

KONZEPTION
HELMUT-GOLLWITZER-HAUS

Impressum:

Herausgeber: Diakonie in Düsseldorf,
Gemeindedienst der Evangelischen
Kirchengemeinden e.V.

Konzeption:

Helmut-Gollwitzer-Haus,
Stationäre Einrichtung für chronisch
mehrfach beeinträchtigte
Abhängigkeitskranke

Stand: 01.03.2008

Verantwortlich: Karl-Heinz Broich,
Referatsleiter Suchtkrankenhilfe und
Betreuungen

©: 2008 Diakonie in Düsseldorf

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung
2. Bedarf und Versorgungslage in Düsseldorf
3. Lage und Ausstattung der Einrichtung
4. Zielgruppe
5. Ziele der Betreuung
6. Aufnahmeverfahren
7. Heimvertrag
8. Die Betreuung
9. Heimbeirat
10. Suchtmittelfreiheit
11. Verweildauer
12. Personal
13. Kooperation / Vernetzung
14. Finanzierung
15. Qualitätssicherung
16. Literatur

1. Vorbemerkung

Schon die Expertenkommission zur Psychiatriereform hat 1988 auf den Bedarf zur besseren Versorgung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken (CMA) hingewiesen. An der Versorgungssituation hat sich, auch 14 Jahre nach dieser Feststellung, nichts Wesentliches geändert. Wienberg stellt in seinem Buch „Die vergessene Mehrheit“ ebenso Handlungsbedarf fest, wie Nouvertné in seinem Buch „Auf die Straße entlassen“. Das Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen weist im Landesprogramm gegen Sucht 1999 auf Handlungsbedarf hin, auch auf den Bedarf der Konzeptweiterentwicklung der Hilfen für diesen Personenkreis.

Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke weisen neben der Suchterkrankung weitere, z. T. erhebliche Beeinträchtigungen im sozialen, körperlichen, psychischen und geistigen Bereich auf. Die Störungen sind z. T. so weit fortgeschritten, dass die meisten dieser Menschen nicht mehr in der Lage sind, ohne qualifizierte Hilfe für sich selbst zu sorgen. Sie weisen u. a. folgende Merkmale auf:

- Vielfache Vorbehandlungen, insbesondere stationärer Art, vorwiegend in Landeskrankenhäusern oder psychiatrischen Kliniken
- Häufige Kontakte mit dem Ordnungsrecht oder dem Strafrecht durch Zwangseinweisungen, Alkoholdelikte, Entmündigungen, Ordnungsvergehen
- Oft gravierende körperliche und psychische Beeinträchtigungen
- Zugehörigkeit zu einem Milieu und einer Subkultur mit Kontakten, vor allem zu Menschen in gleicher Lage und mit gleichen Hospitalismusproblemen
- Eine besonders schwierige soziale Situation, etwa mit stark gestörten Beziehungen zu Angehörigen, mit überforderten Angehörigen, häufig von Wohnungslosigkeit bedroht oder betroffen, z. T. mit persönlichen Schwierigkeiten im Obdachlosenmilieu, fast immer allein stehend
- Fehlende stabile äußere Absicherung, Armut, Mittellosigkeit

(vgl.: „Verantwortung für mehrfach beeinträchtigte, abhängige Menschen“).

2. Bedarf und Versorgungslage in Düsseldorf

Das Gesundheitsamt Düsseldorf hat schon in seinem Bericht von 1999 an den Ausschuss „Gesundheit und Soziales“ auf die mangelnde Versorgungslage von Betroffenen hingewiesen.

Im Bericht des Gesundheitsamtes „Suchtprävention, Sucht- und Drogenhilfe in der Landeshauptstadt Düsseldorf 1999“ wird dazu Folgendes ausgeführt: „Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist die Problematik chronisch mehrfach beeinträchtigter Suchtkranker bekannt und führt zu der Feststellung, dass es an **stationären Behandlungsplätzen** fehlt, die auf diese Problematik der Abhängigkeitserkrankung eingehen können, um der spezifischen Problematik der Krankheits- und Suchtverleugnung, der fehlenden Bereitschaft zur Abstinenz und häufig fehlender Mitarbeit gerecht zu werden“.

