

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.jkd-kadesch.de

Jahresbericht 2012

Vorsitzender des Beirates: Frank Sichau

Geschäftsführer: MSc Peter Schay



Inhalt

Drogenhilfesystem Herne

Adaption 2012

Berufliche (Re-)Integration

Ambulante medizinische Rehabilitation (ARS)

Ganztägig Ambulante medizinische Rehabilitation (GAR)

Ambulantes Betreutes Wohnen (ABW)

Prävention

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

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.

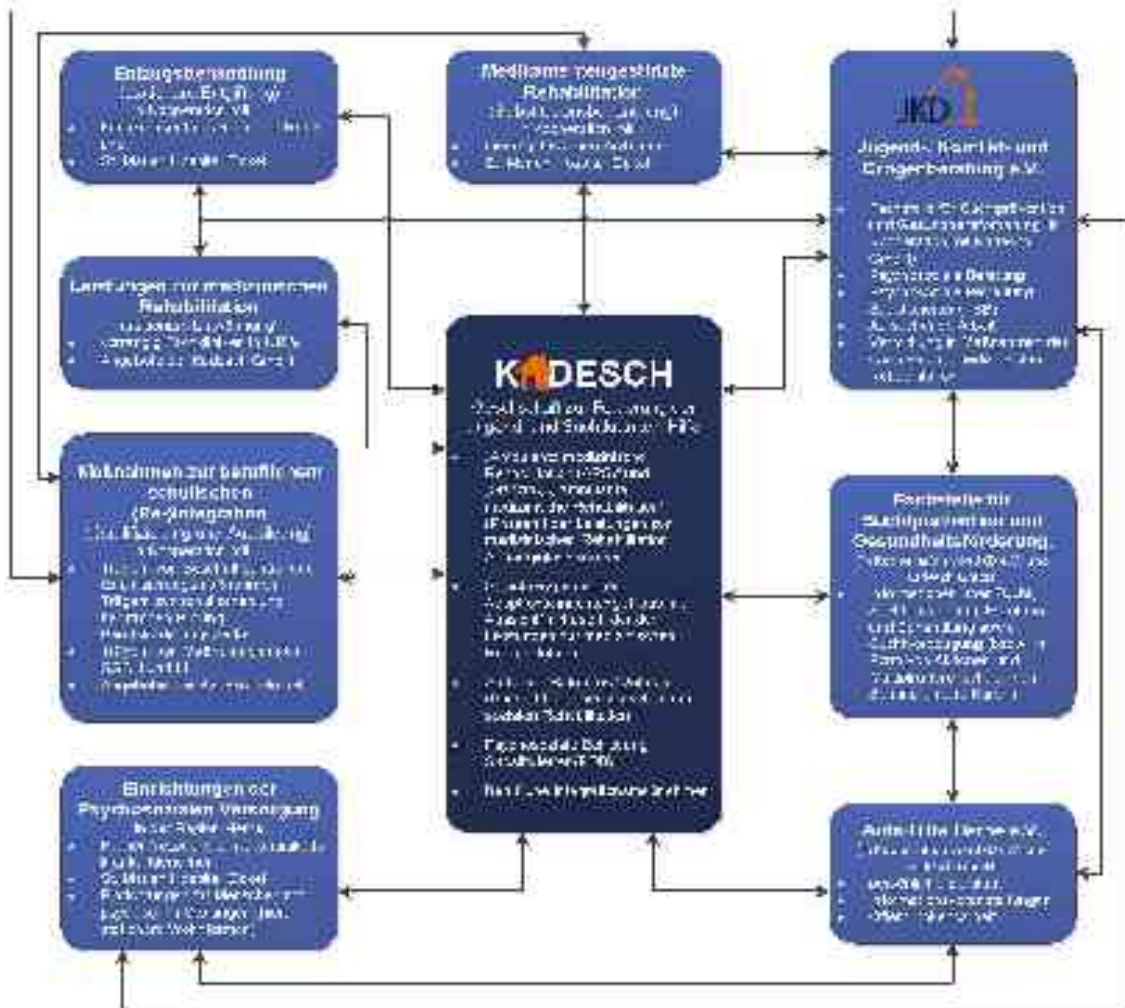


Schaubild: Drogenhilfesystem Herne

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 2012

- eine Leistung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker -

Krankheit wird „in seelischen Symptomen, in körperlichen Symptomen oder in krankhaften Verhaltensweisen erkennbar“ und verstanden als „krankhafte Störung der Wahrnehmung, des Verhaltens, der Erlebnisverarbeitung, der sozialen Beziehungen und der Körperfunktionen“ (G-BA 2007, zitiert nach: *Brandt* 2010, 38).

Die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation „befassen sich mit Patienten, bei denen sich das Krankheitsbild aufgrund eines erlebten und feststellbaren Kontrollverlustes manifestiert und chronifiziert hat. Diese Patientengruppe ... zeichnet sich durch eine vergleichsweise ungünstige Prognose aus und bedarf eines komplexen Therapieangebots, das durch Vielfältigkeit hinsichtlich ... der Formen, Methoden und Inhalte gekennzeichnet ist“ (*Petzold et al.* 2000, 322). Dementsprechend müssen Leistungsangebote vorgehalten werden, die geeignet sind, diesen Prozessen entgegenzuwirken.

1. Vorbemerkung

Die Rehabilitation und Teilhabe suchtkranker Menschen ist seit vielen Jahren ein rechtlich besonders umstrittener Bereich und immer wieder Gegenstand rechtlicher Auseinandersetzungen, was sich daraus ableitet, daß die Abhängigkeitskrankheit in ihren vielfältigen Erscheinungsformen und ihren psychischen und sozialen Kontextfaktoren ein breites Spektrum an Interventionen notwendig macht.

Aufgrund dieser (rechtlichen) Unsicherheit hat sich in der Vergangenheit nicht immer eine tragfähige Arbeitsteilung zwischen den Rehabilitationsträgern und den Einrichtungen entwickelt.

Einzelfallurteile (vgl. Urteil des BSG vom 26.06.07 - Az.: B 1 KR 34/06) haben dazu geführt, daß Leistungsträger die Verantwortung für bestimmte Leistungen der medizinischen Rehabilitation ablehnen, einzelne Leistungssegmente der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Frage stellen und infolge dessen eine erhebliche Unsicherheit für Patienten und Leistungserbringer entstanden ist.

Katamnestic nachgewiesen ist, daß „bei Drogenabhängigen innerhalb der ersten drei Monate nach Behandlungsende (Anmerkung: Entwöhnung) 76,3% der Rückfälle (stattfinden), ... Therapiewiederholer ... die Rehabilitation rund viermal häufiger (abbrechen) als Erstbehandelte“ (*Kainz et al* 2011, 40) und, daß beruflich integrierte Patienten deutlich weniger rückfällig werden (vgl. ebenda), sind Indikation und Wirksamkeit der Adaptionenbehandlung evident.

