

Gemeinsam sind wir stark GSWS

Erfahrungsbericht nach Halbzeit des Projekts

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat 2018 auf der Grundlage des Bundesteilhabegesetzes einen Förderaufruf im Bundesprogramm rehapro gestartet mit dem Ziel, durch innovative Maßnahmen, Ansätze, Methoden und Organisationsmodelle und den daraus folgenden Erkenntnissen die Grundsätze „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ zu stärken, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen sowie den Zugang in die Erwerbsminderungsrente, die Eingliederungshilfe bzw. die Sozialhilfe nachhaltig zu senken.

Durch diese sollen unter anderem

- einer drohenden oder vorliegenden (Teil-) Erwerbsminderung entgegengewirkt, einer chronischen Erkrankung oder drohenden Behinderung vorgebeugt,
- die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe zu verbessert werden.

Die Anträge konnten entweder von den Jobcentern oder den Rentenversicherungsträgern gestellt werden.

Das Jobcenter Leverkusen (AGL) hat unter dem Titel „**‘Gemeinsam sind wir stark‘ (GSWS), neue Wege in der Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen**“, entsprechende Fördermittel, mit dem sozialpolitischen Ziel beantragt, langzeitarbeitslosen Menschen mit Suchterkrankungen in Leverkusen eine Perspektive auf ein Leben mit mehr sozialer Teilhabe, auch auf dem Arbeitsmarkt, zu eröffnen.

Durch Vernetzung und gemeinsames Handeln werden im Projekt GSWS suchtkranken bzw. suchtgefährdeten Empfängern von SGB II Leistungen individualisierte gesundheitliche (und soziale) Hilfen angeboten, um Teilhabe zu sichern und Zugänge in eine dauerhafte Erwerbsarbeit zu ermöglichen.

Das Projekt GSWS wird seit dem 1.11.2019 für die Dauer von fünf Jahren gefördert.

Projektbeteiligte sind:

- der Caritasverband Leverkusen mit dem Schwerpunkt Vermeidung von Wohnungslosigkeit/ Wohnungsvermittlung
- das Diakonische Werk des Kirchenkreises Leverkusen mit dem Schwerpunkt soziale Betreuung und Vermittlung in den Arbeitsmarkt
- die Job Service Beschäftigungsgesellschaft (JSL) ebenfalls mit dem Schwerpunkt soziale Betreuung und Vermittlung in den Arbeitsmarkt
- die SPZ gGmbH mit dem Schwerpunkt psychische Erkrankungen
- die Suchthilfe gGmbH mit dem Schwerpunkt Sucht und problematischen Medienkonsum und Projektkoordination
- die Hochschule Düsseldorf mit dem Schwerpunkt wissenschaftliche Begleitung und Projektevaluation.

Im Rahmen von GSWS wurden eine **Steuerungsgruppe** und ein **Produktionsnetzwerk** eingerichtet.

Die **Steuerungsgruppe** ist zuständig für den Projektaufbau, Projektadministration, praktische Projektkonzeption, Reflektion und konzeptionelle Weiterentwicklung.

Mitglieder sind neben dem Jobcenter, die Suchthilfe, das Sozialdezernat der Stadt und die wissenschaftliche Begleitung.

Im **Produktionsnetzwerk** sind alle Träger des Projekts vertreten. Hier werden das spezielle Wissen und die Kompetenzen aller Beteiligten zusammengeführt und Regeln bzw. Verfahrensweisen vereinbart, wie dieses Wissen aufeinander abgestimmt und umgesetzt wird.

Damit steht die gesamte Expertise für die vereinbarte Kooperation zur Verfügung und die Handlungskompetenz in Bezug auf die Adressaten und Adressatinnen bzw. Nutzer und Nutzerinnen erheblich erweitert.

Die praktische Umsetzung übernehmen sog. **Eingliederungsscouts**. Sie beraten und betreuen die betroffenen Klienten und Klientinnen mit verschiedenen Schwerpunkten und arbeiten im Tandem trägerübergreifend zusammen.

Die Fachaufsicht über die Eingliederungsscouts hat die Steuerungsgruppe, incl. der internen Projektleitung. Ein Vertreter bzw. eine Vertreterin der Scouts ist beratendes Mitglied der Steuerungsgruppe.

Nachdem nunmehr das Projekt die Halbzeit erreicht hat, haben die Eingliederungsscouts nachfolgend Erfahrungsberichte aufgrund ihres Schwerpunkts erstellt.

Case Management bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in der Praxis

Zwischenbericht von Thomas Röhrig, Suchthilfe gGmbH

Unser Anspruch ist es, Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und meist langjähriger Arbeitslosigkeit zu helfen, die Steine aus dem Weg zu räumen, die sie bisher daran hinderten, einer Arbeit nachzugehen und ihre Sucht zu überwinden. Wir Scouts bedienen uns dabei der Methoden des Case Managements. In der Theorie bedeutet das herauszufinden, bei welchen Themen der Klient Unterstützung benötigt und dann im Hilfesystem nach geeigneten Angeboten zu schauen und diese dann dem Klienten zu vermitteln. Hilfen sollen nach diesem Konzept vorrangig nicht vom Scout selbst erbracht werden, sondern es sollten schon vorhandene Angebote genutzt werden, eventuell in modifizierter, auf den Klienten zugeschnittener Form. Der Schwerpunkt der Tätigkeit des Case Managers sollte demnach in der Vermittlung zwischen den Bedarfen des Klienten und den Angeboten des Hilfesystems liegen.

Die Praxis eines Case Managers in der Betreuung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen steht dabei vor besonderen Herausforderungen.

