

**Christine Hölzmann  
- Soziale Suchtarbeit -**

**Jahresbericht 2011**

**Ambulant betreutes Wohnen für Suchtkranke  
gemäß §§ 53 ff SGB XII**



Christine Hölzmann  
- Soziale Suchtarbeit -  
Pastoratstr. 2  
50321 Brühl  
Tel: 02232-202654  
Fax: 02232-202655  
E-Mail: [info@soziale-suchtarbeit.de](mailto:info@soziale-suchtarbeit.de)  
[www.soziale-suchtarbeit.de](http://www.soziale-suchtarbeit.de)

Stand: 01.01.2012

|   |   |
|---|---|
| Einleitung .....                                | 3 |
| Zielgruppe.....                                 | 3 |
| Ziele.....                                      | 3 |
| Betreuungsinhalte und Arbeitsorganisation ..... | 4 |
| Personal .....                                  | 5 |
| Vernetzung und Kooperationen .....              | 6 |
| Dokumentation und Qualitätssicherung.....       | 6 |
| Fortbildungen 2011 .....                        | 7 |
| Die Entwicklung 2011 in Zahlen.....             | 7 |
| Ausblick.....                                   | 8 |

## **Einleitung**

Seit dem 01.04.2010 ist Christine Hölzmann - Soziale Suchtarbeit - als Leistungsanbieterin für ambulant betreutes Wohnen von Suchtkranken anerkannt. Das Personal besteht aus der Inhaberin und Beate Amoei.

Beate Amoei ist mit der Hera Familienhilfe selbst Unternehmerin und als Leistungsanbieterin im Bereich Jugend- und Familienhilfe für suchtbelastete Familien tätig. Es handelt sich um eine Bürogemeinschaft von zwei Unternehmerinnen. Vertretungen sind so unkompliziert möglich und beide sind mit allen Arbeitsgebieten vertraut.

Grundlage unserer Arbeit sind verhaltenstherapeutische und systemische Methoden sowie die Beratungsansätze des Case Managements und des Motivational Interviewings.

## **Zielgruppe**

Das ambulant betreute Wohnen richtet sich an Menschen mit chronischen Suchterkrankungen, die aufgrund der Folgeerscheinungen ihrer Erkrankung nicht in der Lage sind, völlig selbstständig zu wohnen und zu leben. Sie sind wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer wesentlichen Behinderung bedroht. Es handelt sich insbesondere um:

- chronisch Suchtkranke mit somatischen Erkrankungen und / oder weiteren psychischen Störungen,
- Mehrfachabhängige,
- chronisch Suchtkranke, für die derzeit Abstinenz nicht erreichbar ist.

Insbesondere Suchtkranke, die den Zugang zum bestehenden Hilfesystem nicht finden oder abgebrochen haben, können von dem niedrigschwelligen Angebot des ambulant betreuten Wohnens profitieren. In der Mehrzahl handelt es sich um Alkohol- und Opiatabhängige, aber das Angebot des ambulant betreuten Wohnens ist nicht auf bestimmte Substanzgruppen beschränkt. Bei einem großen Teil der KlientInnen liegen neben der Abhängigkeit weitere psychiatrische Diagnosen vor.

## **Ziele**

Ziel des ambulant betreuten Wohnens ist es, den betreuten Menschen durch regelmäßige Unterstützung ein Leben in größtmöglicher Selbstständigkeit und Eigenverantwortung im gewohnten Lebensraum zu ermöglichen. Der Förderung der eigenen Kompetenzen und Bewältigungsfertigkeiten kommt eine besondere Bedeutung zu, um Hospitalisierungen zu vermeiden, die Autonomie der Betroffenen zu stärken und die Integration in die Gesellschaft zu verbessern.

Die Ziele umfassen:

- Unterstützung bei der Wahrnehmung und Nutzung der eigenen Ressourcen,
- Förderung der Veränderungsmotivation,
- Verbesserung des Realitätsbezugs und der Realitätswahrnehmung,
- Stärkung der Selbstorganisation und der Problembewältigungskompetenzen,
- Förderung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartung,
- Verbesserung der Konfliktfähigkeiten und der Kompetenzen zur Krisenbewältigung,
- Förderung der Akzeptanz des eigenen Hilfebedarfs.

Abgestimmt auf die individuelle Situation der betreuten Menschen sind Ziele in folgenden Lebensbereichen zu erarbeiten und regelmäßig zu überprüfen:

- Wohnsituation,
- Arbeit, Aus- und Fortbildung, tagesstrukturierende Maßnahmen,
- Freizeitgestaltung,
- Gestaltung sozialer Beziehungen,
- Inanspruchnahme medizinischer, sozialer und suchtherapeutischer Hilfen.

