), in denen die Verantwortung für bestimmte Leistungen der medizinischen Rehabilitation (hier: der Krankenkasse als Trägerin der medizinischen Rehabilitation für eine Adaptionbehandlung) verneint wird, werden einzelne Leistungssegmente der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Frage gestellt und es entsteht eine erhebliche Unsicherheit für Patienten und Leistungserbringer.

Die Abgrenzung entlang der traditionellen Interventionsformen Akutbehandlung, medizinische Rehabilitation und soziale Rehabilitation und damit die Frage, welcher Leistungsträger für die jeweilige Rehabilitationsleistung zuständig ist, wird zunehmend komplexer und damit für die Patienten undurchschaubar.

„Rehabilitation soll chronischen Erkrankungen vorbeugen, die Arbeitskraft chronisch Kranker soweit als möglich wiederherstellen und erhalten, Behinderungen ... durch funktionsbezogenes Training beheben oder mindern und Verhaltensstörungen oder Abhängigkeitserkrankungen u.a. durch psycho- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen soweit beseitigen, daß den Patienten eine aktive Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben wieder möglich wird“ (*Borges et al.* 2006).

Insbesondere für drogenabhängige Patienten ist nach ihrer stationärer Entwöhnung grundsätzlich eine weiterführende Behandlung (→ Adaptionphase) sinnvoll und notwendig, beispielsweise um der Rückfallgefahr vorzubeugen und die berufliche Integration zu ermöglichen.

Die Erfolg der medizinischen Rehabilitation ist nur sicherzustellen, wenn den Patienten ein Behandlungssetting, d.h. stationäre Entwöhnung + Adaptionphase, zur Verfügung gestellt wird, das die geeigneten und notwendigen Maßnahmen vorhält, um die in SGB V, VI und IX definierten Ziele erreichen zu können.

Aufnahmen/Entlassungen

	gesamt	Männer	Frauen
Übernahme aus 2009	12	10	2
nach Bewerbung in 2010 aufgenommen	43	34	9
Patienten in 2010	55	44	11
reguläre Entlassungen	30	23	7
vorzeitige Entlassungen	14	12	2
verlegt in andere Einrichtung	0	0	0
Übernahme nach 2011	11	9	2

Berufliche (Re-)Integration

Vorbemerkungen

Die konzeptionellen Akzentuierungen zur beruflichen (Re-)Integration suchtmittelkonsumierender/-abhängiger Menschen basieren auf den fachlichen Hinweisen und Empfehlungen der Bundesagentur für Arbeit (Arbeitshilfe Arbeitsgelegenheiten nach § 16d, Stand: 07/2009) und dem Merkblatt Arbeitsgelegenheiten (Stand: 01.01.2010).

Dementsprechend ist „die vorrangige Zielsetzung ... die (Wieder-)Heranführung von erwerbsfähigen Hilfebedürftigen an den allgemeinen Arbeitsmarkt“. Die Maßnahme dient insbesondere dazu, „die soziale Integration zu fördern“ und „die Beschäftigungsfähigkeit aufrecht zu erhalten bzw. wiederherzustellen“.

Die auf die individuellen Voraussetzungen der Teilnehmer abgestimmten Arbeitsgelegenheiten, die in Kooperation mit ortsansässigen Betrieben durchgeführt werden, fördern diese in ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung und erhöhen die Eingliederungschancen in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

„Die Maßnahmeanteile sind an der Bedarfslage der ... Zielgruppe auszurichten und auf die individuellen Erfordernisse und Bedürfnisse ... abzustimmen.“ Sie sind insbesondere „inhaltlich so zu gestalten, daß die Teilnehmer über die Bereitstellung ihrer Arbeitskraft hinaus auch in ihrer persönlichen und beruflichen Entwicklung gefördert werden“.

Um diese Zielsetzung erreichen zu können, ist es begründet, den Qualifizierungsanteil der Maßnahme entsprechend anzupassen und Praktika gem. § 16 Abs. 1 SGB II i.V.m. § 46 SGB II zeitlich nicht zu begrenzen.

Die „besondere Zielgruppe“ der suchtmittelkonsumierender/-abhängiger Menschen (nach Maßgabe von §§ 3 Abs. 2 und 2a SGB II) ist von besonderen Vermittlungshemmnissen gekennzeichnet, d.h. die soziale Integration muß neben der Erhöhung der Chancen auf berufliche Eingliederung im Vordergrund stehen. Dementsprechend wird eine begleitende und umfassende sozialpädagogische Betreuung sichergestellt.

Möglichkeiten zur Teilhabe

Perspektiv- und Arbeitslosigkeit der Klientel sind die Probleme in der Praxis der Drogenhilfe. Beratungsstellen und Adaptionseinrichtungen sind in hohem Maße damit konfrontiert, daß die stationäre fachklinische Behandlung (bspw. aufgrund der kurzen Behandlungszeiten) hieran nichts zu verändern vermag, d.h. während der stationären Maßnahme verändert sich der Status der Patienten nicht.

Um die Möglichkeiten zur Teilhabe „ihrer“ Klientel zu verbessern, müssen die Einrichtungen (hier: Beratungsstelle + Adaption) Maßnahmen initiieren bzw. durchführen, um kreative Lebensbewältigung und Lebensgestaltung zu ermöglichen und alltagspraktische Kompetenz zu fördern und entwickeln.

„Arbeits- und Beschäftigungsprojekte dienen dem gesetzlichen Auftrag, Menschen in Arbeit zu integrieren. Sie bieten die Möglichkeit, Ursachen des Suchtverhaltens zu erkennen und Hilfestellung in Situationen zu geben, in denen ohne Betreuung Rückfälle drohen. Darüber hinaus schaffen sie die Möglichkeit der Tagesstrukturierung und verringern die Gelegenheit zum Suchtmittelkonsum und -verhalten“ (Leune 2009, 22). Die soziale und berufliche (Re-) Integration muß also im Mittelpunkt der Arbeit stehen.

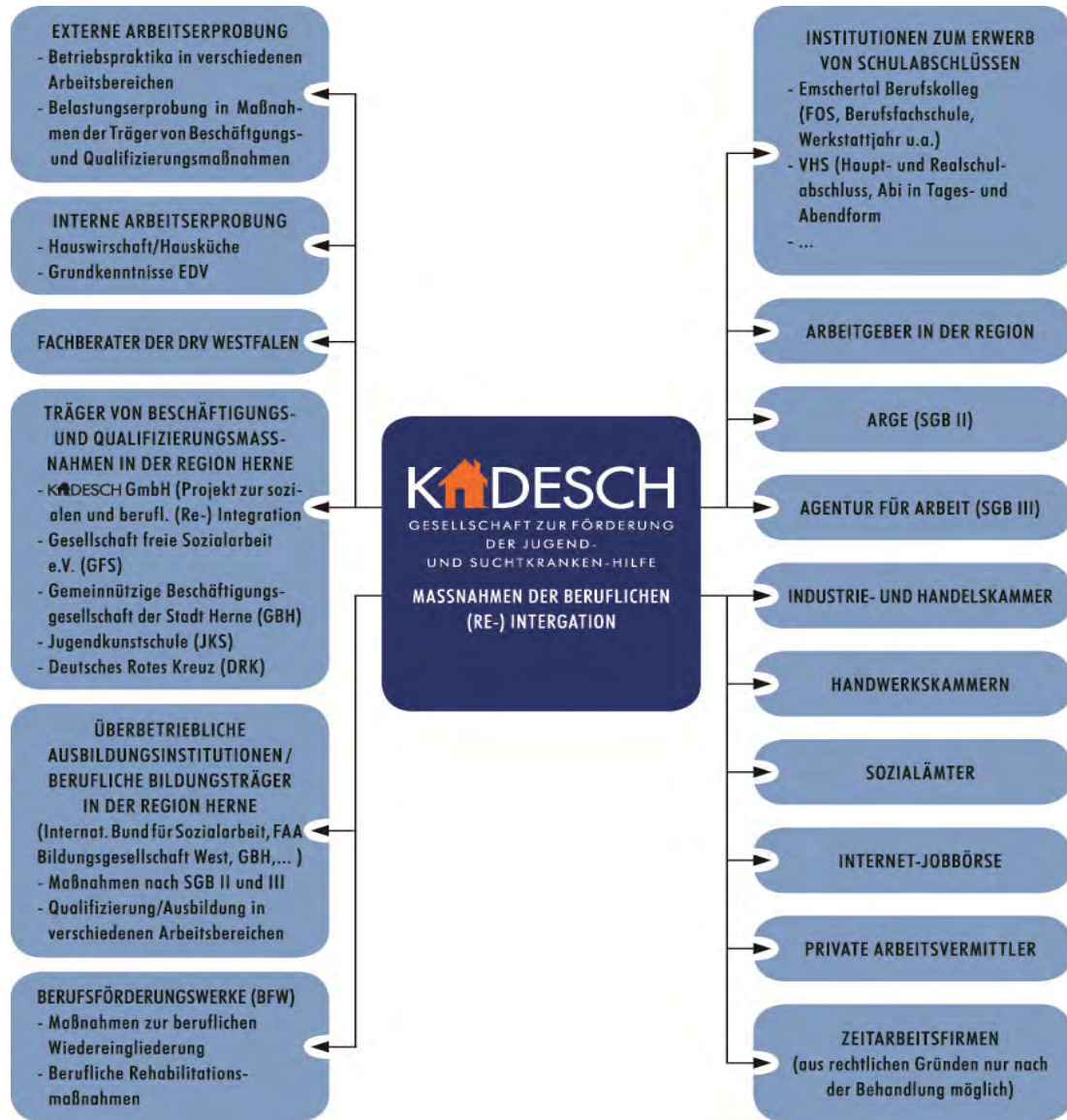
Gesetzliche Grundlagen hierfür sind:

- § 16a SGB II: kommunale Eingliederungsleistungen
- § 16d SGB II: Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandentschädigungen
- § 16f SGB II: Leistungen zur Beschäftigungsförderung
- § 16f SGB II: freie Förderung
- § 3 SGB III: Leistungen der Arbeitsförderung
- § 46 SGB III: Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung
- § 59f SGB III: Förderung der Berufsausbildung, berufliche Ausbildung
- § 61 SGB III: berufsvorbereitende Bildungsmaßnahme
- § 61a SGB III: Anspruch auf Vorbereitung auf einen Hauptschulabschluß
- § 77ff SGB III: Förderung der beruflichen Weiterbildung
- § 97f SGB III: Teilhabe am Arbeitsleben
- § 217ff SGB III: Eingliederungszuschüsse (an Arbeitgeber)
- § 241f SGB III: ausbildungsbegleitende Hilfen
- § 243 SGB III: sozialpädagogische Begleitung/Unterstützung bei betrieblicher Berufsausbildung und Berufsausbildungsvorbereitung
- § 260ff SGB III: Förderung von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen

- § 33ff SGB IX: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- § 11 SGB XII: Beratung und Unterstützung, Aktivierung
- § 53 SGB XII: Leistungen der Eingliederungshilfe

Das nachfolgende Schaubild gibt einen Überblick zu den Kooperationspartnern/-ebenen, die notwendig sind, um das Behandlungsziel der beruflichen Integration erreichen zu können:

Schaubild: Netzwerk Berufliche Wiedereingliederung



Die Arbeit mit suchtmittelkonsumierenden/-abhängigen Menschen zeigt, daß insbesondere die Strukturierung des Alltags ein wichtiges Element für eine erfolgreiche (Re-)Integration in die Gesellschaft ist. Dabei ist die Heranführung an Arbeitsprozesse und die (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt ein entscheidender Faktor.