Daraus ableitend muß es als therapeutischer Kunstfehler betrachtet werden, daß aus den Entwöhnungseinrichtungen völlig unzureichend in Adaption vermittelt wird und Leistungsträger (hier: bspw. DRV Bund) die Bewilligung der Adaptionenbehandlung - eine ärztlich-psychotherapeutisch zu begründende Rehabilitationsmaßnahme - von Wohnungslosigkeit abhängig machen.

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

2. Grundsätze der Suchtrehabilitation

In der Adaptionenbehandlung haben die psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengespräche das Ziel, mit dem Patienten die Probleme bearbeiten zu können, die in der fachklinischen Behandlung nicht abschließend bearbeitet werden konnten bzw. auf die Probleme eingehen zu können, die mit dem Ziel der „Wiedereingliederung in das Gesellschaftssystem“ und der Basis für eine „zufriedene und stabile Abstinenz“ verbunden sind (vgl. *Braun* 2001, 62).

„Gegenstand der psychosozialen (und medizinischen Rehabilitation) ... ist die mögliche Veränderung der Lebensumstände (des Patienten). (Sie) ... soll ... (ihm) durch geeignete Unterstützungsmaßnahmen in psychischen, sozialen und lebenspraktischen Bereichen helfen, die psychischen und sozialen Folgen der Abhängigkeit ... zu erkennen und zu überwinden. (Art und) ... Umfang richtet sich dabei nach den individuellen Umständen und dem Krankheitsverlauf des Patienten. Ihre unterstützende Wirkung ... ist fachlich unbestritten und ihr indikationsbezogener Einsatz daher unabdingbar“ (*Schöfer, Bartling* 2009, 97). „Durch den sozialen und psychischen Fokus wird die psychosoziale (und medizinische Rehabilitation) ... als eine Mischform aus Sozial- und Psychotherapie konzipiert und integriert Beratung, ... Betreuung ... und ... Psychotherapie“ (ebenda, 97).

3. Die Adaptionphase: eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation im Sinne der kranken- und rentenversicherungsrechtlichen Bestimmungen

Adaption - Regeltherapiedauer 13 (Indikation: Alkohol) bzw. 17 (Indikation: Drogen) Wochen ist Bestandteil der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gem. den Bestimmungen der SGB V, VI, IX und XII in der Leistungsträgerschaft der Krankenkassen, Rentenversicherungsträger und Sozialhilfeträger und „stellt die konzeptionell eigenständige Phase II der Entwöhnungsbehandlung dar“ (*Fachverband Sucht* 2011).

„Die medizinische Rehabilitation ist ... soll ... Abhängigkeitserkrankungen u.a. durch psycho- und verhaltenstherapeutische Maßnahmen soweit beseitigen, daß den Patienten eine Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben wieder möglich wird“ (*Borges et al.* 2012, 6).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gem. SGB V

Nach § 11 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 26 SGB IX, § 107 Abs. 2, Pkt. 1b SGB V und der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 gehören zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation die Leistungen, die notwendig sind, um

- Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten,
- bereits erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen,
- eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen und zu erhalten und
- körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gem. SGB VI

Während aus Sicht der Krankenversicherung (SGB V) die Rehabilitation also darauf abzielt, eine drohende Behinderung abzuwenden ..., hat die Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung (SGB VI) das Ziel,

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Patienten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch
- Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Patienten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gem. SGB IX

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 selbständige und selbst bestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (§ 4 SGB IX).

Auf der Basis dieser Rechtsnormen 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).

3.1 Inhalte und Ziele der Adaptionphase

Um den Patienten die Möglichkeit zu geben, sich mit dem umfassenden Leistungsangebot der Adaptionphase in den Alltag integrieren zu können, sind die (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 Streßbewältigungstechniken,

Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Heranführung an den beruflichen Alltag, berufliche und soziale Integration vor Ort/in der Region (s.a. Berufliche (Re-)Integration), 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 und

Erstellung/weitere Bearbeitung eines Schuldenregulierungsplanes:

- Erstellung einer Übersicht über die bestehenden Verbindlichkeiten und sozialverträgliche Absprachen mit den Gläubigern.

von besonderer Bedeutung.

Bei der Adaptionenmaßnahme handelt es sich um eine aus medizinischen Gründen erforderliche Rehabilitationsleistung im Sinne der kranken- und rentenversicherungsrechtlichen Bestimmungen. Eine Adaptionenmaßnahme ist notwendig, wenn bei Abhängigkeitskranken die stationäre Entwöhnungstherapie aufgrund der spezifischen Auswirkungen und Folgen der Abhängigkeit zum Erreichen des Rehabilitationsziels nicht ausreicht. Sie dient der Erprobung, ob der Patient unter Alltagsbedingungen den Anforderungen des Erwerbslebens und der eigenverantwortlichen Lebensführung gewachsen ist (*Landessozialgericht Mainz 2006*).

4. Schlußbemerkung

„Die Adaptionenphase ist ... ein integraler Bestandteil der Behandlung. ... Erst das Durchlaufen der gesamten Therapie ergibt einen therapeutischen Sinn. ... Kurative Medizin allein reicht immer weniger aus, um den Folgen chronischer Krankheiten entgegenzuwirken, ... insbesondere (um) die Teilhabe der Betroffenen an Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu ermöglichen oder zu sichern“ (*FVS 2008*).

Es entspricht einem umfassenden, modernen Verständnis des komplexen Krankheits-/Störungsbildes „Suchterkrankung“, in seinen psychosozialen und in seinen klinisch-psychologischen und neurobiologischen Dimensionen, daß Behandlungs- und Rehabilitationsangebote mit integrativ-therapeutischen Ideen entwickelt werden (vgl. *Petzold et al. 2006*).

Gerade diese empirisch-wissenschaftliche Orientierung ist für die Ätiologie und die therapeutisch-interventive Strategienbildung der Rehabilitationsangebote unabdingbar, um die Vielseitigkeit konzeptueller Möglichkeiten für eine qualitativ hochwertige Behandlung zu gewährleisten.

Aufnahmen/Entlassungen

	gesamt	Männer	Frauen
Übernahme aus 2011	11	11	0
nach Bewerbung in 2012 aufgenommen	59	47	12
Patienten in 2012	70	58	12
reguläre Entlassungen	25	20	05
vorzeitige Entlassungen	27	24	03
verlegt in andere Einrichtung	0	0	0
Übernahme nach 2013	18	14	04

Berufliche (Re-)Integration

- Akzentuierungen zur sozialen Integration und beruflichen (Re-)Integration abhängigkeitskranker Menschen -

1. Vorbemerkungen

Hinsichtlich der Förderung Teilhabe abhängigkeitskranker Menschen am Arbeitsleben (hier: Leistungen nach SGB'n II und III) besteht erheblicher Handlungsbedarf: *Achatz et al. (2011, 31)* belegen mit ihrer Untersuchung zum Einfluß in Personen begründeter Vermittlungshemmnisse, daß sich bei einer „Kumulation von Hemmnissen ... die Übergangswahrscheinlichkeit (in Beschäftigung) nahezu halbiert“. Dementsprechend ist der Erfolg integrierender Maßnahmen nur sicherzustellen, wenn der Klientel ein Setting zur Verfügung gestellt wird, das die geeigneten und notwendigen Inhalte vorhält, um das Ziel der beruflichen (Re-)Integration erreichen zu können.