Diese Zielsetzungen sind im individuellen Hilfeplanverfahren des LVR herauszuarbeiten und auf die Situation des Einzelnen anzupassen. Hierbei ist der Hilfeplan ein dynamisches Instrument, das gemeinsam mit den KlientInnen regelmäßig zu überprüfen und zu überarbeiten ist.

## **Betreuungsinhalte und Arbeitsorganisation**

Zu Beginn der ambulanten Betreuungsarbeit wird entsprechend des individuellen Hilfeplanverfahrens des LVR gemeinsam mit dem Klienten oder der Klientin der Antrag auf Kostenübernahme gestellt. Ausgehend von einer fachlich fundierten Auseinandersetzung mit den Ressourcen und Störungen der zu betreuenden Person werden entsprechend dem individuellen Hilfeplanverfahren des LVR nachstehend genannte Themenbereiche untersucht und nach Antragsgenehmigung erarbeitet:

- alltägliche Lebensführung,
- individuelle Basisversorgung,
- Ausübung einer angemessenen Tätigkeit,
- Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben,
- Förderung der psychischen und kognitiven Kompetenz,
- Steigerung der Kommunikationsfähigkeit,
- Gesundheitsförderung und -erhaltung.

Bei der Klärung und praktischen Umsetzung des Betreuungs- und Unterstützungsbedarfs ist die aktive Einbeziehung der KlientInnen unverzichtbar. Die Erhaltung und Verbesserung des Realitätsbezugs soll gesichert und somit die Fähigkeit zu selbstständiger Lebensführung unterstützt werden.

Hierzu werden folgende Hilfen angeboten:

- praktische Unterstützung bei der Haushaltsorganisation,
- Erhaltung und Vermittlung von adäquatem Wohnraum,
- Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung einschließlich Krisenintervention und psychiatrischer Hilfen,
- Unterstützung bei den Aktivitäten des alltäglichen Lebens,
- Hilfe bei der Überwindung behinderungsspezifischer Probleme,
- Unterstützung und Begleitung bei allen sozialrechtlichen Belangen, Finanz- und Behördenangelegenheiten,
- Unterstützung bei der sozialen Kontaktpflege zu Bezugspersonen und anderen Hilfspersonen aus dem sozialen Umfeld,
- Unterstützung zur Entwicklung von Konfliktbewältigungsstrategien,
- Hilfe bei der Beantragung erforderlicher zusätzlicher Hilfen,
- Freizeit- und Urlaubsgestaltung,
- Unterstützung bei Qualifizierungsmaßnahmen, Vermittlung in Arbeit oder Ausbildung,
- Kriseninterventionen bei Suchtmittelkonsum,
- Förderung der Veränderungsmotivation bezüglich der Reduktion oder Beendigung des Substanzkonsums,
- Integration in das bestehende Hilfesystem.

Hinsichtlich des skizzierten Aufgabenbereichs kommt der Fachkraft eine koordinierende Funktion zu. In Zusammenarbeit mit den KlientInnen sind Zwischenschritte zu entwickeln, um die zur Bewältigung der selbstständigen Lebensführung notwendige Alltagsstruktur zu entwickeln, aufrecht zu erhalten und zu fördern.

Die Betreuung ist grundsätzlich am Einzelfall orientiert und soll vorwiegend im unmittelbaren Lebensbereich geleistet werden. Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und der ambulanten oder stationären Suchthilfe, zu denen die KlientInnen Kontakt haben, ist integraler Bestandteil des Case Managements.

Die KlientInnen werden alltagsnah betreut, die Organisation der Betreuung, die Analyse des zielgerichteten Betreuungsbedarfs und deren praktische Umsetzung erfolgt im Rahmen der Erarbeitung des Hilfeplanverfahrens mit Antragsstellung und nach dessen Genehmigung. Der Schwerpunkt der Betreuung liegt in der aufsuchenden Unterstützung, also in der häuslichen Umgebung der KlientInnen. Die Betreuung kann jedoch auch Gruppenaktivitäten und Beratungen im eigenen Büro umfassen. Soziale Bezugspersonen werden je nach individueller Situation einbezogen.

## **Personal**

Das Team von Christine Hölzmann - Soziale Suchtarbeit - besteht aus der Inhaberin und aus der freien Mitarbeiterin Beate Amoei. Frau Hölzmann ist Diplom-Sozialpädagogin, M.Sc. Suchttherapeutin (VDR anerkannt) und verfügt über eine Ausbildung als Case Managerin mit integriertem Motivational Interviewing. Frau Amoei ist Diplom-Pädagogin und Familientherapeutin i.A. Sie verfügt ebenfalls über die Qualifikation der Case Managerin und ist im Motivational Interviewing geschult.