Weitere Forderungen sind :

- Eine Bedarfserhebung und Konzeption von Angeboten für „chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke“
- Eine Erweiterung von betreuten Wohnplätzen für diese Patientengruppe und
- Niederschwellige, ambulante Therapie bei Süchtigen mit Persönlichkeitsstörungen

Viele Betroffene leben in Einrichtungen der Obdachlosenhilfe oder auf der Straße. Laut Jahresbericht 2001 des Sozialamtes sind in städtischen Notunterkünften 90 Personen untergebracht, die zu den chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken zu zählen sind. Die Auflösung von städtischen Notunterkünften bedingt eine Klärung über den möglichen Verbleib dieses Personenkreises und seiner Behandlung. Immer wieder werden Betroffene aus Kliniken in Einrichtungen der Obdachlosenhilfe entlassen, obwohl hier nachweislich keine angemessene Versorgung stattfindet und die Wiederaufnahme in die Klinik schon vorprogrammiert ist.

In den stationären Einrichtungen nach §§ 67, 68, 69 SGB XII (bis 31.12.2004 § 72 BSHG) mit ca. 400 Plätzen sind ca. 100 Betroffene nur hilfswise untergebracht, so die Einschätzung des Sozialamtes. In Einzelfällen leben die Betroffenen in eigenen Wohnungen unter schwierigen hygienischen Bedingungen und ohne regelmäßige Betreuung. Kontakte bestehen in einigen Fällen zu Tagesstätten für Wohnungslose in Düsseldorf. Bei vielen Betroffenen ist vom Amtsgericht eine gesetzliche Betreuung eingerichtet. Regelmäßige Kontakte haben die meisten zu ihren gesetzlichen Betreuer und Betreuerinnen. Die Rheinischen Kliniken, bzw. die örtlichen Krankenhäuser nehmen die Betroffenen häufig in Notfällen auf, entlassen sie aber schon nach kurzer Behandlung wieder, bzw. die Menschen verlassen die Kliniken einfach, wenn es ihnen wieder etwas besser geht. Eine zielgerichtete Langzeitbehandlung bzw. Betreuung erfolgt nicht.

Im Jahre 2001 beauftragte das Gesundheitsamt Düsseldorf das Rhein-Ruhr-Institut für Sozialforschung und Politikberatung an der Universität Duisburg mit einer Untersuchung, um festzustellen, wie groß die Zahl von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigkeitskranken in Düsseldorf ist und welche konkreten Hilfen sie benötigen, bzw. wo nicht gedeckter Hilfebedarf besteht. An der Befragung nahmen 53 Einrichtungen teil. Insgesamt wurden 866 Fälle in die Untersuchung einbezogen. Dabei wurde ein erheblicher, nicht abgedeckter Hilfebedarf bei diesen Menschen festgestellt. Unter anderem auch fehlende stationäre Plätze für diese Menschen (vgl.: Betroffene, Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke – Gesundheitsbericht Düsseldorf 2004).

3. Lage und Ausstattung der Einrichtung

Die Einrichtung liegt in einem Wohngebiet des Düsseldorfer Stadtteils Rath. Die Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel ist sehr gut. Es gibt Verbindungen mit Bahnen und Bussen. Die Fahrt ins Zentrum Düsseldorfs dauert ca. 15 - 20 Minuten. Einkaufsmöglichkeiten sind vorhanden. Praxen niedergelassener Ärzte befinden sich ebenfalls in ausreichender Anzahl im Stadtteil.

In der Einrichtung stehen den Bewohnern insgesamt 24 Einzelzimmer zur Verfügung. Je zwei Bewohner teilen sich ein Duschbad mit Waschbecken und WC. Auf den Etagen ist ein gemeinsamer Wohn-, Essbereich für je zwei bis acht Bewohner. 12 Zimmer sind für Rollstuhlfahrer ausgerichtet.

Zusätzlich hält die Einrichtung folgende Gemeinschaftsräume vor:

- Zentralküche
- Vorratsräume
- Speiseraum
- Gruppenräume
- Pflegebad
- Besucher - WC
- Waschküche
- Werkräume
- Keller / Abstellräume

Dem Personal stehen Büros, Besprechungs- und Sanitärräume zur Verfügung.