Unstrittig ist, daß das Fehlen einer beruflichen Perspektive und/oder eines Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzes häufig einhergeht mit sozialer Isolation, d.h. über Beschäftigung wird ein wesentlicher Beitrag sozialer gesellschaftlicher Anerkennung erzielt.

Das problematische Zusammenwirken von Suchtmittelkonsum/-abhängigkeit und Illegalität führt zu einer deutlichen Verschlechterung der psychosozialen Lebenssituation der Klientel. Dauerhafte Arbeitslosigkeit und/oder Sozialhilfebedürftigkeit, Verlust sozialer Ressourcen (Familie, Partnerschaft, soziales Netzwerk), Krankheit (Abszesse, Infektionen wie Hepatitis und HIV etc.), Kriminalisierung (strafrechtliche Verfolgung, Inhaftierung), Armut und Einsamkeit, Traumatisierungen im

Zusammenhang von Suchtmittelkonsum/-abhängigkeit führen zu Verelendung und Stigmatisierung, welche einen Ausstieg aus dem Drogenkreislauf deutlich erschweren.

Eine frühzeitige Problemerkennung und fachgerechte Unterstützung sind notwendig, um eine notwendige langfristige Veränderung von Lebensstilen zu erreichen und das Vermittlungshemmnis „Sucht“ zu beseitigen.

Die Leistungen von Kadesch GmbH orientieren sich an den Ressourcen der Patienten und sind klar zielorientiert. Zur Ressourcenorientierung gehört z.B. Mobilisieren von Zuversicht, das Aufnehmen einer emotional bedeutsamen Beziehung, ein „Auftauen“ verfestigter Erlebens- und Verhaltensmuster, das Interpretieren des Lebens nach einem dem Klienten plausiblen Konzept sowie korrigierende emotionale Erfahrungen.

Maßnahmen zur sozialen Integration und beruflichen (Re-)Integration

Die Inhalte sind wie folgt zu definieren:

- Stabilisierung der Abstinenz,
- (weitgehende) Behebung von physischen und psychischen Störungen, d. h. Unterstützung bei der schrittweisen, praktischen Erprobung der psychischen und körperlichen Belastbarkeit unter „Alltags- und Arbeitsbedingungen“ (= Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft) beim Umgang mit kritischen Situationen und bei der Entwicklung von Konfliktlösungsstrategien,
- Förderung der Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit, der Verselbständigung und Loslösung, des Sinn- und Wertbezuges,
- Verbesserung und Erweiterung der persönlichen und sozialen Kompetenz sowie der Erlebnisfähigkeit und der Lebensqualität.

Vier Umstände wirken sich bei der Realisierung der sozialen Integration und beruflichen (Re-)Integration der Klientel besonders erschwerend aus:

- Wir haben es in immer stärkerem Maße mit *jungen* Menschen zu tun, die nicht in der Lage sind, ihren Tag eigenständig zu strukturieren.
- Arbeit/Erwerbsarbeit ist nicht mehr der identitätsbildende Faktor in einer sich immanent verändernden Gesellschaft, d.h. soziale Sicherheit ist nicht mehr allein über Erwerbsarbeit zu erzielen, insbesondere für Risikogruppen (= Suchtkranke).
- die schulisch/beruflichen und persönlichen Voraussetzungen sind unzulänglich.

Um nun den Einzelnen bei seinen Bemühungen der sozialen Integration und beruflichen (Re-)Integration zu fördern, wird er bei

- der Entwicklung einer persönlichen Perspektive in beruflicher Hinsicht
- der Prüfung der Voraussetzungen
- dem Kontakt zur ARGE
- Bewerbungen
- der Vermittlung eines berufsorientierenden Praktikums, in Qualifizierungsmaßnahmen, in Arbeit, in Schulausbildung

unterstützt. Dabei sind die

- Begleitung und Betreuung des berufsorientierenden Praktikums
- intensive Zusammenarbeit mit den Arbeitgebern in der Region
- intensive Zusammenarbeit mit der ARGE

unabdingbar.

Bei ausländischen Patienten bestehen häufig zusätzliche Schwierigkeiten, die eine berufliche Integration erschweren:

- Probleme mit der deutschen Sprache müssen bearbeitet werden, um Vermittlungschancen auf dem Arbeitsmarkt zu erreichen.
- Der Aufenthaltsstatus muß ggf. geklärt werden, um die Voraussetzungen für die Teilnahme an einer beruflichen/berufsorientierenden Maßnahme zu schaffen.

Arbeitsinhalte

Um die soziale Integration und berufliche (Re-)Integration der Klientel fördern zu können, sind komplexe Arbeitsschritte notwendig:

Kontakt zur Agentur für Arbeit bzw. ARGE

Arbeitssuchend melden, Termine bei Berufsberatung oder Arbeitsvermittlung

Alle Patienten melden sich arbeitssuchend, um die Angebote des Arbeitsamtes wahrnehmen zu können. Gemeinsame Besuche beim Arbeitsamt und Berufs-Informations-Zentrum (BIZ) finden regelmäßig statt.

Entwicklung einer persönlichen Perspektive in beruflicher Hinsicht

„Was will ich tun? „Wo liegen meine Fähigkeiten?“ „Was ist realistisch?“

Diese Fragen werden zunächst in der Berufsanamnese besprochen, die bei jedem Patienten erhoben wird. Als Thema hat die Frage der persönlichen Perspektive auch Raum in Einzel- und Gruppengesprächen.

(Die Kooperation mit den Trägern von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen bewährt sich in mehrfacher Hinsicht: Die Patienten erhalten Einblick in unterschiedliche Berufsfelder und machen (wieder) Erfahrungen mit Strukturen, die sich an denen des 1. Arbeitsmarktes orientieren. Durch die Heranführung an die sogenannten Primärtugenden der Arbeitswelt (Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Leistungsbereitschaft) sowie das „sich einfinden“ in hierarchischen Strukturen, werden Belastungs- und Toleranzgrenzen erweitert.)

Prüfung der Voraussetzungen

Welche Zeugnisse, Bewilligungsbescheide, Arbeitsnachweise sind vorhanden oder müssen angefordert werden? Für welche Art der Maßnahme erfülle ich die Voraussetzungen?

Um die Erwartungshaltung der Patienten mit den Möglichkeiten des Arbeitsmarktes zu verbinden, werden die individuellen Voraussetzungen geprüft, z.B. ob der Patient umschulungsberechtigt ist oder welche Maßnahmen vorgeschaltet werden müssen, damit er diese Berechtigung erlangt. So kann der Patient einen ersten Zugang zur Erarbeitung der beruflichen Perspektive erhalten.

Bewerbungstraining

Gemeinsames Erstellen von Lebenslauf und Bewerbungsschreiben, Bewerbungstraining, Hilfestellung bei der Stellensuche

Die Patienten erhalten Hilfestellung bei schriftlichen Bewerbungsverfahren. Über ein regelmäßiges Bewerbungstraining wird den Patienten in „spielerischer Form“ mehr Sicherheit vermittelt, um sich in Bewerbungsgesprächen (besser) „präsentieren“ zu können.

Vermittlung eines berufsorientierenden Praktikums

In welchem Bereich ist ein Praktikum sinnvoll und möglich? Kontaktaufnahme zu Betrieben und Firmen, Vermittlung von und Begleitung bei Vorstellungsterminen, Abschluß eines Praktikumsvertrages, Reflexionsgespräche

Alle Patienten absolvieren ein externes Praktikum, damit der Einzelne seine Fähigkeiten, Fertigkeiten und Grenzen, aber auch Berufswünsche/-vorstellungen in der Berufsrealität überprüft kann.

Ziel ist eine Heranführung an den Berufsalltag in Form von Belastungs- und Eignungstrainings, Gewöhnung an die Anforderungen des Berufsalltags wie Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Leistungsfähigkeit.

Um den Praktikumsverlauf reibungslos zu gestalten, werden die Patienten intensiv durch einen festen Mitarbeiter betreut, der eine enge Kooperation mit dem Arbeitgeber gewährleistet und hier für Fragen, Kritik und Anregungen sowie Reflexionsgespräche, in denen die bisherige Entwicklung im Praktikum besprochen wird, zur Verfügung steht.

Die Akquirierung der Praktikumsstellen basiert auf einer engen Kooperation mit bewährten ortsansässigen Handwerksbetrieben bzw. Firmen und Organisationen, in denen die Klienten entsprechend ihrer individuellen Voraussetzungen und Vorkenntnisse tätig werden.

Während des Praktikums finden Reflexionsgespräche statt, in denen der Klient mit seinem Anleiter und einem Mitarbeiter der Kadesch GmbH die bisherige Entwicklung im Praktikum durchspricht und ggf. Möglichkeiten der Weiterentwicklung abgesprochen werden.

Die hochfrequente Begleitung und Betreuung des Klienten durch einen Mitarbeiter der Kadesch GmbH gewährleistet eine hohe Effektivität der Belastungs- und Eignungserprobung.

Vermittlung in Maßnahmen

Vermittlung in Qualifizierungs-, Feststellungs-, Umschulungsmaßnahmen über Kontakte zu den Trägern von Beschäftigungs- und Qualifizierungsmaßnahmen

Dies geschieht in Kooperation mit der Agentur für Arbeit bzw. ARGE, da diese im Rahmen der SGB II/III für die Vermittlung und Bewilligung einer Maßnahme zuständig ist.

Bei positivem Praktikumsverlauf werden Möglichkeiten geprüft, inwieweit für den einzelnen Patienten weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (bspw. Lohnkostenzuschuß, Qualifizierungs-/Umschulungsmaßnahmen) realisierbar sind.

Je genauer der einzelne Patient über das Praktikum „erfahren“ hat, wie seine Belastbarkeit, sein Leistungsvermögen sind und in welchem Bereich er eine Maßnahme machen will, desto einfacher ist es für die Agentur für Arbeit/ARGE, aktiv zu werden und Möglichkeiten aufzuzeigen.

Ggf. werden die Patienten bei der Kontaktaufnahme zu Arbeitgebern/Maßnahmeträgern unterstützt und angeleitet, d.h. Zusammenstellung der notwendigen Unterlagen und Vorbereitung auf Termine.

Vermittlung in Schulen

Erlangung eines Schulabschlusses oder weiteren schulischen Qualifizierung

Die Mitarbeiter haben einen umfassenden Überblick und detaillierte Kenntnisse über die unterschiedlichen Bildungsangebote und stellen den Kontakt zwischen Patient und Schule her.