Wir verfügen über langjährige Berufserfahrung in der Betreuung von chronisch Suchtkranken. Hinzu kommen Erfahrungen mit den Zielgruppen: Jugendliche, Kinder, Senioren und gewaltbetroffene Frauen. In allen Bereichen suchen vermehrt Menschen mit psychischen Erkrankungen Hilfe.

## **Vernetzung und Kooperationen**

Im Rhein-Erft-Kreis findet eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen vor Ort, der Bewährungshilfe, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, dem Jugendamt, gesetzlichen BetreuerInnen, der Beratungsstelle der Caritas, dem Jobcenter Rhein-Erft, den Suchtberatungsstellen, den Psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen und anderen BeWo-AnbieterInnen statt. In regelmäßigen Abständen besuchen wir die entsprechenden Kooperationspartner und stehen im fachlichen Austausch.

Problematisch ist der Mangel an substituierenden ÄrztInnen in der Umgebung. In Brühl substituiert lediglich ein niedergelassener Arzt und viele opiatabhängige KlientInnen müssen weite Fahrtwege nach Köln, Bonn oder Zülpich in Kauf nehmen. Insgesamt ist das Angebot an Hilfen im Rhein-Erft-Kreis für Suchtkranke als gering anzusehen. Auch bei niedergelassenen Psychiatern bestehen lange Wartezeiten, sodass es oft notwendig ist, auf Ambulanzen der psychiatrischen Kliniken auszuweichen. Insgesamt leiden acht KlientInnen neben der Suchterkrankung unter weiteren psychiatrischen Störungen. Es fand besonders bei diesen KlientInnen eine enge Kooperation mit der LVR-Klinik Köln, der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marienborn gGmbH und den Rheinischen Kliniken Düren statt. Herauszuheben ist hier das spezialisierte Angebot der LVR-Klinik Köln für PatientInnen mit Borderline-Störungen und Doppeldiagnosen.

Wir nehmen an den Regionalkonferenzen und an folgenden Arbeitskreisen der PSAG teil: AK Wohnen, AK illegale Drogen und dem AK freie Träger. Außerdem beteiligten wir uns am Netzwerktreffen des Rhein-Erft-Kreises: „Starke Kinder im Schatten - Hilfen für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern“.

## **Dokumentation und Qualitätssicherung**

Der individuelle Hilfeplan bildet nach Genehmigung des LVR die Basisdokumentation mit den erarbeiteten Betreuungszielen unter Berücksichtigung der bei Betreuungsbeginn bekannten Ressourcen und Störungen der einzelnen KlientInnen. In den Betreuungsakten sind alle Beobachtungen, der Betreuungsverlauf, Zielsetzungen und Zwischenschritte, der Schriftverkehr mit Behörden und anderen Bezugspersonen etc. festgehalten. Die Ergebnisse des Betreuungsprozesses werden im Sinne der Prozessqualität zeitnah und differenziert am PC dokumentiert. Nach Beendigung einer Betreuung wird ein Abschlussbericht verfasst und an den LVR weitergeleitet. Der Sicherstellung und Verbesserung von Prozess- und Ergebnisqualität dient:

- die Teilnahme an der monatlichen Supervision,
- Teilnahme an Arbeitskreisen,
- Teilnahme an der regionalen Planungskonferenz des LVR,
- Teilnahme an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen, die in Zusammenhang mit dem skizzierten Aufgabengebiet liegen,

- kontinuierliche kollegiale Fallbesprechung,
- ein enger Erfahrungsaustausch mit allen an der praktischen Unterstützung der KlientInnen beteiligten Institutionen innerhalb des Hilfesystems.

## Fortbildungen 2011

Wir haben weiterhin an dem Projekt: „Frauen. Unternehmen Soziale Arbeit, Selbständigkeit von Frauen in der Sozialen Arbeit in NRW“ der Hochschule Niederrhein teilgenommen. Ein wichtiges Ergebnis dieses Projektes ist die Gründung des Berufsverbands der Unternehmerinnen in der Sozialwirtschaft e.V. BUS.

Frau Christine Hölzmann hat bei der DGSP ein Seminar zum Thema: „Angst?! Zum Umgang mit Angststörungen“, besucht und hat an der Fachtagung „Der geschickte Patient“ der VFG Fachklinik Meckenheim teilgenommen.