4. Zielgruppe

Aufgenommen werden betroffene Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr aus der Region Düsseldorf, die einen solchen Grad an Schädigung aufweisen, dass Sie einer stationären Hilfe bedürfen. Es sind Menschen, deren körperlicher, seelischer, geistiger und / oder psychosozialer Zustand verhindert, dass sie ein eigenständiges Leben mittelfristig nicht gestaltet bekommen. Es sind Personen gemäß § 53 ff SGB XII. An Personen mit folgenden Merkmalen richtet sich das Angebot der Einrichtung:

- die bereits eine langjährige Suchtmittelabhängigkeit aufweisen,
- die eine oder mehrere Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt haben und aufgrund vielfacher Therapieversuche sich weiteren Therapien ablehnend bzw. distanziert verhalten,
- die durch einen Mangel an sozialer Einbindung und stabilen Absicherungen in wirtschaftlichen, medizinischen, gesellschaftlichen Bereichen in vielfältige Problemlagen leben und mit eigener Kraft diese Problemlagen nicht überwinden können,
- die durch den anhaltenden Suchtmittelmissbrauch im psychischen, physischen und sozialen Bereichen Mehrfachbeeinträchtigungen aufweisen,
- die regelmäßige sanktionierende Kontakte zu Ordnungs- und Polizeibehörden haben,
- die vom bisherigen Hilfesystem nur unzureichend versorgt werden können,
- die im Zusammenhang mit ihrer Suchterkrankung psychiatrisch behandelt werden müssen,
- die grundsätzlich motiviert sind, ihre Problemlagen und Lebenssituation verbessern zu wollen,
- die prognostisch bei einer Betreuung durch die Einrichtung zukünftig ohne intensive stationäre Hilfen leben können.

Nicht aufgenommen werden können:

- Personen mit einer geistigen Behinderung,
- Personen, bei denen der Grad der Erkrankung eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung erkennen lässt,
- Personen mit akuter Alkohol- oder Medikamentenintoxikation,

- Personen, die intensiv pflegebedürftig sind,
- Personen mit ansteckenden Krankheiten nach dem Bundesseuchengesetz,
- Betroffene mit akuten unbehandelten Psychosen.

5. Ziele der Betreuung

Generelle Zielsetzung ist die Eingliederung der Betreuten in die Gesellschaft. Dem geht die Linderung, Überwindung und Verhütung krankheitsbedingter Schädigungen voraus.

In der Zielsetzung haben sich für diesen Personenkreis nur auf Suchtmittelabstinenz orientierte Konzepte als wenig erfolgreich erwiesen, insbesondere wenn Krankheitseinsicht und Suchtmittelfreiheit Grundvoraussetzung für eine Behandlung und / oder Betreuung darstellt.

Grundlage kann für diesen Personenkreis nur eine „Zielhierarchie“ sein, die dem Grad der Erkrankung Rechnung trägt und in Stufen versucht folgende Ziele umzusetzen:

- Überleben sichern,
- Verhinderung und Heilung von körperlichen und psychischen Folgeschäden,
- wirtschaftliche Sicherung,
- Abstinenzsicherung, dazu gehört auch die Ermöglichung von längeren Abstinenzphasen,
- Einsicht in die Erkrankung wecken (Sucht, Psychose),
- Motivation, weitergehende interne und externe Hilfsangebote zu nutzen,
- Wiedereingliederung in die Gesellschaft, in eine eigene Wohnung, Kontakt zu Familie, Freunden, einem stabilen sozialen Umfeld und, soweit realistisch, regelmäßige Tätigkeit.

6. Aufnahmeverfahren

Für die Aufnahme ist ein Sozialhilfegrundantrag beim zuständigen Sozialhilfeträger, i. d. R. beim Landschaftsverband Rheinland, erforderlich. Dem Antrag ist ein Hilfeplan und eine fachärztliche Stellungnahme beizufügen, aus dem der notwendige Hilfebedarf und die Erkrankungen hervorgehen. Den Hilfeplan erstellen viele soziale Dienste der Kommunen oder Wohlfahrtsverbände. Die Mitarbeitenden des Helmut-Gollwitzer-Hauses beteiligen sich an der Hilfeplanerstellung. In der Regel wird der Hilfeplan in der örtlichen Hilfeplankonferenz vorgestellt. Der Antragsteller hat die Möglichkeit in der Hilfeplankonferenz selbst sein Anliegen vorzutragen.

7. Heimvertrag

Mit jedem Bewohner wird ein Heimvertrag nach § 5 Heimgesetz abgeschlossen.