Berufliche Situation bei regulärer Entlassung

	2008 N = 24	2009 N = 28	2010 N = 30
reguläre Erwerbstätigkeit (Voll- oder Teilzeitbeschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt)	04 (16,67%)	09 (32,14%)	03 (10,0%)
gelegentliche reguläre Erwerbstätigkeit (Aufnahme zumindest von gelegentlicher Arbeitstätigkeit)	03 (12,50%)	0	0
betriebliche Umschulung oder Ausbildung (Qualifizierung der Patienten durch Umschulungs- sowie Ausbildungsmaßnahmen, auch Qualifizierungsmaßnahmen)	04 (16,67%)	02 (7,14%)	03 (10,0%)
Maßnahmen nach SGB II, III oder SGB XII (Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sog. „1-Euro-Job“), sonstige Trainingsmaßnahmen)	06 (25,00%)	12 (42,86%)	14 (46,67%)
Betriebliches Praktikum	---	---	03 (10,0%)
Schule/Studium	04 (16,67%)	01 (3,57%)	01 (3,33%)
Hausfrau/-mann	01 (4,17%)	01 (3,57%)	0
arbeitslos	01 (4,17%)	03 (10,71%)	06 (20,0%)
in andere Einrichtung verlegt	01 (4,17%)	0	0
arbeitslos vor Therapiebeginn	24 (100%)	28 (100%)	30 (100%)

Erläuterungen:

Reguläre Erwerbstätigkeit:	Voll- oder Teilzeitbeschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt
Maßnahmen nach SGB II oder SGB XII	(Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sog. „1-Euro-Job“), sonstige Trainingsmaßnahmen) Umschulung oder Ausbildung: Qualifizierung der Klienten durch Umschulungs- sowie Ausbildungsmaßnahmen, auch Qualifizierungsmaßnahmen
Gelegentliche Erwerbstätigkeit:	Aufnahme zumindest von gelegentlicher Arbeitstätigkeit bzw. Jobs; in dieser Spalte sind auch Praktika berücksichtigt

Die Gesamtschau der beruflichen Integration bei regulärer Entlassung für die Jahre 2008-2010 zeigt: 30 Patienten schlossen 2010 die Maßnahme regulär ab (2008: 24, 2009: 28). 20,0% waren bei Entlassung arbeitslos (2008: 4,17%, 2009: 10,71), d.h. bei 80,0% (2008: 95,83%, 2009: 89,29%) konnte die berufliche Integration erfolgreich realisiert werden.

In reguläre Erwerbstätigkeit konnten 10,0% der Patienten (2008: 29,17%, 2009: 32,14%) in ein reguläres Arbeitsverhältnis vermittelt werden. Berücksichtigen wir hier die Vermittlungen in betriebliche Umschulungs- und Ausbildungsverhältnisse von 10,0% (2008: 16,67%, 2009: 7,14%), so ergibt sich, daß insgesamt 20,0% der Patienten (2008: 45,84%, 2009: 39,28%) auf dem sog. „klassischen“ Arbeitsmarkt vermittelt werden konnten.

Insgesamt hat sich in 2010 der „Trend“ verstärkt, daß es für uns unter den gegebenen gesamtgesellschaftlichen/-wirtschaftlichen Bedingungen zunehmend schwieriger wird, die berufliche Integration der Patienten erfolgreich zu gestalten.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnung)

1. Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS)

Im Rahmen der ARS behandeln wir suchtkranke Menschen von legalen und illegalen Suchtmitteln, Personen mit Eßstörungen und nicht substanzgebundenen Süchten. Diese können die ARS als eigenständige Maßnahme, nach der erfolgreichen Beendigung einer stationären Entwöhnungsbehandlung und/oder Adaption zur weiteren Stabilisierung und der Aufarbeitung noch anstehender Probleme psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbetreuung in Anspruch nehmen.

Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 6 bis 12 Monate bei 20 bis 40 Therapieeinheiten, in begründeten Einzelfällen erfolgt eine Verlängerung auf 18 Monate. Die Maßnahme beinhaltet sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie. Im Normalfall findet die Einzel- und Gruppentherapie wöchentlich statt, sowie nach individuellen Notwendigkeiten Gespräche mit Bezugspersonen (Partner, Eltern u.a.; 4 Therapieeinheiten in einem Bewilligungszeitraum von 6 Monaten sind vorgesehen).

Wird die ambulante medizinische Rehabilitation als Nachsorgemaßnahme nach einer stationären Entwöhnungsbehandlung bewilligt, finden im Bewilligungszeitraum von 6 Monaten 20 Therapieeinheiten plus 2 Einheiten mit Bezugspersonen statt. Im begründeten Einzelfall ist eine Bewilligung um weitere 20 Therapieeinheiten plus 2 Einheiten mit Bezugspersonen für weitere 6 Monate möglich.

ARS als Behandlungsmöglichkeit für substituierte Drogenabhängige

Mit der Möglichkeit der vorübergehenden substitutionsgestützten Rehabilitation (<60mg Methadon) erschließt sich ein neues Hilfsangebot. Voraussetzung ist die Beikonsumfreiheit von mindestens 4 Wochen vor Beginn der Maßnahme. Es werden Patienten erreicht, die bisher an Rehabilitationsleistungen nicht teilnehmen konnten.

Angebote für Menschen mit Eßstörungen

Da die Leistungsträger (hier: Krankenkassen) Eßstörungen als psychosomatische Störung definieren, können Betroffene bislang Leistungen der Ambulanten Rehabilitation Suchtkranker (ARS) nicht in Anspruch nehmen. Nach Erfahrung aller für die im Bereich der Eßstörungen Tätigen sind insbesondere ambulante Maßnahmen notwendig, um längerfristig ein gesundes Eßverhalten in den Alltag zu integrieren und ggf. das im stationären Setting erworbene Wissen im Alltag umzusetzen. Wir bieten im Rahmen der ARS einzel- und gruppentherapeutische Gespräche für Betroffene, sowie Beratungsgespräche für Angehörige und Interessierte an (vgl. *Liefke, Schay 2006* „Behandlung von Menschen mit Eßproblemen und Eßstörungen“).

Bewerbungen

Die Zahl der Bewerber ist im Vergleich zum Vorjahr etwas angestiegen: 34 Männer und 6 Frauen bewarben sich schriftlich um einen Behandlungsplatz (2009: 32/5).

Die Vermittlung erfolgte i.d.R. über ortsnahe Suchtberatungsstellen und stationäre Entwöhnungseinrichtungen.

Störungsbilder

Alle Patienten waren von illegalen Suchtstoffen abhängig, zumeist polytoxikoman. Bei der Angabe der konsumierten Suchtmittel zeigte sich ein Gleichgewicht zwischen THC-, sog. Partydrogenkonsumenten und Opiatabhängigen.

Ergebnisse

Von den 40 Bewerbern wurden 14 aufgenommen. Bei 3 haben wir eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung empfohlen, da die Voraussetzungen für eine ARS nicht gegeben waren. Bei 3 Patienten ist die Aufnahme in 2011 geplant. 10 Patienten haben trotz Leistungszusage die Behandlung nicht angetreten. Bei den übrigen 10 sind keine Informationen über den Verbleib bekannt.

2010 wurden insgesamt 21 Patienten im Rahmen der ARS behandelt, 7 Patienten wurden aus dem Vorjahr übernommen und 4 werden in 2011 weiterbehandelt.

17 Patienten beendeten 2010 die Behandlung: 9 Personen schlossen regulär ab, 7 Patienten mußten disziplinarisch entlassen werden und 2 wurden in eine stationäre bzw. teilstationäre Einrichtung querverlegt.

2. Ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation

Bei der ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation handelt es sich um eine Entwöhnungsbehandlung, die Regeltherapiedauer beträgt 17 Wochen. Es stehen 6 Therapieplätze zur Verfügung.

Ziel der ganztägig ambulanten Rehabilitation ist es, durch ein ressourcen- und/oder konfliktorientiertes Vorgehen Patienten in einem zeitlich begrenzten Rahmen zu helfen, einige ihrer zentralen Lebensprobleme anzugehen und zu bearbeiten. Der Fokus der Behandlung liegt auf der Stabilisierung der Patienten in der Konfrontation mit dem Alltag insbesondere hinsichtlich der beruflichen und sozialen Integration und der Sicherung der Abstinenz.

Ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation setzt ein relativ intaktes Umfeld voraus und gewährleistet Alltagsnähe, d.h. einen direkten Kontakt zum Lebensumfeld der Klienten. Im Mittelpunkt steht die Stabilisierung der Klienten in der unmittelbaren Konfrontation mit ihrem Alltag speziell im Hinblick auf die berufliche und soziale Integration und die Festigung der Abstinenz. Die eigenständige Weiterbearbeitung relevanter Themen mit den Supportsystemen (Selbsthilfegruppe, Familie, Lebenspartner etc.) ist angestrebt.

Im Rahmen der beruflichen (Wieder-)Eingliederung unterstützen wir den einzelnen bei der Beschaffung der notwendigen Bewerbungsunterlagen, bei der Erstellung einer Bewerbungsmappe, dem Proben eines Vorstellungsgespräches, bei der Herstellung von Kontakten zu Schulen und Betrieben.

Um dem einzelnen die Möglichkeit zu geben, zu einer realistischen Einschätzung seiner Fähigkeiten, Fertigkeiten, aber auch Grenzen zu gelangen und sich im Arbeitsalltag erproben zu können, sind tagesstrukturierende Maßnahmen für Arbeitssuchende und Arbeitslose Bestandteil des Therapieplanes, d.h. begleitende Praktika/stundenweise Beschäftigung in verschiedenen Arbeitsbereichen wie Gartenbau, Schreinerei, Mal- und Lackierbereich und Hauswirtschaft.

Außerdem werden die einzelnen bei Kontakten zu Ärzten, Betrieben, Ämtern usw. unterstützt und ggf. begleitet.

Daneben besteht die Möglichkeit, im Rahmen von Familiengesprächen mit Partnern, Eltern, Kindern schwierige und belastende Beziehungen zu klären und zu bearbeiten.

Behandlungsmöglichkeit für substituierte Drogenabhängige

Die Zielvorstellungen bei der Behandlung übergangsweise Substituierter sind bereits bei der Ambulanten medizinischen Rehabilitation (ARS) dargestellt und werden von daher hier nicht noch einmal wiederholt.

Bewerbungen/Aufnahmen

In 2010 haben sich 28 Frauen und 75 Männer beworben; 27 Patienten (2009: 32) wurden aufgenommen.

In 2010 wurden insgesamt 37 Patienten (27 Aufnahmen in 2010 und 10 aus dem Vorjahr) behandelt, 6 werden in 2011 weiterbehandelt.

Ergebnisse

Behandlungsverlauf		Berufliche Situation bei Entlassung
insgesamt in Behandlung	37 (100%)	
noch in Behandlung	6 (16,22%)	
reguläre Entlassung	11 (29,73%)	in Arbeit = 7 (23,33%), arbeitslos = 4 (13,33%)
vorzeitige Beendigung der Behandlung	19 (51,35%)	in Arbeit = 0, arbeitslos = 19 (63,33%)
in andere Einrichtung verlegt	01 (2,70%)	

Ambulantes Betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen (Phase III der (sozialen) Rehabilitation Drogenabhängiger)

Ausgangslage

Das Ambulant Betreute Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen ist eine Weiterentwicklung der Eingliederungshilfen gem. §§ 39, 40 BSHG, § 55 SGB IX und § 53 SGB XII mit dem Ziel, Menschen mit Behinderungen (hier: Abhängigkeitserkrankung gem. ICD 10-F.10-F.19, F.50) ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen und zu sichern.

Es ist als ein am Bedarf der betreuten Person orientiertes und verbindlich vereinbartes Betreuungsangebot zu verstehen, das sich auf ein breites Spektrum an Hilfestellungen in den Bereichen Wohnen, Arbeit, Freizeit und soziales Netzwerk bezieht. Es handelt sich um ein gemeindeintegriertes Hilfeangebot, das der betreuten Person ein selbst bestimmtes Leben in einer eigenen Wohnung ermöglicht.