Insbesondere für drogenabhängige Patienten ist der Erfolg der medizinischen und sozialen Rehabilitation nur sicherzustellen, wenn den Patienten ein Behandlungs-/Betreuungssetting zur Verfügung gestellt wird, das die geeigneten und notwendigen Maßnahmen vorhält, um die in den SGB'n II, III, IX und XII definierten Ziele erreichen zu können.

Akzentuierungen zur beruflichen (Re-)Integration suchtmittelkonsumierender/-abhängiger Menschen basieren auf den fachlichen Hinweisen und Empfehlungen der Bundesagentur für Arbeit (Arbeitshilfe Arbeitsgelegenheiten nach § 16d SGB II, 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 soziale Integration zu fördern“ und „die Beschäftigungsfähigkeit aufrecht zu erhalten bzw. wiederherzustellen“.



Schaubild: Berufliche (Re-)Integration im Drogenhilfesystem Herne

2. Grundlagen der beruflichen (Re-)Integration

Perspektiv- und Arbeitslosigkeit der Klientel sind die Probleme in der Praxis der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, verstärkt durch eine „erhebliche Diskrepanz zwischen den beruflichen Anforderungen und individuellen Fähigkeiten“ (Gutenbrunner 2012); d.h. lange Zeiten der Arbeitsunfähigkeit und eine negative subjektive Prognose der beruflichen Leistungsfähigkeit kennzeichnen die Situation der Patienten.

Die Adaptionseinrichtungen sind in hohem Maße damit konfrontiert, daß die stationäre fachklinische Behandlung (bspw. aufgrund einer zu kurzen Behandlungszeit) hieran nichts zu verändern vermag, d.h. während der stationären Entwöhnungsbehandlung verändert sich der Erwerbsstatus der Patienten nicht.

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

Individuelle Faktoren des Integrationspotentials bei Abhängigkeitskranken (vgl. BUSS 2011):

- komorbide psychische oder körperliche Erkrankung (mit Einschränkungen in der Leistungs-/Belastungsfähigkeit), hier insbesondere:
(traumabedingte) Angststörungen (ICD-10: F4), Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1); Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen: Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2), Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31), Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6), Abhängige Persönlichkeitsstörung (F60.7), Narzisstische Persönlichkeitsstörung (F60.8), Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen (F61), Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F19.71); Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F92.0), Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (F90.0, F98.8)
- geringe psychosoziale Kompetenz mit erheblichen Teilhabestörungen
- Inkonstanz der psychosozialen Entwicklung mit Bindungsstörung, sozialer Entwurzelung, Deprivation oder Delinquenz
- fehlende Persönlichkeits- und Lebensentwürfe, Sozialisationsdefizite, fehlende soziale Einbindung
- Langzeitarbeitslosigkeit
- Vermittlungshemmnisse:
bspw. kein Schulabschluß, geringe berufliche Kenntnisse/keine Berufsausbildung, fehlende Arbeitsorientierung, Probleme im Bereich sozialer Beziehungen, gesundheitliche Beeinträchtigungen/psychische Belastungen, Ver-/Überschuldung, reduzierte Fähigkeit zur Selbstverantwortung
- in Einzelfällen: Berufsausbildung, Facharbeiterstatus, Berufserfahrung

Die einzuleitenden Maßnahmen müssen „dem gesetzlichen Auftrag (dienen), Menschen in Arbeit zu integrieren. ... Ursachen des Suchtverhaltens zu erkennen und Hilfestellung in Situationen zu geben, in denen ohne Betreuung Rückfälle drohen. ... die Möglichkeit der Tagesstrukturierung (zu schaffen) und ... die Gelegenheit zum Suchtmittelkonsum und -verhalten (zu verringern)“ (Leune 2009, 22). Die soziale und berufliche (Re-)Integration muß also im Fokus aller Maßnahmen stehen.

2.1 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 ein entscheidender Faktor.

Unter Einbeziehung der Angebote zur Behandlung der Abhängigkeitserkrankung kann die Erwerbsfähigkeit i.S. des SGB II erhalten, verbessert oder wiederhergestellt werden - unter der Voraussetzung, daß eine frühzeitige Problemerkennung und fachgerechte Unterstützung erfolgt, um eine notwendige langfristige Veränderung von Lebensstilen erreichen und das Vermittlungshemmnis „Sucht“ beseitigen zu können.

3. Maßnahmen zur sozialen Integration und beruflichen (Re-)Integration

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

- mangelnde Fähigkeit, den (Lebens-)Alltag 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) und
- die schulisch/beruflichen und persönlichen Voraussetzungen sind unzulänglich.

Um 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 zum Jobcenter,
- Bewerbungen und
- 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 und
- intensive Zusammenarbeit mit dem Jobcenter

unabdingbar.

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.

3.1 Arbeitsinhalte/Tätigkeitsfelder

Unter Berücksichtigung der genannten Ausgangsvoraussetzungen werden als Schritte zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (beruflichen (Re-)Integration) mit den Patienten folgende Punkte erarbeitet:

Entwicklung einer beruflichen Perspektive

- Prüfung der persönlichen Voraussetzungen
(Anforderung von Zeugnissen, Bewilligungsbescheiden, Arbeitsnachweisen; Klärung für welche Art von Eingliederungsmaßnahmen die Voraussetzungen gegeben sind)
Um die Erwartungshaltung der Patienten mit den Möglichkeiten des Arbeitsmarktes zu verbinden, werden die individuellen Voraussetzungen geprüft. Es wird abgeklärt, ob der Patient z.B. umschulungsberechtigt ist oder welche Maßnahmen vorgeschaltet werden müssen, damit er diese Berechtigung erlangt.

Bewerbungstraining

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.

Kontakt zum Jobcenter/zur Agentur für Arbeit

(arbeitssuchend melden, Termine bei Berufsberatung oder Arbeitsvermittlung)

Alle Patienten melden sich arbeitssuchend, um die Angebote des Jobcenters/der Agentur für Arbeit wahrnehmen zu können. Gemeinsame Besuche beim Berufs-Informations-Zentrum (BIZ) finden regelmäßig statt.

Vermittlung eines berufsorientierenden Praktikums

(Kontaktaufnahme zu Betrieben und Firmen, Vermittlung von und Begleitung bei Vorstellungsterminen, Abschluß eines Praktikumsvertrages, Reflexionsgespräche)

Alle Patienten absolvieren ein externes Praktikum, um die Überprüfung der eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten aber auch Grenzen zu gelangen. Berufswünsche/-vorstellungen werden somit in der Berufsrealität überprüft.

Ziel ist eine Heranführung an den Berufsalltag in Form eines Belastungstrainings, sowie die Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Berufsalltags (Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit und Leistungsfähigkeit).

Um eine hohe Effektivität der Belastungs- und Eignungserprobung zu gewährleisten, werden die Patienten intensiv durch einen festen Mitarbeiter betreut, der eine enge Kooperation mit dem Arbeitgeber gewährleistet und diesem für Fragen, Kritik und Anregungen sowie Reflexionsgespräche zur Verfügung steht, in denen die bisherige Entwicklung im Praktikum besprochen wird.

