

**Christine Hölzmann
- Soziale Suchtarbeit -**

Konzeption

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

Christine Hölzmann
- Soziale Suchtarbeit -
Pastoratstr. 2
50321 Brühl
Tel: 02232-202654
Fax: 02232-202655
E-Mail: hoelzmann@soziale-suchtarbeit.de

Stand: 01.12.2014

Einleitung.....	3
Zielgruppe.....	6
Ziele.....	6
Betreuungsinhalte und Arbeitsorganisation.....	7
Personelle und räumliche Ausstattung.....	9
Vernetzung und Erreichbarkeit.....	9
Dokumentation und Qualitätssicherung.....	10
Literatur.....	11

Einleitung

Für die Entwicklung einer Suchterkrankung oder psychischen Erkrankung spielen zahlreiche Risiko- und Schutzfaktoren eine Rolle. Beispiele für umweltbedingte Risikofaktoren sind: sozialer Auf- / Abstieg, soziokultureller Umbruch (z.B. Migration), Erziehungsmilieu, das aktuelle soziale Umfeld und Risikoberufe. Individuelle Faktoren können genetische Disposition, physische und psychische Gewalterfahrungen in der Kindheit und körperliche Erkrankungen sein. Neben den Risiken sind für die soziale Arbeit insbesondere die Schutzfaktoren interessant. Eine gezielte Förderung von Ressourcen kann den Verlauf der Erkrankung mildern und verbessern. Betroffene erleben sich in der Zusammenarbeit mit professionellen HelferInnen nicht mehr nur als defizitär und problembeladen, sondern lernen ihre Stärken und Kompetenzen wahrzunehmen und einzusetzen. Umweltfaktoren, die vor einer Suchtmittelgefährdung oder psychischen Erkrankung schützen, können Zugang zu Information und Bildung, Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, Wohnqualität, Klima in der Schulklasse und am Arbeitsplatz, soziale Vernetzung und Unterstützung, soziale Kontrolle und befriedigende Entwicklungsperspektiven sein. Individuelle Ressourcen sind: Risikobewusstsein, reflektiertes Gesundheitsverhalten, Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit, aktives Angehen von Problemen, Erfahrung im Bewältigen von Problemlagen, selbstständige Urteilsbildung, Widerstand gegen Verführung, emotionale Stabilität und religiöse Bindung (vgl. Uchtenhagen und Zieglgänsberger 2000, S. 196-198).

Häufig treten Substanzprobleme in Kombination mit weiteren psychischen Erkrankungen auf. Eine Studie mit 2.337 SchizophreniepatientInnen, durchgeführt an zwei Kölner Kliniken, ergab einen Anteil von 29,4 % Suchtkranken (vgl. Schnell et al. 2000). Insbesondere Cannabis spielt neben Alkohol eine große Rolle. Aus Schweden liegt eine umfassende Studie zur Langzeitprävalenz der Schizophrenie unter Cannabiskonsumenten vor. Danach haben CannabisgebraucherInnen ein sechsfach höheres Risiko zu erkranken als NichtkonsumentInnen. Die Prävalenzrate liegt bei ca. 9 % im Vergleich zu 1-2 % in der Normalpopulation (vgl. Andreasson et al. 1987).

Zahlreiche Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass Alkoholabhängige eine Lifetime-Prävalenz zusätzlicher psychiatrischer Störungen von 78-80% aufweisen. Zu nennen sind hier insbesondere Angststörungen, depressive Erkrankungen, dissoziale und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen (vgl. Lindenmeyer 1999). Das Problem der psychischen Komorbidität ist bei Medikamentenabhängigen ebenfalls besonders ausgeprägt. Depressionen, Angststörungen, chronische Schmerzen und Schlafstörungen können zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Medikamentenabhängigkeit beitragen (vgl. Sander 2010).

