

**KADESCH**

GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG  
DER JUGEND-  
UND SUCHTKRANKEN-HILFE

**Hauptstraße 94**

**44651 Herne**

**☎ 02325/3892 - Fax: 02325/932523**

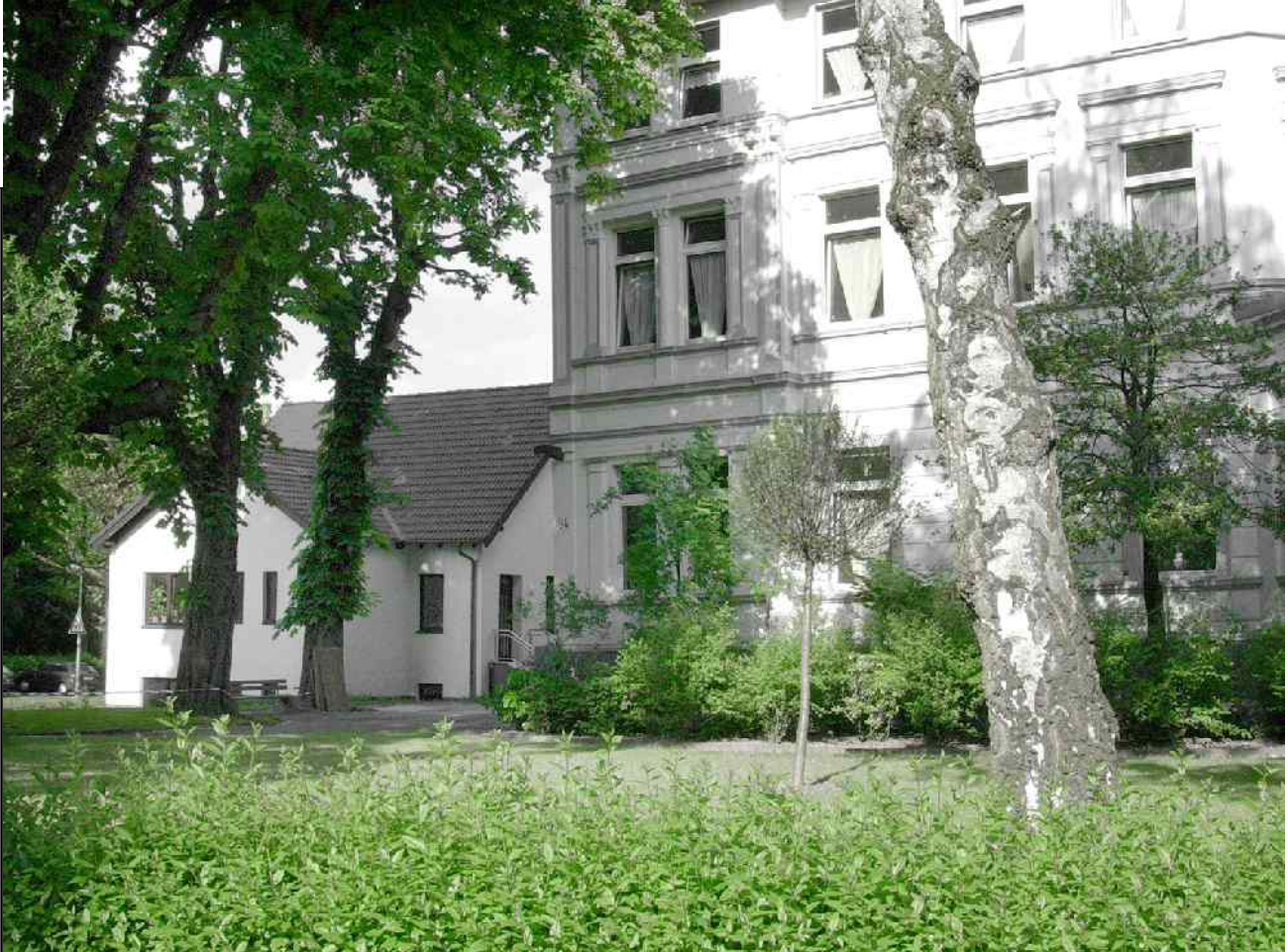
**email: [jkd-kadesch@t-online.de](mailto:jkd-kadesch@t-online.de)**

**internet: [www.therapieverbund-herne.de](http://www.therapieverbund-herne.de)**

# **Jahresbericht 2011**

**Vorsitzender des Beirates: Frank Sichau**

**Geschäftsführer: MSc Peter Schay**



## **Inhalt**

**Drogenhilfesystem Herne**

**Adaption 2011**

**Berufliche (Re-)Integration**

**Soziale Integration und berufliche (Re-)Integration suchtmittelkonsumierender/-abhängiger Menschen in Kooperation von Jobcenter Herne und Kadesch GmbH**

**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.)**

**Gesundheitsprävention: Impfaktionen als Standardangebot für unsere Klientel**

**Institutionelle Arbeit/Leitung/Verwaltung**

**Qualitätskontrolle**

**Die Mitarbeiter**

## Drogenhilfesystem Herne

Für die in den Einrichtungen zu betreuenden/behandelnden Klienten/Patienten schafft Kadesch GmbH die passenden Rahmenbedingungen für eine soziale und medizinische Rehabilitation, die sie befähigt, eine Verbesserung ihrer Lebensqualität, Steigerung ihrer Selbstwirksamkeitserwartungen und eine positive Arbeits- und Lebensperspektive zu erreichen.

Der allgegenwärtige und intensive Austausch der Klienten/Patienten und Mitarbeiter in unseren Einrichtungen ist die Voraussetzung für eine leistungsstarke, innovative und erkenntnisorientierte soziale und medizinische Rehabilitation mit anwendungsbezogener Vielfalt.

Um die Qualität der Leistungsangebote stetig zu verbessern sowie die Herausforderungen und Chancen eines interdisziplinären Behandlungsansatzes zu nutzen, fühlt sich Kadesch GmbH den Erkenntnissen aus Wissenschaft und Forschung verpflichtet.

Kadesch GmbH gestaltet lebensfeldorientierte ambulante und stationäre Unterstützungsangebote für Menschen, die suchtkrank und/oder wohnungslos sind, für Menschen mit Behinderungen und für Menschen, die sozialpsychiatrischer Unterstützung bedürfen. Sie verfolgen eine am regionalen Bedarf und fachlichen Standards ausgerichtete Angebotsausrichtung.