Zielgruppe sind Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten mit psychischen Störungen und einer Abhängigkeitserkrankung, die eine abstinente Lebensführung anstreben. Wegen der besonderen Lebensverhältnisse ist eine Inanspruchnahme der Angebote der Suchtkrankenhilfe nicht möglich oder aus fachlicher Sicht unter Berücksichtigung der Anamnese nicht erfolgsversprechend. Neben der Bearbeitung der Suchtproblematik ist eine Entwicklung der Fähigkeiten notwendig, Schwierigkeiten bei der Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ohne fremde Hilfe zu bewältigen. Verpflichtungen des täglichen Lebens müssen teilweise übernommen werden und in allen Lebensbereichen ist Förderung notwendig.

Ziel der Betreuung ist es, den durch den Substanzmißbrauch eingeengten Freiheitsspielraum des Einzelnen wiederherzustellen, die bereits eingetretenen Störungen zu behandeln und weitere Schäden zu verhindern.

Die Betreuungsleistungen leiten sich von den im Einzelfall vorgefundenen sozialen Problemlagen, Entwicklungsdefiziten, psychischen und psychiatrischen Störungsbildern sowie den vereinbarten Betreuungszielen ab, werden in ihrer Intensität und Dauer entsprechend der Lebens- und Sozialwelt gestaltet und beinhalten/vernetzen sozialarbeiterische, soziotherapeutische und beraterische Hilfen, sowie im Einzelfall auch (psycho-)therapeutische Hilfen zur Bewältigung kritischer Lebenssituationen.

Die Entlastung der Klientel durch weiterführende Betreuungskonzepte im Anschluß an den Aufenthalt in der Fachklinik und Adaption im Betreuten Wohnen wirkt „prekären Lebenslagen“ und fehlenden oder schwachen „Konvois“ entgegen.

Kurzbeschreibung des Leistungsangebotes

Das Ambulant Betreute Wohnen ist als weiterer Baustein neben den ambulanten und (teil-)stationären Behandlungsmöglichkeiten im Netzwerk „Therapieverbund Herne“ konzipiert.

Die Betreuungsdauer wird bezogen auf den individuellen Hilfebedarf im Hilfeplanverfahren festgelegt und i.d.R. zunächst für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr bewilligt, womit Möglichkeiten geschaffen werden, die Klientel zu stabilisieren und einen Prozeß der Integration behutsam zu begleiten.

Die Intensität der Betreuung wird individuell für jeden Klienten gestaltet und beinhaltet i.d.R. wöchentliche Einzel- und Gruppengespräche, die Teilnahme an Freizeitaktivitäten der Einrichtung, Schuldenregulierung und Klärung juristischer Belange. Des weiteren werden Möglichkeiten der Berufsanamnese, der Arbeitserprobung und/oder Vermittlung von Beschäftigungsmöglichkeiten vermittelt bzw. koordiniert (vgl. auch 3.7).

Konzeptuelle Schwerpunkte

Für die spezifische Konzeption des „Ambulant Betreuten Wohnens“ sind folgende konzeptuellen Schwerpunkte von besonderer Bedeutung, um den Klienten die Möglichkeit zu geben, sich mit diesem umfassenden Leistungsangebot in den Alltag integrieren zu können:

- Festigung lebenspraktischer Kompetenzen: Stabilisierung in der Konfrontation mit der Alltagsrealität, Realitätsprüfung und Zukunftsplanung.
- Entwicklung persönlicher und sozialer Kompetenzen, wie Erhöhung der Frustrationstoleranz, Erhöhung der Konfliktfähigkeit, Förderung von konstruktiven Konfliktlösungsstrategien, Erlernen von Streßbewältigungstechniken, Training eines angemessenen Abgrenzungsverhaltens gegenüber konsumierenden Menschen bzw. schwierigen Situationen, in denen Suchtmittel konsumiert werden.

- Erhöhung des Selbstwirksamkeitspotentials durch Stärkung von Selbstbewußtsein und Selbstvertrauen, Entwicklung pragmatischer Problemlösungsstrategien (Rückfallprävention u.a.).
- Aufbau und Förderung der eigenen Leistungsfähigkeit: Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Heranführung an den beruflichen Alltag, berufliche und soziale Integration vor Ort/in der Region.
- Förderung der sozialen Integrationsfähigkeit:
 - Training lebenspraktischer Fertigkeiten (Haushaltsführung, Ernährung).
 - Erarbeitung und Umsetzung einer sinnvollen Freizeitgestaltung.
 - Ablösung aus defizitären und kranken Beziehungen.
 - Aufbau eines suchtfreien sozialen Kontextes: Aufbau tragfähiger und funktionierender Kontakte (soziales Kompetenztraining/soziale Netzwerkarbeit).
- Aufbau einer an den eigenen Vorstellungen orientierten Wohn- und Lebensform.
- Erweiterung freizeitgestalterischer Kompetenzen: Entwicklung eines (bewegungs-)aktiven Lebensstils, Steigerung der körperlichen Vitalität.
- Erstellung/weitere Bearbeitung eines Schuldenregulierungsplanes:
 - Erstellung einer Übersicht über die bestehenden Verbindlichkeiten und sozialverträgliche Absprachen mit den Gläubigern.

Das Konzept des Ambulant Betreuten Wohnens basiert auf dem Modell des „Verbundsystems“, d.h.: eine Kette von „Kompetenzagenturen“, die Menschen, die schwer geschädigt sind, aufnimmt (betreut/handelt), trägt, hält und weiter begleitet. Dies ist leistbar, wenn die gegebenen Betreuungsmöglichkeiten effektiv genutzt und ausgeschöpft werden, Selbsthilfemodelle, Modelle professioneller Soziotherapie ineinandergreifen als eine „Kette verbundener Hilfsagenturen“, die die „chains of adverse events“ in eine „chain of protective factors“ verwandelt und Gesundheit und Resilienz fördert.

Ziele und Inhalte

Im Rahmen eines Betreuungsplanes werden zusammen mit dem Klienten die Ziele und Inhalte des Ambulant Betreuten Wohnens vereinbart. Entsprechend sehen die Schwerpunkte der Betreuung bei jedem Klienten unterschiedlich aus. Einzelne Teilziele werden festgelegt, die für den Klienten (zeitnah) zu erreichen sind. Jeder Klient hat einen „Betreuer“, der für ihn der erste Ansprechpartner ist. Neben der Aufarbeitung der individuellen Problematik wird versucht, Schwellenängste zu anderen Institutionen wie ARGE, Sozialamt, Wohnungsamt, Freizeitvereinen etc. abzubauen. Die reale Situation des Klienten wird besprochen und Zukunftsperspektiven werden entwickelt. Ein wesentliches Ziel ist die Förderung der Abstinenz. Die begleitenden Hilfen und Kontrollen werden schrittweise reduziert, um die Selbstverantwortlichkeit des Klienten zu stärken.

Die Klientel benötigt auf unterschiedlichsten Ebenen Hilfestellungen, damit sie sich ein neues soziales Umfeld aufbauen kann, in dem Suchtmittel keine Bedeutung haben.

Die angemessene Betreuung erfordert eine Vielzahl von Angeboten und Methoden, die als *Einzel- und/oder Gruppen(leistungs)angebote* erbracht werden.

Bereiche der Betreuung sind nach Definition des *Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe* (Erhebungsbogen zum individuellen Hilfeplanverfahren, 2005)

- Lebensbereich Arbeit und Beschäftigung
 - Tagesstrukturierung
 - Unterstützung bei der beruflichen Integration
- Lebensbereich Freizeit
 - Erarbeitung einer sinnvollen Freizeitgestaltung
- Lebensbereich Beziehung
 - Kontaktaufbau und Verbesserung der Beziehungen zum sozialen Umfeld
 - Aufbau und Verbesserung partnerschaftlicher Beziehungen
 - Aufbau eines Freundes- und Bekanntenkreises
 - Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsgestaltung am Arbeitsplatz
 - Verbesserung der Kontaktaufnahme zu Menschen in Alltagssituationen
- Lebensbereich Gesundheit
 - Verbesserung der Gesundheitsfürsorge

Das Betreuungssetting (engmaschige Betreuung oder aber größere Abstände zwischen den Betreuungseinheiten) wird individuell je nach Situation und Unterstützungsbedarf des Klienten gestaltet.

In regelmäßigen Abständen wird der Betreuungsverlauf reflektiert und ggf. werden die Inhalte und Intervalle des Ambulant Betreuten Wohnens modifiziert.

Situationserhebung

Grundlage einer Betreuungsplanung ist die umfassende Erhebung der persönlichen und sozialen Situation des Klienten sowie seines biographischen Hintergrundes. Die Informationssammlung beruht in erster Linie auf den Selbstauskünften des Klienten.

Inhalte der Erhebung sind:

- *Drogenkonsum*
(Beginn, Dauer, Substanzen, Therapieversuche, Abstinenzzeiten, Rückfallfaktoren)
- *Gesundheitliche Situation*
(chronische Krankheiten, z.B. HIV o. Hepatitis, aktuelle Krankheiten, Behinderungen, psychische Situation, Suizidalität, psychiatrische Erkrankungen und ggf. entsprechende Behandlungen)
- *Körperliche, geistige und psychische (Leistungs-)Fähigkeiten*
(Gesundheit, Körpergefühl, -wahrnehmung, Sport, Sexualität)
- *Lebensgeschichtliche Entwicklung des Klienten*
(Familie, Kindheit, Schule, Beruf)
- *Soziales Umfeld*
(Partner, Kinder, aktueller Kontakt zur Herkunftsfamilie, Bezüge außerhalb der Drogenszene, Szenekontakte)
- *Juristische Situation*
(Haftstrafen, Verurteilungen, Deliktarten, offene Verfahren, Auflagen)
- *Finanzielle Situation*
(Erwerbseinkommen, Arbeitslosenunterstützung, Sozialhilfe, BAFöG, Rente, sonstige Zuwendungen, kriminelle Quellen, Prostitution, Schulden etc.)
- *Berufliche Situation*
(Schulbildung, Ausbildung, biographische Berufstätigkeit(en), letzte Tätigkeit, derzeitige berufliche Möglichkeiten und Perspektiven)
- *Wohnsituation*
(Obdachlosigkeit, Pensionsunterbringung, gesichertes Mietverhältnis, Untermietverhältnis)
- *Neigungen und Interessen*
(Freizeitgestaltung u.a.. Gibt es Interessen, inwieweit konnten sie in letzter Zeit realisiert werden? Gab es überhaupt schon einmal Ansätze zur Realisierung?)
- *Soziale Fähigkeiten*
(Selbsteinschätzung des Klienten bezogen auf Problembereiche und Ressourcen)

Betreuungsleistungen

Um Bewältigungspotentiale abhängigkeitskranker Menschen zu entwickeln und zu fördern, sind Betreuungsleistungen zu erbringen, die die anstehenden Entwicklungsaufgaben in der Auseinandersetzung mit der Alltagsrealität unterstützen, und die Ressourcenlage der Klienten in den Bereichen Gesundheit, Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte, Interessen, Sinnfindung, Lebensfreude und materieller Absicherung verbessern:

Direkte Betreuungsleistungen

sind u.a. einzelfallbezogene Hilfeleistungen wie

- *Casemanagement*
Die relevanten Hilfen (z.B. medizinische Versorgung, Arbeits-/Sozialverwaltung etc.) sind entsprechend der zeitlich hierarchischen Abfolge des Betreuungsplanes einzusetzen und zu organisieren.
Bei den notwendigen Anträgen und Ämtergängen etc. ist es Aufgabe des Betreuers, den Klienten falls erforderlich zu unterstützen bzw. zu begleiten.
- *Kooperation*
Von wesentlicher Bedeutung für den Betreuungsverlauf ist die aktive und verantwortliche Mitarbeit des Klienten am Betreuungsprozeß.
Die Klienten werden verantwortlich in die Erstellung der Hilfe- und Betreuungsplanung eingebunden.
- *Einzelbetreuung/Beratung*
Für den Klienten steht eine psychosoziale Fachkraft zur Verfügung. Sie ist in der Regel verantwortlich für den Ablauf der Betreuung und die Betreuungsplanung, sowie im Einzelfall auch für psycho-/suchttherapeutische Hilfen, die den eigentlichen Betreuungsleistungen nicht zugerechnet werden.