Die Akquiesierung der Praktikumsstellen basiert auf einer engen Kooperation mit bewährten ortsansässigen Handwerksbetrieben bzw. Firmen und Organisationen. Vermittelt werden maximal 2 Patienten pro Betrieb, 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.

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 das Jobcenter/die Agentur für Arbeit, aktiv zu werden und Möglichkeiten aufzuzeigen.

Vermittlung in Maßnahmen (Qualifizierungs-, Feststellungs-, Umschulungsmaßnahmen)

Dies geschieht in Kooperation mit dem Jobcenter bzw. der Agentur für Arbeit, da diese im Rahmen der SGB II/III für die Vermittlung und Bewilligung einer Maßnahme zuständig sind und die Finanzierung einer Maßnahme von dort bewilligt werden muß.

Um die Bewilligung einer Maßnahme zu optimieren, ist es wichtig, die Patienten auf den Termin beim Arbeitsvermittler bzw. -berater vorzubereiten. Je genauer die Patienten wissen, welche Maßnahme sie machen wollen (Art und Dauer), desto einfacher ist es für den Vermittler, aktiv zu werden und den Vermittlungsprozeß vorzubereiten.

Vermittlung in Schulen

(Anmeldung bei der Berufsschule, Volkshochschule oder Abendschule zum Erlangen eines Schulabschlusses oder zur weiteren schulischen Qualifizierung)

Die detaillierten Kenntnisse über die unterschiedlichen Bildungsangebote und der enge Kontakt zu den Trägern schulischer Bildung eröffnen den Patienten zeitnah Möglichkeiten zur Erlangung einer schulischen Qualifikation.

3.2 Maßnahmen zur Förderung der persönlichen Entwicklung (optional)

Die hier dargestellten Maßnahmen gehören nicht zu den Leistungen der „kommunalen Daseinsvorsorge“ (bspw. im Sinne des § 8 Abs. 1 der Gemeindeordnung NRW, in der allgemein die Schaffung u.a. sozialer Einrichtungen der Kommune umschrieben ist, ohne einen Leistungsrahmen zu beschreiben).

Nach § 16a SGB II sind von der Kommune „zur Verwirklichung einer ganzheitlichen und umfassenden Betreuung und Unterstützung bei der Eingliederung in Arbeit ... Leistungen (zu erbringen), die für die Eingliederung der oder des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten in das Erwerbsleben erforderlich sind“, u.a. Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung, Suchtberatung.

Im Kontext der SGB II und III bedarf die Diagnose, Bearbeitung und ggf. Behandlung einer Suchtproblematik einer spezifischen Fachlichkeit, die über den Rahmen der Leistungen zur Daseinsfürsorge weit hinausgehen muß, um paßgenaue Hilfeangebote vermitteln und die soziale und berufliche (Re-)Integration erreichen und letztlich absichern und das Ziel, die (berufliche) Funktions- und Leistungsfähigkeit der Patienten zu verbessern, erreichen zu können.

Die Zielgruppe der unter 25jährigen Patienten ist nach den Vorgaben des Gesetzgebers (vorrangig) in den ersten Arbeitsmarkt zu vermitteln. Gem. § 3 Abs. 2 SGB II ist ihnen unverzüglich eine Ausbildung, eine Arbeit oder eine Arbeitsgelegenheit (Arbeit und Arbeitsgelegenheit mit Qualifizierungsanteilen) zu vermitteln. Da zu erwarten ist, daß in dieser Altersgruppe die Einsicht in die eigene Suchtproblematik zumindest noch ambivalent ist, sind „besondere“ Maßnahmen notwendig.

a) Motivierung, Information, Ressourcenaktivierung

Das Leistungsangebot basiert auf dem (Beratungs-)Ansatz der motivierenden Gesprächsführung; ein klientenzentriertes direktes Beratungskonzept zur Erhöhung der Eigenmotivation von Menschen, um ein (problematisches) Verhalten zu ändern.

Ziel des Leistungsangebotes ist, die entwicklungs-/krankheitsbedingt drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen durch eine möglichst frühzeitige Einleitung der gebotenen Maßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

aa) Das Gruppenangebot „Motivierung, Information, Ressourcenaktivierung“

Der Patient soll bspw. (wieder) befähigt werden, bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für ihn als „normal“ für seinen persönlichen Lebenskontext erachtet werden. Die „Koppelung“ mit einer längeren Belastungserprobung durch begleitete Praktika ist dabei unverzichtbar, um für alle Beteiligten die Leistungsfähigkeit und Ressourcen transparent zu machen.

Ziele

des Gruppenangebotes „Motivierung, Information, Ressourcenaktivierung“ sind

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

Inhalte

des Gruppenangebotes „Motivierung, Information, Ressourcenaktivierung“ sind

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

ab) Das Gruppenangebot „Ressourcenorientierte Trainingsgruppe“

Ziel dieses Gruppenangebotes ist die Stärkung von Selbstbewußtsein, Willens- und Wollensfähigkeiten, Erlernen von praktischen Problemlösungsstrategien, der adäquate Umgang mit Alltagsproblemen und eine positivere Sichtweise auf das Leben. Als Themen werden u.a. fokussiert:

- Eigen- und Fremdwahrnehmung
- „Zukunftsreise“ in bezug auf Wohnung, Arbeit, Kontakte, Beziehungen
- Identifikationsübungen

Mit diesem spezifischen Gruppenangebot wird den Patienten ermöglicht, sich in einem indikationsgeleiteten langfristigen Entwicklungsprozeß „neue“ Perspektiven zu erarbeiten, und ein modifiziertes Netzwerk angeboten, daß der jeweiligen Lebenssituation des Einzelnen entsprechend „Bausteine“ (Bausteine sind hier als ein Bündel (psycho-)therapeutischer und soziotherapeutischer Interventionsformen zu verstehen) und auf die Ressourcen des Patienten abgestimmte (Hilfe-)Möglichkeiten vorhält.

Inhaltlich erfolgt die Unterstützung auf den Ebenen der *Verstehensdimension* (Probleme und Belastungen werden in einem größeren Zusammenhang gesehen), *Bewältigungsdimension* (Ressourcen können zur Bewältigung von Problemen mobilisiert werden), *Willensdimension* (Vorhaben und Ziele auch wirklich in die Tat umsetzen zu *wollen*), *Sinndimension* (Engagement für Ziele und Projekte, um dem Leben einen Sinn zu geben).

b) Anti-Aggressions-Training

Das Antiaggressionstraining hat die Zielsetzung, die Patienten mit ihren destruktiven, aggressiven Verhaltensweisen und ihrer geringen Frustrationstoleranz zu konfrontieren und ihre Selbst- und Sozialkompetenzen zu stärken. Die Patienten sollen lernen, sich als unangenehm empfundene Gefühle einzugestehen, diese zu regulieren und zu bewältigen.