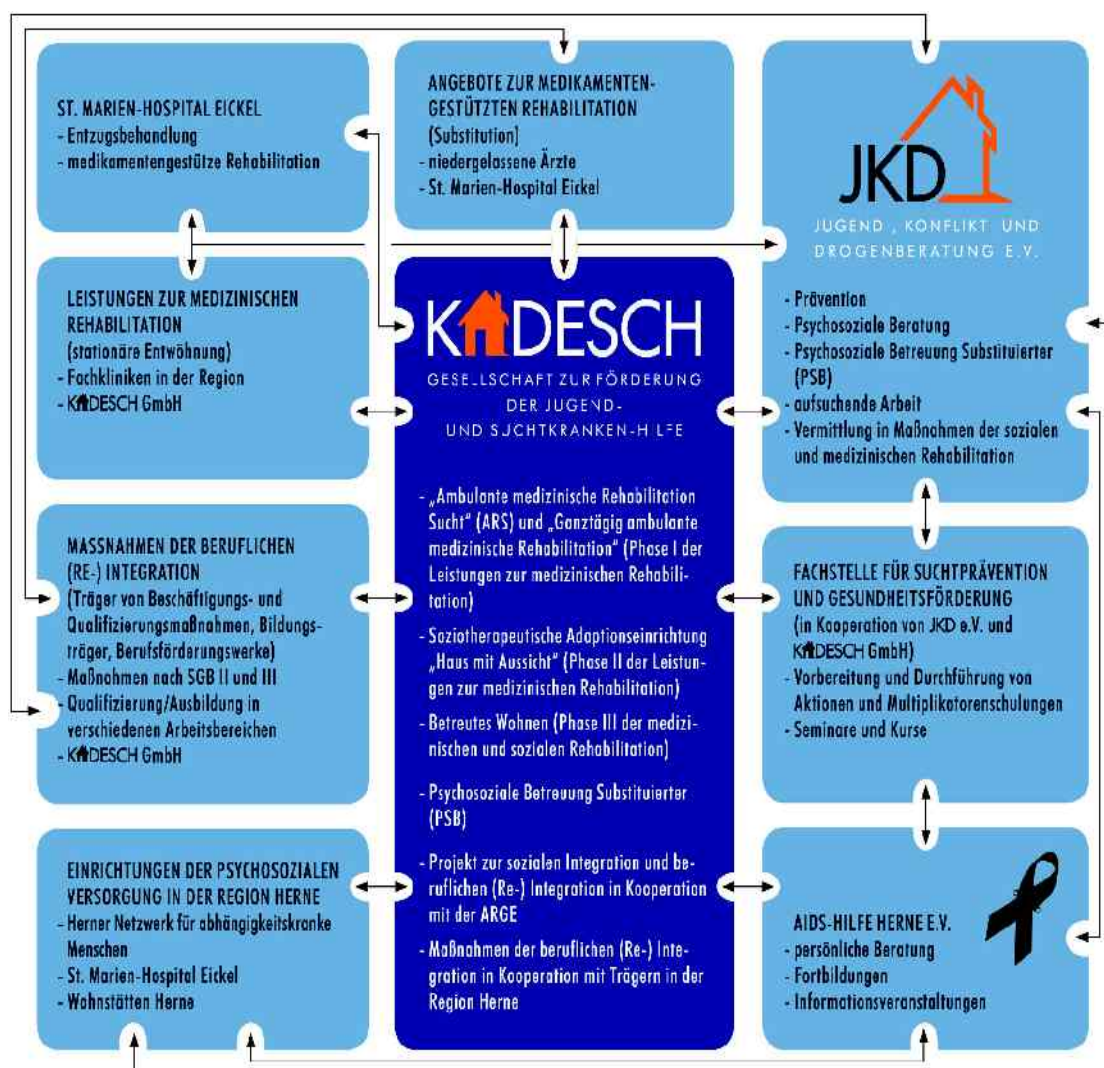


Schaubild: Drogenhilfesystem Herne“

Die Achtung und Wertschätzung eines jeden Menschen prägen das Selbstverständnis des Trägers. Er fühlt sich in seinem institutionellen Tätigsein - unabhängig von unterschiedlichen religiösen und weltanschaulichen Bindungen - der Erkenntnis verpflichtet, daß jedes menschliche Leben einzigartig, unersetzlich, unverfügbar und in seiner Verschiedenheit (unabhängig von Krankheit, Behinderung und Leistungsfähigkeit) von gleichem Wert ist.

## Adaption 2011

### Historie

Nachdem die DRV Westfalen und der Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL) sich am 09.12.87 darauf verständigt hatten, daß der LWL bis zu einer endgültigen höchst-richterlichen Entscheidung bei Adaptionleistungen in Vorleistung tritt, hat die DRV Westfalen mit den Einrichtungen eine Vereinbarung gem. § 15 Abs. 2 SGB VI in 1992 abgeschlossen und auf der Basis des Urteiles des 13. Senats des BSG vom 23.04.1992 als Folge mehrerer Urteilen des 5. Senats ab dem 01.07.1993 die Behandlung in einer Adaptionseinrichtung als Leistung der medizinischen Rehabilitation finanziert (Az.: 13 RJ 27/91, 13 RJ 25/91, 5 RJ 76/88).

Die DRV Bund, die regionalen Rentenversicherungsträger und die Bundesknappschaft haben diese Rechtsauffassung übernommen; der LWL war Leistungsträger in den Fällen übernommen, in denen kein Anspruch gegenüber der Renten- und Krankenversicherung bestand.

Am 08.03.1994 haben die Rentenversicherungsträger und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Verfahrensabsprache getroffen und ein Rahmenkonzept zur Adaptionphase vereinbart; damit verbunden war, daß auch die GKV diese Leistung im Rahmen der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation übernommen hat.

Ungeachtet dieser Tatsache, hat die GKV - soweit die Einrichtungen bei der zuständigen Regionaldirektion der Krankenkassen einen Antrag auf Abschluß eines Versorgungsvertrages gem. § 111 SGB V gestellt haben -, diese mit der Begründung abgelehnt, daß die Einrichtungen inhaltlich und sachlich die Voraussetzungen nicht erfüllen<sup>1</sup>.

§ 107 SGB V definiert die Voraussetzungen, die von Einrichtungen i.S. dieses Gesetzes erfüllt werden müssen. Die Behandlungspraxis der Adaptionseinrichtungen zeigt deutlich, daß die Kriterien gem. Abs. 2 erfüllt werden, da

1. die stationäre Behandlung den Patienten dient,
  - um eine Schwächung der Gesundheit zu beseitigen,
  - um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken,
  - um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
  - den in einer Vorbehandlung erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen
2. die Einrichtung
  - fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung steht,
  - unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dipl. Psychologe, Dipl. Sozialarbeiter/-pädagogen und Dipl. Pädagogen mit psychotherapeutischer/sucht-spezifischer Zusatzausbildung nach den Empfehlungen des VDR) den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte hilft

und

3. die Patienten in der Einrichtung untergebracht und gepflegt werden.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz vom 01.10.1989 ging es dem Gesetzgeber offenbar um eine Gleichbehandlung der Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen, so daß sich seit 1989 die Zahl der mit Versorgungsverträgen ausgestatteten Rehabilitationseinrichtungen deutlich erhöht hat. Dies insbesondere, da für Einrichtungen, die bereits vor dem 01.01.1989 stationäre medizinische Leistungen für die GKV erbracht haben, ein Versorgungsvertrag gem. § 109 Abs. 3 SGB V als abgeschlossen galt.