Auch unter substituierten Opiatabhängigen ist Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme. In der LVR-Klinik Langenfeld wiesen beispielsweise die Hälfte der 157 substituierten PatientInnen, die zwischen 1999 und 2008 behandelt wurden, eine behandlungsbedürftige Komorbidität auf. Bei 30% der Substituierten wurden schwere Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, 10% litten an affektiven Störungen und weitere 10% an schizophrenen Psychosen (vgl. Gringoleit und Quabach 2008). Des Weiteren ist bei Substituierten mit Komorbidität ein politoxikomaner

Drogenkonsum von drei und mehr Substanzen vorherrschend, was die Behandlung und Betreuung zusätzlich erschwert (vgl. Krüger und Quabach 2010).

Die Zahlen zur psychiatrischen Komorbidität zeigen, dass Abhängigkeit und psychische Erkrankungen häufig zusammen auftreten und nicht streng voneinander zu trennen sind.

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

Motivational Interviewing wird seit mehreren Jahren zur Behandlung und Beratung von Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen erfolgreich angewandt (vgl. Schmid und Vogt 2001). Motivational Interviewing (MI) legt seinen Schwerpunkt auf die Gesprächsführung, während Case Management (CM) den strukturierten Betreuungsprozess in den Vordergrund stellt.

Das Case Management ist vom Ansatz her den Methoden der Einzelfallhilfe der sozialen Arbeit ähnlich. Es kann in allen Bereichen der sozialen Arbeit angewendet werden. Sinnvoll ist CM bei komplexen Problemstellungen, die unterschiedliche Lebensbereiche betreffen und bei denen mehrere HelferInnen beteiligt sind. Im Bereich der Psychiatrie wurde Case Management im abgeschlossenen Modellprojekt „Verbesserung der Behandlung schwer chronisch psychisch Kranker“ umgesetzt (vgl. Schleuning und Welschhold 2000). Es handelt sich um ein strukturiertes Beratungskonzept mit den Schwerpunkten: Betreuungsplanung und -steuerung, nachgehende Sozialarbeit und Kooperation mit anderen Hilfsangeboten. Das bedeutet z.B. eine enge Zusammenarbeit mit Ämtern, niedergelassenen ÄrztInnen, Beratungsstellen, Kliniken und schließt Begleitungen zu Behörden oder Hausbesuche ein. Das Konzept beinhaltet folgendes Phasenmodell: Kontaktaufnahme, Assessment mit Problemanalyse, Zielvereinbarung und Hilfe- und Veränderungsplanung, Durchführung (inklusive Vermittlung, Organisation, Koordination), Monitoring und Re-Assessment, sowie abschließende Fallevaulation und Beendigung der Zusammenarbeit (vgl. Schmid und Vogt 2001). Unter Assessment wird in diesem Zusammenhang eine umfangreiche Erfassung der Lebenssituation verstanden. Biographische Daten werden zwar erfasst, der Schwerpunkt liegt aber bei aktuellen Ressourcen und Problemlagen. Das Ablaufschema des Case Managements ähnelt dem 7-Phasen-Modell der Selbstmanagement-Therapie (vgl. Kanfer, Reinecker und Schmelzer 2000, S. 139). Das Konzept deckt sich in Teilen mit dem Hilfeplanverfahren und ist somit gut für die Arbeit im ambulant betreuten Wohnen geeignet.

Das MI ist ein Beratungsansatz, der eine bestimmte Grundhaltung gegenüber den KlientInnen beschreibt und den BeraterInnen Techniken zur Förderung der Veränderungsbereitschaft an die Hand gibt. Besonders geeignet ist MI für Menschen, die im Hinblick auf die Veränderung ihres Verhaltens ambivalent sind. Nach Miller und Rollnick existieren fünf Grundprinzipien, durch die sich MI charakterisieren lässt: Empathie und Akzeptanz, Diskrepanzen erzeugen, Beweisführung vermeiden, Widerstand aufnehmen und Selbstwirksamkeitserwartung fördern (vgl. Miller und Rollnick 1999, S. 64-73).