8. Die Betreuung

Auf Grund der Erkrankungen wird davon ausgegangen, dass die Bewohner misstrauisch sind, nicht in jedem Fall eine hohe Kooperationsbereitschaft aufweisen und auch in der Beziehungsfähigkeit starke Defizite aufweisen. Die Grundhaltung in allen Betreuungsangeboten ist darauf ausgerichtet, die Bewohner immer wieder anzusprechen und zur Teilnahme an Angeboten der Einrichtung, zum Kontakt zu anderen Bewohnern zu motivieren, aber sie auch in gebotenem Umfang „in Ruhe zu lassen“. Die Ressourcen der Bewohner sollen so weit als möglich mobilisiert werden, damit sie sich in der Einrichtung selbst versorgen können, und selbstbestimmt handeln können.

Die Betreuungsleistungen im Einzelnen:

Bei Neuaufnahme eines Bewohners wird auf der Basis des bei Antragstellung erstellten Hilfeplanes mit dem Bewohner ein individueller Wochenplan besprochen. Für diese konkrete und individuelle Hilfeplanung können auch andere Personen, wie z. B. Angehörige oder gesetzliche Betreuer einbezogen werden. Der Wochenplan gibt eine Orientierung für die regelmäßige Teilnahme an Angeboten der Einrichtung, Teilnahme an externen Angeboten und Freizeit. Jeder Bewohner hat ein(e) Mitarbeiter(in) als feste Bezugsperson in der Einrichtung.

Fachärztliche Betreuung

Dem Grundsatz nach sollen alle Bewohner durch Ärzte ihrer Wahl behandelt werden. Ziel ist in jedem Fall die Anbindung der Bewohner an die Institutsambulanz der Rheinischen Kliniken oder niedergelassenen Ärzte. Es wird angestrebt, eine enge Kooperation mit der Suchtabteilung der Rheinischen Kliniken Düsseldorf einzugehen. Zweckmäßigerweise sollten die Bewohner bei Klinikbehandlungen möglichst auf die Suchtstation kommen. Dadurch ist bei notwendigen Klinikaufenthalten der Bewohner eine Beziehungskontinuität gewahrt und die Kommunikation zwischen dem Personal einfacher.

Lebenspraktische Hilfen

Die komplexen Krankheiten der Bewohner bedürfen einer umfassenden Hilfestellung, je nach Bedarf auch 24 Stunden. Hierzu gehören u. a. Beobachtung der Bewohner, Einzelgespräche, Hilfe bei der Tagesstrukturierung, (Hilfe einen Tag-/Nachtrhythmus zu finden), Kriseninterventionen, Gespräche mit Angehörigen, regelmäßige Medikamentenausgabe und Pflegedokumentation. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Bewohner mehr oder minder große Schwierigkeiten haben, ein Mindestmaß an Eigenhygiene einzuhalten. Durch Einzelsprache des Personals wird der Bewohner im notwendigen Umfang mobilisiert, regelmäßig Körperpflege einzuhalten (Duschen, Baden, Zahnpflege, Maniküre, Pediküre usw.) und sich regelmäßig und sinnvoll zu ernähren.

Bei Bewohnern mit körperlichen Einschränkungen erfolgen notwendige Unterstützungen z. B. beim Gehen oder beim Rollstuhlfahren.

Sozialarbeit

Der / die Sozialarbeiter(in) klärt mit jedem Bewohner seine wirtschaftliche Situation. Dazu gehört die Klärung von Ansprüchen z. B. gegenüber dem Amt für soziale Sicherung und Integration, der ARGE bzw. der Agentur für Arbeit, Krankenkasse oder Rentenversicherung. Wenn erforderlich, werden Schuldenregulierungen eingeleitet. Sind Strafverfahren anhängig, klärt der / die Sozialarbeiter(in) mit dem Bewohner die notwendigen Schritte. Wenn es erforderlich ist, begleitet der / die Mitarbeiterin den Bewohner zu Ämtern.

Grundsätzlich wird beachtet, dass der Bewohner bei Erledigung seiner Angelegenheiten, soweit wie möglich, einbezogen wird bzw. selbst erledigt und die Unterstützung nur so weit erfolgt, wie der Bewohner sie tatsächlich benötigt.