In bezug auf die Adaptionseinrichtungen hat das Gesetz jedoch an der Situation der Einrichtung nichts verändert, da die GKV auch bei den Adaptionseinrichtungen, die bereits vor dem 01.01.1989 nachweisbar medizinische Leistungen für die Krankenkassen erbracht haben, den Abschluß eines Versorgungsvertrages abgelehnt<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Anmerkung: Mit dem zum 01.04.2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) soll die medizinische Rehabilitation gestärkt werden. Dementsprechend stellt die Bundesregierung in ihrer Koalitionsvereinbarung (2009) fest, daß qualifizierte medizinische Rehabilitation eine wichtige Voraussetzung zur Integration von Kranken in Beruf und Gesellschaft ist (vgl. BMG vom 20.05.2010). Dies wird von der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe (2007) inhaltlich dahingehend verkürzt, daß „zentrales Wesensmerkmal ... eine ständige fachärztliche Leitung“ ist. Weitere konzeptionelle Hinweise: Fehlanzeige.



## Rechtliche Situation

Bei der Suchtmittelabhängigkeit „handelt es sich um eine chronisch rezidivierende psychische Erkrankung, die bei den Betroffenen mit weitreichenden sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgeproblemen einhergeht“ (*Gegenhuber, Spirig 2009, 26*).

Das SGB IX verdeutlicht den umfassenden Teilhabebedarf, dem Leistungen zur Rehabilitation dienen (sollen). Die Leistungen des SGB IX zielen darauf ab,

- „eine Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder die Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, (...)
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4 SGB IX).

Auf der Basis dieser Rechtsnorm wird die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker „als Begleitung eines Prozesses (verstanden), in dessen Verlauf ... (sich) der Schwerpunkt der (Maßnahmen) ... nicht ... auf die individuellen Defizite ... (richtet), (sondern) ... auf die Leistungen und Fähigkeiten (des Patienten)“ (*FDR 2006, 45; vgl. auch BAR 2008*).

Dementsprechend gehen die Rentenversicherungsträger davon aus, daß bei der Indikation „Alkohol“ der Anteil der Patienten, für die die Adaptionphase notwendig ist, bei mind. 25 % liegt und bei der Indikation „Drogen“ der überwiegende Teil der Patienten sinnvollerweise die Phase II der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen muß.

Als Folge der Entscheidung des *Bundessozialgerichtes* vom 26.06.2007 steht erneut im Kern der Diskussion die Frage, ob es sich bei einer Adaptionmaßnahme 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*).

Bereits in seinem Urteil vom 23.04.1992 hat das BSG zu der von der LVA Westfalen geforderten *ärztlichen Mitwirkung* in der medizinischen Rehabilitation ausgeführt: Die Aufgabe der Rentenversicherungsträger wird durch das Ziel definiert, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten zu bessern oder wiederherzustellen. Eine Beschränkung auf bestimmte Arten von Rehabilitationsleistungen ist dabei nicht vorgesehen, d.h. medizinische Leistungen zur Rehabilitation werden nicht durch einen Leistungskatalog, sondern durch das Ziel bestimmt.

Um dem Rehabilitationsbedarf Abhängigkeitskranker gerecht werden zu können, ist die Vernetzung der verschiedenen Akteure das entscheidende Kriterium, um das Versorgungssystem nicht nur effektiv gestalten, sondern die Klientel möglichst effektiv behandeln zu können (vgl. auch *Dyckmans 2010*).

Die notwendige „Optimierung der Versorgung ... (ist nur dadurch) zu erzielen, ... daß mehr Betroffene ... durch Behandlungsmaßnahmen erreicht werden und die Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren ... überwunden werden“ (*Lindenmeyer 2010, 26*).

---

<sup>2</sup> Anmerkung: Die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen in Westfalen-Lippe hat als Ergebnis eines Petitionsverfahrens des Landtages NRW (Pet.-Nr.: 14-P-2006-05233-00) zur Kenntnis nehmen müssen, daß in diesen Fällen die Voraussetzungen des § 111 Absatz 3 Satz 1 SGB V vorliegen und ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen gilt.

Um dies erreichen zu können, ist es zwingend notwendig, daß die Gesundheitsminister als oberste Verwaltungsbehörde des Landes die ihnen gem. § 208 SGB V obliegende Rechtsaufsicht auch in die Praxis umsetzen, d.h. die Krankenkassen „anweisen“, mit den Einrichtungen Versorgungsverträge abzuschließen und damit dafür Sorge tragen, daß jeder Rehabilitand alle notwendigen Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen kann.

### **Inhalte und Ziele der Adaptionphase**

In der Adaptionphase werden die in der „intensivstationären“ Therapiephase I (= Fachklinik) erreichten „Erfolge“ in der Alltags- und Arbeitsrealität erprobt und stabilisiert. Die Rehabilitations-/Behandlungsangebote müssen „indikationsbezogen, bedarfsgerecht, patientenorientiert und mit einer hohen Qualität“ (Weissing, Missel 2006, 50) erbracht werden. „Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist „als Komplexbehandlung angelegt; sie verknüpft regelmäßig medizinische, psychotherapeutische, psychosoziale, arbeitsbezogene, soziotherapeutische und weitere Leistungen miteinander“ (Weissing, Schneider 2006, 4).

Um den Patienten die Möglichkeit zu geben, sich mit diesem umfassenden Leistungsangebot der Adaptionphase in den Alltag integrieren zu können, sind dabei von besonderer Bedeutung:

- (Weitere) Stabilisierung und Vertiefung der Krankheitseinsicht und Festigung der Abstinenzentscheidung und -fähigkeit.
- Stabilisierung in der Konfrontation mit der Alltagsrealität, Realitätsprüfung und Zukunftsplanung.
- Entwicklung persönlicher und sozialer Kompetenzen, wie Erhöhung der Frustrationstoleranz, Erhöhung der Konfliktfähigkeit, 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 (Umgang mit Krisensituationen und Rückfall).
- Förderung von konstruktiven Konfliktlösungsstrategien, Erlernen von Streßbewältigungs-techniken.
- Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Heranführung an den beruflichen Alltag, berufliche und soziale Integration vor Ort/in der Region (s.a. Berufliche (Wieder-)Eingliederung).
- Förderung der sozialen Integrationsfähigkeit.
  - Förderung der interpersonellen Interaktion und Beziehungen.
  - Förderung lebenspraktischer Fertigkeiten (Haushaltsführung, Ernährung).
  - Erarbeitung und Umsetzung einer sinnvollen Freizeitgestaltung.
  - Aufbau tragfähiger und funktionierender Kontakte (soziales Kompetenztraining/ soziale Netzwerkarbeit).
- 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.

Die psychotherapeutischen Behandlungselemente werden in der Adaptionphase ergänzt durch die Arbeit zur Erreichung der sozialen und beruflichen (Wieder-)Eingliederung<sup>3</sup>. Die dabei angebotene Unterstützung muß auf die spezifische Situation jedes Einzelnen abgestimmt werden.

Die äußere Struktur der Adaptionseinrichtung und die Behandlungsinhalte bestimmen den Alltag und die persönliche Situation des Patienten. Die Adaptionphase gewährleistet eine Behandlung der Abhängigkeitserkrankung auf hohem fachlichem Niveau und auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse.

### **Schlußbemerkungen**

---

<sup>3</sup> „Arbeitsbezogene Interventionen sind ein wesentlicher Bestandteil der medizinischen Rehabilitation; sie dienen der beruflichen Orientierung und Re-Integration, die bei Abhängigkeitskranken nachweislich einen stabilisierenden Faktor für eine dauerhafte Abstinenz darstellen und das krankheitsbedingte Rückfallrisiko minimieren“ (DRV et al. 2011).

