



Konzept

„Betreutes Wohnen für ältere Menschen mit substanzbezogenen Störungen“

Ein Modell für die Friedensstadt Osnabrück

Mein Leben
ohne Sucht.

Inhaltsverzeichnis	
Konzept Entwurf	1
„Betreutes Wohnen für ältere Menschen mit substanzbezogenen Störungen“	1
1. Leistungsanbieter und Organisationsstruktur	3
1.1 Leitbild sowie Leistungsschwerpunkte der CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH.....	4
1.2 Organigramm CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH	4
2. Ältere Drogenabhängige in Osnabrück	5
2.1 Umfang der Zielgruppe	5
2.2 Problematischer Drogenkonsum	5
2.3 Sozialer Hintergrund.....	6
2.4 Behandlungserfahrungen	6
2.5 Körperliche und psychische Gesundheit	6
2.6 Das soziale Netz.....	6
3. Leistungsbeschreibung.....	7
3.1 Zielgruppe.....	7
3.2 Ziele	8
3.3 Beschreibung der Maßnahme	9
3.3.1 Phasen der Betreuung.....	10
3.3.2 Methodenauswahl:	12
3.3.3 Suchtspezifische Einzel- und Gruppenangebote	12
3.3.4 Dauer des Betreuten Wohnens	13
4. Organisation der Leistungserbringung	13
4.1 Mitarbeiter.....	13
4.1.1 Anforderungen an die Mitarbeiter	14
4.1.2 Qualifikation der Mitarbeiter.....	14
4.1.3 Vertretungsregelung	14
5 Leistungserbringung	15
5.1 Aufnahmeverfahren/ Intake	15
5.1.1 Aufnahmekriterien	15
5.1.2 Ausschlusskriterien.....	15
5.1.3 Ablösephase, Übergangsmanagement.....	15
5.1.4 Mitwirkungspflicht der Klienten	15
5.2 Individuelle Hilfeplanung.....	16
5.3 Krisenintervention	16
5.4 Anschlussperspektiven.....	16
5.5 Wirkungsmessung	16
6. Qualitätssicherung.....	17
6.1 Dokumentation und Datenschutz	17
6.2 Beschwerderegulungen, Verbraucherschutz	17
7. Netzwerke und Kooperationen	18
7.1 Vernetzung des Angebotes/Kooperationen.....	18
7.2 Wichtige Kooperationspartner:	18

Gender Erklärung

Zur besseren Lesbarkeit werden hier personenbezogene Bezeichnungen, generell nur in der im Deutschen üblichen männlichen Form angeführt. Dies soll jedoch keineswegs eine Geschlechterdiskriminierung oder eine Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes zum Ausdruck bringen.

Ausgangslage:

„Der Anteil älterer Drogengebraucher und Drogengebraucherinnen (35 Jahre und älter) steigt seit Jahren systematisch an, was u.a. an Hand von epidemiologischen Daten zur Inanspruchnahme der Behandlungssysteme gezeigt werden kann (Kraus et al., 2008; Martens et al., 2006; Sonntag, 2006, 2007; Simmedinger & Vogt 2009). Das gilt vor allem für Personen mit der Hauptdiagnose Opiatabhängigkeit. In der Praxis bedeutet dies, dass man es in der Mehrzahl mit Konsumenten und Konsumentinnen zu tun hat, deren Hauptdrogen Opiate und Opioide (z.B. Methadon oder andere Ersatzmittel) sind, die dazu aber noch eine Vielzahl anderer legaler und illegaler psychoaktiver Substanzen konsumieren. Diese sehr spezifische Gruppe von Personen mit problematischem Drogenkonsum findet man gehäuft in Substitutionsambulanzen, in niedrigschwelligen Kontaktläden (Anderson & Levy, 2003; Ebert & Sturm, 2006; Hart, 2007; NDM Annual Report, 2005; Neumann et al., 2005; Rosen, 2004; Simmedinger et al., 2001) und anderen Einrichtungen der Drogenhilfe.“

Die Daten zur Lebenssituation der älteren Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, die in Kontakt mit der Suchthilfe stehen, belegen, dass sie Unterstützung in vielen Bereichen benötigen. Zunächst ist festzustellen, dass die Wohnsituation der älteren Drogenkonsumenten und -abhängigen eher besser ist als die der Jüngeren: Die überwiegende Mehrheit hat einen festen Wohnort. Allerdings leben die meisten von ihnen in ihrer Wohnung oder ihrem Zimmer allein. Das schließt Partnerschaften nicht aus, aber diese sind offenbar eher auf Distanz angelegt.

Pauschal betrachtet ist die finanzielle Situation der Älteren im Vergleich mit den Jüngeren eher schlechter. Die Älteren verfügen über sehr wenige finanzielle Mittel, haben wenige Chancen, diese aufzustocken, und haben zudem sehr oft relativ hohe Schulden. Der Anteil der Älteren, die (noch) einer geregelten Erwerbsarbeit nachgeht, ist ebenfalls kleiner als bei den Jüngeren. Dazu kommen zusätzliche hohe psychosoziale Belastungen aufgrund von Bewährungs- und Strafaufgaben sowie drohenden Verurteilungen. Der Hilfebedarf hinsichtlich der personalen, finanziellen und juristischen Situation nimmt also mit dem Alter (und der Dauer des Drogenkonsums) deutlich zu. Dazu kommen zunehmende gesundheitliche Beschwerden, die das Alleinleben bei vielen schon in der Lebensmitte beschwerlich machen. Das gilt besonders für die relativ große Gruppe der Drogenkonsumenten und -konsumentinnen, die HIV- und HCV-positiv sind, und bei denen sich der Krankheitsverlauf auch als Folge ihres Lebensstils beschleunigt.“ (Vogt et al. (2010): S. 7 f.) In Osnabrück hat sich in den vergangenen Jahren ein weiterer Problembereich in den Vordergrund gedrängt. Der Wohnraum für das genannte Klientel steht nicht mehr zur Verfügung. Eine Vermittlung aus bestehenden Hilfesystemen ist darüber hinaus kaum noch leistbar.

Deshalb benötigen ältere Abhängige mit hohem Betreuungsbedarf, aufgrund langjährigen Konsums und psychiatrischer Komorbiditäten ein neues Wohn- und Hilfeangebot, denen häufig auch die eigene Steuerungsfähigkeit verloren gegangen ist und die vielschichtige Hilfen benötigen.

1. Leistungsanbieter und Organisationsstruktur

Das Betreute Wohnen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen ist eine Einrichtung der CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH in Osnabrück. Hierzu gehören die Fachklinik Nettetal in Wallenhorst, die Fachklinik Hase-Ems in Haselünne, das Theresienhaus in Glandorf und Betreutes Wohnen für verschiedene Zielgruppen in der Region Osnabrück.

Unsere Organisation ist Teil des Verbundsystems im Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. und wir kooperieren mit anderen Einrichtungen in gegenseitiger Wertschätzung. Unser wichtigstes Ziel ist es, dem einzelnen Menschen in seiner von Sucht und Missbrauch geprägten Lebenssituation adäquate Hilfe anzubieten und gute, gesundheitsfördernde Lösungen zu finden. Das Betreute Wohnen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen, ermöglicht Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII bei Drogenabhängigkeit in der Stadt und im Landkreis¹ Osnabrück. Ebenso können, neben

¹ Der Landkreis Osnabrück fördert diese spezielle Form des Betreuten Wohnens derzeit im Rahmen des §67 SGB XII.