- **Gruppenarbeit**
Die Gruppenarbeit wird alltagsorientiert und themenzentriert angeboten (z.B. Rückfallbearbeitung und -präventionstraining; Aufbau eines tragfähigen und suchtfreien sozialen Netzwerkes; Umgang mit Einsamkeit; Aufbau von partnerschaftlichen Beziehungen). Ziel der Gruppenarbeit die Entwicklung gemeinsamer Strategien, um Probleme angemessen bewältigen zu können (→ individuelle Möglichkeiten der Stabilisierung und Verhaltensmodifikation).
 - **Themenspezifische Gruppenarbeit**
Hier geht es um Themen wie Umgang mit Streßsituationen, Umgang mit Suchtdruck, Strategien zur Vermeidung von Rückfallsituationen, Kontakt- und Beziehungsverhalten, Umgang mit Einsamkeit. In der themenspezifischen Gruppenarbeit werden gemeinsam Strategien entwickelt, um Probleme angemessen bewältigen zu können (→ individuelle Möglichkeiten der Stabilisierung und Verhaltensmodifikation).
 - **Kommunikations- und Kompetenztraining**
Mit den Klienten werden in der Einzel- und Gruppenarbeit adäquate Möglichkeiten der Kommunikation „eingeübt“, um insbesondere in Streßsituationen, bei Frustrationen und aufkommenden Aggressionen angemessen reagieren zu können.
- **Suchttherapie**
Im Verlauf des Ambulant Betreuten Wohnens sind ggf. spezifische suchttherapeutische Interventionen zur Klärung und Bearbeitung psychischer Störungen bzw. auffälliger und einen positiven Betreuungsverlauf behindernder Verhaltensmerkmale explizit einzusetzen (vgl. auch Schay 2006).
- **Aufsuchende und nachgehende Arbeit**
Ambulant Betreutes Wohnen ist eine aufsuchende Betreuungsform, die in entscheidendem Maße auch Motivationsarbeit leistet, d.h. Ziele und schon erreichte Veränderungen müssen positiv verdeutlicht werden, ebenso wie die Bereitschaft des Klienten immer wieder gefördert werden muß, sich von Rückschritten nicht entmutigen zu lassen, sondern weiter an den individuellen Zielen zu arbeiten. Das schließt die nachgehende Tätigkeit im Sinne schriftlicher und telefonischer Kontaktaufnahme durch den Betreuer und aufsuchende Arbeit mit ein.
- **Krisenintervention**
Grundsätzlich ist es Aufgabe des Betreuers in krisenhaften bzw. vom Klienten als krisenhaft erlebten Situationen zu intervenieren.
- **Unterstützung bei der eigenständigen Haushaltsführung**
Da die Klienten i.d.R. nur wenig Erfahrung haben, einen eigenen Haushalt zu führen, benötigen sie Begleitung und Unterstützung, um eine adäquate Lebensweise zu erlernen und das Ziel, ein Höchstmaß an selbständiger Lebensbewältigung zu erreichen, kontinuierlich verfolgen zu können.
Anleitung/Hilfen zu einer gesunden und den finanziellen Möglichkeiten entsprechenden Ernährung werden vermittelt.
- **Freizeitpädagogik**
Sporttherapeutische Maßnahmen, Erlebnispädagogik und Entspannungstechniken haben in der Betreuung Abhängigkeitskranker eine hohe Bedeutung zur Erreichung der Betreuungsziele.
- **Kontaktangebote**
Zusätzlich zu den festen Terminvereinbarungen bestehen für die Klientel Kontaktmöglichkeiten im Rahmen eines offenen Bereiches.
Die Einrichtung ist aufgrund ihrer Öffnungszeiten für die Klienten an 7 Tagen/Woche erreichbar.
- **Hilfen zur Alltagsstrukturierung**
Mit der Klientel wird eine Tages- oder Wochenplanung erstellt, um eine Gewöhnung an einen regelmäßigen Tagesablauf zu gewährleisten.
Die Kooperation mit den Anbietern qualifizierter Angebote tagesstrukturierender Maßnahmen, zur Arbeitserprobung, betreuter Arbeitsprojekte, von Arbeitsförderungs-/Ausbildungsmaßnahmen, den Bildungs-trägern sowie den Trägern sozialer Trainingsmaßnahmen ist notwendig, um alle Möglichkeiten zur Integration gem. SGB IX zu nutzen.
Anreize und Anregungen zur selbständigen Lebensgestaltung werden vermittelt, um soziale Fähigkeiten unter nicht alltäglichen Bedingungen einzuüben bzw. zu erproben.
 - **Arbeitstherapie**
Die Klientel hat erhebliche Probleme sich in Arbeits- und Beschäftigungsstrukturen zu begeben. Bei Beschäftigungs- oder Arbeitslosigkeit vermitteln wir Praktikumsplätze, um eine geregelte Tagesstruktur zu gewährleisten.
- **Unterstützung bei der beruflichen Integration**
Bei Beschäftigungs- oder Arbeitslosigkeit vermitteln wir Praktikumsplätze, um eine geregelte Tagesstruktur zu gewährleisten.
Durch die Zusammenarbeit mit der örtlichen Agentur für Arbeit, der ARGE, unterschiedlichen Initiativen/ Trägern einer (über-) betrieblichen Sonder-/Berufsausbildungsstätte und ortsansässigen Betrieben ist es möglich, in verschiedensten Berufsfeldern an Umschulungs-

und/oder Qualifizierungsmaßnahmen teilzunehmen oder eine Ausbildung zu absolvieren. Ggf. vermitteln wir zur Berufsfindung und Arbeitserprobung Praktika in unterschiedlichen Arbeitsbereichen.

▪ *Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern*

Die Klientel ist aufgrund fehlender beruflicher Erfahrungen und/oder Qualifikation i.d.R. nicht in Arbeitszusammenhänge zu integrieren. Insbesondere die Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit, Umgang mit Autoritäten gestaltet sich schwierig. Kontakte zu den Arbeitgebern sind notwendig, um Schritte zur beruflichen Integration einzuleiten, ggf. intervenierend einzugreifen und zu verhindern, daß jemand seinen Arbeitsplatz verliert.

• *Begleitung und Unterstützung in juristischen Belangen*

Die Klientel hat oftmals erhebliche juristische Probleme, d.h. anstehende Gerichtsverfahren, Vollstreckungsbescheide etc.. Hier wird intensive Unterstützung vermittelt, um die notwendigen Schritte einzuleiten und Auflagen zu erfüllen.

• *Unterstützung bei der Schuldenregulierung*

Um der Klientel wieder eine Perspektive zu geben, ist es notwendig, gezielte Maßnahmen der Schuldenregulierung einzuleiten; d.h. ein Überblick über alle Forderungen muß erarbeitet werden, um dann schrittweise Lösungen zu entwickeln (z.B. Darlehen über die Marianne-von-Weizäcker Stiftung), wie die Schulden in einem überschaubaren Zeitraum beglichen werden können.

• *Angehörigenarbeit*

Da die Unterstützung durch Angehörige für die Klientel sehr hilfreich ist, werden die Bezugspersonen ggf. in den Betreuungsprozeß mit einbezogen.

Dies ist auch sinnvoll, da sich die Klientel im Laufe des Betreuungsprozesses gravierend verändern kann und es für Angehörige wichtig ist, die Zusammenhänge und Hintergründe zu verstehen.

Alle Angebote werden individuell und im Einzelfall genutzt, es gibt keine obligatorischen Angebote.

Anmerkungen: Als direkte Betreuungsleistung wird die Zeit definiert, in der die betreute Person mit einem Mitarbeiter direkten Kontakt hat. Die direkten Betreuungsleistungen werden im Verhältnis 1:1 abgerechnet. Als direkte Betreuungsleistung werden auch Kooperationskontakte mit Angehörigen/Bezugspersonen/Personen aus dem unmittelbaren sozialen/beruflichen Umfeld der betreuten Person definiert und im Verhältnis 1:1 abgerechnet, wenn die betreute Person anwesend ist. Als direkte Betreuungsleistung ist die Zeit definiert, in der der Klient mit einem Mitarbeiter des Leistungsanbieters „von Angesicht zu Angesicht“ Kontakt hat (vgl. auch § 1 Abs. 4 der Leistungs- und Prüfungsvereinbarung, wonach sich eine Fachleistungsstunde aus 50 Min. direkter Betreuungsleistung und 10 Min. mittelbarer klientenbezogener Tätigkeit zusammensetzt).

Mittelbare Betreuungsleistungen

sind

a) klientenbezogene Tätigkeiten wie

- Casemanagement, um in Kooperation mit den unterschiedlichen Angeboten/Einrichtungen/Anbietern des psychosozialen Hilfesystems klienten- und problembezogen angemessene Hilfemaßnahmen innerhalb und außerhalb des psychosozialen Hilfesystems zu entwickeln.
- Kontakte zu Arbeitgebern, um Schritte zur beruflichen (Re-)Integration einzuleiten, ggf. intervenierend einzugreifen und zu verhindern, daß jemand seinen Arbeitsplatz verliert.
- Mitarbeit in den Hilfeplankonferenzen/am Hilfeplanverfahren; Organisation der Hilfeplanung
- Verwaltungsarbeiten, bspw.
 - Tätigkeiten im Vorfeld einer Betreuung und im Rahmen der Nachbetreuung
 - Einzelfalldokumentation/Dokumentation des Betreuungsprozesses
 - Telefonate, allg. Schriftverkehr, Stellungnahmen, Verlängerungsantrag, Abschlußbericht
- Ausfallzeiten (d.h. von der betreuten Person nicht wahrgenommene Termine)
- Nachbetreuung
- klientenübergreifende Tätigkeiten wie
 - Planung und Vorbereitung von Einzel- und Gruppengesprächen/-angeboten
 - Fallbesprechung/kollegiale Beratung, Teambesprechungen
 - Facharbeitskreise
 - Supervision, Fortbildung

b) Fahrt- und Wegezeiten

Anmerkungen: Als mittelbare Betreuungsleistung wird die Zeit definiert, in der der Mitarbeiter Tätigkeiten wahrnimmt, a) die unmittelbar auf die betreute Person bezogen sind oder b) klientenübergreifend erbracht

werden, ohne dabei direkten Kontakt mit dem Klienten zu haben.

Als mittelbare Betreuungsleistung sind klientenbezogene Kontakte definiert, bei denen der Klient nicht anwesend ist (vgl. auch § 1 Abs. 4a LPV, wonach pro bewilligter Fachleistungsstunde bis zu 10 Minuten direkter Betreuungsleistungen durch mittelbare, klientenbezogene Leistungen ersetzt werden können.