Die Verfahrensabsprache zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger zur Entwöhnungsbehandlung Abhängigkeitskranker hat ungeachtet der Entscheidung des BSG-Urteils vom 26.06.07 weiterhin Bestand, d.h.

- die Adaptionsphase ist integraler Bestandteil medizinischer Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

*Fazit:* „Die komplexen und belastenden Lebens- und Sozialwelten suchtkranker Menschen, ihre in der Regel schwierigen sozialen Situationen, zerbrochenen Netzwerke, mangelnden Ressourcen, Traumatisierungen, die oft erhebliche Komorbidität, Doppeldiagnosen machen konzertierte Maßnahmen notwendig, die psychotherapeutische, soziotherapeutische, beraterische, supervisorische Konzepte und Methoden vernetzen, klinisch-psychologische, sozialpsychologische

### **Aufnahmen/Entlassungen**

	<b>gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
<b>Übernahme aus 2010</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>2</b>
<b>nach Bewerbung in 2011 aufgenommen</b>	<b>51</b>	<b>46</b>	<b>5</b>
<b>Patienten in 2011</b>	<b>62</b>	<b>55</b>	<b>7</b>
<b>reguläre Entlassungen</b>	<b>30</b>	<b>25</b>	<b>5</b>
<b>vorzeitige Entlassungen</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>2</b>
<b>verlegt in andere Einrichtung</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>Übernahme nach 2012</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>0</b>

## Berufliche (Re-)Integration

### Vorbemerkungen

„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.

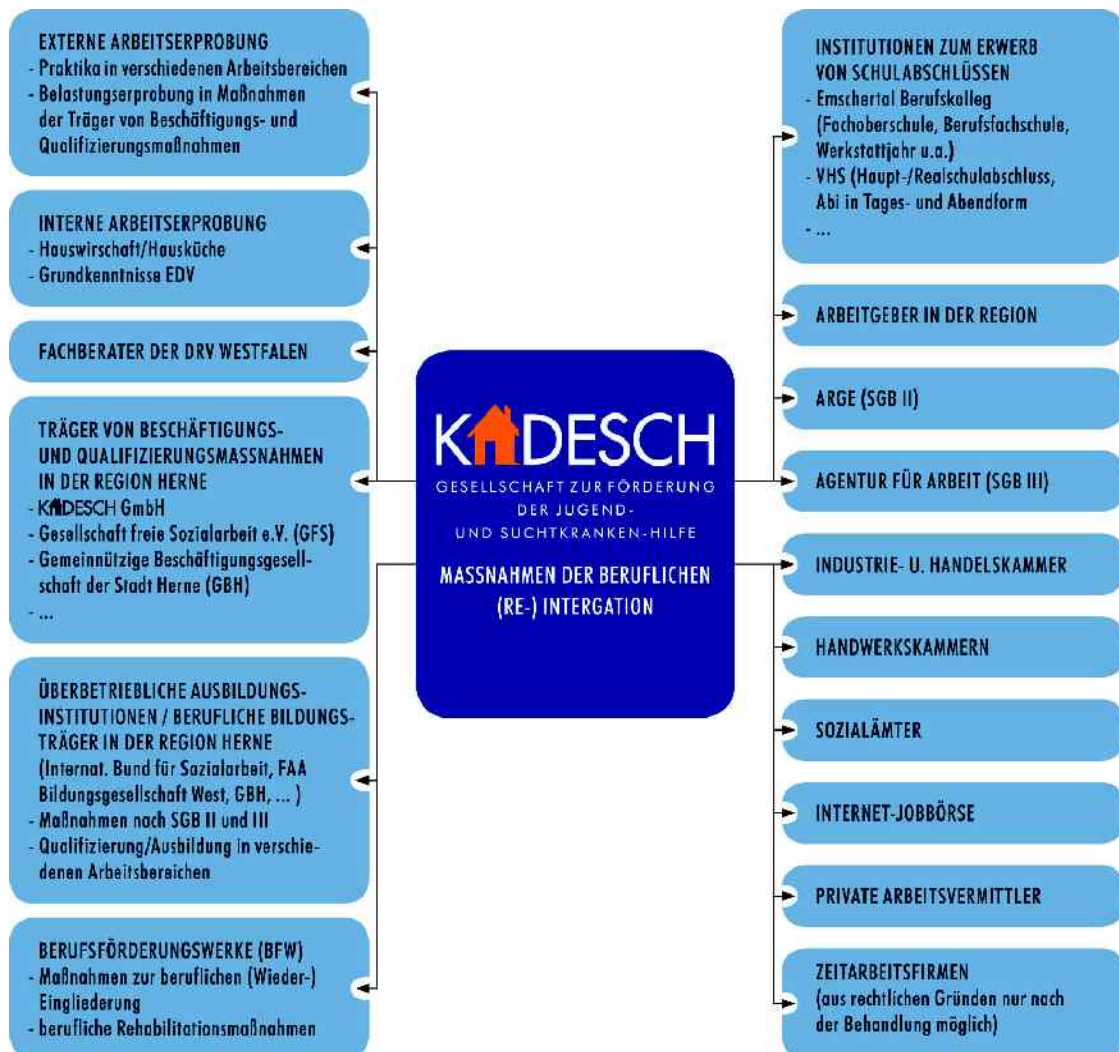


Schaubild: Berufliche (Re-)Integration

### Rahmenbedingungen der beruflichen (Re-)Integration

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.

Die Kooperation von ARGE und Adaptionseinrichtung ist sinnvoll, da immer mehr orientierungslos gewordene (junge) Menschen in die Drogenszene ein- und abtauchen. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und bedingen sich fast immer gegenseitig. 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.

Aufgrund der besonderen Problematik dieser Klientel ist eine Kooperation von ARGE und Adaptionseinrichtung zur Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit angezeigt.

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 der Adaptionseinrichtung 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.

Die Zielorientierung, die durch den schriftlich fixierten Hilfeplan deutlich wird, ist zugleich die Grundlage für die Dokumentation der Wirkung und des Erfolgs der Leistungen. Außerdem kann der Hilfeplan auch für die Eingliederungsvereinbarung nach dem SGB II verwendet werden.

### **Maßnahmen zur sozialen Integration und beruflichen (Re-)Integration**

Die Inhalte von Maßnahmen zur sozialen und beruflichen (Re-)Integration suchtmittelkonsumierender/-abhängiger Menschen sind wie folgt zu definieren:

- Entwicklung / Stabilisierung / Erreichung 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,
- sozialpädagogische Hilfe bei der Bearbeitung latenter Probleme.

Drei 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

unabhängigbar.

Bei ausländischen Klienten 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.