Die Weiterbildung zur Familientherapeutin von Frau Beate Amoei ist inzwischen weit fortgeschritten. Sie hat eine Fortbildung vom Deutschen Kinderschutzbund e.V. zum Thema: „Verdacht auf sexualisierte Gewalt gegen ein Kind als Beratungsauftrag der Kinderschutzzfachkraft“ besucht. Des Weiteren hat sie bei ImFT an einem Seminar mit dem Titel: „Suchtkranke Familien - Kompetenz für die Arbeit mit suchtkranken Familiensystemen“ teilgenommen und die Fachtagung in Brühl zum Thema Kinderarmut besucht.

## Die Entwicklung 2011 in Zahlen

Durchschnittlich wurden 17 suchtkranke KlientInnen im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens betreut. Damit sind die personellen Kapazitäten ausgeschöpft. Darüber hinausgehende Anfragen wurden kurzfristig an andere BeWo-Anbieter vermittelt. In der Zeit vom 01.01.2011-31.12.2011 wurde das Betreuungsverhältnis mit 4 KlientInnen beendet. Grund dafür war in zwei Fällen die mangelnde Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Die anderen beiden Klienten beendeten das BeWo auf eigenen Wunsch. Im gleichen Zeitraum wurden 3 KlientInnen neu aufgenommen.

**Am 31.12.2011 ergab sich folgendes Bild:**

|                                       |             |
|---------------------------------------|-------------|
| KlientInnen gesamt                    | 16          |
| davon Frauen                          | 3           |
| Alterspanne                           | 30-56 Jahre |
| Substituierte Opiatabhängige          | 12          |
| Alkoholabhängige                      | 3           |
| Opiatabhängige derzeit opiatabstinent | 1           |

**Aufgeschlüsselt nach Wohnorten:**

|           |   |
|-----------|---|
| Brühl     | 8 |
| Erftstadt | 3 |
| Hürth     | 4 |
| Wesseling | 1 |

## Einkommen

|   |    |
|---|----|
| Arbeitslosengeld II   | 10 |
| Einkommen aus nichtselbstständiger Arbeit und ergänzend ALGII | 2  |
| Unterhalt der Lebensgefährtin                                 | 1  |
| ALG I und ergänzend ALG II                                    | 1  |
| Erwerbsunfähigkeitsrente                                      | 2  |

## Fachleistungsstunden wöchentlich

|                    |       |
|--------------------|-------|
| Christine Hölzmann | 29,08 |
| Beate Amoei        | 11,25 |

## Übersicht über die 8 KlientInnen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen

|           | Abhängigkeitserkrankungen nach ICD 10 | Weitere psychische Erkrankungen nach ICD 10  |
|-----------|---------------------------------------|--|
| Klient A. | F. 10.2 Alkoholabhängigkeit           | F 20.0 Paranoide Schizophrenie   |
| Klient B. | F 11.2 Opiatabhängigkeit              | F 20.0 Paranoide Schizophrenie   |
| Klient C. | F 10.2 Alkoholabhängigkeit            | F 60.8 Narzistische Persönlichkeitsstörung   |
| Klient D. | F 10.2 Alkoholabhängigkeit            | F 60.0 Paranoide Persönlichkeitsstörung<br>F 60.5 Anankastische Persönlichkeitsstörung |
| Klient E. | F. 11.2 Opiatabhängigkeit             | F 60.7 Abhängige Persönlichkeitsstörung  |
| Klient F. | F 19.2 Mehrfachabhängigkeit           | F 60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung                                      |
| Klient G. | F. 19.2 Mehrfachabhängigkeit          | F 61 Kombinierte Persönlichkeitsstörung  |
| Klient H. | F 11.2 Opiatabhängigkeit              | F 33.10 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode           |

## Ausblick

Derzeit ist kein Ausbau des Angebots geplant. Der Wunsch nach gleichbleibend hoher Betreuungsqualität ist bei dieser Überlegung von großer Bedeutung. Die Häufung von psychiatrischen Problemen in der Gruppe der Suchtkranken erfordert ein passgenaues und individuelles Vorgehen in der Betreuung. Hier möchten wir die Kooperation mit entsprechenden Kliniken, Ambulanzen und PsychiaterInnen verbessern und die Angebotspalette in den Bereichen Beschäftigung und Freizeit erweitern. Die Zusammenarbeit mit gesetzlichen BetreuerInnen hat zugenommen, da die KlientInnen mit psychiatrischen Erkrankungen größere Defizite in den Bereichen der Selbstorganisation und Selbstbestimmung aufweisen. Das Konzept soll an die veränderten Bedingungen entsprechend angepasst werden. Frau Amoei wird die Ausbildung zur Familientherapeutin bald abschließen. Weitere Kurzfortbildungen zum Umgang mit psychischen Erkrankungen sind geplant.