Die Patienten

- lernen unterschiedliche Aggressionsformen (verbal, nonverbal) kennen,
- erkennen die Wirkung verbaler und nonverbaler Kommunikation,
- trainieren deeskalierende Methoden zur Anwendung in Konfliktsituationen und
- lernen, ihr Verhalten zukünftig auch danach auszurichten, die Stärken des anderen anzuerkennen und positiv wahrzunehmen.

Ziele

des Gruppenangebotes „Anti-Aggressions-Training“ für abhängigkeitskranke Menschen sind:

- 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

c) Präventive Maßnahme

Präventive Maßnahmen zielen auf die generelle Vermeidung auslösender oder vorhandenen Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen.

ca) Das Rückfallpräventionstraining

Rückfallprophylaktische Maßnahmen müssen sowohl primär- als auch sekundär-präventive Aspekte berücksichtigen: Primärprävention zielt auf die Vermeidung eines Rückfalls ab; bei der Sekundärprävention steht die Schadensbegrenzung und die Verhinderung einer Verfestigung des Konsumverhaltens im Vordergrund. Der Patient soll Kompetenzen entwickeln, Rückfallrisiken zu minimieren und bei Rückfälligkeit ein erneutes „Abgleiten in die Sucht“ zu verhindern.

Inhalte

des Rückfallpräventionstrainings (insgesamt 10 Sitzungen à 2 Unterrichtsstunden = 90 Minuten) für alkohol- und drogenabhängige Menschen sind (vgl. ebenda),

- Maßnahmen zum Erkennen von Rückfallrisiken, um für die Möglichkeit der eigenen Rückfälligkeit sensibilisiert zu werden.
(Durch die ausführliche Analyse früherer Rückfallsituationen können Wiederholungen frühzeitig gestoppt oder verhindert werden. Ebenso schützen die aktive Auseinandersetzung mit Rückfallphantasien und -träumen und Erarbeitung von Risikochecklisten, Risikokalendern, Risikotagebuch etc. vor weiteren Rückfällen.)
- Maßnahmen zur Erhöhung der Bewältigungskompetenzen, die Strategien zur Meidung von Hochrisikosituationen und zur Bewältigung wiederkehrender belastender Gefühlszustände beinhalten.
- Maßnahmen zur Veränderung rückfallbezogener Kognitionen, die auf eine Umbewertung von Suchtverlangen, Überprüfung eigener Vorstellungen und Identifizierung von persönlichen Rückfallbedingungen abzielen.

Ziele

des Rückfallpräventionstrainings für alkohol- und drogenabhängige Menschen sind

- Entgegenwirkung der Chronifizierung von mißbräuchlichem Konsumverhalten,
- gemäßigter und verantwortungsvoller Drogenkonsum oder Abstinenz,
- sucht- und drogenabhängige Menschen zu Experten ihrer eigenen Erkrankung zu machen,
- rückfallvorbeugend zu wirken (Primäre Rückfallprophylaxe) und
- Sucht- und Drogenabhängigen zu helfen, einen angemessenen Umgang mit Rückfällen zu entwickeln (Sekundäre Rückfallprophylaxe).

4. Statistik: Berufliche Situation nach regulärer Entlassung aus der Adaptionphase

	2010 N = 30	2011 N = 29	2012 N = 25
reguläre Erwerbstätigkeit (Voll- oder Teilzeitbeschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt)	03 (10,0%)	04 (13,79%)	03 (12%)
gelegentliche reguläre Erwerbstätigkeit (Aufnahme zumindest von gelegentlicher Arbeitstätigkeit)	0	01 (3,45%)	04 (16%)
betriebliche Umschulung oder Ausbildung (Qualifizierung der Patienten durch Umschulungs- sowie Ausbildungsmaßnahmen, auch Qualifizierungsmaßnahmen)	03 (10,0%)	03 (10,34%)	01 (4%)
Maßnahmen nach SGB II, III oder SGB XII (Maßnahmen zur beruflichen Integration, Arbeitsgelegenheiten mit Mehraufwandsentschädigung (sog. „1-Euro-Job“), sonstige Trainingsmaßnahmen)	14 (46,67%)	03 (10,34%)	04 (16%)
Betriebliches Praktikum	03 (10,0%)	07 (24,14%)	0
Schule/Studium	01 (3,33%)	04 (13,79%)	02 (8%)
Hausfrau/-mann	0	0	02 (8%)
arbeitslos	06 (20,0%)	07 (24,14%)	09 (36%)
			davon: erwerbsunfähig 04 (16%)
arbeitslos vor Therapiebeginn	30 (100%)	32 (100%)	24 (96%)

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:

- 25 Patienten schlossen 2012 die Maßnahme regulär ab (2010: 30, 2011: 29). 36% waren bei Entlassung arbeitslos (2010: 20%, 2011: 24,14%), d.h. bei 64% (2010: 80%, 2011: 75,86%) konnte die berufliche Integration erfolgreich realisiert werden.
- in reguläre Erwerbstätigkeit konnten 12% der Patienten (2010: 10%, 2011: 13,79%) in ein reguläres Arbeitsverhältnis vermittelt werden. Berücksichtigen wir hier die Vermittlungen in gelegentliche reguläre Erwerbstätigkeit, betriebliche Umschulungs-/Ausbildungsverhältnisse und Schule/Studium von 28% (2010: 13,33%, 2011: 27,58%), so ergibt sich, daß insgesamt 40% der Patienten (2010: 23,33%, 2011: 41,37%) in reguläre Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen vermittelt werden konnten.
- der Anteil der Patienten, die zum Entlaßzeitpunkt nicht vermittelt werden konnten, betrug in 2012 36% (2010: 20%, 2011: 24,14%), d.h. der gesamtwirtschaftlich kontinuierliche Rückgang der Arbeitslosigkeit und damit stetig ansteigende Beschäftigungsgrad zeigen bei den Möglichkeiten der beruflichen (Re-)Integration der Klientel keinen Effekt.
Gründe: Das „Vermittlungshemmnis Sucht“ in Verbindung mit einer fehlenden bzw. lückenhaften beruflichen Biographie sowie fehlender beruflicher Qualifikation wirken sich auf die Möglichkeiten auf dem sog. „klassischen“ Arbeitsmarkt zunehmend negativ aus.

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

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 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 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.

5.1 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.

	gesamt	Männer	Frauen
Übernahme aus 2011 nach 2012	11	9	2
Übernahme aus 2012 nach 2013	8	7	1
Aufnahmen in 2012	15	13	2
Teilnehmer in 2012: gesamt	23	20	3
aktuell in der Maßnahme	8	6	2

Tabelle 1: Übersicht Teilnehmer - gesamt

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 2012: gesamt	23	20	3
vorzeitige Beendigung der Maßnahme	8	7	1
reguläre Beendigung der Maßnahme	10	8	2
Vermittlung in betriebl. Praktikum	19	16	3
Vermittlung in Arbeit/Umschulung	8	6	2
Vermittlung in Maßnahmen der med. Rehabilitation (Substitution, Entzug, Entwöhnung, ...)	8	8	0
Vermittlung in Maßnahmen der sozialen Rehabilitation (Ambulant Betreutes Wohnen, Suchtberatung, ...)	19	16	3
aktuell in der Maßnahme	8	6	2
aktuell in betriebl. Praktikum	6	4	2

Tabelle 2: Übersicht Teilnehmer - Maßnahmeergebnis

6. Schlußbemerkungen

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)

Das Vorhandensein sozialer Sicherungen und das Wissen um diese, ist für den Einzelnen im Hinblick auf die persönliche Stabilität (und damit auch für den Erfolg medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen) von entscheidender Bedeutung.