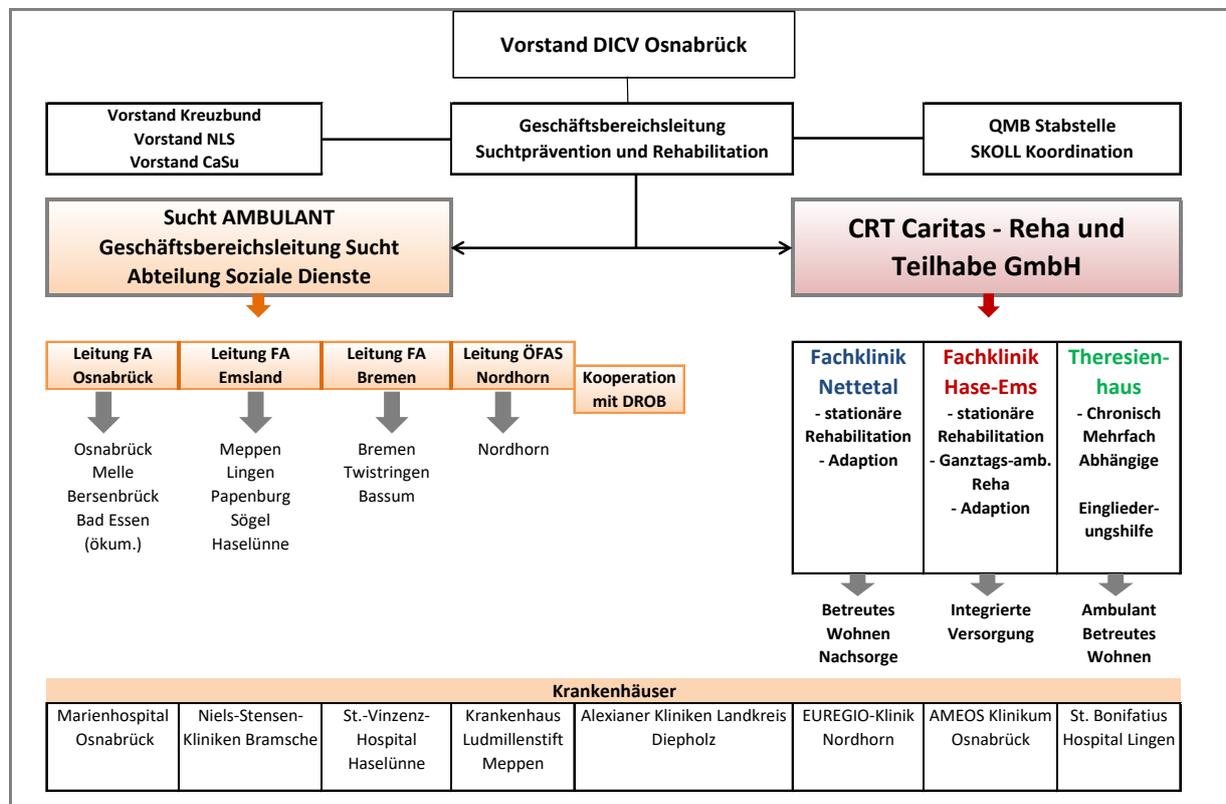
der Drogenabhängigkeit oder anderen substanzbezogenen Störungen, psychiatrische Begleiterkrankungen vorliegen und Substitutionsbehandlungen durchgeführt werden.

1.1 Leitbild sowie Leistungsschwerpunkte der CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH

Unsere sozialen teilhabeorientierten Dienstleistungen werden unabhängig von der Religion, der Nationalität und der politischen Einstellung der Betroffenen angeboten. Wir sind bestrebt, Notsituationen frühzeitig zu erkennen, die öffentliche Aufmerksamkeit darauf zu lenken und rechtzeitig Lösungen für die sich darstellenden Probleme zu finden. Menschen haben das Bedürfnis nach Anregung, Genuss, Spaß, Ekstase und Entspannung. Dazu werden spezifische Handlungsmuster und psychotrope Substanzen unterschiedlichster Art eingesetzt. Es können sich riskante Verhaltensweisen entwickeln, die zu Missbrauch und Abhängigkeit führen.

Abhängigkeit ist ein unabweisbares Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Es beeinträchtigt die freie Entfaltung einer Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen und die sozialen Chancen eines Individuums. Übergeordnetes Ziel ist die Überlebenssicherung und soziale Teilhabe. Wir erbringen soziale Dienstleistungen nach aktuellen professionellen Standards im Bewusstsein christlicher Nächstenliebe und begegnen unseren Patienten und ihren Angehörigen mit Wertschätzung, Akzeptanz und Geduld. Die Ziele und Aufgaben orientieren sich am Krankheitsbild vor dem Hintergrund der sozialen und individuellen Situation der Menschen, die wir aufsuchen und die zu uns kommen. Wir tragen dazu bei, dass Menschen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft haben, denn ohne Befreiung von Not kann niemand an Freiheit teilhaben.

1.2 Organigramm CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH



*NLS - Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen / *CaSu - Caritas Suchthilfe / *QMB - Qualitätsmanagementbeauftragter / *SKOLL - Selbstkontrolltraining / *FA - Fachambulanz
 *ÖFAS - Ökumenische Fachambulanz Sucht / *DROB - Drogenberatungsstelle

2. Ältere Drogenabhängige in Osnabrück

Es gibt keine Standarddefinition für "den älteren Drogengebraucher" und es gibt grundlegende Variationen und Inhalte des Begriffs "älter" in der Gesamtbevölkerung. Die offizielle Grenze für eine Berentung liegt bei 60 Jahren. In Europa hat man sich geeinigt, ab 65 Jahre den Begriff "älter" zu verwenden. In der Drogenarbeit ist die Grenzziehung eine andere und liegt deutlich niedriger. In manchen Arbeitsfeldern der Drogenarbeit liegt sie bereits bei 35 Lebensjahren (Quelle: SDD-care project). Dieses beinhaltet natürlich die vorherrschende Ansicht, dass das Drogenproblem ausschließlich ein Jugendphänomen ist. Andere Studien belegen, dass der cut-off point für die älteren Drogengebraucher 40 Jahre sei (Beynon et al., 2010). Amerikanische Studien belegen ein Lebensalter von 50 Jahren und mehr (Lofwal et al., 2005). Es gibt zwei Hauptgründe, die für das Lebensalter von 40 Jahren als cut-off point sprechen. Zum einen, verfügen Menschen mit 40 Jahren bereits über eine langjährige Drogenkarriere. Daraus resultiert häufig eine vielfältige psychische und physische Schädigung.

2.1 Umfang der Zielgruppe

In Osnabrück gibt es eine Vorbereitungsgruppe zum jährlichen Gedenktag für die an Drogen verstorbenen Menschen. Hier sind Mitarbeitende aus dem Netzwerk der Osnabrücker Hilfen für Abhängigkeitserkrankte versammelt (Verbände und Vereine, Justiz, Psychiatrie, Selbsthilfe, Kommunen etc.). Es existiert eine intern geführte Liste der an Drogen verstorbenen Menschen in Osnabrück seit dem Jahr 2007. Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und exaktes Lebensalter, dient aber der Orientierung.

Seit 2007 sind in Osnabrück insgesamt 151 Menschen an den Folgen des exzessiven Drogenkonsums und den daraus resultierenden Folgen verstorben. Unter 30 Jahre waren 11 Personen. Zwischen 30 und 40 Jahre waren es 46 Personen. Zwischen 40 und 50 Jahre waren es 48 Personen, zwischen 50 und 60 Jahre und älter waren 31 Personen. 15 Personen konnten nicht zugeordnet werden. Diese Daten zeigen einen dringenden Handlungsbedarf auf und machen deutlich das ältere Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ergänzende Hilfen benötigen. Es liegen Erfahrungswerte und -erlebnisse aus den Betreuten Wohnhilfeprojekten vor, die eine Lebenshilfe für ältere Drogenabhängige belegen. Im Vordergrund steht hier auch die Überlebenseicherung, aber auch die Unterbringung in Menschenwürde und der der Möglichkeit der Teilhabe. Eine Unterbringung in Notunterkünften bedeutet für die ältere Klientel häufig eine lebensbedrohliche Situation. Kennzeichnend für die älteren Drogenabhängigen ist der hohe Anteil an Ko- und Multimorbiditäten und die Tatsache, dass eine Wiedereingliederung bzw. ein lösungsorientiertes Arbeiten mit erreichbaren Zielen nur noch bedingt möglich ist. Wir erleben unsere drogenabhängigen älteren Menschen in Osnabrück häufig in einer Endlosspirale: Entgiftung, Obdachlosigkeit, Akutkrankenhaus, Notunterkunft, Gefängnis. Einige werden am Ende ihres Lebens in einem Alten- oder Pflegeheim untergebracht.

2.2 Problematischer Drogenkonsum

Ältere Drogenabhängige konsumieren anders. Häufig findet eine Basisversorgung durch eine Substitutionsbehandlung statt. Kann eine Beikonsumfreiheit aufrechterhalten werden, ist von einer gewissen Stabilität auszugehen und von einer teilweisen Integration in Wohnraum und Basisversorgung. Ein Teil der älteren Drogenabhängigen praktiziert Beikonsum und bringt damit die substituierenden ÄrztInnen in Situationen, disziplinarisch eingreifen zu müssen. Einer disziplinarischen Maßnahme folgen unmittelbar ein starker gesundheitlicher Gefährdungsprozess, ebenso ein sozialer Abstieg und die Gefährdung der Basisversorgung. Niedrigschwellige Angebote wie das Betreute Wohnen greifen bei drogenabhängigen älteren Menschen nur bedingt. In den bestehenden Angeboten geht man davon aus, dass eine Veränderung und ein Problembewusstsein

erarbeitet werden kann. Die Praxis zeigt, dass das nicht mehr immer möglich ist. Ein Zwischenweg zwischen Toleranz einer Rückfälligkeit und einer Vorgehensweise, die zum Ziel hätte, möglichst große Zeiträume zwischen den Konsumeinheiten zu schaffen, sind in der Begleitung sinnvoll.