Eine Grundlage von MI ist die Sichtweise von Motivation als dynamischer Prozess. Bewährt hat sich die Vorstellung, dass Motivation zur Veränderung nicht nach dem „Alles-oder-nichts“-Prinzip funktioniert, sondern verschiedene Phasen durchläuft, wenn es darum geht, den Lebensstil nachhaltig zu verändern. Das Stadienmodell der Veränderungsmotivation von Prochaska und DiClemente (1982) beschreibt einen Prozess, der aus Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Rückfall und Aufrechterhaltung besteht. Dabei handelt es sich nicht um einen zwangsläufigen Kreislauf, sondern es ist möglich, dass Personen beispielsweise in der Phase der Absichtslosigkeit verbleiben, oder während der Handlung feststellen, dass das Ziel nicht mehr attraktiv ist oder mit den durchgeführten Schritten nicht zu erreichen ist. Das Stadienmodell der Veränderungsmotivation konnte bislang nicht empirisch belegt werden (Heidenreich und Hoyer 1998, Hoyer 2003, Project Match 1998, Sutton 2001). Trotzdem ist es für die praktische Arbeit sehr hilfreich (Vogt 2004, S. 202-205). Die Überlegung, in welcher Phase sich KlientInnen, bezogen auf ein bestimmtes Ziel, befinden, kann BeraterInnen davor schützen, zu schnell Schritte in Richtung Veränderung zu vereinbaren, ohne dass die KlientInnen sich ihrer Entscheidung sicher sind oder die nötigen Kompetenzen zur Veränderung vorhanden sind. Das Stadienmodell kann mehrfach durchlaufen werden, bis dauerhafte Veränderungen aufrechterhalten werden.

Der Beratungsansatz MI darf nicht missverstanden werden als trickreiche Methode Menschen zu manipulieren. MI zielt nicht darauf ab, KlientInnen zu drängen, zu überreden oder zu überzeugen. Der Begriff „Motivational Interviewing“ wurde ins Deutsche mit „Motivierende Gesprächsführung“ übersetzt. „Motivierend“ suggeriert, dass es möglich ist, Gesprächspartner zu motivieren und somit etwas mit dem Gegenüber zu tun. Das ist nicht der Fall. KlientInnen entscheiden eigenständig über ihr Verhalten und sie entscheiden autonom, ob sie sich in ihren Entscheidungen von professionellen HelferInnen beeinflussen lassen oder nicht. Im Englischen ist es üblich, mit dem Wort „motivational“ Aspekte zu beschreiben, die allgemein die Motivation betreffen (vgl. Miller und Rollnick 1999, S. 7).

Motivationale Strategien im Umgang mit suchtkranken oder psychisch kranken KlientInnen können, neben der Förderung der Abstinenzorientierung, eingesetzt werden um die Therapie- und Medikamenten-Compliance zu verbessern. Wichtig ist die Berücksichtigung kognitiver Beeinträchtigungen bei einem Teil der schizophrenen oder alkoholabhängigen KlientInnen. Offene Fragen sollten möglichst einfach formuliert werden, anschauliche Bilder genutzt und Gespräche insgesamt kürzer gehalten werden. Bei KlientInnen die häufig den Faden verlieren ist eine direktivere Gesprächsführung nötig um wieder zum Thema zurückzukehren. Die Entscheidungsmatrix zum Abwägen der Vor- und Nachteile des Substanzkonsums kann auch eingesetzt werden, um das Pro und Kontra der medikamentösen Behandlung der psychischen Erkrankung abzuwägen. Zur Vereinfachung kann sie von vier Feldern auf zwei Felder reduziert werden und die Vor- und Nachteile einer Nichtveränderung weglassen. Bei allen psychischen Erkrankungen bei denen es zu Eigen- und Fremdgefährdungen kommt, muss der gewährende Stil von MI aufgegeben bzw. zusätzlich aktiv gehandelt werden. Die Gesprächsmethode kann aber auch hilfreich sein, um die Motivation, sich in stationäre Obhut zu begeben, zu verbessern (vgl. Körkel 2010).