Indirekte Betreuungsleistungen

sind alle zur Organisation des Dienstes und des Arbeits-/Betreuungsablaufes sowie zur Qualitätssicherung notwendigen Tätigkeiten wie

- Organisationsleistungen, bspw.
 - Geschäftsführung/Leitung des Dienstes
 - Weiterentwicklung der Konzeption
 - Überwachung der Umsetzung der Konzeption
 - Verhandlungen und Vereinbarungen mit den zuständigen Leistungsträgern
 - Personalplanung, Personalführung, Personalentwicklung
 - Abschluß von Arbeitsverträgen
 - Dienst- und Fachaufsicht über das Personal
 - Finanzbuchhaltung, Personalabrechnung und -buchhaltung
 - Erstellung einer BWA und Bilanz
 - Aufstellung von Stellenplänen, Finanz-, Wirtschafts- und Investitionsplänen
 - Erstellung der Kostenabrechnungen und Verwendungsnachweise
 - Einkauf, Beschaffungen
- Kooperation im gemeindepsychiatrischen Verbundsystem, einschl. Verknüpfung und Koordination der Hilfen in den regionalen Versorgungsstrukturen
- Aufnahmeverfahren, bspw.
 - Bearbeitung von Bewerbungen, Info-Gespräche
- Qualitätssicherung bezogen auf die Klienten, die Mitarbeiter und das Konzept
- Öffentlichkeitsarbeit, Außenvertretung bei Leistungsträgern und in Fachgremien

Anmerkungen: Als indirekte Betreuungsleistungen wird die Zeit definiert, in der Organisationsarbeiten des Leistungsanbieters, Maßnahmen der Qualitätssicherung u.ä. durchgeführt werden.

Die indirekten Betreuungsleistungen sind in die Kalkulation des Fachleistungsstundensatzes eingeflossen und werden insoweit vergütet (vgl. auch § 1 Abs. 4a LPV).

Qualitätssicherung

Bei der Qualitätssicherung stehen die Klienten und deren optimale Versorgung im Mittelpunkt. Sie ist ein Weg zur Steigerung der Effizienz der Angebote und wird als ständiger Reflexions- und Optimierungsprozeß einer lernenden Institution verstanden.

Durch folgende Maßnahmen wird die Qualität der Arbeit kontinuierlich überprüft und weiterentwickelt:

- Multiprofessionalität des Teams
- Dokumentation der Arbeit in einem Jahresbericht, der inhaltlich geeignet ist, die Qualitätsmerkmale des in dieser Leistungsbeschreibung beschriebenen Angebotes zu belegen und Auskunft über Art und Umfang sowie qualitative Aspekte der Arbeit zu geben.
- Qualitätsmanagement mit der Zielsetzung die Arbeit ständig zu verbessern, zu erneuern und zu professionalisieren; unter Berücksichtigung der Kriterien: Führung, Politik und Strategie, Mitarbeiterorientierung, Ressourcen, Prozesse, Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Gesellschaftliche Verantwortung/Image und Ergebnisse.

Statistik Betreutes Wohnen 2010

Geschlecht			Berufliche Situation		
	abs.	%		abs.	%
weiblich	07	14	in Arbeit	15	32
männlich	40	86	in Ausbildung	06	15
Alter			Umschulung/Qualifizierung	01	02
(Jahre)	DW	34,8	berufliche Rehabilitation	0	
Schulabschluss			Tätigkeit mit Mehraufwandschädigung	03	07
ohne	06	13	arbeitslos	16	34
Sonderschule	04	04	Schule	02	04
Hauptschule	17	36	Studium	01	02
Realschule	17	36	Hausfrau/-mann	01	02
Fach-/Abitur	03	06	berentet	0	
Berufsausbildung			sonstige	02	04
ohne	26	55	Berufliche Integration durch BeWo		
angefangen und nicht abgeschlossen	0		ja	32	68
abgeschlossen	21	45	nein	15	32
Berufsgruppe			Einkommen		
handwerklicher Bereich	10	48	Erwerbseinkommen	15	32
kaufmännischer Bereich	07	34	ALG I	0	
Akademiker	02	09	ALG II	21	45
sonstige	02	09	Unterhalt	0	
Aufnahmestatus			Rente	0	
Übernahme aus 2009	34	73	Vermögen	0	
Neuaufnahme in 2010	13	27	sonstiges	11	23
Betreuungsdauer			Schulden		
(Monate)	DW	33	bis 5.000 Euro	0	
Entlassungen in 2010			5.001 - 10.000 Euro	19	73
ja	20	43	1.001 - 25.000 Euro	5	19
nein	27	57	≥ 25.000 Euro	2	08
Entlaßstatus			Schuldenregulierung		
reguläre Beendigung des BeWo	11	55	ja	26	55
vorzeitig durch Klient	04	20	nein	21	45
vorzeitig durch Einrichtung	05	25	Soziales Netzwerk (Kontakte zu ...)		
Entlassungsgründe			Lebenspartner	08	06
weitgehende Verselbständigung	09	45	Familie	37	26
Vermittlung in andere Betreuungsform	01	05	Nichtkonsumenten	43	30
längerfristige (Wieder-)Erkrankung	03	15	Konsumenten	07	05
Umzug	01	05	professionellen Helfern	47	33
fehlende Betreuungsmotivation	05	25	Konsumverhalten		
sonstige	01	05	abstinent	34	50
Dauer der Suchterkrankung			Alkohol	10	14
(Jahre)	DW	16,55	Cannabinoide	09	13
			synthetische Drogen	03	05
			Kokain	0	
			Opioide	05	07
			Substitution	04	06
			Eßstörung	01	02
			andere Substanzen	02	03
Anmerkungen			Freizeitverhalten		
DW = Durchschnittswert			selbstorganisierte Aktivitäten	26	44
Bei „Einkommen“, „Soziales Netzwerk“, „Konsumverhalten“ u. „Freizeitverhalten“ sind Mehrfachnennungen möglich; die Summe kann also ≥ 100% sein.			Aktivitäten der Einrichtung	17	29
			keine	16	27

Prävention

(Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung im Verbund von Kadesch GmbH und JKD e.V.)

Prävention zielt auf die generelle Vermeidung auslösender oder vorhandenen Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen.

1964 hat *Caplan* die Unterteilung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention entwickelt:

- Primärprävention Reduktion der Inzidenz einer Erkrankung
- Sekundärprävention frühzeitige Erkennung einer Erkrankung
Reduktion der Prävalenz durch Frühintervention/-behandlung bereits diagnostizierbarer Erkrankung
- Tertiärprävention Reduktion der Behinderung durch definierte Erkrankungen
(Rückfällen vorbeugen, Rehabilitation)

(vgl. Klassische Definition der Prävention körperlicher Erkrankungen durch die *Commission of Chronic Illness* in den USA, 1957; *Caplan*, 1964)

Prävention war also inhaltlich ausgerichtet

- als Impuls für Maßnahmen, die vor dem Ausbruch einer Krankheit zur Anwendung kommen,
- wobei die Maßnahmen häufig reaktiv und nicht präventiv waren.

Durch die Überschneidung mit Maßnahmen der Behandlung entstand dabei jedoch vielfach die Annahme: alles ist Prävention.

1994 haben dann *Mrazek*, *Haggerty* Empfehlungen für die Prävention psychischer Erkrankungen erarbeitet und die Unterteilung in universelle, selektive und indizierte Prävention von psychischen Störungen (IOM) entwickelt:

- Ziel ist eine Reduktion des Auftretens neuer Fälle
- Zielgruppe und ihr Risikolevel sind das zentrale Klassifikationsmerkmal (Gruppe mit erhöhtem Risikopotential, Individuum mit hohem Risiko für Krankheit)

Erweitert werden muß dieses Präventionsverständnis um die „Rückfallprophylaxe“.

Seit 2009 besteht für das Spektrum der Prävention als Oberbegriff „Psychische Gesundheitsförderung“ (vgl. hierzu auch: 13. Kinder- und Jugendbericht der Bundesregierung, 2009):

	Zielgruppe	Ziele
psychische Gesundheitsförderung	Normalbevölkerung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben ▪ soziale Integration ▪ Krisenbewältigung
universelle Prävention (= Primärprävention)	unausgelesene Normalbevölkerung (i.S. des SGB IX = Recht auf Teilhabe)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung psychischer Gesundheit ▪ Reduktion psychischer Störungen ▪ verhindern von neuen Fällen psychischer Störungen
selektive Prävention (= Sekundärprävention)	Risikopersonen/-gruppen: Individuen oder Gruppen, deren unmittelbares oder späteres Risiko überdurchschnittlich ist	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung von Lebenskompetenz ▪ Förderung der Fähigkeit zur Selbstreflexion ▪ intensive Betreuung ▪ verhindern von neuen Fällen psychischer Störungen ▪ Rückfallprophylaxe
indizierte Prävention (= Tertiärprävention)	Risikopersonen: Individuen mit hohem Risiko, mit minimalen, aber erkennbaren Symptomen, aber keine Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung von Problembewußtsein ▪ Motivation zur Verhaltensänderung ▪ intensive Betreuung ▪ verhindern von neuen Fällen psychischer Störungen ▪ Rückfallprophylaxe

(vgl. Klassifikation der *National Academy of Science*, 2009)

Ausgangspunkt dieses Präventionsverständnisses ist die Definition von Gesundheit der WHO: „Gesundheitsförderung ist ein Prozeß, der Menschen dazu in die Lage versetzen soll, mehr Einfluß auf ihren Gesundheitszustand zu entwickeln und ihre Gesundheit aktiv zu verbessern. Ziel ist die Erreichung eines Zustandes vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“, der

dadurch erreicht werden soll, daß Individuen und Gruppen unterstützt werden, eigene Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren, Bedürfnisse zu befriedigen, sowie die Umgebung zu verändern oder sich an diese anzupassen. Gesundheit ist ein positives Konzept, das sowohl soziale und individuelle Ressourcen als auch körperliche Fähigkeiten betont (Definition der „Gesundheitsförderung“ im Sinne der „Ottawa Charta“ der WHO, 1986).

Diese Grundgedanken setzen wir in unserer Präventionsarbeit um:



KADESCH **JKD**
GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG DER JUGEND- UND SUCHTKRANKEN-HILFE JUGEND-, KONFLIKT- UND DROGENBERATUNG E.V.

PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG

ALLGEMEINE ZIELSETZUNG DER PRÄVENTIONSARBEIT
 Förderung von personaler, psychischer und sozialer Kompetenzen, Einwirkung auf soziostrukturelle Bedingungen, Vermittlung von Sachinformationen, drogen- und suchtbbezogener Aufklärung

Primärprävention	<p>KINDER UND JUGENDLICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Einstiegsverhinderung in Konsum- und Suchtverhalten - Erweiterung sozialer und persönlicher Handlungskompetenzen - Förderung eines verantwortlichen Umgangs mit stoffgebundenen und -ungebundenen Suchtmitteln - Gesundheitsfürsorge <p>MULTIPLIKATOREN (aus Kindergärten, Schulen, Betrieben und Freizeiteinrichtungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheitsförderung - Schulung zu pädagogischen zielorientierten Programmen - Informationsvermittlung
Sekundärprävention	<p>MENSCHEN MIT KONSUMERFAHRUNG (mit riskanten missbräuchlichen Konsummustern)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schadensbegrenzung (harm reduction) - Kompetenzförderung - Gesundheitsfürsorge <p>MULTIPLIKATOREN (aus Schulen, KJHG-Einrichtungen, Freizeiteinrichtungen, Bildungsstätten)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vermittlung von Informationen zu Schmitteln und -konsumformen - Vermittlung von Kompetenzen und Strategien im Umgang mit Konsumenten (stoffgebunden und -ungebunden) - Vermittlung in Einrichtungen des Hilfesystems - Schulung zu pädagogischen und zielorientierten Programmen
Tertiärprävention	<p>KONSUMENTEN (die Wege aus der Sucht suchen)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abstinenzbefähigung und Stabilisierung, Rückfallprävention - Übernahme von Eigenverantwortung - Stabilisierung und Organisation der allgemeinen Lebenssituation - Gesundheitsförderung <p>MULTIPLIKATOREN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationsvermittlung zum Ausstieg aus der Sucht - Vermittlung in Einrichtungen des Hilfesystems

KOOPERATIONSPARTNER
 AIDS-Hilfe Herne e.V. | St. Marien Hospital Eickel | ARGE | Agentur für Arbeit | Sozialamt | Institutionen zum Erwerb von Schulabschlüssen | Jugendamt | Einrichtungen der Jugendhilfe | Gesundheitsamt | Substituierende Ärzte | Träger von Maßnahmen der beruflichen (Re-) Integration | Selbsthilfegruppen | JVAen | Justizbehörden | Bewährungshilfe | Jugendgerichtshilfe | Leistungsträger der sozialen und medizinischen Rehabilitation | u.v.m.

Schaubild: Prävention und Gesundheitsförderung der Fachstelle der JKD e.V. und Kadesch GmbH

Leistungsbeschreibung der Angebote

Art der Leistung

Suchthilfe umfaßt Maßnahmen der Prävention, Beratung, Selbsthilfe, Psychosozialer Betreuung, Vermittlung in Behandlung/Rehabilitation und Wiedereingliederung. Die einzelnen Leistungssegmente sind sehr komplex, umfangreich und - soweit notwendig - sehr spezialisiert ausgebaut.

Die Maßnahmen sind fachlich so ausgerichtet, daß einer (übermäßigen) Segmentierung in Einzelleistungen entgegengewirkt und ein ganzheitlicher Ansatz mit einem hohen Grad an personaler und konzeptioneller Kontinuität angestrebt wird (vgl. auch Landesprogramm gegen die Sucht 1998).

Die Aufgabenstellung und Zielsetzung orientiert sich an einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur, d.h. ihre gesamte Leistungspalette basiert auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen.

Umfang der Leistung

Der Umfang der Leistungen im Bereich **Prävention** ist entsprechend den Anforderungen der Institutionen/Einrichtungen und Hilfesuchenden zu gestalten, die Leistungen der Prävention in Anspruch nehmen.

Maßnahmen der **Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention** sind nicht trennscharf zu erfassen. (Altersbedingt) sind Einstieg in den Konsum und Konsummuster unterschiedlich und es gibt keine meßbaren Quantifizierbarkeiten. Mit den Maßnahmen werden sowohl potentiell als auch bereits konsumierende Menschen erreicht.

Der **Primärprävention** sind i.d.R. Maßnahmen im Elementarbereich und der Unterstufe der weiterführenden Schule zuzuordnen. Hier werden im Jahr durchschnittlich 15 Maßnahmen durchgeführt.

Der **Sekundärprävention** sind i.d.R. Maßnahmen im schulischen Bereich (überwiegend Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen), im Rahmen der Jugendhilfe und in der Erwachsenenbildung zuzuordnen. Hier werden im Jahr durchschnittlich 40 Maßnahmen durchgeführt.

Des Weiteren werden hier Jugendliche mit riskantem oder mißbräuchlichem Konsummuster beraten und betreut, die z.T. auch straf- und betäubungsmittelrechtlich erstauffällig geworden sind; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind.

Tertiärprävention ist die Beratung/Betreuung von Menschen, die aus der Sucht aussteigen wollen; i.d.R. 150-175 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind. Dies umfaßt alle Bereiche der Suchthilfe (vgl. auch § 1 Abs. 2 dieser Vereinbarung).

Im Bereich der **Öffentlichkeitsarbeit** finden durchschnittlich 150 Veranstaltungen im Jahr statt, die in Eigenregie oder unter Beteiligung anderer durchgeführt werden, bzw. an denen die Fachstelle beteiligt ist.

Leistungen der Fachstelle

Prävention ist ein gemeindeintegriertes Hilfeangebot, das der Förderung personaler psychischer und sozialer Ressourcen (z.B. positive Selbstregulation, Konfliktfähigkeit, Genußfähigkeit, Selbständigkeit, Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit) dient. Soziostrukturelle Bedingungen (z.B. Erziehungskultur, schulische und außerschulische Lernbedingungen, Ausbildungs- und Berufschancen, Stadtteilkultur, Wohnbedingungen, Freizeitangebote), die suchtfördernd oder umgekehrt suchtvermeidend wirken können, werden aufgedeckt und Sachinformation im Sinne von drogen- und suchbezogener Aufklärung vermittelt.

Ziele der Leistungen

- (1) **Prävention** zielt auf die Befähigung von Kindern, Jugendlichen, Eltern und pädagogischen Fachkräften, Entwicklungsbelastungen konstruktiv zu bewältigen. Suchtprävention soll frühzeitig beginnen, langfristig angesetzt sein und umfassend durchgeführt werden. Setzt die Präventionsarbeit möglichst früh an und ist langfristig angelegt (d.h. Arbeit im

Kindergarten), wird bewirkt, daß Schutzfaktoren zunächst einmal aufgebaut und gefördert werden, entsprechend stabiler wirken können und der Konsum von Suchtmitteln im beginnenden Jugendalter aufgeschoben oder vermieden werden kann. Gesundheitsbewußte und gemäßigte Konsummuster können auf diese Weise erworben werden.

Als integrierter Bestandteil der Gesundheitsförderung will Prävention auch kontext- und lebenslagenorientiert handeln und nicht mehr ausschließlich auf Risikofaktoren und mögliche Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen zielen, sondern sich auf deren Ressourcen konzentrieren.

Suchtprävention umfaßt alle systematischen und zielgerichteten Aktivitäten und erfordert eine Vorgehensweise, die sowohl die Persönlichkeit des einzelnen, dessen Lebensbedingungen und den spezifischen Umgang mit Suchtmitteln einbezieht.

(2) **Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention und der Öffentlichkeitsarbeit**

Primärprävention

Primäre Prävention richtet sich vor allem an Kinder und Jugendliche jüngerer Altersgruppen und verfolgt das Ziel, den Einstieg in den Konsum legaler und illegaler Drogen und die Entwicklung stoffgebundener oder stoffungebundener Verhaltensweisen zu verhindern. Primärpräventive Maßnahmen zielen auf die Erweiterung der sozialen und personalen Handlungskompetenzen.

Primärprävention in den Bereichen Schule, Kindergarten, -heime, Betriebe

Informationsvermittlung

- zur Suchtentstehung, Funktion von Suchtmitteln, Konsumformen, Stoffkunde
- zu stoffungebundenen Süchte
- zu HIV-Prävention
- zu allgemeiner Gesundheitsprävention

Seminare und Kurse

- zur Entwicklung von Präventionsstrategien
- zur Suchtentstehung, Funktion von Suchtmitteln
- zur Streßbewältigung
- zu Anti-Raucher-Kursen
- zu gesunder Ernährung

als

- Einzelveranstaltung
- Projektangebot
- Fortbildung, Schulung und Beratung von Multiplikatoren
- Präventionsberatung von Organisationen, Institutionen, Betrieben, ...

Sekundärprävention

Sekundärprävention ist Arbeit mit Menschen, die legale und oder illegale Suchtmittel bereits konsumieren oder riskante/mißbräuchliche Konsummuster haben. Entsprechend zielen sekundärpräventive Maßnahmen auf Schadensbegrenzung und Risikominimierung (harm reduction, safer use) und versuchen die Ausweitung und Verfestigung des Konsums zu verhindern.

Tertiärprävention

Tertiärprävention ist Beratung von Menschen, die Wege aus der Sucht suchen. Sie umfaßt die Bereiche Entzug, Substitution, Entwöhnung, Adaption und Nachsorge. Ziel ist die Erarbeitung und Sicherung der Abstinenz, Verantwortungsübernahme und Befähigung zur Selbstorganisation ihrer Lebenssituation.

Die verschiedenen Bausteine der Prävention müssen sinnvoll vernetzt werden, um Suchtvorbeugung und Gesundheitsförderung als eine wichtige Aufgabe im Bewußtsein der Bevölkerung zu verankern und damit langfristig eine Reduzierung des Suchtverhaltens zu erreichen.

Öffentlichkeitsarbeit

- **Vorbereitung und Durchführung von Aktionstagen und Projekten**
 - Gesundheitswochen im jährlichen Rhythmus (Schwerpunkt: allgemeine Gesundheitsförderung)
 - Gesundheitskonferenzen (Schwerpunkt: allgemeine Gesundheitsförderung)
 - Aktionswochen zur Suchtvorbeugung in mehrjährigem Rhythmus (Schwerpunkt: Suchtprävention)
 - Aktionstage (Schwerpunkt: allgemeine Gesundheitsförderung)
- **regelmäßige Informations- und Diskussionsveranstaltungen**
 - in Schulen, Jugendfreizeiteinrichtungen, Betrieben etc.
 - für Eltern in Zusammenarbeit mit Schulen und Verbänden

(3) Institutionelle Arbeit/Leitung/Verwaltung

Die Arbeit der ambulanten und stationären Drogenhilfe erfordert in hohem Maße eine enge institutionelle Kooperation.

Mit einer qualifizierten Öffentlichkeitsarbeit werden Betroffene, soziale Dienste und Medien erreicht.

Auch die Mitwirkung bei der politischen Meinungsbildung in der Öffentlichkeit und bei Entscheidungsträgern auf städtischer, Landes- und Verbändeebene gehört zum Aufgabenbereich der Fachstelle.

