

**Christine Hölzmann
- Soziale Suchtarbeit -**

Jahresbericht 2018

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

Christine Hölzmann
- Soziale Suchtarbeit -
Irmgard-Keun-Weg 10
50321 Brühl
Tel: 02232-202654
Fax: 02232-202655
E-Mail: info@soziale-suchtarbeit.de
www.soziale-suchtarbeit.de

Stand: 01.01.2019

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
Zielgruppe.....	3
Ziele.....	3
Betreuungsinhalte und Arbeitsorganisation.....	4
Personal.....	6
Vernetzung und Kooperationen.....	6
Dokumentation und Qualitätssicherung.....	6
Die Entwicklung 2018 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. Inzwischen wurde der Personenkreis auf Menschen mit psychischer Behinderung erweitert.

Grundlagen 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 und psychischen Erkrankungen, 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.
- chronisch psychisch kranke Menschen

Insbesondere Suchtkranke und psychisch Kranke, 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. Bei einem großen Teil der KlientInnen liegen neben der Abhängigkeit weitere psychiatrische Diagnosen vor oder sie leiden zusätzlich unter somatischen Erkrankungen.

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, 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, Besuche in Kliniken und Beratungen im Büro umfassen. Soziale Bezugspersonen werden je nach individueller Situation einbezogen.

Personal

Das Team von Christine Hölzmann - Soziale Suchtarbeit - besteht aus der Inhaberin und einer Honorarkraft. Die Vertretung gegenüber dem LVR hat Frau Sabine Müller-Braun übernommen, die selbst BeWo-Anbieterin ist.

Frau Hölzmann ist Diplom-Sozialpädagogin, M.Sc. Suchttherapeutin (VDR anerkannt) und verfügt über eine Ausbildung als Case Managerin mit integriertem Motivational Interviewing.

Wir verfügen über langjährige Berufserfahrung in der Betreuung von chronisch Suchtkranken und psychisch Kranken. Hinzu kommen Erfahrungen mit den Zielgruppen: Jugendliche, Senioren, psychisch Kranke und gewaltbetroffene Frauen.

Vernetzung und Kooperationen

Im Rhein-Erft-Kreis und Umgebung findet eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen vor Ort, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, gesetzlichen BetreuerInnen, dem sozialpsychiatrischen Zentrum in Hürth, dem Jobcenter Rhein-Erft, den Suchtberatungsstellen, Allgemeinkrankenhäusern, den Psychiatrischen Kliniken und Ambulanzen, Rehabilitationskliniken, Werkstätten und anderen BeWo-AnbieterInnen statt.

Insgesamt ist das Angebot an Hilfen im Rhein-Erft-Kreis für Suchtkranke als gering anzusehen. Meist müssen die Betroffenen weite Fahrtwege in Kauf nehmen z.B. zum substituierenden Arzt oder um Gruppenangebote zu besuchen. Auch bei niedergelassenen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen bestehen lange Wartezeiten, sodass es oft notwendig ist, auf Ambulanzen der psychiatrischen Kliniken auszuweichen. Es fand besonders bei diesen KlientInnen eine enge Kooperation mit der LVR-Klinik Bonn, der LVR Klinik Köln, der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marienborn gGmbH und den Rheinischen Kliniken Düren statt.

Ich nehme an den Regionalkonferenzen und an dem Arbeitskreis Wohnen der PSAG teil. In regelmäßigen Abständen finden Treffen zum kollegialen Austausch mit BeWo-AnbieterInnen aus der Umgebung statt.

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:

- Teilnahme am Arbeitskreis Wohnen,
- 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,
- regelmäßige Supervision,
- das Erstellen von Jahresberichten,
- die laufende Fortschreibung des Konzeptes.

Die Entwicklung 2018 in Zahlen

2018 wurden insgesamt 10 KlientInnen im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens betreut. Ende November beendete eine BeWo-Klientin auf eigenen Wunsch die Betreuung, weil es durch die Zuzahlungsverpflichtung der Mutter immer wieder zu Konflikten kam. Damit waren die personellen Kapazitäten ausgeschöpft. Darüber hinausgehende Anfragen wurden kurzfristig an andere BeWo-AnbieterInnen vermittelt. Im genannten Zeitraum hat der Anteil an abstinent lebenden Suchtkranken zugenommen. Wobei derzeit eine alkoholabhängige Klienten in Langzeittherapie weilt und ein opiatabhängiger Klient kürzlich stationär entgiftet hat. Die Entwicklung bleibt abzuwarten. Ein Klient ist somatisch so schwer erkrankt, dass er perspektivisch pflegebedürftig werden wird. Wir haben eine gesetzliche Betreuung in dem Fall beantragt, da die Hilfe in Form von BeWo auf Dauer nicht ausreichen wird. Der MDK hat ihm bisher keinen Pflegegrad zuerkannt. Wir werden ihn erneut begutachten lassen.

Am 31.12.2018 ergab sich folgendes Bild:

KlientInnen gesamt	9
davon Frauen	3
Alterspanne	27-55 Jahre
Substituierte Opiatabhängige	2
abstinente Opiatabhängige	4
Alkoholabhängige akut abhängig	0
Alkoholabhängige trocken	1
Cannabisabhängige abstinent	1
psychische Erkrankung als alleinige Diagnose	1

Aufgeschlüsselt nach Wohnorten:

Brühl	6
Hürth	1
Erfstadt	2

Einkommen

Arbeitslosengeld II inklusive Aufstocker	4
Erwerbsunfähigkeitsrente und Grundsicherung SGB XII oder Wohngeld	5
Lohn oder Ausbildungsvergütung	2
Minijob	1
Grundsicherung nach SGB XII	2

Fachleistungsstunden wöchentlich

Die Honorarkraft arbeitet ergänzend und wird flexibel eingesetzt. Die wöchentliche Fachleistungsstundenzahl beträgt 20,25.

Ausblick

Derzeit ist ein substituierter Klient so schwer erkrankt, dass eine Aufnahme im Pflegeheim erforderlich ist. Es war schwierig die ärztliche Versorgung und die Substitution aufrechtzuerhalten. Hausbesuche macht der substituierende Arzt nicht. Die Pflegeheimsuche gestaltet sich ebenfalls sehr schwierig. Es gibt kaum Heime in denen Substitution möglich ist und die in der Lage sind dieses Klientel zu betreuen. Das Hilfesystem ist auf diese komorbiden Klienten nicht eingestellt und die Unterstützung im BeWo stößt an ihre Grenzen. Sobald der Umzug ins Heim erfolgt ist, werden wir 1-2 neue KlientInnen aufnehmen.