2.3 Sozialer Hintergrund

Wir erleben im Aufnahmeverfahren Anfragen aus den Fachambulanzen und Fachstellen, der Entgiftung und anderen Hilfen aus dem bestehenden Netzwerk. Diese betreffen chronifizierte drogenabhängige Männer und Frauen, die sich gerade erneut in Entgiftung, in einem Akutkrankenhaus, im Gefängnis oder sogar im Hospiz befinden, obdachlos oder von Wohnungslosigkeit bedroht sind und eine suchtspezifische Hilfe benötigen. Sie haben schwerwiegende gesundheitliche Einschränkungen davongetragen (Als Beispiel: Klient, 56 Jahre, 2-maliger Schlaganfall oder Klient, 50 Jahre, Tromboseerkrankung in beiden Beinen nach intravenösem Konsum in die Leistenvenen, Amputation stand unmittelbar bevor). Teilweise besteht keine Basisversorgung (Meldeadresse und Wohnraum, finanzielle Lebensgrundlage, Krankenversicherungsschutz) mehr. Es fehlt bei sehr vielen älteren Drogenabhängigen der Mut, sich erneut aufzuraffen und ein Hilfeangebot in Anspruch zu nehmen. Die Sekundärerkrankungen dieser älteren drogenabhängigen Menschen sind häufig akut und dringend behandlungsbedürftig.

2.4 Behandlungserfahrungen

Es sind in der Regel Erfahrungen aus Langzeitdrogenentwöhnungsbehandlungen, ambulanter Reha, Suchtberatung und Betreutem Wohnen vorhanden. Kaum ein älterer drogenabhängiger Mensch wendet sich erstmalig einem Hilfesystem zu. Ergebnis über viele Jahre ist in den genannten Menschen das Nicht-Aufrechterhalten-Können einer stabilen Lebenssituation und Hoffnungslosigkeit. Hinzu kommt, dass die Regelwerke und Anforderungen selbst in niedrigschwelligen Projekten nicht mehr einzuhalten sind.

2.5 Körperliche und psychische Gesundheit

Laut Stöver, Jamin und Padberg (2017) spielen in der körperlichen Krankheitsgeschichte vor allem die Infektionserkrankung Hepatitis C eine wichtige Rolle (85,1%). 67,1% der Befragten gaben eine aktuelle HCV Infektion an. In diesem Bereich bestehen große Fehlinformationen unter den Drogenabhängigen. Es halten sich Gerüchte von einer sogenannten Verkapselung der Hepatitis C, die einer Heilung gleich komme. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der älteren Drogenabhängigen eine chronische Hepatitis C aufweist. Weitere weit verbreitete Beschwerden sind Atemwegserkrankungen, Abszesse, Arthritis/Athrose, Diabetes, epileptische Anfälle, starker Gewichtsverlust, Geschlechtskrankheiten, Herzerkrankungen und Bluthochdruck, Krebserkrankungen, Nierenerkrankungen, Pankreatitis, Osteoporose, Venenerkrankungen und Zahnerkrankungen. Neben körperlichen Beschwerden leiden die älteren Drogenabhängigen insbesondere an emotionalen Belastungen bis hin zu psychischen Störungen. Am weitesten verbreitet sind Angst- und Spannungszustände, depressive Stimmungen zum Teil mit Suizidgedanken sowie Gefühle von Einsamkeit und Vereinsamung. Ein Drittel der befragten älteren Drogenabhängigen gaben Beschwerden mit schwerer Vergesslichkeit und schweren Konzentrationsstörungen an. Weitere psychische Beschwerden sind ADHS, Schizophrenien und Psychosen. Deutlich ist, dass psychische Störungen unter den älteren Drogenabhängigen eine große Bedeutung haben und den Alltag erheblich erschweren.

2.6 Das soziale Netz

Das soziale Netzwerk ist bei älteren Menschen mit substanzbezogenen Störungen zum großen Teil zusammengebrochen. Eltern, Geschwister, Partner und Kinder sind psychisch nicht mehr in der Lage zu unterstützen und grenzen sich ab. Das bedingt eine weitere Vereinsamung. Professionelle

Beziehungen zu Helfenden werden als wichtige Stütze in der Bewältigung des Alltags und von Krisen dargestellt. Sie sind häufig die einzig noch verbleibenden.

3. Leistungsbeschreibung

Gesetzliche Grundlage:

Die **Eingliederungshilfe** ist zurzeit (2019) noch eine [Sozialleistung](#) nach dem [SGB XII](#). Sie soll Menschen mit einer Behinderung oder von Behinderung bedrohten Menschen helfen, die Folgen ihrer Behinderung zu mildern und sich in die Gesellschaft einzugliedern (§ 53 SGB XII). Im Zuge einer umfassenden Reform ist die Eingliederungshilfe 2017 durch das [Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen](#) neu geregelt worden. 2020 sollen Bestimmungen zur Eingliederungshilfe vollständig in den Kontext des [SGB IX](#) überführt worden sein, da Menschen mit Behinderungen nicht mehr als „Sozialfälle“ betrachtet werden sollen, mit denen sich das SGB XII im Allgemeinen befasst.

Im Zuge der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes führt der Eingliederungshilfeträger ein Gesamtplanverfahren durch. Die Ermittlung des individuellen Bedarfes wird durch das Instrument der Bedarfsermittlung erhoben. Dieses erfolgt für den Leistungsberechtigten durch ein Instrument der Bedarfsermittlung, das sich an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ([ICF](#)) orientiert.

3.1 Zielgruppe

Aufgrund der in den 90er Jahren etablierten Substitutionsbehandlung von Opiatabhängigen sowie der stärkeren Verbreitung von niedrigschwelligen Hilfsangeboten wie der Vergabe von sterilen Spritzen, werden auch Drogenabhängige heutzutage immer älter. Diese neue Zielgruppe erfordert neue Hilfsangebote. Die nachfolgende Konzeption beschäftigt sich mit einem eben solchem.

Mit sich stetig verändernden Konsummustern, dynamischen Motivationsphasen bzw. -stadien der Veränderungsabsicht des Einzelnen und damit einhergehenden individuellen Zielvorstellungen, ist die alltägliche Ausgestaltung des Konzepts einem ständigen Wandel unterworfen und stellt spezielle Herausforderungen an die Soziale Arbeit. Vorrangiges Ziel seitens des Caritasverbandes Osnabrück ist das Angebot von unmittelbar verfügbarer Hilfestellung für den suchtmittelkonsumierenden Menschen.

Die Ideologie des Caritasverbandes besagt, dass jeder Mensch ein Anrecht auf ein menschenwürdiges Leben hat. Die Begegnung mit dem suchtmittelkonsumierenden Menschen bedeutet, dass er unabhängig von Glauben, Nationalität und sozialer Herkunft Unterstützung und Begleitung erfährt. Dabei spielt es eine untergeordnete Rolle, ob das gewählte Ziel die Abstinenz und die Integration in die Gesellschaft ist. Vorrangig ist die Sicherung des Überlebens.

In erster Linie geht es bei der Überlebenssicherung um eine Reduzierung der Übertragung von infektiösen Erkrankungen, wie Hepatitiden und HIV/AIDS, außerdem um eine angemessene Mitbehandlung der vielfältigen psychiatrischen Begleiterkrankungen zur Reduktion von eigengefährdenden Verhaltensweisen. Angeboten wird innerhalb eines Schutzraumes eine „Konsumpause“. Erreicht werden soll eine Verbesserung der psychischen, physischen und sozialen Situation.

Von besonderer Bedeutung sind dabei die Funktionsstörungen und Teilhabebeeinträchtigungen, die durch den dauerhaften Konsum von Suchtmitteln herbeigeführt werden. Die Internationale Klassifikation der Funktionsstörungen, Behinderung und Gesundheit (ICF) bildet die Grundlage dieses Denk- und Handlungsansatzes.