Ziele und Aufgaben

- effiziente Versorgung der Betroffenen durch aktuelle Information über das Versorgungssystem
- Weiterentwicklung hoher Fachlichkeit und effektiver Vernetzung
- konzeptionelle Weiterentwicklung der Angebote
- Interessenvertretung
- Vermittlung qualitativ hochwertiger Informationen an Klientel, Fachöffentlichkeit und allgemeine Öffentlichkeit

Im Bereich Leitung und Verwaltung sind komplexe und umfangreiche *Aufgaben* wahrzunehmen:

- **Verwaltung/Organisation**
 - Umsetzung aller Einrichtungsangelegenheiten
 - Umsetzung der Vorgaben der Leistungsträger
 - Personalwesen
 - Auswahl, Einstellung und Entlassung sach- und fachkompetenter Mitarbeiter, Praktikanten und Hospitanten
 - Dienstaufsicht und Dienstplanung für sämtliche Tarifangestellten und sonstige Mitarbeiter, insbesondere: den sachgerechten, fachbezogenen und aufgabengerechten Einsatz
 - Fort- und Weiterbildung/interne und externe Supervision der Mitarbeiter
 - Erstellung von Stellenplänen und deren adäquate Umsetzung
 - Koordination aller Arbeitsbereiche
 - Verantwortlichkeit für die allgemeine Aktenführung unter Wahrung der Schweigepflicht und des Datenschutzes
 - Finanz- und Rechnungswesen: Wirtschaftsplanung und -führung, Haushaltsüberwachung, Verhandlung mit Leistungsträgern, Jahresabschlüsse, Verwendungsnachweisung
 - Sparsame und wirtschaftliche Betriebsführung
 - Verantwortlichkeit für die Instandhaltung der Einrichtung
- **Konzeptarbeit**
 - Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung eines an den Anforderungen der Leistungsträger orientierten Konzeptes (Qualitätsmanagement)
 - strukturelle Anpassung an den Versorgungsbedarf und das Klientenprofil
 - Koordination der verschiedenen Beratungs- und Betreuungsbereiche, Fallbesprechungen
 - Beratungs- und Betreuungsplanung, -dokumentation und -evaluation
 - Entwicklung psychosozialer Maßnahmen in einem multiprofessionellen Team, die geeignet sind, eine kontinuierliche Fortführung sozialarbeiterischer, pädagogisch-therapeutischer Prozesse und Beratungs- und Betreuungsformen verantwortlich zu gewährleisten
 - Koordination im Therapieverbund der Suchtkrankenhilfe
- **Gremienarbeit**
 - Mitarbeit in Arbeitskreisen der Leistungsträger
 - Mitarbeit in regionalen und überregionalen Arbeitskreisen
 - Teilnahme an sowie Organisation und Durchführung von Fachtagungen, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen usw.

- institutionsübergreifende Zusammenarbeit/Öffentlichkeitsarbeit
 - Zusammenarbeit mit Gesundheits-, Jugend-, Sozial-, Arbeits- und Schulämtern, regionalen und überregionalen (Fach-)Krankenhäusern, Polizei- und Justizbehörden, stationären Einrichtungen der medizinischen und sozialen Rehabilitation, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen u.v.m.
 - Öffentlichkeitsarbeit, PR-Arbeit

Statistische Aussagen 2010

- Fachstelle für Prävention, Gesundheitsförderung, Informations- und Öffentlichkeitsarbeit -

Primärprävention sind i.d.R. Maßnahmen im Elementarbereich und der Unterstufe der weiterführenden Schule zuzuordnen. Hier werden im Jahr durchschnittlich 35 Maßnahmen durchgeführt.

MAßNAHMEN	ANZAHL
Primärprävention	
• Elementarbereich	18
• Unterstufe der weiterführenden Schulen	11
GESAMT	29

Sekundärprävention sind i.d.R. Maßnahmen im schulischen Bereich (überwiegend Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen), im Rahmen der Jugendhilfe und in der Erwachsenenbildung zuzuordnen. Hier werden im Jahr durchschnittlich 25 Maßnahmen durchgeführt.

MAßNAHMEN	ANZAHL
Sekundärprävention	
• Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen	5
• Maßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe	8
• Maßnahmen im Rahmen der Erwachsenenbildung	
▪ Elternabende	4
▪ Mitarbeiterschulungen	8
▪ Betriebe/betriebliche Ausbildung/Verwaltung	7
▪ medizinische Einrichtungen	3
▪ sonstige Einrichtungen (Vereine, Kirchen, Verbände, Parteien, Gewerkschaften u.ä.)	13
GESAMT	48

Des Weiteren werden hier Jugendliche mit riskantem oder mißbräuchlichem Konsummuster beraten und betreut, die z.T. auch straf- und betäubungsmittelrechtlich erstauffällig geworden sind; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind.

KLIENTEN	2010
• <u>telefonische</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	246
• <u>persönliche</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	173
GESAMT	419

Tertiärprävention ist die Beratung/Betreuung von Menschen, die aus der Sucht aussteigen wollen; i.d.R. 100-150 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind. Dies umfaßt alle Bereiche der Suchthilfe.

KLIENTEN	2010
Tertiärprävention	
• <u>telefonische</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	285
• <u>persönliche</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	196
GESAMT	481

Im Bereich der **Öffentlichkeitsarbeit** finden durchschnittlich 150 Maßnahmen im Jahr statt, die in Eigenregie oder unter Beteiligung anderer durchgeführt werden, bzw. an denen die Fachstelle beteiligt ist.

MAßNAHMEN	ANZAHL
Öffentlichkeitsarbeit <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="217 439 1018 539">• Mitwirkung in örtlichen Arbeitskreisen / Gremienarbeit (Psychosoziales Plenum, Arbeitskreise der PSAG, Stadtjugendring, AG Frauen & Gesundheit, AG Suchtvorbeugung/Gesundheitsförderung, Qualitätszirkel der substituierenden Ärzte, ...) <li data-bbox="217 566 1098 645">• Mitwirkung in regionalen / überregionalen (Fach-) Arbeitskreisen (AG Prophylaxe, AG für Suchtfragen, AG Therapie, AG Dropo, Fachverband Sucht (FVS), Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR), akzept, ...) <li data-bbox="217 672 472 701">• Medieninformationen <li data-bbox="217 728 647 757">• Allgemeine Vorträge/Veranstaltungen 	<p style="text-align: center;">48</p> <p style="text-align: center;">45</p> <p style="text-align: center;">52</p> <p style="text-align: center;">29</p>
GESAMT	174

Institutionelle Arbeit/Leitung/Verwaltung

Die Arbeit der ambulanten und stationären Drogenhilfe erfordert in hohem Maße eine enge institutionelle Kooperation.

Mit einer qualifizierten Öffentlichkeitsarbeit werden Betroffene, soziale Dienste und Medien erreicht.

Auch die Mitwirkung bei der politischen Meinungsbildung in der Öffentlichkeit und bei Entscheidungsträgern auf städtischer, Landes- und Verbändeebene gehört zum Aufgabenbereich von Kadesch GmbH.

Ziele und Aufgaben

- effiziente Versorgung der Betroffenen durch aktuelle Information über das Versorgungssystem
- Weiterentwicklung hoher Fachlichkeit und effektiver Vernetzung
- konzeptionelle Weiterentwicklung der Angebote
- Interessenvertretung
- Vermittlung qualitativ hochwertiger Informationen an Klientel, Fachöffentlichkeit und allgemeine Öffentlichkeit

Im Bereich *Leitung und Verwaltung* sind komplexe und umfangreiche *Aufgaben* wahrzunehmen:

- **Verwaltung/Organisation**
 - Umsetzung aller Einrichtungsangelegenheiten
 - Umsetzung der Vorgaben der Leistungsträger
 - Personalwesen
 - Auswahl, Einstellung und Entlassung sach- und fachkompetenter Mitarbeiter, Praktikanten und Hospitanten
 - Dienstaufsicht und Dienstplanung für sämtliche Tarifangestellten und sonstige Mitarbeiter, insbesondere: den sachgerechten, fachbezogenen und aufgabengerechten Einsatz
 - Fort- und Weiterbildung/interne und externe Supervision der Mitarbeiter
 - Erstellung von Stellenplänen und deren adäquate Umsetzung
 - Koordination aller Arbeitsbereiche
 - Verantwortlichkeit für die allgemeine Aktenführung unter Wahrung der Schweigepflicht und des Datenschutzes
 - Finanz- und Rechnungswesen: Wirtschaftsplanung und -führung, Haushaltsüberwachung, Verhandlung mit Leistungsträgern, Jahresabschlüsse, Verwendungsnachweisung
 - Sparsame und wirtschaftliche Betriebsführung
 - Verantwortlichkeit für die Instandhaltung der Einrichtung
- **Konzeptarbeit**
 - Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung eines an den Anforderungen der Leistungsträger orientierten Konzeptes (Qualitätsmanagement)
 - strukturelle Anpassung an den Versorgungsbedarf und das Klientenprofil
 - Koordination der verschiedenen Beratungs- und Betreuungsbereiche, Fallbesprechungen
 - Beratungs- und Betreuungsplanung, -dokumentation und -evaluation
 - Entwicklung psychosozialer Maßnahmen in einem multiprofessionellen Team, die geeignet sind, eine kontinuierliche Fortführung sozialarbeiterischer, pädagogisch-therapeutischer Prozesse und Beratungs- und Betreuungsformen verantwortlich zu gewährleisten
 - Koordination im Therapieverbund der Suchtkrankenhilfe
- **Gremienarbeit**
 - Mitarbeit in Arbeitskreisen der Leistungsträger
 - Mitarbeit in regionalen und überregionalen Arbeitskreisen
 - Teilnahme an sowie Organisation und Durchführung von Fachtagungen, Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen usw.
- **institutionsübergreifende Zusammenarbeit/Öffentlichkeitsarbeit**
 - Zusammenarbeit mit Gesundheits-, Jugend-, Sozial-, Arbeits- und Schulämtern, regionalen und überregionalen (Fach-)Krankenhäusern, Polizei- und Justizbehörden, stationären Einrichtungen der medizinischen und sozialen Rehabilitation, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen u.v.m.
 - Öffentlichkeitsarbeit, PR-Arbeit

Qualitätskontrolle

Kadesch GmbH dokumentiert ihre Arbeit in einem Jahresbericht, der inhaltlich geeignet ist, die Gewährleistung der in dieser Leistungsbeschreibung definierten Strukturmerkmale des vorgehaltenen Angebotes zu belegen.

Unter Berücksichtigung des Datenschutzes soll der Jahresbericht unter Verwendung anonymisierter kundenbezogener Daten Auskunft über Art und Umfang sowie qualitative Aspekte der Arbeit geben.

Die Mitarbeiter

Peter Schay

Master of Science Integrative Psychotherapie, Dipl. Sozialarbeiter, Dipl. Supervisor (Amsterdam), Approbation als KuJ-Psychotherapeut, Psychotherapeut (HPG), Ausbildung in Integrativer Psychotherapie am Fritz Perls Institut (FPI), Lehrtherapeut und Kontrollanalytiker am FPI, Fachberater für Psychotraumatologie (DIPT e.V. Köln)

Annegret Knepper-Lieder

Prokuristin

Ines Haak

Dipl. Psychologin, in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin

Dr. Christian Fell

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Wolfgang Rohde

Dipl. Sozialarbeiter, Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe am FPI

Silke Esser

Erzieherin, in Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie am FPI

Karim Satian

Erzieher, Ausbildung in Gestaltberatung am FPI

Stefanie Tucholski

Erzieherin, in Ausbildung in Gestaltberatung am FPI

Frank Köhler

Dipl. Sozialarbeiter, in Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe am FPI

Sonja Müller

Altenpflegerin, in Ausbildung zur Erzieherin, Ausbildung in Gestaltberatung am FPI

Anja Reichelt

Pädagogische Mitarbeiterin, Ausbildung in Gestaltberatung am FPI

Silke Aschenbrenner

in Ausbildung zur Erzieherin, in Ausbildung in Integrativer Suchtberatung am FPI

Ingrid Bachert

Hauswirtschafterin

Beate Wentzek

Verwaltungsangestellte

Barbara Becker

Verwaltungsangestellte

Petra Schlonski

Haustechnischer Dienst

ES FING SO GUT AN



UND JETZT ...

Ruf doch mal an oder komm einfach vorbei.

Kadesch GmbH

Herausgeber:



Ansprechpartner: Peter Schay

**Hauptstraße 94, 44651 Herne (Wanne-Eickel)
☎ 02325 / 3892 - Fax 02325 / 33197
e-mail: jkd-kadesch@t-online.de
internet: www.therapieverbund-herne.de**

im März 2011