Verhaltenstherapeutische Methoden in der Arbeit mit Suchtkranken sind besonders wirksam im Bereich Konsumreduktion oder -beendigung und in der Rückfallprophylaxe. Beispiele hierfür sind Trinktagebücher, Entwicklung von Konsumregeln und Erlernen von Bewältigungsfertigkeiten, um Rückfälle zu vermeiden oder schnell zu beenden. Im Umgang mit Ängsten und depressiven Verstimmungen können verhaltenstherapeutische Methoden helfen die Symptome zu reduzieren. Das können Informationsvermittlung über die Entwicklung von Ängsten, übende Verfahren im Umgang mit angstbesetzten Situationen oder die Auseinandersetzung mit negativen Gedankenspiralen sein.

Systemische Ansätze können miteinbezogen werden, indem Partner, Kinder, andere Familienangehörige und wichtige Bezugspersonen an dem Betreuungsprozess beteiligt werden. Bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen spielen Erfahrungen aus der Herkunftsfamilie eine wichtige Rolle: Vorbilder, erlernte Einstellungen, Erkrankungen der Eltern, häusliche Gewalt sowie Vernachlässigung beeinflussen oft noch im Erwachsenenalter das Verhalten der Betroffenen. Die Betrachtung der Entwicklungsgeschichte ist in vielen Fällen notwendig, um destruktive Verhaltensweisen zu erkennen und zu verändern.

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 psychisch Kranke
- chronisch Suchtkranke mit somatischen Problemen,
- chronisch Suchtkranke, für die derzeit Abstinenz nicht erreichbar ist,
- psychisch Kranke mit einem Alkohol- und oder Drogenmissbrauch oder einer Abhängigkeitserkrankung.

Insbesondere psychisch Kranke oder Suchtkranke, die den Zugang zum bestehenden Hilfesystem nicht finden oder abgebrochen haben, können von dem niedrigschwelligen Angebot des ambulant betreuten Wohnens profitieren.

Ziele

Ziel des ambulant betreuten Wohnens ist es, den betreuten Menschen durch regelmäßige Betreuung 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,
- Selbstversorgung,
- Arbeit, Aus- und Fortbildung, tagesstrukturierende Maßnahmen,
- Freizeitgestaltung,
- Gestaltung sozialer Beziehungen,
- Inanspruchnahme medizinischer, psychiatrischer, suchtherapeutischer und sozialer Hilfen.

Diese Zielsetzungen sind im individuellen Hilfeplanverfahren des LVR herauszuarbeiten und für 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 dem individuellen Hilfeplanverfahren des LVR, gemeinsam mit den KlientInnen der Antrag auf Kostenübernahme gestellt. Die KlientInnen haben eine feste Bezugsperson, damit sich ein stabiles Vertrauensverhältnis entwickeln kann. Ausgehend von einer fachlich fundierten Auseinandersetzung mit den Ressourcen und Störungen der zu betreuenden Personen werden 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,
- Krisenintervention: gute Erreichbarkeit, nachgehende Arbeit in kritischen Lebensphasen, Begleitung zum Psychiater, Erstellung von Notfallplänen, Kooperation mit Angehörigen und gesetzlichen BetreuerInnen, Einschätzung von Suizidalität und Gefährdung anderer, Vermittlung in Kliniken, Notfalls Bestellung eines Rettungswagens oder Einleitung von Maßnahmen nach dem PsychKG mit Hilfe des sozialpsychiatrischen Dienstes,
- 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, Suizidalität und psychotischen Schüben,
- Förderung der Veränderungsmotivation bezüglich der Reduktion oder Beendigung des Substanzkonsums,
- Vermittlung von notwendigen suchttherapeutischen Hilfen,
- Vermittlung von Informationen über bestehende psychische Erkrankungen,
- Einleitung psychiatrischer Diagnostik, Vermittlung psychiatrischer Hilfen und Psychotherapie,
- Förderung der Compliance bei der Medikamenteneinnahme und Teilnahme an Psychotherapie,
- Integration in das bestehende Hilfesystem.

Hinsichtlich des skizzierten Aufgabenbereichs kommt der Fachkraft eine koordinierende Funktion zu. In Zusammenarbeit mit den KlientInnen sind Zwischenschritte zu planen, 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, der Psychiatrie 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 oder im Umfeld der KlientInnen. Die Betreuung kann jedoch auch Gruppenaktivitäten und Beratungen im eigenen Büro umfassen. Soziale Bezugspersonen werden je nach individueller Situation einbezogen.