Die Folgen von (chronischen) Erkrankungen werden im ICF-Modell als das Ergebnis einer Wechselwirkung von Krankheit, Individuum und seinem Kontext dargestellt. Zum Kontext eines Menschen gehören sowohl die Lebensgeschichte und Persönlichkeit, als auch die physische und soziale Umwelt. Dabei spielt der Lebenshintergrund meist eine große Rolle bei der Frage, ob ein

gesundheitliches Problem bzw. eine Krankheit (Bezugssystem: ICD) eines Menschen zu einer Gefährdung oder Einschränkung seiner Teilhabe am Arbeitsleben beziehungsweise am Leben in der Gesellschaft führt.

Dieses Konzept richtet sich an Klienten im Lebensalter 40 plus x, die sich in einer Lebensphase befinden, in der eine medizinische Rehabilitation nicht möglich ist oder nicht erfolgversprechend ist. Vorrangiges Ziel ist hier zunächst die Überlebenssicherung über eine Konsumpause. Diese Klienten sind nicht mehr in der Lage, der Szene den Rücken zu kehren. Sie wollen Kontrolle und Unterstützung durch Sozialarbeiter im alltäglichen Leben. Häufig erlangen sie Stabilität über Substitution und sind darüber hinaus nicht mehr an einer Lebensveränderung interessiert oder überfordert. Ärztliche Versorgung ist notwendig.

3.2 Ziele

Vorrangiges Ziel der Maßnahme „Betreutes Wohnen für ältere Menschen mit substanzbezogenen Störungen“ ist die Sicherung des Überlebens, die Sicherung der Grundbedürfnisse und die Gewährung eines Schutzraumes. Dieses bedeutet im Einzelnen, dass sich der Klient im Vorfeld der Aufnahme in das Betreute Wohnen einer Entgiftungsbehandlung unterzieht und sich ggf. auf ein Substitut einstellen lässt. Gewünscht ist, dass der Klient in der Lage ist, oder befähigt wird, über seine Befindlichkeiten zu sprechen, beziehungsweise seinen Suchtdruck zu benennen und Gegenmaßnahmen zu erarbeiten. Durch das Betreute Wohnen steht ein Schutzraum zur Verfügung, der die Begegnung zur Szene erschwert beziehungsweise minimiert. Als Ansprechpartner stehen regelmäßig Fachkräfte Sozialer Arbeit zur Verfügung.

Im Sinne des Bio-psycho-sozialen Modells der ICF werden die Aus- und Wechselwirkungen der substanzbezogenen Störungen und gegebenenfalls vorhandenen Komorbiditäten festgestellt. Dies geschieht auf den Ebenen der Strukturen und Funktionen, der Aktivitäten und der Teilhabe in allen Lebensbereichen einer Person vor dem Hintergrund ihrer Lebenswelt. Dabei finden sowohl mögliche Barrieren als auch Förderfaktoren Berücksichtigung.



Abb.: Schuntermann, M. F. F. (2018)

Vor diesem Hintergrund geht es im Rahmen der existenzsichernden Grundbedürfnisse um die Vermeidung von Obdachlosigkeit und um die Beantragung der Hilfen zum Lebensunterhalt. In der Regel handelt es sich um ALG II- Leistungen; Grundsicherung oder Berentung. Gelegentlich sind 100%ige Sperren der Einkünfte mit den entsprechenden Stellen zu klären. Im Einzelfall muss ein Verweis auf die „Tafeln e. V.“ oder die Klöster der Region erfolgen, um ein Überleben zu sichern.

Ziele sind und Klärung ist angezeigt in folgenden Bereichen:

3.2.1 Beratung und Unterstützung

- Unterstützung bei der Lebensführung und –bewältigung
- Eruierung individueller Hindernisse und Hemmnisse
- Heranführung zur Körperpflege und –hygiene
- Nahrungsaufnahme (einkaufen, kochen, evtl. Lieferung oder „essen auf Rädern“)
- Unterstützung bei der Haushaltsführung (Spülen, Wäschewaschen, Putzen)
- Training des Tages- und Nachtrhythmus'

3.2.2 Soziale Beziehungen

- Heranführung an den Bereich der weiteren Lebensplanung
- Heranführung an die Thematik Freizeitgestaltung
- Klärung der familiären, partnerschaftlichen und sozialen Situation
- Steigerung der Motivation zu einer weiterführenden Behandlung der Suchterkrankung
- Aufbau einer wechselseitigen vertrauensvollen Beziehung sowie die Aufrechterhaltung von Kontinuität
- Training der Sozialkompetenz und Konfliktfähigkeit
- Training von Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen
- Erarbeitung einer Krankheitseinsicht und -akzeptanz; unveränderliche und veränderliche Anteile im Krankheitsgeschehen erkennen
- Gewährung eines angemessenen Nähe- und Distanzverhältnisses in der Beziehungsarbeit
- Ressourcenarbeit

3.2.3 Medizinische Unterstützung

- Diagnostik und Behandlung bei Co- und Multimorbidität veranlassen
- Zusammenarbeit mit Fachärzten, der Infektionsambulanz sowie Psychiatrien und Spezialkliniken
- Begleitung bei der Medikamenteneinnahme
- Zahnbehandlung oder -sanierung anregen und begleiten
- Erarbeitung einer Krankheitseinsicht und -akzeptanz; unveränderliche und veränderliche Anteile im Krankheitsgeschehen erkennen
- Steigerung der Motivation zu einer weiterführenden Behandlung der Suchterkrankung

3.2.4 Behördliche Unterstützung

- Unterstützung bei Behördenangelegenheiten
- Eruierung der juristischen Situation (Strafbefehle, Gerichtsverfahren etc.)
- Vermittlung von juristischem Beistand
- Gesetzliche Betreuung klären
- Schwerbehinderung klären
- Pflegegrad prüfen

3.2.5 Wirtschaftliche Unterstützung

- Eruierung der finanziellen Situation bzw. Schulden; gegebenenfalls Vermittlung in Schuldnerberatung
- Sicherung des Einkommens

3.3 Beschreibung der Maßnahme

Die Fachkräfte Sozialer Arbeit des Betreuten Wohnens fördern die individuelle Wahrnehmung der Abhängigkeitserkrankung, sowie die Auseinandersetzung mit der Problematik des einzelnen Klienten über eine persönliche Beratung und Begleitung im Rahmen einer guten Arbeitsbeziehung mit klaren verbindlichen Regeln. Es geht darum, gegenseitiges Vertrauen zu fördern, die Motivation zu steigern, gemeinsam Perspektiven zu entwickeln, Stabilisierungsprozesse einzuleiten und die Selbstwirksamkeit zu optimieren.

3.3.1 Phasen der Betreuung

Folgend werden die Phasen des Betreuten Wohnens beschrieben, die die Klienten durchlaufen. Die Phasen sind hierbei nicht als zwingend linearer Verlaufsplan zu verstehen, da bezeichnend für die jeweiligen Abhängigkeitserkrankungen/ Ko-/ Multi- Morbiditäten Rückfälle in jeder Phase und zu jedem Zeitpunkt geschehen können. Diese bedingen die Notwendigkeit besonderer und individueller Interventionen, welche im Rahmen von Rückfallbehandlungen, Entgiftungsbehandlungen, einer Höherstufung des Substituts, einer Veränderung der Medikation oder auch weiterer Maßnahmen erfolgen können. Der Verlauf der Betreuungsphasen orientiert sich somit am Status der substanzbezogenen Störungen, Umfang und Schwere der Komorbidität, den damit einhergehenden Teilhabebeeinträchtigungen, Rückfällen, den Ressourcen und der Leistungsfähigkeit der Klienten.

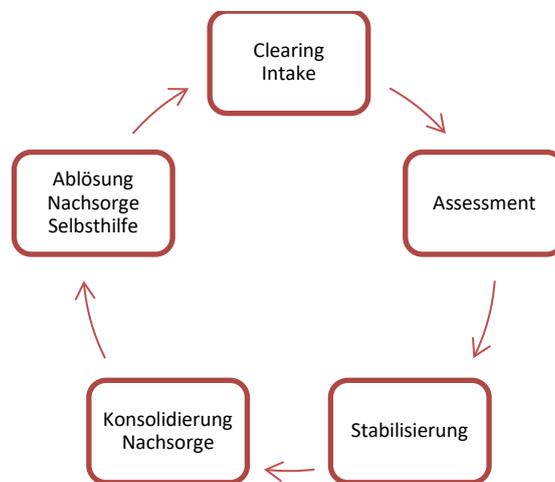


Abb.: Eigene Abbildung



Abb.: Eigene Abbildung nach Miller und Rollnick (2015)

Clearing- und Intakephase

Der Klient nimmt fernmündlich, schriftlich, per Mail oder persönlich Kontakt auf und vereinbart ein Informationsgespräch mit dem Mitarbeiter. In diesem Informationsgespräch werden die Stammdaten, eine gewünschte Veränderung der Lebenssituation und die Compliance evaluiert. Darüber hinaus erhält der Klient Informationen zum Betreuungsvertrag, zum Mietvertrag und zu seiner

Mitwirkungspflicht. Sollte das Hilfeangebot für den Klienten nach unserer Einschätzung passend sein, kann eine Vermittlung in eine Entgiftungsbehandlung erfolgen.