Aufgrund der „Zuspitzung“ der Rahmenbedingungen sind die Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation zunehmend nicht mehr in der Lage, sich als Einrichtung der ganzheitlichen und differentiellen Therapie und Rehabilitation verstehen und nach einem netzwerkorientierten Arbeitsansatz die von den Leistungsträgern vorgegebenen Inhalte der Rehabilitation umsetzen zu können.

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: 0 Männer und 0 Frauen bewarben sich schriftlich um einen Behandlungsplatz (2011: 34/6).

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 42 Bewerbern wurden 13 aufgenommen. Bei 5 haben wir eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung empfohlen, da die Voraussetzungen für eine ARS nicht gegeben waren. Bei 4 Patienten ist die Aufnahme in 2013 geplant. 14 Patienten haben trotz Leistungszusage die Behandlung nicht angetreten. Bei den übrigen 6 sind keine Informationen über den Verbleib bekannt.

2012 wurden insgesamt 19 Patienten im Rahmen der ARS behandelt, 6 Patienten wurden aus dem Vorjahr übernommen und 3 werden in 2012 weiterbehandelt.

16 Patienten beendeten 2011 die Behandlung: 7 Personen schlossen regulär ab, 8 Patient wurde vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis entlassen, 1 Patient 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 Vorstellungsgesprächs, 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 2012 haben sich 23 Frauen und 85 Männer beworben; 39 Patienten (2011: 33) wurden aufgenommen.

In 2012 wurden insgesamt 42 Patienten behandelt (33 Aufnahmen in 2012 und 9 Patienten aus dem Vorjahr übernommen), 5 werden in 2013 weiterbehandelt.

Ergebnisse

Patienten ...	2010	2011	2012
gesamt	38	33	42
substituiert	15	14	15
substituiert mit Methadon/Polamidon	13	13	14
substituiert mit Subutex	2	1	1

Ø Behandlungsdauer Patienten ...	2010 Wochen	2011 (Wochen)	2012 (Wochen)
gesamt (inkl. vorz. TE)	11,5	13	10
gesamt (reg. Entlassung)	15	16	14
unter Substitution (inkl. vorz. TE)	13	10	14
unter Substitution (reg. Entlassung)	15	14	15

Erwerbsfähigkeit Behlungsende	2010	2011	2012
6 Stunden und mehr	28	22	40
3 bis unter 6 Stunden	5	5	1
unter 3 Stunden	2	0	0
arbeitsunfähig	3	2	1

Behandlungsverlauf		Berufliche Situation bei Entlassung
insgesamt in Behandlung	42 (100%)	
noch in Behandlung	05 (11,90%)	
reguläre Entlassung	18 (42,86%)	in Arbeit = 08 (44,44%), arbeitslos = 10 (55,56%)
vorzeitige Beendigung	08 (19,05%)	in Arbeit = 0, arbeitslos = 08 (100%)
in andere Einrichtung verlegt	0	
disziplinarisch entlassen	11 (26,19%)	

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 abstinentere 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 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.

Konzeptuelle Schwerpunkte

Für die spezifische Konzeption des Ambulant Betreuten Wohnens sind konzeptuellen Schwerpunkte notwendig, um dem einzelnen Klienten die Möglichkeit zu geben, sich mit diesem umfassenden Leistungsangebot in die Lebens- und Alltagsrealität 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

Das Ambulant Betreute Wohnen beinhaltet Hilfestellungen auf unterschiedlichsten Ebenen, um die Klienten zu unterstützen, sich ein neues soziales Umfeld aufzubauen, 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 Ambulant Betreutes Wohnen 2012

Geschlecht	abs.	%	Berufliche Situation	abs.	%
weiblich	10	22	in Arbeit	10	22
männlich	35	78	in Ausbildung	09	20
Alter			Umschulung/Qualifizierung	01	2
(Jahre)	DW	34	berufliche Rehabilitation	0	0
Schulabschluß			Tätigkeit mit Mehraufwandentschädigung	0	0
ohne	04	09	arbeitslos	10	22
Sonderschule	05	11	Schule	02	04
Hauptschule	24	53	Studium	02	04
Realschule	08	18	Hausfrau/-mann	0	0
Fach-/Abitur	04	09	berentet	01	02
Berufsausbildung			sonstige	0	0
ohne	13	29	Berufliche Integration durch BeWo		
angefangen und nicht abgeschlossen	10	22	ja	29	64
abgeschlossen	22	49	nein	16	36
Berufsgruppe			Einkommen		
handwerklicher Bereich	19	86	Erwerbseinkommen	19	42
kaufmännischer Bereich	02	09	ALG I	2	4
Akademiker	0	0	ALG II	20	44
sonstige	1	5	Unterhalt	0	0
Aufnahmestatus			Rente	01	2
Übernahme aus Vorjahr	22	49	Vermögen	01	2
Neuaufnahme in 2011	23	51	sonstiges	02	4
Betreuungsdauer			Schulden		
(Monate)	DW	18	bis 5.000 Euro	23	51
Entlassungen in 2012			5.001 - 10.000 Euro	12	27
ja	17	38	10.001 - 25.000 Euro	10	22
nein	28	62	≥ 25.000 Euro	0	0
Entlaßstatus			Schuldenregulierung		
reguläre Beendigung des BeWo	06	35	ja	38	84
vorzeitig durch Klient	02	12	nein	07	16
vorzeitig durch Einrichtung	05	29	Soziales Netzwerk (Kontakte zu ...)		
weitgehende Verselbständigung	0	0	Familie/Lebenspartner	52	34
Vermittlung in andere Betreuungsform	1	6	Nichtkonsumenten	42	27
längerfristige (Wieder-)Erkrankung	02	12	Konsumenten	21	14
Umzug	0	0	professionellen Helfern	40	26
fehlende Betreuungsmotivation	01	6	Konsumverhalten		
sonstige	0	0	abstinent	26	24
Dauer der Suchterkrankung			Alkohol	07	07
(Jahre)	DW	15,9	Cannabinoide	05	05
			synthetische Drogen	04	04
			Kokain	04	04
			Opioide	05	05
			Substitution	04	04
			Eßstörung	01	01
			andere Substanzen	0	0
Anmerkungen			Freizeitverhalten		
DW = Durchschnittswert			selbstorganisierte Aktivitäten/Verein	30	50
Bei „Einkommen“, „Soziales Netzwerk“, „Konsumverhalten“ u. „Freizeitverhalten“ sind Mehrfachnennungen möglich; die Summe kann also ≥ 100% sein.			Aktivitäten der Einrichtung	25	42
			keine	15	25

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

Vorbemerkung

Die Fachstelle für Suchtprävention und Gesundheitsförderung arbeitet im Trägerverbund von Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung e.V. und Kadesch GmbH.