Personelle und räumliche Ausstattung

Das Team von *Christine Hölzmann - Soziale Suchtarbeit*- besteht aus der Inhaberin und aus der Mitarbeiterin Claudia Lüdtk-Glock. Zusätzlich werden in Vertretungssituationen erfahrene Honorarkräfte, z.B. andere BeWo-AnbieterInnen, beauftragt. Frau Hölzmann ist Diplom-Sozialpädagogin, M.Sc. Suchttherapeutin (VDR anerkannt) und verfügt über eine Ausbildung als Case Managerin mit integriertem Motivational Interviewing. Frau Lüdtk-Glock ist Diplom-Pädagogin und Gestalttherapeutin. Sie arbeitet hauptberuflich beim sozialpsychiatrischen Dienst des Rhein-Erft-Kreises. Beide Fachkräfte verfügen über langjährige Berufserfahrung in der Betreuung von chronisch Suchtkranken und psychisch kranken KlientInnen.

Frau Hölzmann konnte neben der langjährigen Arbeit in der Suchtkrankenhilfe Erfahrungen mit psychisch Kranken sammeln, da ein Großteil der BeWo-KlientInnen neben der Abhängigkeit unter psychischen Erkrankungen leidet. Zu nennen sind hier affektive Störungen, Persönlichkeitsstörungen, organische Psychosyndrome, schizophrene Psychosen, Angststörungen und Zwangsstörungen. Desweiteren betreut sie im Auftrag für Frau Müller-Braun psychisch kranke KlientInnen. Die Fortbildung und praktische Tätigkeit als Verfahrenspflegerin in Betreuungs- und Unterbringungssachen hat die Kenntnisse von Frau Hölzmann über die rechtlichen Aspekte im Umgang mit psychisch Kranken erweitert.

Die Räumlichkeiten liegen zentral in Brühl und sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Das Büro verfügt über zwei getrennte Räume, 2 PC-Arbeitsplätze, die übliche Bürotechnik, daneben eine Küche und eine Toilette.

Vernetzung und Erreichbarkeit

Im Rhein-Erft-Kreis findet eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, gesetzlichen BetreuerInnen, dem Jugendamt, dem sozialpsychiatrischem Zentrum der APK in Hürth, der Beratungsstelle der Caritas, dem Jobcenter Rhein-Erft, dem Sozialamt, den Suchtberatungsstellen, den psychiatrischen Kliniken, den psychiatrischen Ambulanzen und anderen BeWo-AnbieterInnen statt. Bei KlientInnen mit psychischen Erkrankungen versuchen wir eine Anbindung an die psychiatrische Ambulanz der Tagesklinik Hürth der Marienborn gGmbH herzustellen oder wir begleiten sie zu niedergelassenen PsychiaterInnen. In der stationären Behandlung von unseren KlientInnen haben wir eine gute Zusammenarbeit mit der Fachklinik

für Psychiatrie und Psychotherapie der Marienborn gGmbH und der LVR-Klinik Köln entwickelt. Besonders hilfreich erleben wir die Spezialstationen der LVR-Klinik Köln für Borderline-PatientInnen und für PatientInnen mit anderen komorbiden Störungen. In regelmäßigen Abständen besuchen wir die entsprechenden Kooperationspartner und stehen im fachlichen Austausch. Die meisten KlientInnen werden durch behandelnde ÄrztInnen und Kliniken vermittelt. Es finden aber auch einige durch andere BeWo-AnbieterInnen, größere Träger (ASB, APK Soziale Dienste) und durch Mundpropaganda den Weg zu uns. Aufgrund der zentralen Lage des Büros in der Pastoratstr. 2 können KlientInnen unser Büro verkehrstechnisch gut erreichen. Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt in aufsuchenden Hilfen wie Begleitungen zu Ämtern, Beratungsstellen, ÄrztInnen und Kliniken sowie Hausbesuchen. Ein kleinerer Teil der Beratungsgespräche findet im Büro statt. Trotzdem ist unser Büro in der Regel zwischen 12:00 und 14:00 Uhr besetzt. Wir verfügen weiterhin über Diensthandys sowie einen Anrufbeantworter. Durch Rufumleitungen wird die Erreichbarkeit zusätzlich erleichtert. Unsere KlientInnen können uns in Krisensituationen in den Abendstunden und am Wochenende mobil erreichen. Vertretungssituationen werden mit den KlientInnen vorbereitet und auch dort ist eine flexible Erreichbarkeit über Mobiltelefone gewährleistet.