Im Weiteren wird ein Gespräch zwischen Klient und Leistungsträger vereinbart. Erteilt der Leistungsträger im Verlauf des Bedarfsermittlungsverfahrens die Zustimmung zur Aufnahme, findet eine Absprache zwischen Klient und Einrichtung statt.

Assessmentphase

In der Assessmentphase wird die Basis für die Zusammenarbeit und das Gelingen einer möglichst konsum- oder beikonsumfreien Zeit aufgebaut. In dieser Zeit finden eine Reflexion der individuellen Lebenssituation, eine anamnestiche und diagnostische Klärung des Suchtmittelgebrauchs wie auch eine kontinuierliche Kontaktaufnahme seitens der Mitarbeiter im Zeichen der Beziehungsarbeit statt. Zentral ist die Definition von Teilhabe orientierten erreichbaren Zielen im Hinblick, eine (kleine) positive Erfahrung aufzubauen, die das Vorhaben motiviert, das Betreute Wohnen fortzusetzen und eine Rückkehr in die Szene zu verhindern. Es finden existenzsichernde Maßnahmen statt, wie beispielsweise die Sicherstellung des notwendigen Lebensunterhaltes und des Wohnraumes, aber auch, wenn nötig, die Herstellung des Krankenversicherungsschutzes. Bezüglich der Prävention von Rückfällen wird die Erarbeitung von Frühwarnsymptomen sowie deren Wahrnehmung gestärkt, um somit präventive Maßnahmen zu erarbeiten, die einem Rückfall vorbeugen. Bei Rückfall in den Substanzgebrauch soll der Umgang mit diesem besprochen werden und die Einleitung von entsprechenden medizinischen Maßnahmen gesichert werden. Ein ziel- und lösungsorientierter Umgang mit dem Rückfallgeschehen steht hier im Vordergrund, um den ganzheitlichen Stabilisierungsprozess des Klienten zu fördern. Im Betreuten Wohnen für ältere substanzmissbrauchende Menschen erfährt das Rückfallgeschehen eine höhere Akzeptanz und führt nicht unmittelbar zur disziplinarischen Entlassung. Ziel ist die kontinuierliche Unterbrechung des Rückfallgeschehens.

Stabilisierungsphase

Der Klient erfährt eine psychische und physische Stabilisierung. Es erfolgt im Einzel- und Gruppengespräch die positive Benennung und Bewertung der bisherigen Errungenschaften und Entwicklungsschritte. Medizinische Betreuung wird vermittelt und die Inanspruchnahme reflektiert. Der Umgang mit Krisen wird am Beispiel geübt, um die Fähigkeit zur Resilienz des Klienten zu fördern. Die Zukunftsplanung des Klienten erfolgt in kleinen, realistischen Schritten und mit Blick auf eine Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe.

Körperliche und psychische Erholung erfolgt durch das Durchhalten einer längeren Phase der Abstinenz beziehungsweise der Beikonsumfreiheit. Das Training dieser längeren Phasen erfolgt im Rahmen der Maßnahme des Betreuten Wohnens. Ziel ist hier die Erreichung und Aufrechterhaltung der Stabilität in Absprache mit allen am Hilfeplan beteiligten Institutionen, gegebenenfalls durch die lebenslange Substitutgabe. Alle Möglichkeiten der sozialen Kontaktaufnahme zu Bezugspersonen und Institutionen sollen gefördert und reaktiviert werden.

Eine Verbesserung oder Stabilisierung des Gesundheitszustandes bei Ko- und Multimorbiditäten soll erreicht werden, um eine Steigerung der Lebensqualität mit Abstinenz oder Beikonsumfreiheit zu erfahren.

Konsolidierungsphase

Die Konsolidierungsphase dient der Aufrechterhaltung der Stabilität und der ständigen Prüfung der Teilhabemöglichkeiten und einer passgenauen Begleitung im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe. Dazu gehört auch die Möglichkeit der Mitwirkung einer externen ambulanten Pflegeorganisation (Sozialstation). Es können auch Sterbeprozesse thematisiert und begleitet werden. Eine Verlegung erfolgt ggf. in entsprechende Institutionen und bei Sterbeprozessen ins Hospiz.

3.3.2 Methodenauswahl:

Um die Klienten in ihrer Entscheidungsfindung, Zukunftsplanung und Motivation während der unterschiedlichen Phasen zu stärken, werden gezielt Methoden verwendet, welche sich an den jeweiligen Bedürfnissen und Besonderheiten des Klienten orientieren:

- auf Basis des Konzeptes „Motivational Interviewing“ nach Miller und Rollnick, „Sustain Talk“ abbauen und „Change Talk“ sowie „Confidence Talk“ evozieren
- Klare und verbindliche Strukturen und Regeln werden mit den Klienten vereinbart
- Regelmäßige Atemalkoholkontrollen und Drogenscreenings sind obligat. Trainings aus dem NLP und der Systemischen Kurztherapie nach Steve de Shazer, Salvador Minuchin und Lester Baker, sowie aus dem Bereich der Verhaltenstherapie
- Kooperation mit den Therapeuten aus den Bereichen der Suchtberatung, der ambulanten medizinischen Rehabilitation, Suchtambulanz und Tagesklinik Sucht (AMEOS) und der Psychiatrie in Form von Hilfeplangesprächen
- Hilfeplangespräche mit dem Leistungsträger und dem Klienten
- Hilfeplangespräche mit weiteren, in den Hilfeplan eingebundenen Institutionen

3.3.3 Suchtspezifische Einzel- und Gruppenangebote

Inhalte der wöchentlich angebotenen krankheitsrelevanten Gruppenarbeit sind:

- Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverständnis
- Abstinenzentscheidung und Abstinenzfähigkeit
- Konsummuster, Beikonsum während der Substitution, Wirkung, Funktion und Risiko
- Genese der Erkrankung
- Co-Abhängigkeit
- Chronifizierung, soziale Folgen und weitere Erkrankungen
- Umgang mit Rückfall, Rückfallprophylaxe, Ablehnung von Konsumangeboten (zum Beispiel bei Begegnungen mit Szenekontakten), Alkohol in Lebensmitteln
- Feststellen der persönlichen Sozialstruktur
- Sozialverhalten
- gemeinsame Entwicklung von persönlichen und beruflichen Zielen
- Hilfesystem und Zugänge
- Verbesserung der Konfliktfähigkeit
- Erarbeitung von Methoden der Stressbewältigung und Belastung
- Erhöhung der sozialen Kompatibilität
- Festigung von Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Kontinuität durch tagesstrukturierende Maßnahmen
- Aufstellen von Verhaltensregeln
- Informationen zu weiterführenden Maßnahmen und Selbsthilfe.
- Auseinandersetzung zum Umgang mit Endlichkeit und Tod

Es finden Einzel- und Gruppengespräche zu folgenden Themen statt:

- Verbesserung der gesundheitlichen Situation; Akzeptanz der Grunderkrankung
- Aufbau und Förderung der Behandlungsbereitschaft
- Gesundheitsförderung durch Sportangebote und Ernährung
- Umgang mit Ängsten, sozialen Phobien und Kritik
- Umgang mit depressiven Verstimmungen und narzisstischen Kränkungen
- kontinuierliche Informationen über die Beratungs- und Hilfsangebote in der Region
- Feststellen und Bearbeiten der Defizite im Umgang mit Aggression und Gewaltbewältigung
- krankheitsbedingte Gründe, wie Irritierbarkeit durch kritische Ereignisse, Durchhaltevermögen, Leistungsschwankungen, starke Kränkbarkeit, Umgang mit unangenehmen Gefühlsqualitäten (wie Schuld- und Schamgefühle), ambivalente Motivation, unrealistische Selbst- und Fremdeinschätzung, Ansprüche und Angewiesensein
- Schuldnerberatung und Finanzcoaching, Einleitung von Privatinsolvenzen

Tagesstrukturierende Maßnahmen werden unter Anleitung angeboten:

- Mobilisierung (ggf. über einen WG-Hund oder ein Aquarium)
- Leidensgerechte Freizeitaktivitäten
- „Konsum sozialer Kontakte“ (das, was da ist, genießen!)
- Musikprojekte (eventuell über Studenten der Hochschule)
- Ressourcenorientierte Freizeitgestaltung
- Kochen
- Informations- und Mediennutzung

3.3.4 Dauer des Betreuten Wohnens:

Die Dauer des Betreuten Wohnens orientiert sich für den Klienten am jeweils individuellen Entwicklungsstand und Gesundheitszustand. Somit ist sie zeitlich nicht begrenzt. Der Aufenthaltszeitraum wird gemäß individueller Hilfeplanbesprechung mit dem Träger der Eingliederungshilfe abgestimmt und angepasst. Zeit ist notwendig, um eine vertrauensvolle Beziehungsebene herzustellen, um eine Stabilisierung in Gang zu setzen und zu begleiten. Angedacht sind vier Plätze innerhalb einer Wohngemeinschaft.