#### 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 Patienten entsprechend ihrer individuellen Voraussetzungen und Vorkenntnisse tätig werden.*

*Während des Praktikums finden Reflexionsgespräche statt, in denen der Patient mit seinem Praktikumsgeber und einem Mitarbeiter der Adaptionseinrichtung die bisherige Entwicklung im Praktikum durchspricht und ggf. Möglichkeiten der Weiterentwicklung abgesprochen werden.*

*In die einzelnen Betriebe/Organisationen werden maximal 2 Patienten vermittelt, um zu gewährleisten, daß keine „milieufördernden Strukturen“ entstehen können und der einzelne Patient unter den realen Bedingungen eines Arbeitsalltages für sich einen größtmöglichen Nutzen in dem Praktikum erreichen kann.*

*Die hochfrequente Begleitung und Betreuung des Patienten durch einen Mitarbeiter der Adaptionseinrichtung gewährleistet eine hohe Effektivität der Belastungs- und Eignungserprobung.*

#### **Schlußbemerkungen**

Auffällige Persönlichkeitsmerkmale wie soziale, persönliche und berufliche Integrationsschwierigkeiten, Defizite, Störungen, mangelnde Beziehungsfähigkeit, Schädigungen, Traumatisierungen, Konflikte und geringe soziale Kompetenzen wie niedrige Frustrationstoleranz, Impulsivität, mangelnde Steuerungsfähigkeit, reduzierte Erlebnisfähigkeit, fehlende Sinn und Wertorientierung bei einer insgesamt instabilen und schwachen Ich-Struktur sind in den Behandlungsabläufen von zentraler Bedeutung.

Für die Entwicklungschancen von Personen sind von entscheidender Bedeutung:

- Aufbau gesundheitsfördernder und -erhaltender sozialer Netzwerke (Überlebens- und der Existenzsicherung)
- Förderung (unter-) stützender Verhaltensweisen (Identitätsaufbau)
- „Beeinflussung“ des Normen- und Wertesystems
- Vermittlung personaler und sozialer Ressourcen zur Bewältigung und Gestaltung des Lebens (Entwicklung von Lebensqualität)

Eine moderne Einrichtung der medizinischen Rehabilitation muß sich als Einrichtung der ganzheitlichen und differentiellen Therapie und Rehabilitation verstehen, um nach einem netzwerkorientierten Arbeitsansatz die Ziele der Rehabilitation erreichen zu können.

## Berufliche Situation bei regulärer Entlassung

	2009	2010	2011
	N = 28	N = 30	N = 29
<b>reguläre Erwerbstätigkeit</b> (Voll- oder Teilzeitbeschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt)	09 (32,14%)	03 (10,0%)	04 (13,79%)
<b>gelegentliche reguläre Erwerbstätigkeit</b> (Aufnahme zumindest von gelegentlicher Arbeitstätigkeit)	0	0	01 (3,45%)
<b>betriebliche Umschulung oder Ausbildung</b> (Qualifizierung der Patienten durch Umschulungs- sowie Ausbildungsmaßnahmen, auch Qualifizierungsmaßnahmen)	02 (7,14%)	03 (10,0%)	03 (10,34%)
<b>Maßnahmen nach SGB II, III oder SGB XII</b> (Maßnahmen zur beruflichen Integration, Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sog. „1-Euro-Job“), sonstige Trainingsmaßnahmen)	12 (42,86%)	14 (46,67%)	03 (10,34%)
<b>Betriebliches Praktikum</b>	---	03 (10,0%)	07 (24,14%)
<b>Schule/Studium</b>	01 (3,57%)	01 (3,33%)	04 (13,79%)
<b>Hausfrau/-mann</b>	01 (3,57%)	0	0
<b>arbeitslos</b>	03 (10,71%)	06 (20,0%)	07 (24,14%)
<b>arbeitslos vor Therapiebeginn</b>	28 (100%)	30 (100%)	32 (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 2009-2011 zeigt:

- 29 Patienten schlossen 2011 die Maßnahme regulär ab (2009: 28, 2010: 30). 24,14% waren bei Entlassung arbeitslos (2009: 10,71%, 2010: 20,0%), d.h. bei 75,86% (2009: 89,29%, 2010: 80,0%) konnte die berufliche Integration erfolgreich realisiert werden.
- in reguläre Erwerbstätigkeit konnten 13,79% der Patienten (2009: 32,14%, 2010: 10,0%) in ein reguläres Arbeitsverhältnis vermittelt werden. Berücksichtigen wir hier die Vermittlungen in gelegentliche reguläre Erwerbstätigkeit, betriebliche Umschulungs-/Ausbildungsverhältnisse und Schule/Studium von 27,58% (2009: 10,71%, 2010: 13,33%), so ergibt sich, daß insgesamt 41,37% der Patienten (2009: 42,85%, 2010: 23,33%) in reguläre Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen vermittelt werden konnten.
- der Anteil der Patienten, die zum Entlasszeitpunkt nicht vermittelt werden konnten ist in 2011 weiter angestiegen auf 24,14% (2009: 10,71%, 2010: 20,0%), d.h. die gesamtwirtschaftliche Entwicklung ist für die berufliche Re-)Integration der Klientel offensichtlich unbedeutend und das „Vermittlungshemmnis Sucht“ wirkt sich auf die Möglichkeiten auf dem sog. „klassischen“ Arbeitsmarkt zunehmend negativ aus.

# **Soziale Integration und berufliche (Re-)Integration suchtmittelkonsumierender/-abhängiger Menschen in Kooperation von Jobcenter Herne und Kadesch GmbH**

## **1. 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 Maßnahmen, 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 Maßnahmenteile 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 SG 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.

## **2. Teilnehmer**

Für einen Zeitraum von 9-12 Monaten werden Maßnahmen zur sozialen und beruflichen (Re-)Integration suchtmittelkonsumierender/-abhängiger Menschen im wöchentlichen Umfang von 19,25 bis 30,0 Stunden durchgeführt.

	<b>gesamt</b>	<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
Teilnehmer in 2010: gesamt	14	13	1
Übernahme aus 2010 nach 2011	11	10	1
Aufnahmen in 2011	14	10	4
Teilnehmer in 2011: gesamt	25	20	5
Teilnehmer in 2010 und 2011: gesamt	28	23	5
Übernahme nach 2012	11	9	3

*Tabelle 1: Übersicht Teilnehmer - gesamt*

### 3. Gruppenangebote

#### **Motivierung, Information, Ressourcenaktivierung**

Ziel der Gruppe ist die Stärkung von Selbstbewusstsein, Willensfähigkeit, Erlernen von praktischen Problemlösungsstrategien, der adäquate Umgang mit Alltagsproblemen und eine positivere Sichtweise auf das Leben.

#### **Ziele**

- die eigenen Fähigkeiten, Stärken und Möglichkeiten bewußt machen
- Informationen zu den Themen „Versorgungssysteme“ und „Inanspruchnahme unterstützender Institutionen“ vermitteln
- Informationen zum Thema „Gesundheit“ vermitteln
- die Motivation für eine Rehabilitationsmaßnahme wecken und den Einzelnen ggf. auf eine Maßnahme vorbereiten

#### **Inhalte**

- Ressourcenarbeit und -stärkung
- Informationsvermittlung zum Thema „Gesundheit und Krankheit“
- Aufklärung über Krankheiten und Infektionsgefahr
- Prävention von Krankheiten (HIV, Hepatitis)
- Arbeit mit Ambivalenzen (Vor- und Nachteile der Sucht)
- Informationsvermittlung zum Hilfesystem
- Informationsvermittlung zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten

#### **Anti-Aggressions-Training**

Im Anti-Aggressionstraining sollen die Teilnehmer lernen, sich als unangenehm empfundene Gefühle einzugestehen, diese zu regulieren und zu bewältigen.