Hauswirtschaft

Dem Grundsatz nach sollen alle Bewohner Tätigkeiten im hauswirtschaftlichen Bereich selbst erledigen. Soweit sie dazu nicht in der Lage sind, erfolgt eine Anleitung und Unterstützung mit dem Ziel „Hilfe zur Selbsthilfe“.

Jeder Betreute nimmt am gemeinsamen Essen (Frühstück, Mittagessen, Abendessen) der Einrichtung teil. Es besteht die Möglichkeit in Gruppenräumen der Wohnetage, wie in einem Speiseraum im Erdgeschoss zu essen. Soweit medizinisch erforderlich, erhalten die Bewohner Diätkost / Sonderessen. Die Bewohner werden nach ihren Möglichkeiten / Fähigkeiten (Einkauf, Kochen, Aufdecken, Abdecken, Spülen etc.) einbezogen. Die Wohn-, Essbereiche je Etage, eine zentrale Küche und Speiseraum schaffen die Option „so viel Eigenleistung wie möglich, so viel Grundversorgung wie nötig“.

Alle Bewohnern werden in hauswirtschaftlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten ständig angeleitet, da hier meistens Defizite bestehen. Die Betreuung umfasst Anleitung zum Einkaufen, Kochen, Sauberhalten des Wohnbereichs und Umgang mit Geld. Diese Anleitung kann je nach Möglichkeit in Einzelunterweisungen und / oder Gruppenangeboten erfolgen.

Die Bewohner halten grundsätzlich ihren Wohnraum mit Dusche / WC selber sauber. Auch hier erfolgt die Ansprache und Anleitung in notwendigem Umfang durch das Personal. Gruppen und Funktionsräume werden ebenfalls von den Bewohnern gereinigt (Dienste). Mitarbeiterbüros nebst Sanitär- und Sozialräumen werden nicht von Bewohnern, sondern von Reinigungskräften gereinigt.

Für ihre Wäsche sind die Bewohner selbst verantwortlich. Sie werden angeleitet, die zur Verfügung stehenden Waschmaschinen / Trockner zu nutzen.

Tagesstrukturierende Maßnahmen

Die Bewohner haben einen Bedarf an gezielter und geplanter Förderung und Betreuung im Rahmen tagesstrukturierender Angebote. Da die Bewohner i. d. R. nicht in der Lage sind externe Angebote wahrzunehmen, werden diese Angebote außerhalb des Wohnbereiches der Einrichtung (Gartenarbeiten) angeboten. Alle Bewohner werden nach Maßgabe des Hilfeplans und ihrer Situation zur regelmäßigen Teilnahme an allen Werktagen motiviert.

Folgende Gruppen werden u. a. angeboten:

- Werkgruppe (Holz, Metall, u. ä.),
- Arbeit mit kreativen Medien (Malen, Tonarbeiten, Makramee, usw.),
- Sport- und bewegungstherapeutische Angebote,
- Angebote im lebenspraktischen Bereich (Einkaufen, Haushalt, Hygiene),

- Gartenarbeit,
- kognitives Training,
- Indikativgruppen.

Externe tagesstrukturierende Angebote / Maßnahmen

Sofern Bewohner dazu in der Lage sind, sollen sie auch an externen Arbeits- und Betreuungsangeboten für Behinderte teilnehmen. Dies ist in der Regel zum Ende eines erfolgreichen Rehabilitationsprozesses zu erwarten und hat vor allem die Verselbständigung und Ablösung des Bewohners von der Einrichtung im Blick. Externe Maßnahmen können z. B. der regelmäßige Besuch einer Tagesstätte (LT 22) oder Werkstatt für Behinderte (LT 25) sein.

Vollversammlung

In regelmäßigen Abständen findet eine Versammlung aller Bewohner und Mitarbeiter statt. Hier werden von Seiten der Bewohner und Mitarbeiter Themen vorgetragen, die das Zusammenleben und die Organisation in der Einrichtung berühren. Ziel ist die ständige Kommunikation zwischen den Bewohnern und den Mitarbeitern sicherzustellen, Transparenz in Fragen der Organisation und Regeln herzustellen, die Bewohner zu Beteiligung und Mitbestimmung in Angelegenheiten der Einrichtung zu motivieren.