Die vier zur Verfügung stehenden Plätze können laufend nachbesetzt werden. Die Nachbesetzung erfolgt über eine von den Fachkräften Sozialer Arbeit der Einrichtung geführte Warteliste.

4. Organisation der Leistungserbringung

(sofern wir eine Wohnung zur Verfügung haben, kann die Organisation gewährleistet werden)

Die CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH hält für das „Betreute Wohnen für ältere Menschen mit substanzbezogenen Störungen“ in Osnabrück ausreichend räumliche und sachliche Ausstattung für die Einzel- und Gruppenarbeit und soziale Teilhabe vor. Für die Instandhaltung und einen gepflegten Zustand der Räumlichkeiten sind die Klienten im Rahmen von lebenspraktischen Übungen in Absprache mit dem zuständigen Sozialarbeiter selbstständig verantwortlich. Bei Bedarf werden Reinigungsdienste hinzugezogen. Kleinere Renovierungsarbeiten erfolgen auch durch die Hausgemeinschaft. Für größere Wartungsarbeiten hält die CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH einen Hausmeisterservice zur Verfügung.

Betreutes Wohnen für ältere Menschen mit substanzbezogenen Störungen in Osnabrück

Planung:

Geplant sind 2 barrierefreie Wohnungen mit je 4 Apartments und barrierefreien Nasszellen. Eine Gemeinschaftsküche mit anschließendem Wohnraum soll ebenfalls dazugehören. Für die Mitarbeitenden soll ein Büro mit Sicherheitsvorrichtung und Tresor (Substitutlagerung) sowie ein Gruppenraum eingerichtet werden, um eine fachgerechte Betreuung und Begleitung sicher zu stellen. Die Liegenschaft soll Teilhabechancen und zentrale Einkaufsmöglichkeiten, ärztliche Versorgung und eine gute Anbindung an den ÖPNV ermöglichen.

Sofern das Konzept auf Zustimmung durch den Sozialleistungsträger trifft, ist die Umsetzung unter Nutzung aller Ressourcen der Kommune und der gemeinnützigen Wohnungsbaugesellschaften z.B. Stephanswerk anzustreben und umzusetzen.

4.1 Mitarbeiter

Die Betreuung erfolgt durch 2 erfahrene (unterschiedlich im Lebensalter!) Fachkräfte der Sozialen Arbeit in Teilzeit. Darüber hinaus erfolgt eine hausärztliche Versorgung innerhalb der Wohngemeinschaft durch einen Arzt auf Honorarbasis). Eine Fachkraft wird entsprechend der veränderten Vergabeverordnung (BtmVV /Ausnahmefall/besonderer Fall, geändert am 1.4.2018) für Substitution seit Februar 2018 geschult werden können. Eine Vergabe des Substituts erfolgt, wenn die psychischen und physischen Einschränkungen es notwendig machen, innerhalb der

Wohngemeinschaft. Die Kontrolle erfolgt über den Substitutionsarzt, der die Delegation der Fachkraft vornimmt.

In dem Betreuten Wohnen der CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH werden in der Suchthilfe ausschließlich erfahrene Fachkräfte der Sozialen Arbeit eingesetzt. Die Betreuung der Klienten erfolgt montags bis freitags, die Einsatzzeiten erfolgen nach dem Bedarf, zudem bestehen Präsenzzeiten. Bei Bedarf erfolgen unangekündigte Kontrollen bzgl. Abstinenz und Einhaltung der Wohn- und Betreuungsregeln. Außerhalb der Anwesenheitszeiten können die Klienten in Krisen- und Notfällen die Rufbereitschaften der jeweils zuständigen stationären Betriebsteile der CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH telefonisch erreichen.

4.1.1 Anforderungen an die Mitarbeiter

Abhängigkeitserkrankte leiden oft unter Dissoziationen. Gemeint ist damit, dass der Abhängigkeitserkrankte die Wechselwirkung von fortgeschrittenem psychischen und physischen Abbau über den Konsum von Suchtmitteln auf die Veränderung der psychischen Selbst- und Fremdwahrnehmung unterschätzt. Sie benötigen deshalb – neben dem äußeren Rahmen zur Abstützung ihrer inneren Struktur – Stabilität über ein intensives Beziehungsangebot. Nur wenn Vertrauen, Offenheit und Zuwendung erlebbare Werte darstellen, kann Drogenfreiheit zunächst erleichtert werden, bevor sie überhaupt als anzustrebendes Ziel formuliert werden kann. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, bedarf es einer hohen Klarheit in der Persönlichkeit der Mitarbeiter, denn sie müssen nicht nur auf die Bedürftigkeit der Klienten reagieren, sondern auch auf deren maligne und kriminelle Seiten. Die Mitarbeiter benötigen die notwendige sozialarbeiterische Kompetenz, um die unterschiedlichsten Folgeerscheinungen, die die Abhängigkeitserkrankung nach sich zieht, zu erkennen, zu erfassen und zu ordnen, um erste Schritte zur Klärung einzuleiten. Zur beruflichen Kompetenz gehört die fundierte Kenntnis der Suchtdynamik und den Folgen substanzbezogener Störungen. Darüber hinaus ist eine klare Haltung gegenüber den Klienten unabdingbar. Die Mitarbeiter müssen eine Beziehung zu den Klienten aufbauen, die die Erlebniswelt, des Abhängigkeitserkrankten erkennt und ernst nimmt, auch wenn sie vordergründig absurd oder verletzend ist. Die Mitarbeiter ordnen und schützen, wo es notwendig ist und sie konfrontieren und fordern, wo es angemessen ist.

Für die beschriebene Gruppe von älteren Menschen mit substanzbezogenen Störungen erscheint es wichtig, dass sich die Mitarbeiter mit den Schwerpunkten dieser Behandlungen auseinandergesetzt haben und ihnen entsprechend begegnen. Das bedeutet, dass eine hohe Flexibilität im Umgang mit den Lebensvorstellungen und den Eigenheiten stattfinden soll.

4.1.2 Qualifikation der Mitarbeiter

Die Mitarbeiter des „Betreuten Wohnens für ältere Menschen mit substanzbezogener Störung“ verfügen über ein abgeschlossenes Studium der Sozialen Arbeit (oder vergleichbarer Fachrichtungen; Diplom, Bachelor oder Master) und fundierte Fort- und Weiterbildungen. Weitere Anforderungen an das Personalmanagement sind Erfahrungen in der psychosozialen Betreuung und Beratung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und flankierenden psychischen Erkrankungen, entsprechende sozialrechtliche Kenntnisse, Vernetzungswissen des Arbeitsfeldes Suchthilfe, Kompetenz in Gruppenarbeit und Krisenintervention sowie die Fähigkeit zum selbständigen Arbeiten mit hoher Eigenverantwortlichkeit. Toleranz für die manifestierten Verhaltensweisen der älteren Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ist ebenso notwendig wie eine hohe Frustrationstoleranz gegenüber der Verweigerung einer Entwicklung und Veränderung.

4.1.3 Vertretungsregelung

Die gegenseitige Vertretung im Krankheits- oder Urlaubsfall erfolgt über die Fachkräfte der CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH.