Die in unserer Gesellschaft um sich greifende Krankheitsentwicklung, die Suchtphänomene in erster Linie als eine medizinische Symptomatik begreift, wird der Komplexität der Suchtgenese und Suchtverläufe nicht gerecht. Maßnahmen zur

- Förderung der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben,
- Förderung psychischer Gesundheit,
- Förderung von Lebenskompetenz und
- Förderung von Problembewußtsein

haben in der Prävention und in der Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert.

Niemand wird süchtig geboren und keiner wird von heute auf morgen abhängig. Jede Sucht beginnt harmlos und unbemerkt und hat meist eine lange Geschichte. Die Anfälligkeiten für süchtiges Verhalten werden sehr oft schon in der frühen Kindheit gelegt. Suchtgeschichten beginnen in ganz normalen Elternhäusern und gehen durch alle Schichten unserer Gesellschaft. Auf die Frage nach den Ursachen gibt es keine einfache Antwort.

Sicher ist noch niemand nach Gummibärchen süchtig geworden. Aber Schokolade, Bonbons und Kekse - oder auch Gummibärchen - sind vielleicht ein Wegbereiter in ein abhängiges Leben. Immer dann, wenn sie nicht nur ein gelegentlicher, wohlschmeckender Genuss für ein Kind sind, sondern mehr oder minder ständiger und unkontrollierter Ersatz für menschliche Zuwendung, Lob oder Trost.

Nicht nur das Suchtmittel ist ausschlaggebend, ob und in welchem Maße Menschen abhängig werden können. Um zu verstehen, wie sich Sucht- und Abhängigkeitsverhalten entwickeln, muß der Blick auch auf die Entstehungsbedingungen und die jeweilige Lebenssituation der betreffenden Person gelenkt werden.

Das Bedürfnis sich wohl oder besser zu fühlen ist der Wunsch eines jeden Menschen. Die meisten verschaffen sich ganz bewußt Wohlbefinden, das wohlige Gefühl der Sättigung durch Essen und Trinken, Erfolgserlebnisse durch Arbeit, Entspannung durch Medikamente, Abschalten oder Anregung durch Alkohol oder Nikotin.

Im Sinne der Suchtprävention ist es weniger von Bedeutung, was konsumiert wird, als die Art und Weise, wie konsumiert wird. Die Frage lautet dann immer: „In welcher Situation, mit welchem Motiv konsumiere ich was?“ Diese Betrachtungsweise macht deutlich, daß ureigene Bedürfnisse oft durch Ersatzhandlungen befriedigt werden.

Bereits kleine Kinder bekommen intuitiv mit, dass ihre Eltern in bestimmten Situationen beispielsweise Alkohol trinken oder eine Zigarette rauchen. Eltern sind somit Vorbilder für den Umgang mit bestimmten Suchtmitteln.

Um sich zu entspannen, Unwohlsein zu beseitigen, als Möglichkeit des Umgangs mit Konflikten, um Probleme zu lösen oder aus Geselligkeit bei einer Feier sind die häufigsten Argumente, die auch später Jugendliche nutzen, um ihren Konsum zu rechtfertigen.

Bei einigen Menschen verändert sich mit der Zeit die Bedeutung solcher „lieb gewordenen Gewohnheiten“ oder die Bedeutung der Befriedigung eines alltäglichen Bedürfnisses. Fachleute sprechen dann von Mißbrauch, Sucht oder Abhängigkeit, wenn das Glas Wein am Abend zur Entspannung eine Flasche wird, oder das Essen zum Trost eingesetzt wird.

Das Ablegen dieser Verhaltensweisen, selbst wenn der Mensch das will, ist nicht mehr „einfach so“ möglich. Hat sich der Körper bereits an das Suchtmittel gewöhnt, dass eine immer höhere Dosis benötigt wird, damit sich ein Wohlgefühl einstellt, ist der Übergang zur körperlichen und psychischen Abhängigkeit „vollzogen“.

Sucht und Abhängigkeit entstehen also nicht „auf einmal“ oder von „heute auf morgen“. Suchtentstehung ist ein Prozeß, bei dem individuelle, gesellschaftliche und suchtmittelspezifische Faktoren zusammenwirken.

Suchtentstehung kann verhindert werden, wenn die Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht und das Vermitteln eines bewußten Umgangs mit den eigenen Bedürfnissen, Möglichkeiten und Kompetenzen ermöglicht wird. Die Förderung und Stärkung des Selbstwertgefühls und das eigene

Gefühl seinen Körper gesund zu halten, sowie die Risiken einschätzen zu können, sind weitere wichtige Aspekte der Suchtprävention und Gesundheitsförderung.

Die Präventionsarbeit orientiert sich an der Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (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).“

Ziele der Präventionsarbeit

Die wesentliche Aufgabe von Suchtprävention liegt in der Wahrnehmung suchtfördernder Verhaltensweisen. Dies beinhaltet, daß Suchtvorbeugung bei den Ursachen von Sucht und Abhängigkeit ansetzen muss.

Ziel ist es, gerade bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Lebenszufriedenheit ohne Suchtmittel oder süchtig machende Verhaltensweisen erfahrbar zu machen, sowie ein seelisch, geistig und körperlich gesundes Leben zu bewahren und zu fördern. Es geht darum Heranwachsende so stark zu machen, daß sie fähig sind, die auf sie zukommenden Aufgaben und Anforderungen zu lösen. Langfristig soll so zur Verringerung eines Suchtverhaltens beigetragen werden.

Wir möchten Multiplikatoren (Eltern, Lehrer und pädagogische Fachkräfte) sensibilisieren und befähigen, daß sie in der Lage sind, Kindern und Jugendlichen eine konstruktive Bewältigung von Lebenskrisen ohne Rückgriff auf Suchtmittel oder süchtige Verhaltensweisen anzubieten.

Suchtprävention bedeutet somit Erziehungshilfe und die Förderung von Kompetenzen:

- Stärkung des Selbstwertgefühls
- Förderung der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit, sowie Verstärkung sozialer Verhaltensweisen
- Fähigkeit, Konflikte mit anderen Menschen auszutragen
- Erziehung zur Eigenverantwortung und Selbstbestimmung
- Fähigkeit, eigene Leistungen wertzuschätzen
- Erziehung zu Erlebnis- und Genußfähigkeit
- Anleitung zu kritischem Konsumverhalten
- positiven Umgang mit Frustration stärken
- Fähigkeit, (Körper) Gefühle bei sich wahrzunehmen und sich damit auseinander zu setzen
- Kreativität, Aktivität und Fantasie unterstützen und Freiräume dafür lassen
- Fähigkeit, Probleme anzuerkennen und zu lösen

Suchtprävention soll frühzeitig beginnen, langfristig angesetzt sein und umfassend durchgeführt werden. Suchtvorbeugende Angebote bereits Kindergarten können bewirken, daß Schutzfaktoren aufgebaut und gefördert werden. Dadurch werden Kinder und Jugendliche stabiler und der Konsum von Suchtmitteln im beginnenden Jugendalter kann aufgeschoben oder vermieden werden. Gesundheitsbewusste und gemäßigte Konsummuster können auf diese Weise erworben werden.