9. Heimbeirat

Die Bewohner wirken durch einen gewählten Heimbeirat (§10 Heimgesetz) in den Angelegenheiten des Heimbetriebs mit. Ziel ist eine konstruktive vermittelnde Funktion zwischen Bewohnern und Mitarbeitenden.

10. Suchtmittelfreiheit

Die Einrichtung ist suchtmittelfrei. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Bewohner immer eine Suchtmittelabstinenz einhalten können. Es wird daher regelmäßig darauf geachtet, ob die Bewohner Suchtmittel konsumieren. Die Bewohner dürfen keine Suchtmittel mit in die Einrichtung bringen. Durch regelmäßige Kontrollen auch der Zimmer (im Einverständnis und Beisein der Bewohner) wird dies sichergestellt. Mit Suchtmittelrückfällen ist zu rechnen, dies führt aber nicht zwangsläufig zur Entlassung aus der Einrichtung. Im Rahmen der Betreuung wird aber Abstinenz und Rückfallprävention ein ständiges Thema sein. Suchtmittelkonsum der Bewohner wird nicht als Normalität gesehen. Bei Bedarf werden die Bewohner in qualifizierte Entzugsbehandlungen vermittelt.

11. Verweildauer

Es gibt keine formale Begrenzung der Verweildauer in der Einrichtung. Nach der Zielsetzung „Eingliederung der Betreuten in die Gesellschaft“ ist die Aufenthaltsdauer jedoch an den Fortschritt des Rehabilitationsprozesses gekoppelt. Das bedeutet, dass laufend geprüft wird, ob der / die Betreute die Betreuungsziele soweit erreicht hat, dass eine Entlassung ins Betreute Wohnen oder sogar in eine eigene Wohnung eingeleitet werden kann. Bei dem Grad der Behinderung der Zielgruppe ist allerdings damit zu rechnen, dass die Verweildauer in der Einrichtung mindestens ein Jahr und länger betragen wird. In der Regel ist jährlich ein neuer Antrag mit Hilfeplan beim Sozialhilfeträger zu stellen, der über Kostenzusage für die weitere Betreuung entscheidet.

12. Personal

In der Einrichtung arbeitet ein in der Suchtkrankenhilfe und Psychiatrie erfahrenes Personal, mit entsprechenden Zusatzqualifikationen. Folgendes Fachpersonal ist vorgesehen:

- Einrichtungsleiter,
- Betreuungsdienst (SA / SP / HP),
- Krankenpfleger / psychiatrische Krankenpflegerin,
- Nachtwache (Krankenpflege),
- Arbeits- und Beschäftigungstherapeut,
- Sport- und Bewegungstherapeut (in),
- Hauswirtschafterin / Koch,
- Verwaltungsmitarbeiterin.

13. Kooperation / Vernetzung

Ambulant Betreutes Wohnen

Der Träger betreut in Düsseldorf zur Zeit ca. 95 Menschen (psychisch Kranke und Suchtkranke) im Ambulant Betreuten Wohnen. Die Menschen werden sowohl in Wohngemeinschaften als auch im Einzelwohnen betreut. Grundlage ist § 53 ff SGB XII / Eingliederungshilfe für Behinderte.

Bewohner, die eine erfolgreiche Rehabilitation in der Einrichtung absolvieren, die aber (noch) nicht ohne Unterstützung selbstständig leben können, steht Hilfe im Rahmen des Betreuten Wohnens zur Verfügung. Die ambulante Betreuung in einer Wohngemeinschaft oder eigener Wohnung ist ein weiterer Schritt zur Verselbständigung und zur Eingliederung in die Gesellschaft.

Bei den Bewohnern, die bei der Entlassung aus der Einrichtung eine gute Prognose zur Wiedereingliederung haben und bei denen mittelfristig auch eine selbstständige Lebensführung ohne ambulante Betreuung realistisch ist, kann bei Entlassung schon eine eigene Wohnung angemietet werden, in der dann, so lange notwendig, die ambulante Betreuung stattfindet. Ein Umzug des Betreuten ist nach Beendigung der ambulanten Betreuung nicht notwendig.

Sektorkonferenz

Vertreter der Einrichtung nehmen an den regelmäßigen Sitzungen der Sektorkonferenz (Schwerpunkt Sektor 1) teil. In den Fachgesprächen können konkrete Fälle diskutiert werden. Dazu gehört u. a.:

- Vorbereitung von Aufnahmen,
- Vorstellung von Rehabilitationsverläufen,
- Einleitung von Klinikaufenthalten,
- Vorbereitung von Auszügen und Weiterbetreuung.