5. Leistungserbringung

5.1 Aufnahmeverfahren

Die Kontaktaufnahme erfolgt seitens des Klienten persönlich, fernmündlich oder per Mail, gegebenenfalls auch über eine vermittelnde Einrichtung. Es erfolgt ein persönliches Informationsgespräch, in dem der Klient seine Wünsche und Perspektiven bezogen auf die weitere Lebensplanung darstellt. Der Verlauf der Abhängigkeitserkrankung und die bisherigen Behandlungen sind Gegenstand des Gespräches. Sofern eine Substitutionsbehandlung erfolgt, ist darüber im Anschluss ein Nachweis beizubringen; ebenso über eine gegebenenfalls bestehende Pflegebedürftigkeit. Darüber hinaus wird für die Zustimmung der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII eine Fachärztliche Stellungnahme benötigt.

Im Zuständigkeitsbereich der Stadt Osnabrück wird ein Antrag auf Eingliederungshilfe (Leistungsgruppe Soziale Teilhabe) nach § 53 SGB XII erstellt. Von dem behandelnden Psychiater ist ein Arztbericht beizubringen. Wenn möglich, sollten im Vorfeld einer Aufnahme Untersuchungen für die Bereiche Herz- und Gefäßerkrankungen, Pankreatitiden, Hepatitiden, Schizophrenien, Psychosen, Depressionen, Borderline-Erkrankungen und Hirnorganischer Psychosyndrome erfolgt sein.

5.1.1 Aufnahmekriterien

Eine Anforderung an ein Mindestlebensalter besteht nicht. Es muss eine substanzbezogene Störung vorliegen und es sollten alle anderen Alternativen der Hilfe bei Abhängigkeitserkrankungen erfolgt sein. Der gewöhnliche Aufenthalt sollte in den letzten 6 Monaten vor Aufnahmeanfrage in der Stadt Osnabrück bzw. Landkreis Osnabrück bestanden haben. Angedacht ist eine regionale Versorgung im Bereich der Stadt und dem Landkreis Osnabrück mit dem Schwerpunkt der Stadt Osnabrück.

5.1.2 Ausschlusskriterien

Sollten schwerwiegende akute psychiatrische Erkrankungen, wie akute Psychosen oder akute Suizidalität oder Pflegebedürftigkeit ab Pflegegrad II vorliegen, ist eine Aufnahme besonders gründlich zu prüfen. Sollte ein aktueller Klient des Betreuten Wohnens Bedenken, Angst, Vorbehalte gegenüber einem möglichen neuen Klient haben, so erfolgt, wenn möglich, eine Klärung der Situation im Vorfeld der Aufnahme. Sollte dieses nicht möglich sein, hat der derzeitige Klient das Vorrecht auf den ihm zur Verfügung gestellten Schutzraum. Dieses wird dem Bewerber vom Mitarbeiter unter Berücksichtigung der Schweigepflicht mitgeteilt.

5.1.3 Ablösephase, Übergangsmanagement

Der Aufenthalt im Betreuten Wohnen für ältere Menschen mit Abhängigkeitserkrankung ist zeitlich nicht begrenzt. Sollte die Notwendigkeit zur Verlegung in eine andere Hilfeform notwendig sein, so wird diese kommuniziert und begleitet.

5.1.4 Mitwirkungspflicht der Klienten

Voraussetzung für eine Aufnahme in das Betreute Wohnen ist die Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung an der individuellen Zielerreichung und Einhaltung der Wohn- und Betreuungsordnung. Der Erfolg des Betreuten Wohnens steht und fällt mit der Mitwirkung. Die Mitwirkungsfähigkeit und -bereitschaft kann in den o.g. Betreuungsphasen unterschiedlich verlaufen. Unterstützung bei der Aufrechterhaltung bzw. Wiederanknüpfung an ein bereits gezeigtes Maß an Mitwirkung ist Ziel der Interventionen und Betreuung. Ziel ist, die Zeiträume zwischen dem Substanzgebrauch größer zu gestalten und

letztendlich das Erreichen von Abstinenz und Beikonsumfreiheit. Alkohol- und Drogenscreenings erfolgen bei klinischen Auffälligkeiten. Anders als im Betreuten Wohnen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung, erfährt substanzbezogenes Rückfallgeschehen eine andere inhaltliche Auseinandersetzung. Regelmäßige Entgiftungsbehandlungen und damit einhergehende Stabilisierungen sind möglich.

5.2 Individuelle Hilfeplanung

Im Vorfeld der Aufnahme erfolgt ein Informationsgespräch, in dem die Motivation zur Veränderung, die persönlichen Ressourcen und die soziale Kompatibilität mit den weiteren Klienten geprüft werden. Innerhalb der ersten sechs Wochen nach Aufnahme wird ein individueller teilhabeorientierter Hilfeplan mit dem Klienten erarbeitet und im Verlauf des Aufenthaltes wöchentlich überprüft, gegebenenfalls fortgeschrieben oder verändert.

Im Zuständigkeitsbereich der Stadt Osnabrück wird der Hilfeplan dem Fachdienst zur Prüfung des Bedarfs und Genehmigung der weiteren Leistung vorgelegt.

5.3 Krisenintervention

Das Krisenmanagement und –intervention wird von den Fachkräften Sozialer Arbeit koordiniert und durchgeführt.

An den Tagesrand- und Nachtzeiten sowie an Wochenenden steht zur Einleitung der notwendigen Kriseninterventionen ein telefonischer Bereitschaftsdienst der Fachklinik Nettetel zur Verfügung.

5.4 Anschlussperspektiven

Oberstes Ziel ist die Eingliederung mit den Schwerpunkten Lebenssicherung und Vermeidung von Obdachlosigkeit. Ziel ist weiter die Förderung von sozialer Teilhabe unter Beibehaltung von Abstinenz oder Beikonsumfreiheit im Sinne von funktionaler Gesundheit. Zentral ist hier die Planung und Umsetzung der individuellen Lebensvorstellungen des Klienten gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und des Bundesteilhabegesetzes in der Fassung vom 16.12.2016.

5.5 Wirkungsmessung

Das Erreichen und die Aufrechterhaltung des Willens zur Abstinenz oder Beikonsumfreiheit, wie auch das Erlernen von Strategien, um diese zu erreichen und zu stabilisieren, stehen neben der Überlebenssicherung und der gesundheitlichen Stabilisierung im Vordergrund der Maßnahme. Eine Evaluation erfolgt prozessbegleitend sowie am Ende einer erfolgreich durchlaufenen Maßnahme zwischen Klient/Leistungsnehmer, Leistungsträger und Leistungserbringer.

Der Erfolg des Betreuten Wohnens definiert sich als in die Tat umgesetzte individuelle, personenzentrierte Überlebens- und Krisenhilfe über einen messbaren Zeitraum. Schädlichen Prozessen und Entwicklungen in Akutsituationen konnte entgegen gewirkt werden und eine Basisversorgung gesichert werden. Im Sinne von „harm reduction“ konnte die Hilfe eine Minderung der somatischen, psychiatrischen oder medizinischen, psychischen und sozialen Risiken als Folgen des Suchtmittelkonsums erwirken. Im Weiteren wurden dem Klienten die schrittweise Ablösung aus dem subkulturellen Milieu und die Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht.

U.a. folgende Veränderungskriterien werden prozessbegleitend beobachtet, benannt, reflektiert und evaluiert:

- Überleben ist gesichert
- Wohnraum ist gesichert
- Längere abstinente und beikonsumfreie Phasen wurde erreicht
- psychische/physische Stabilität wurde erreicht
- Diagnostik der Sekundärerkrankungen ist erfolgt

- Behandlung und Stabilisierung nach multimorbiden Erkrankungen ist erfolgt
- Planung der sozialen Sicherheit ist erfolgt
- Aufrechterhaltung der Motivation findet statt
- Compliance besteht
- finanzieller Status ist geprüft und Maßnahmen zur Regulierung sind eingeleitet
- Notwendigkeit der Betreuung sind geprüft und Maßnahmen sind gegebenenfalls eingeleitet
- Schwerbehinderung geprüft und entsprechende Anträge sind gestellt
- Klient hat seine Frustrationstoleranz gesteigert
- Copingstrategien wurden erlernt
- Gründe der Nichterreichung werden benannt
- Bilanzierungsgespräche mit dem Kostenträger und Klient sind erfolgt

6. Qualitätssicherung

Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität orientiert sich am Qualitätsleitbild und an den gängigen Qualitätsstandards der CaSu – Caritas Suchthilfe e.V. (Bundesverband der Suchthilfeeinrichtungen des Deutschen Caritasverbandes e.V., Rahmenhandbuch 2.1). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung stellen ein wesentliches Element für eine effektive und effiziente Versorgung in der Beratung, Betreuung und Behandlung von Menschen mit substanzbezogenen Störungen dar.