#### **Ziele**

- Psychoedukation zu Wut, Aggression und Gewalt, Entstehung von Konflikten
- Schaffung eines Problembewußtseins, Aufzeigen von Ambivalenzen bei Aggression/Gewaltanwendung, Auseinandersetzung mit den Mythen der Aggression (z.B. „Es ist gesund, seinem Ärger freien Lauf zu lassen.“), Entscheidung gegen Gewaltausübung
- Stärkung der Selbstwirksamkeit im Umgang mit Emotionen und Aufzeigen von Handlungsalternativen, Respektieren der Grenzen anderer und angemessene Wahrung (Verteidigung) der eigenen Grenzen.

#### **Inhalte**

- Psychoedukation zu Themenbereichen „Aggression“ und „Entstehung von Konflikten“
- Übungen zur Selbst-/Fremdwahrnehmung
- Problemlösetraining
- Deeskalations-/Coolness-Training
- Arbeit mit kognitiven Methoden (ABC-Schema nach A. Ellis)
- Achtsamkeitstraining
- Umgang mit eigener Gewalterfahrung

#### **KISS: Programm zur Reduktion des Drogenkonsums**

Das Selbstmanagementprogramm soll abstinentmotiviertere Drogenabhängige befähigen, ihren Substanzkonsum gezielt zu verringern und ggf. auf Dauer einzustellen.

Selbstkontrollierter Konsum psychoaktiver Substanzen liegt vor, wenn eine Person ihren Substanzgebrauch an einem zuvor festgelegten Konsumplan bzw. Konsumregeln ausrichtet, also einen disziplinierten, geplanten und limitierten Substanzgebrauch jeweils für eine Woche „praktiziert“, d.h.

- die Anzahl der konsumfreien Tage,
- die maximale Konsummenge an Konsumtagen und
- der Gesamtkonsum in der Woche

werden festgelegt;

- ggf. erfolgen weitere Festlegungen wie Zeitpunkt, Ort und soziales Umfeld des Konsums sowie Durchführung von Drogenscreenings.



### Ziele

- Bewußtmachung des Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (inkl. Alkohol und Tabak)
- Stärkung der Änderungsmotivation
- Aufbau von Selbstmanagementfertigkeiten zur Konsumreduktion/-beendigung für vom Klienten ausgewählte Substanz(en)

### **Das Rückfallpräventionstraining**

Der Umgang mit Rückfällen erfordert von dem Abhängigkeitskranken und von den Mitarbeitern der betreuenden Institution eine differenzierte Sichtweise und die Erarbeitung individueller Bewältigungsstrategien, um den komplexen, krisenhaften und hochindividuellen Prozeß eines Rückfalls und seine Regelmäßigkeiten aufarbeiten zu können.

Die bei vielen Abhängigkeitskranken deutlich werdenden unangemessenen und z.T. unrealistischen Sichtweisen und Glaubenssätze über das Rückfallgeschehen und vorherrschenden inadäquaten Bewältigungs- und Selbstwirksamkeitsmechanismen zeigen, daß der Betroffene - und sein soziales Umfeld - nur unzureichend über ihre Erkrankung informiert und nur ungenügend auf drohende und stattfindende Rückfälligkeit vorbereitet sind.

### Ziele

des Rückfallpräventionstrainings für abhängigkeitskranke Menschen sind

- abhängigkeitskranke Menschen zu Experten ihrer eigenen Erkrankung zu machen.
- rückfallvorbeugend zu wirken (Primäre Rückfallprophylaxe).
- Strategien zu vermitteln, einen angemessenen Umgang mit Rückfällen zu entwickeln.
- Entgegenwirkung der Chronifizierung von mißbräuchlichem Konsumverhalten.
- gemäßigter und verantwortungsvoller Suchtmittelkonsum oder Abstinenz.

## **4. Schlußbemerkungen**

Eine der wichtigsten Erfahrungen des Projektes zur sozialen Integration und beruflichen (Re-)Integration suchtmittelkonsumierender/-abhängiger Menschen ist, daß die Teilnehmer die verschiedenen Angebot annehmen, Handlungsweisen für sich entwickeln, Hilfsangebote anzunehmen, ihr Wissen über ihre Suchterkrankung erweitern und einen Weg in ein normales (Arbeits-)Leben finden wollen.

Den Teilnehmern wird mit dem Projekt eine Möglichkeit geboten, die es ihnen ermöglicht, sich in einem indikationsgeleiteten langfristigen Entwicklungsprozeß neue (berufliche und persönliche) Perspektiven zu erarbeiten.

Alle Teilnehmer absolvieren nach einer Stabilisierungsphase, in der engmaschig Einzel- und Gruppengespräche durchgeführt und ihre Möglichkeiten der beruflichen (Re-)Integration abgeklärt werden, ein berufsorientierendes Praktikum.

Ist die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung aus medizinischer Sicht vorrangig indiziert, werden entsprechende Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet.

	gesamt	Männer	Frauen
Teilnehmer in 2010 und 2011: gesamt	28	23	5
vorzeitige Beendigung der Maßnahme	11	9	2
reguläre Beendigung der Maßnahme	5	5	0
Vermittlung in betriebliches Praktikum	19	16	3
Vermittlung in Arbeit/Umschulung	4	4	0
Vermittlung in Maßnahmen der med. Rehabilitation (Substitution, Entzug, Entwöhnung, ...)	7	5	2
Vermittlung in Maßnahmen der sozialen Rehabilitation (Ambulant Betreutes Wohnen, Suchtberatung, ...)	4	2	2
aktuell in der Maßnahme	11	9	2
aktuell in betrieblichem Praktikum	7	5	2

Tabelle 2: Übersicht Teilnehmer - Maßnahmeergebnis

## **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 41 Bewerbern wurden 13 aufgenommen. Bei 5 haben wir eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung empfohlen, da die Voraussetzungen für eine ARS nicht gegeben waren. Bei 6 Patienten ist die Aufnahme in 2011 geplant. 7 Patienten haben trotz Leistungszusage die Behandlung nicht angetreten. Bei den übrigen 10 sind keine Informationen über den Verbleib bekannt.

2011 wurden insgesamt 17 Patienten im Rahmen der ARS behandelt, 4 Patienten wurden aus dem Vorjahr übernommen und 6 werden in 2012 weiterbehandelt.

11 Patienten beendeten 2011 die Behandlung: 6 Personen schlossen regulär ab, 1 Patient wurde vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis entlassen, 4 Patienten mußten disziplinarisch entlassen werden und keiner wurde 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 2011 haben sich 31 Frauen und 95 Männer beworben; 33 Patienten (2010: 27) wurden aufgenommen.

In 2011 wurden insgesamt 39 Patienten behandelt (33 Aufnahmen in 2011 und 6 Patienten aus dem Vorjahr übernommen), 9 werden in 2012 weiterbehandelt.