Rheinische Kliniken

Da davon auszugehen ist, dass viele Bewohner vor der Aufnahme in den Rheinischen Kliniken behandelt wurden, ist eine enge Zusammenarbeit besonders wichtig.

Betreuungsvereine / Berufsbetreuer / Obdachlosenhilfe / Suchtkrankenhilfe / Sozialpsychiatrischer Dienst

Die Einrichtung hält engen Kontakt zur den Betreuungsvereinen, gesetzlichen Betreuern, zur Obdachlosenhilfe, zur Suchtkrankenhilfe und zum Sozialpsychiatrischen Dienst des

Gesundheitsamtes. Je nach Notwendigkeit nimmt ein Vertreter der Einrichtung an Gremien der genannten Fachbereiche (regelmäßig) teil.

Weitere Kooperationspartner:

- Beratungsstellen nach § 67, 68, 69 SGB XII,
- Tagesstätten der Wohnungslosenhilfe,
- Stationäre Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nach § 67, 68, 69 SGB XII,
- Sucht- und Drogenberatungsstellen,
- Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und psychisch Kranke,
- Tagesstätten für psychisch Kranke,
- Werkstatt für Behinderte,
- Niedergelassene Ärzte.

14. Finanzierung

Die Kosten für den Aufenthalt in der Einrichtung trägt der überörtliche Sozialhilfeträger, i. d. R. der Landschaftsverband Rheinland auf der Grundlage des § 53 ff SGB XII in Verbindung mit § 75 SGB XII Eigenbeteiligungen durch die Bewohner werden individuell je nach Einkünften (z. B. aus Arbeitslosenhilfe) nach den gesetzlichen Grundlagen berechnet.

15. Qualitätssicherung

Die Einrichtung sorgt für eine angemessene Qualitätssicherung, dazu gehört im Wesentlichen:

Strukturqualität

- angemessenes Personalkonzept,
- angemessene Räumlichkeiten,
- Vorliegen eines Heimvertrags,
- regelmäßige Dienst- und Fallbesprechungen,
- Supervision,
- Kooperation.

Prozessqualität

- Hilfeplanung und ständige Fortschreibung,
- angemessene und transparente Dienstplanung,
- zielgerichtete, und überprüfbare Betreuung,
- schriftliche Dokumentation der Betreuungsleistungen,
- aktuelles schriftliches Konzept,
- Beschwerdemanagement.

Ergebnisqualität

- Katamnesen der erreichten Wiedereingliederungen,
- Bewohnerbefragungen,
- Dokumentation.

16. Literatur:

- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen:
„Verantwortung für mehrfach beeinträchtigte abhängige Menschen“
Ein Rahmenkonzept
2. überarbeitete Auflage 2002
- Gesundheitsamt Stadt Düsseldorf.:
„Bericht über die Arbeit des Gesundheitsamtes im Jahr 1997“
- Gesundheitsamt Stadt Düsseldorf:
„Suchtprävention, Sucht und Drogenhilfe in der Landeshauptstadt Düsseldorf 1999“
Bericht des Gesundheitsamtes
- Gesundheitsamt Stadt Düsseldorf:
„BETROFFENE, Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke“
Gesundheitsbericht Düsseldorf 2004
- Institut für kommunale Psychiatrie (Hrsg.):
„Auf die Straße entlassen, obdachlos und psychisch krank“
Psychiatrie Verlag, Bonn 1996
- Küfer, Heinrich, u. a.:
„Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen“
In Zeitschrift Sucht, Heft 1, Februar 1999
Neuland Verlag
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit:
„NRW - Landesprogramm gegen die Sucht 2 / 1999
- MJFFG (Hrsg.):
„Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich“
Bonn 1988
- Rahmenvertrag nach § 93 d BSHG:
Rahmenvertrag gemäß § 93 d
Bundessozialhilfegesetz (BSHG) zu den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen nach § 93, Abs. 2 BSHG zwischen Wohlfahrtsverbänden einerseits, Sozialhilfeträgern in NRW andererseits
- Wienberg, Günter:
„Die vergessene Mehrheit. Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen“
Psychiatrie Verlag, Bonn 1992