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

In diesem Sinne ist Prävention eine Gemeinschaftsaufgabe und bedeutet, daß Eltern, Lehrer und pädagogische Fachkräfte, möglichst verzahnt und kontinuierlich miteinander arbeiten.

Zielsetzungen und Methoden

Prävention ist ein gemeindeintegriertes Hilfeangebot, das der Förderung personaler, psychischer und sozialer Ressourcen dient. Soziostrukturelle Bedingungen, die suchtfördernd oder umgekehrt suchtvorbeugend wirken können, werden aufgedeckt und Sachinformation im Sinne von drogen- und suchtbegleitender Aufklärung vermittelt.

Dies wird erreicht durch:

- Information und Beratung aller Zielgruppen (Kinder, Jugendliche und Erwachsene)
- Qualifizierung und Fortbildung von Fachkräften und Multiplikatoren
- Kurse, Seminare und Projekte für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
- Kampagnen und Öffentlichkeitsarbeit

Schwerpunkte der Angebote sind:

- Ursachenforschung
- Erfassen verschiedener Suchtformen und Alternativen dazu entwickeln
- sowie den eigenverantwortlichen Umgang mit Suchtmitteln erkennen

Eingesetzt werden können:

- Interaktions- und Rollenspiele
- Informationsvermittlung anhand von Vorträgen
- Erfahrungsberichte in Form von Kurzfilmen oder Gesprächen mit ehemaligen Abhängigen
- Kleingruppengespräche
- Erfahrungsaustausch und eventuell Gestaltung von Plakaten oder anderen Informationsvermittlern
- Elemente aus der Erlebnispädagogik

Als Kooperationspartner vor Ort können die Mitarbeiter der Drogenberatungsstelle, Vertreter von Selbsthilfegruppen, sowie das Kommissariat Vorbeugung der Polizei hinzugezogen werden.

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 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 der 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.



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

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

Gesundheitsprävention

Impfaktion als gesundheitspräventive Maßnahme

Die äußerst positiven Erfahrungen des Impfprojektes in 2006 haben Jugend-, Konflikt- und Drogenberatung e.V., Aids-Hilfe Herne e.V. und Kadesch GmbH in 2011 wieder aufgegriffen und als gesundheitspräventive Maßnahme zum festen Bestandteil ihrer Angebote gemacht, um Menschen zu unterstützen und zu erreichen, die keiner gesetzlichen Krankenkasse angehören und/oder die die Kosten für Impfungen und Arztbesuche nicht aufbringen können.

Herr Dr. Jan Pohle hat uns seine ärztliche Kompetenz kostenlos zur Verfügung gestellt hat, so daß wir „nur“ den Impfstoff für die Impfungen gegen **Hepatitis A und B**, sowie als **Standardimpfung** gegen Poliomyelitis, Tetanus und Diphtherie sowie Grippe finanzieren mußten.

Gründe für die Impfung gegen Hepatitis (ansteckende Leberentzündung):

- Die mit der Impfkation 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).

Ergebnisse der Impfkation: Insgesamt erfolgten 92 Impfungen verteilt auf 39 Teilnehmer.

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

Statistische Aussagen 2012

- 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 15 Maßnahmen durchgeführt.

MAßNAHMEN	ANZAHL
Primärprävention	
Elementarbereich	3
Unterstufe der weiterführenden Schulen	7
GESAMT	10

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.

MAßNAHMEN	ANZAHL
Sekundärprävention	
Mittel- und Oberstufe der weiterführenden Schulen	57
Maßnahmen im Rahmen der Jugendhilfe	13
Maßnahmen im Rahmen der Erwachsenenbildung	
▪ Elternabende	5
▪ Mitarbeiterschulungen	6
▪ Betriebe / betriebliche Ausbildung/Verwaltung	2
▪ medizinische Einrichtungen	0
▪ sonstige Einrichtungen (Vereine, Kirchen, Verbände, Parteien, Gewerkschaften u.ä.)	2
GESAMT	83

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	2012
<u>telefonische</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	1.051
<u>persönliche</u> Beratung/Betreuung/Krisenintervention	472
GESAMT	1.523

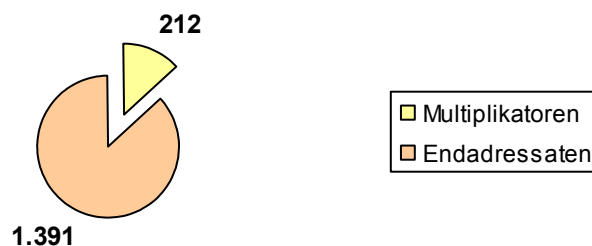
Tertiärprävention ist die Beratung/Betreuung von Menschen, die aus der Sucht aussteigen wollen; i.d.R. 150-175 Klienten im Jahr, wobei hier zusätzlich Maßnahmen der telefonischen Beratung und Krisenintervention zu berücksichtigen sind. Dies umfaßt alle Bereiche der Suchthilfe.

KLIENTEN	2012
Tertiärprävention	
telefonische Beratung/Betreuung/Krisenintervention	291
persönliche Beratung/Betreuung/Krisenintervention	123
GESAMT	414

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

MAßNAHMEN	ANZAHL
Öffentlichkeitsarbeit	
Mitwirkung in örtlichen Arbeitskreisen/Gremienarbeit (Psychosoziales Plenum, Arbeitskreise der PSAG, Stadtjugendring, AG Frauen & Gesundheit, AG Suchtvorbeugung/Gesundheitsförderung, Qualitätszirkel der substituierenden Ärzte, ...)	47
Mitwirkung in regionalen/überregionalen (Fach-) Arbeitskreisen (AG Prophylaxe, AG für Suchtfragen, AG Therapie, AG Dropo, Fachverband Sucht (FVS), Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR), akzept, ...)	24
Medieninformationen	12
Allgemeine Vorträge/Veranstaltungen	11
GESAMT	94

Anzahl der erreichten Personen (gesamt)



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.

Soweit und in dem Umfang, wie die zur Landesdokumentation verwandte und seitens des Landes NRW empfohlene Dokumentationssoftware es ermöglicht, erfolgt eine kommentierte statistische Aufbereitung der vorliegenden Daten.

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

Susanne Edel

Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapie

Annegret Knepper-Lieder

Prokuristin

Fabian Peters

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

Julia Tasner

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

Silke Esser

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

Sonja Müller

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

Petra Krüger

Pädagogische Fachkraft, Ausbildung in Systemischer Therapie

Karim Satian

Erzieher, Ausbildung in Gestaltberatung am FPI

Jenny Schulz

Pädagogische Mitarbeiterin, Malermeisterin

Ingrid Bachert

Hauswirtschafterin

Gabriele Mühlhan

Hauswirtschafterin

Beate Wentzek

Verwaltungsangestellte

Thilo Tödtmann

Verwaltungsangestellter

Alina Münch

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
internet: www.therapieverbund-herne.de**

im März 2013