### **Ergebnisse**

<b>Behandlungsverlauf</b>		<b>Berufliche Situation bei Entlassung</b>
insgesamt in Behandlung	39 (100%)	
noch in Behandlung	9 (23,07%)	
reguläre Entlassung	14 (35,89%)	in Arbeit = 6 (15,38%), arbeitslos = 8 (20,51%)
vorzeitige Beendigung	2 (5,12%)	in Arbeit = 0, arbeitslos = 2 (100%)
in andere Einrichtung verlegt	1 (2,56%)	
disziplinarisch entlassen	13 (33,33%)	

## **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.

### **Kurzbeschreibung des Leistungsangebotes**

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 Betreuungsdauer des Ambulant Betreuten Wohnens 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.

### **Ziele und Inhalte**

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 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)

## 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.

Maßnahmen der Qualitätssicherung, um die Arbeit kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln:

- 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 2011

Geschlecht			Berufliche Situation		
	abs.	%		abs.	%
weiblich	08	21	in Arbeit	08	20
männlich	31	79	in Ausbildung	03	08
<b>Alter</b>			Umschulung/Qualifizierung	07	18
(Jahre)	DW	33	berufliche Rehabilitation	0	0
<b>Schulabschluß</b>			Tätigkeit mit Mehraufwandentschädigung	06	15
ohne	03	08	arbeitslos	10	26
Sonderschule	02	05	Schule	04	10
Hauptschule	19	49	Studium	01	03
Realschule	12	30	Hausfrau/-mann	0	0
Fach-/Abitur	03	08	berentet	0	0
<b>Berufsausbildung</b>			sonstige	0	0
ohne	14	36	<b>Berufliche Integration durch BeWo</b>		
angefangen und nicht abgeschlossen	06	15	ja	26	67
abgeschlossen	19	49	nein	13	33
<b>Berufsgruppe</b>			<b>Einkommen</b>		
handwerklicher Bereich	18	95	Erwerbseinkommen	10	26
kaufmännischer Bereich	01	05	ALG I	0	0
Akademiker	0	0	ALG II	26	65
sonstige	0	0	Unterhalt	01	03
<b>Aufnahmestatus</b>			Rente	01	03
Übernahme aus Vorjahr	23	59	Vermögen	0	0
Neuaufnahme in 2011	16	41	sonstiges	01	03
<b>Betreuungsdauer</b>			<b>Schulden</b>		
(Monate)	DW	19	bis 5.000 Euro	19	48
<b>Entlassungen in 2011</b>			5.001 - 10.000 Euro	07	18
ja	15	39	1.001 - 25.000 Euro	10	25
nein	24	61	≥ 25.000 Euro	03	09
<b>Entlaßstatus</b>			<b>Schuldenregulierung</b>		
reguläre Beendigung des BeWo	10	67	ja	32	82
vorzeitig durch Klient	01	07	nein	07	18
vorzeitig durch Einrichtung	04	26	<b>Soziales Netzwerk (Kontakte zu ...)</b>		
weitgehende Verselbständigung	05	33	Familie/Lebenspartner	32	26
Vermittlung in andere Betreuungsform	0	0	Nichtkonsumenten	38	30
längerfristige (Wieder-)Erkrankung	03	20	Konsumenten	18	14
Umzug	01	07	professionellen Helfern	38	30
fehlende Betreuungsmotivation	05	33	<b>Konsumverhalten</b>		
sonstige	01	07	abstinent	23	33
<b>Dauer der Suchterkrankung</b>			Alkohol	13	19
(Jahre)	DW	16,1	Cannabinoide	07	10
			synthetische Drogen	05	07
			Kokain	0	0
			Opioide	09	13
			Substitution	08	11
			Eißstörung	05	07
			andere Substanzen	0	0
<b>Anmerkungen</b>			<b>Freizeitverhalten</b>		
DW = Durchschnittswert			selbstorganisierte Aktivitäten/Verein	40	60
Bei „Einkommen“, „Soziales Netzwerk“, „Konsumverhalten“ u. „Freizeitverhalten“ sind Mehrfachnennungen möglich; die Summe kann also ≥ 100% sein.			Aktivitäten der Einrichtung	18	27
			keine	09	13



# Prävention

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

„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**  
GESELLSCHAFT ZUR FÖRDERUNG  
DER JUGEND- UND SUCHTKRANKEN-HILFE

**JKD**  
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

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

**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

## **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 von JKD 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 von JKD 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 erst auffällig 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 JKD beteiligt ist.

## **Ziele - Prävention**

**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.

## **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

## Statistische Aussagen 2011

- 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
<b>Primärprävention</b>	
• Elementarbereich	18
• Unterstufe der weiterführenden Schulen	11
<b>GESAMT</b>	<b>29</b>

**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
<b>Sekundärprävention</b>	
• 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
<b>GESAMT</b>	<b>48</b>

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	2011
• <u>telefonische</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	246
• <u>persönliche</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	173
<b>GESAMT</b>	<b>419</b>

**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	2011
<b>Tertiärprävention</b>	
• <u>telefonische</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	285
• <u>persönliche</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	196
<b>GESAMT</b>	<b>481</b>

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
<b>Öffentlichkeitsarbeit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="213 331 1021 434">• Mitwirkung in örtlichen Arbeitskreisen / Gremienarbeit (Psychosoziales Plenum, Arbeitskreise der PSAG, Stadtjugendring, AG Frauen &amp; Gesundheit, AG Suchtvorbeugung/Gesundheitsförderung, Qualitätszirkel der substituierenden Ärzte, ...)</li> <li data-bbox="213 461 1101 542">• 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> <li data-bbox="213 568 491 595">• Medieninformationen</li> <li data-bbox="213 622 663 649">• Allgemeine Vorträge/Veranstaltungen</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>48</b></p> <p style="text-align: center;"><b>45</b></p> <p style="text-align: center;"><b>52</b></p> <p style="text-align: center;"><b>29</b></p>
<b>GESAMT</b>	<b>174</b>

## **Gesundheitsprävention**

### **Impfaktionen als Standardangebot für unsere Klientel**

Die äußerst positiven Erfahrungen des Impfprojektes in 2006 haben Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung e.V., Aids-Hilfe Herne e.V. und Kadesch GmbH in diesem Jahr aufgegriffen und werden zukünftig zweimal im Jahr als gesundheitspräventive Maßnahme eine Impfaktion durchführen, mit der wir besonders Menschen unterstützen und erreichen wollen, die keiner gesetzlichen Krankenkasse angehören und die die Kosten für Impfungen und Arztbesuche nicht aufbringen können.

Mit Herrn Dr. Jan Pohle haben wir einen engagierten Arzt gewinnen können, der uns seine ärztliche Tätigkeit kostenlos zur Verfügung gestellt hat, so daß wir „nur“ den Impfstoff finanzieren mußten.