6.1 Dokumentation und Datenschutz

Die Einrichtungen des Geschäftsbereichs Suchtprävention und Rehabilitation sichern die Nachvollziehbarkeit und Transparenz der erbrachten Leistungen durch eine fachlich fundierte, systematische, und einheitliche Dokumentation. Die Dokumentation stellt eine zeitnahe und lückenlose Dokumentation der Leistungserbringung und deren Entscheidungsgrundlagen (Anamnesen, Vorbefunde, Diagnostik, Ziele, Hilfeplan Kommunikation, Verlauf, Berichte etc.) sicher. Die Dokumentation erfolgt über eine Software, hier werden auch die teilnehmerbezogenen Vorlagen und Dokumente geführt. Individuelle Aufnahmeanfragen und Hilfepläne werden regelmäßig fortlaufend erstellt und weitergeleitet.

Datenschutz und Schweigepflicht sind grundsätzlicher und wesentlicher Bestandteil in der Begleitung von suchtkranken Menschen. Einverständniserklärungen zum Führen von Hand- und digitalen Akten sowie zur elektronischen Datenverarbeitung durch Dritte, juristisch geprüfte Entbindungen von der Schweigepflicht und Verfahrens- und Prozessbeschreibungen liegen dazu vor. Die Buchführung erfolgt zentral. Darüber hinaus werden aggregierte (anonymisierte) Daten nach dem Kerndatensatz der Deutschen Suchthilfestatistik KDS 3.0 erhoben und einer bundesweiten jährlichen Auswertung durch das Institut für Therapieforschung München zugeleitet.

Neben den personenbezogenen Daten werden auch verbandsspezifische und einrichtungsbezogene Daten erhoben. Diese werden genutzt, um Entwicklungstendenzen innerhalb der Suchthilfe zu identifizieren und dienen der Rechenschaftslegung gegenüber dem Träger der Einrichtung, den Leistungsträgern und der Öffentlichkeit. Einsichtnahme, Zugriff und Aufbewahrung der EDV-gestützten und papiergebundenen Dokumentation ist entsprechend der aktuellen Datenschutzvorschriften verbindlich geregelt. Die erhobenen Daten werden entsprechenden Forderungen an ein modernes Qualitätsmanagementsystem ausgewertet und fließen in kontinuierliche Prozesse der Verbesserung und Entwicklung ein.

6.2 Beschwerderegulungen, Verbraucherschutz

Im Rahmen der Qualitätssicherung ist ein geregelttes Beschwerdemanagement beschrieben. Beschwerden können die Qualität unserer Arbeit steigern. Alle Beteiligten profitieren davon, Negative Auswirkungen werden minimiert und Folgefehler reduziert. Ein offener und konstruktiver Umgang mit Kritik wird auf allen Ebenen gewährleistet. Kritikpunkte sollen mit den betroffenen Personen direkt und persönlich geklärt werden. Ist das nicht möglich, kann eine neutrale Person zu Rate gezogen werden. Im Wohn- und Betreuungsvertrag wird über das Recht auf Beschwerde

informiert und die Beschwerdestellen des Trägers benannt. Die Einrichtungen der CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH nehmen nicht an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil. Die individuelle Vereinbarung zur Durchführung eines Streitbeilegungsverfahrens vor der zuständigen Verbraucherschlichtungsstelle bleibt unberührt. Regelmäßig erfolgt eine Befragung und Auswertung der Kundenzufriedenheit. In den Häusern des Betreuten Wohnens ist jeweils ein sogenannter Beschwerdebriefkasten ausgehängt und kann anonym genutzt werden.

7. Netzwerke und Kooperationen

7.1 Vernetzung des Angebotes/Kooperationen

Die CRT Caritas - Reha und Teilhabe GmbH verfügt über ein weit verzweigtes Netz von Kooperationspartnern. Die Klienten des Betreuten Wohnens werden über alle Möglichkeiten der Nutzung des Netzwerkes des Caritasverbandes und seiner Kooperationspartner informiert und herangeführt. Abhängigkeitserkrankungen haben weitreichende Folgen für das gesamte Leben der Betroffenen. Die Notlagen von Menschen mit Suchterkrankungen und deren Angehörige sind oftmals so komplex, dass nur durch planmäßige Zusammenarbeit eine umfassende Problemlösung für die Betroffenen erreicht werden kann. Dank der engen Vernetzung aller Fachdienste der Caritas ist eine Vermittlung an andere Beratungsstellen jederzeit möglich. Die Vermittlung in akut notwendige Entzugsbehandlungen oder Therapien ist schnell und zuverlässig möglich. Es gibt enge Kooperationen zu den Haus- und Fachärzten, zum Sozialpsychiatrischen Dienst und weiteren Fachdiensten. Weitere Stellen werden hinzugezogen, sofern es der Einzelfall erfordert. Die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen ist zur Stabilisierung einer dauerhaften Abstinenz und Beikonsumfreiheit ein wesentlicher Bestandteil der Suchtprävention und Rehabilitation. Bereits frühzeitig sollen Klienten des Betreuten Wohnens an die Selbsthilfe herangeführt werden. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit regionalen Selbsthilfegruppen, insbesondere mit der Helfergemeinschaft Kreuzbund, ein Fachverband der Caritas.

7.2 Wichtige Kooperationspartner:

- Fachambulanzen und Drogenberatungsstellen in der Stadt und im Landkreis Osnabrück; u. a. auch mit speziellen Projekten und Angeboten wie z. B. „Skipper“, „Chancen und Wege“, „AGIL“, „Zahn um Zahn“.
- Fachkliniken Nettetal, Hase-Ems und andere
- Die Akutkrankenhäuser in der Region
- Theresienhaus in Glandorf (Einrichtung der stationären Eingliederungshilfe)
- Ambulant Betreutes Wohnen des Theresienhauses (ambulante Eingliederungshilfe)
- Kreuzbund e. V, DJMIK, Elternselbsthilfegruppe und andere
- Café Connection, Projekt Perspektive
- Entgiftungskliniken (AMEOS Klinikum in Osnabrück; Niels-Stensen-Kliniken in Bramsche, LWL-Kliniken in Lengerich/Westf. und Gütersloh, Klinik am Kasinopark in Georgsmarienhütte, St. Rochus-Hospital in Telgte, Alexianer St. Antonius Krankenhaus in Hörstel)
- Niedergelassene Fachärzte (Internisten, Psychiater, Neurologen, Substitutionsfachärzte)
- Agentur für Arbeit/Jobcenter/AGOS/Maßarbeit für den Landkreis Osnabrück
- Sozialpsychiatrischer Dienst in der Stadt und im Landkreis Osnabrück
- Ambulanter Justizsozialdienst, Justizvollzugsanstalten in Niedersachsen
- Freiwilligenagentur der Stadt Osnabrück
- Integrationsfachdienste
- Selbsthilfeorganisation ELROND
- Don Bosco katholische Jugendhilfe
- Obdachlosenhilfeeinrichtungen, SKM-Wohnungslosenhilfe, Laurentiushaus,
- Schuldnerberatungsstellen des SKM und der Diakonie in Stadt und Landkreis Osnabrück
- Präventionsräte in der Stadt und im Landkreis Osnabrück
- AIDS Hilfe
- Hospiz

verantwortlich für die Konzepterstellung:

Christiane Westerveld
Dr. med. Elke Sylvester
Conrad Tönsing

II. Literaturverzeichnis

Stöver, H., Jamin, D., Padberg, C. (Hrsg.) (2017): Ältere Drogenabhängige. Versorgung und Bedarfe. Frankfurt am Main. Fachhochschulverlag

Eisenbach-Stangl, I., Spirig, H. (2010): Auch Drogenabhängige werden älter...Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Wien. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung.

Vogt, I. (Hrsg.) (2011): Auch Süchtige altern. Probleme und Versorgung älterer Drogenabhängiger. Frankfurt am Main. Fachhochschulverlag

Pirona, A., Montanari, L., Matias, J., Guarita, B. (2010): Treatment and care for older drug users. Lisbon. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

CRT Reha und Teilhabe GmbH Osnabrück (2018): Betreutes Wohnen für Menschen mit substanzbezogenen Störungen

Intern geführte Liste der an Drogen verstorbenen Menschen in Osnabrück seit dem Jahr 2007-2018