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 dokumentiert. Der Sicherstellung und Verbesserung von Prozess- und Ergebnisqualität dient:

- die Supervision durch einen externen Supervisor,
- Teilnahme an Arbeitskreisen,
- Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen,
- 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 und Personen innerhalb des Hilfesystems.

Literatur

- Andreasson, S., Allebeck, P., Engström, A., Rydberg, U. (1987): Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. In: *Lancet* 2, S. 1483-1486
- Anthony, J.C., Tien, A.Y. und Petronis, K.R. (1989): Epidemiologic evidence on cocaine use and panic attacks. In: *American Journal of Epidemiology*, 129, S. 543-549.
- Drake, R.E. und Mueser, K.T. (2000): Psychosocial approaches to dual diagnosis. In *Schizophr Bull*, 26, S. 105-118
- Heidenreich, T. und Hoyer, J. (1998): Stadien der Veränderung in der Psychotherapie: Modelle, Perspektiven, Kritik. In: *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 30, S. 381-402.
- Hoyer, J. (2003): Stadien der Veränderung: Modell, Anwendungsbewährung und Perspektiven im Suchtbereich. In: *Suchttherapie*, 4, S. 140-145.
- Kanfer, F.H., Reinecker, H. und Schmelzer, D. (2000): *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio.
- Körkel, J. (2010): Motivational Interviewing bei Doppeldiagnose-Patienten. In: Sadowski, H. und Niestrat, F. (2010): *Psychose und Sucht, Behandlung und Rehabilitation*, Bonn.
- Krüger, W. und Quabach, M. (2010): Soziotherapeutische Betreuung substituierter Opiatabhängiger mit psychiatrischer Doppeldiagnose. In: Sadowski, H. und Niestrat, F. (2010): *Psychose und Sucht, Behandlung und Rehabilitation*, Bonn.
- Lindenmeyer, J. (1999): *Alkoholabhängigkeit*, Göttingen, Bern, Toronto und Seattle.
- Miller, W.R. und Rollnick, S. (1999): *Motivierende Gesprächsführung*, Freiburg im Breisgau.
- Prochaska, J.O. und DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrated model of change. In: *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, S. 276-288.
- Project Match Research Group (1998): Therapist effects in three treatments for alcohol problems. In: *Psychotherapy Research*, 8, S. 455-474.
- Sander, W. (2010): *Medikamentenabhängigkeit*. In: Fischer, T.: *Angewandte Verhaltenstherapie*, Schriftenreihe der AHG Klinik Schweriner See, Heft 13, S. 6
- Schleuning, G. und Welschehold, M. (2000): *Modellprojekt Psychiatrisches Case Management*, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 133, Baden-Baden
- Schmid, M. und Vogt, I. (2001): Case Management und Motivierende Beratung. In: *Suchttherapie*, 2, S. 73-79.
- Schnell, T., Neisius, K., Daumann, J. und Gouzoulis-Mayfrank, E. (2010): Prävalenz der Komorbidität Psychose und Sucht. Klinisch epidemiologische Ergebnisse aus verschiedenen Behandlungssettings in einer deutschen Großstadt. In: *Nervenarzt* Jan 16.
- Sutton, S. (2001): Back to the drawing board? A review of application of the transtheoretical model to substance use. In: *Addiction*, 96, S. 175-186.

Uchtenhagen, A. und Zieglgänsberger, W. (2000): Suchtmedizin, Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, München und Jena.
Vogt, I. (2004): Beratung von süchtigen Frauen und Männern, Grundlagen und Praxis, Weinheim und Basel.