Gründe für die Impfung gegen Hepatitis (ansteckende Leberentzündung):

- Die mit der Impfaktion angesprochenen Risikogruppen und Subkulturen sind in besonderer Weise von einer Hepatitis-A-B-C-Infektion bedroht. Sie suchen außerhalb spezieller Therapieprogramme (bspw. Substitutionsbehandlung) eher selten Arztpraxen auf.
- Hepatitis A wird durch Stuhlgang (Schmierinfektion, Analverkehr) übertragen. Die Hepatitis-A-Impfung ist daher sinnvoll für Menschen mit entsprechenden sexuellen Praktiken.
- Eine Hepatitis-A-Infektion äußert sich vor allem durch das Auftreten von Magen-Darm-Beschwerden und Müdigkeit. Die Infizierten leiden zudem häufig an Appetitlosigkeit, Übelkeit, Durchfällen, Dunkelfärbung des Urins und Fieber. Durch Vergrößerung der Leber entsteht zudem ein Druckschmerz im rechten Oberbauch.
- Hepatitis B wird durch benutzte Heroinspritzen und Geschlechtsverkehr übertragen. Die Hepatitis-B-Impfung ist daher sinnvoll bspw. für alle intravenös Drogenkonsumierenden.
- Hepatitis B und C (ansteckende Virusentzündung der Leber, mit oder ohne Gelbsucht, oft schleichend verlaufend und jahrelang unbemerkt) werden oft zu chronischen Leberleiden, die zu Leberzirrhose und Leberkrebs und so zum vorzeitigen Tod führen können.
- Hepatitis-A-Impfung: 2 Impfungen, im 6-Monats-Abstand.  
Hepatitis-B-Impfung: 3 Impfungen, Wiederholung nach 1 und nach 6 Monaten.
- Gegen eine Hepatitis-C-Infektion gibt es keine Impfung. Schutzmöglichkeiten: **Safer sex** (Benutzung von Kondomen) und **Safer use** (Benutzung eigener Spritzen).

An den beiden Terminen 11.03. und 25.11. d.J. bestand die Möglichkeit sich kostenlos (auch keine Praxisgebühr) gegen **Hepatitis A und B**, als **Standardimpfung** gegen Poliomyelitis, Tetanus und Diphtherie sowie Grippe impfen zu lassen.

**Ergebnisse der Impfaktion: Insgesamt erfolgten 113 Impfungen verteilt auf 51 Teilnehmer.**

Das hohe Interesse unserer Klientel an den Impfaktionen zeigt, daß bei entsprechender Beratung eine Sensibilisierung für Fragen der Gesundheitsprävention erreicht werden kann. Dabei zu beachten ist, daß grundsätzlich ein erhöhter Informationsbedarf hinsichtlich allgemeiner medizinischer Fragestellungen gegeben ist.

## **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 (FU 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)

### **Ines Haak**

Dipl. Psychologin, in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin, Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe am FPI

### **Dr. Christian Fell**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

### **Annegret Knepper-Lieder**

Prokuristin

### **Michael Budau**

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

### **Julia Tasner**

Sozialarbeiterin (B.A.), in Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie - Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe am FPI

### **Fabian Peters**

Dipl. Sozialarbeiter, in postgraduellem Masterstudiengang „Suchthilfe“ mit integrierter Weiterbildung zum Suchttherapeuten an der KFH NRW in Köln

### **Silke Esser**

Erzieherin, Ausbildung in Integrativer Sozialtherapie am FPI, Fachberaterin für Psychotraumatologie (DIPT e.V. Köln)

### **Karim Satian**

Erzieher, Ausbildung in Gestaltberatung am FPI

### **Stefanie Tucholski**

Erzieherin, Ausbildung in Gestaltberatung am FPI

### **Sonja Müller**

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



**Frank Köhler**  
Dipl. Sozialarbeiter

**Ingrid Bachert**  
Hauswirtschafterin

**Gabriele Mühlhan**  
Hauswirtschafterin

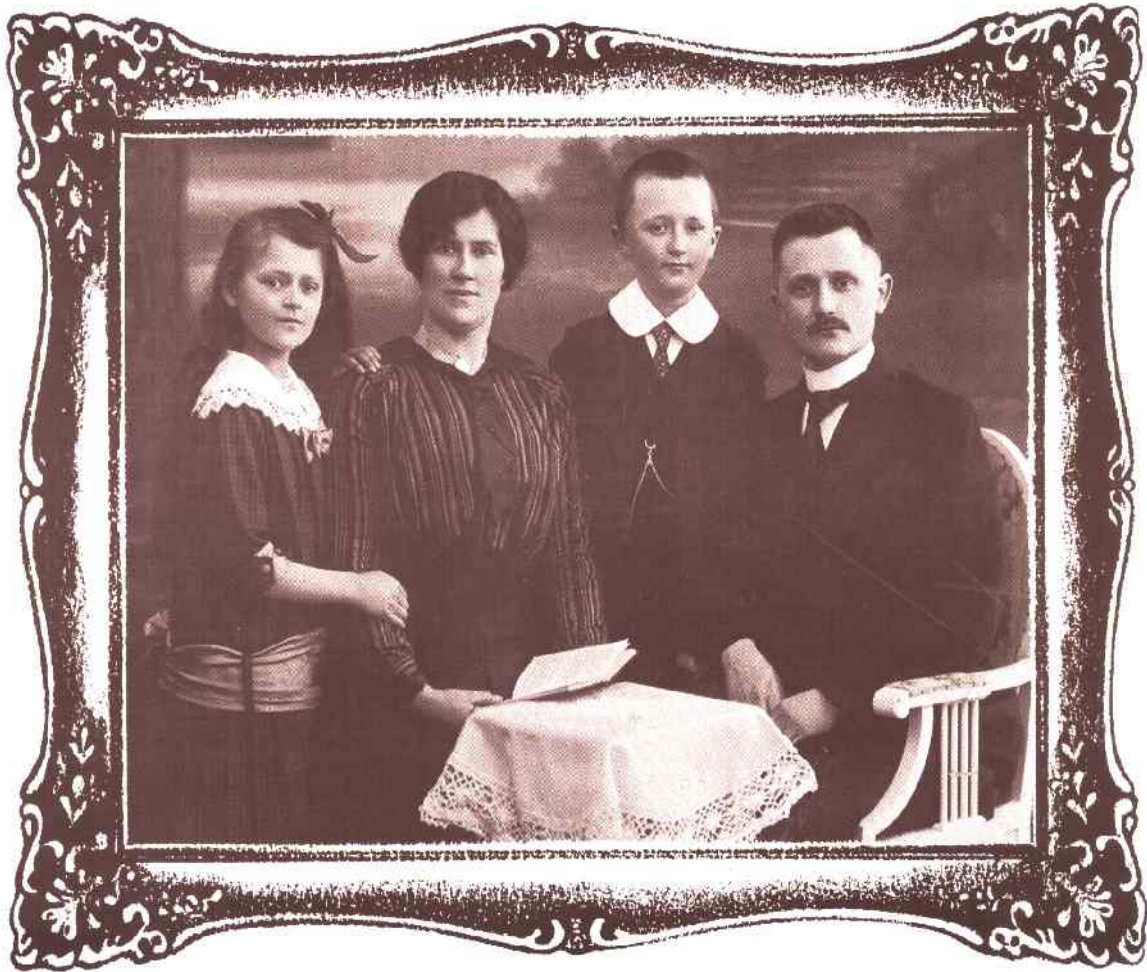
**Beate Wentzek**  
Verwaltungsangestellte

**Thilo Tödtmann**  
Verwaltungsangestellter

**Jasmin Chakir**  
in Ausbildung zur Bürokauffrau

**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](mailto:jkd-kadesch@t-online.de)  
internet: [www.therapieverbund-herne.de](http://www.therapieverbund-herne.de)**

**im März 2012**