Wir haben es bei GSWS mit Menschen zu tun, die mit vielfältigen und schwerwiegenden Problemen und Hindernissen zu kämpfen haben und in ihrer Sucht nicht immer ein Problem, sondern häufig auch eine Linderung und eine Auszeit von ihren Sorgen sehen. Dementsprechend schwankend ist die Bereitschaft, Hilfen anzunehmen und ausdauernd an der Lösung der Probleme zu arbeiten. Regelmäßig kommt es vor, dass ein Klient quasi abtaucht und sich durch Konsum zu entlasten versucht, was den Hilfeprozess erschwert und manchmal auch unterbricht. Hier ist der Case Manager gefragt, auf der einen Seite die Autonomie des Klienten zu respektieren, auf der anderen Seite aber im Interesse des Klienten immer wieder Kontaktangebote zu machen.

Unsere Losung lautet: Wir bleiben am Ball! Wir übernehmen bei Bedarf die Kontaktverantwortung und melden uns initiativ bei unseren Klienten und können so häufig die Phase, in der der Unterstützungsprozess stockt, verkürzen. Ich möchte das an einem Beispiel verdeutlichen:

Sebastian F. kommt auf Vermittlung der Diakonie zu uns. Er ist 20 Jahre alt und spielt seit seinem 14. Lebensjahr das Computerspiel League of Legends. Täglich hänge er über zehn

Stunden vor dem Rechner, er spiele bis tief in die Nacht. In seiner Wohnung stapeln sich Pizzakartons, überall liegen Colaflaschen. Er habe sehr zugenommen. Er war mal richtig gut im Fußball. Jetzt sei mit seinem Übergewicht nicht mehr daran zu denken. Mit Freunden treffe er sich auch nicht mehr; die Leute, mit denen er über das Internet zockt, habe er noch nie offline getroffen. Er sagt, dass er schon mit 14 Jahren wegen Depressionen bei einer Psychologin war. Eine Ausbildung als Gas-Wasser-Installateur und eine als Bäcker habe er nach wenigen Monaten abgebrochen. Das Spielen sei ihm wichtiger gewesen. Wenn er sein Spiel spiele, könne er alles Negative vergessen.

Im Erstgespräch wirkte er offen, sagte aber, dass er eine gute Fassade habe. Innerlich gehe es ihm nicht so gut. Wir vereinbarten Treffen, die er dann kurzfristig absagt. Er fühle sich schlecht, komme nicht aus dem Bett, traue sich nicht in den Bus zu steigen, weil er sich für sein Aussehen schäme. Ganz nach unserem Motto, bleiben wir am Ball. Wir beraten ihn am Telefon und gelegentlich besuchen wir ihn zu Hause. Schließlich ist er bereit, mit einer Kollegin von der Suchthilfe zu sprechen, die mit ihm eine stationäre Therapie beantragt.

Dieser ganze Prozess dauerte ein ganzes Jahr und war gekennzeichnet von wiederkehrender Kontaktaufnahme durch uns Scouts in Phasen, in denen der Klient sich zurückzog und stärker in einen Strudel von Spielen und Vernachlässigung seiner physischen und psychischen Gesundheit sowie seiner sozialen Kontakte zu geraten drohte.

In der Langzeittherapie blühte Herr F. dann auf, konnte seine Spielsucht bearbeiten und 20 kg abnehmen, was sein Selbstbewusstsein steigerte. Nach der Therapie gelang es dem Klienten, seine sozialen Kontakte wieder zu aktivieren, bzw. neue Kontakte aufzubauen. Schwierigkeiten gab es noch in den Bereichen der Führung des Haushaltes und der noch bestehenden Antriebsminderung. Gespräche mit der Diakonie wegen der Beantragung eines BeWos fanden statt. Der Klient entschied sich aber dagegen.

Parallel gab es Gespräche mit unserem Kooperationspartner innerhalb unseres Projekts JSL. Dort bewarb sich Herr F. für ein gefördertes Arbeitsangebot und wurde eingestellt. Herr F. hat sein verringertes Gewicht halten können, zockt nicht mehr an seinem Computer, trifft sich regelmäßig mit Freunden, spielt wieder Fußball und hat eine Arbeit. Es konnten Akteure aus dem bestehenden Hilfesystem eingebunden werden, viel Arbeitszeit musste allerdings von den Scouts selbst eingebracht werden, insbesondere, um den Kontakt immer wieder anzubieten und den Klienten zu den Angeboten zu begleiten.

Hinter den Erfolgen von Herrn F., die hier in Kurzform dargestellt wurden, steht eine zweijährige gemeinsame Arbeit, viele motivierende und stabilisierende Gespräche, viele Rückschläge aber auch tolle Fortschritte. Zusammengefasst konnten Methoden des Case Managements gut genutzt werden. Fallübergreifend verbleibt aber wegen der speziellen Umstände einer Suchterkrankung ein erheblicher Betreuungsaufwand, der vom Scout selbst erbracht werden muss. Das ergibt sich erstens aus der Ambivalenz in Bezug auf das abhängige Verhalten, das nicht immer nur als Problem, sondern auch als Lösungsweg betrachtet wird. Zweitens können die Folgen der Suchterkrankung so schwerwiegend sein, dass Angebote vom Klienten nicht ohne umfangreiche Unterstützung des Scouts vom Klienten genutzt werden können. Das gilt für substanzbezogenen Süchte noch mehr als für mein oben vorgestelltes Beispiel einer sogenannten Internet Gaming Disorder. Den Ansatz, Methoden des Case Managements in die Arbeit mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und meist langjähriger Arbeitslosigkeit zu integrieren, erleben wir Scouts bei GSWS-rehapro als sehr hilfreich. Wir konnten Menschen erreichen, die bisher vom Hilfesystem nicht ausreichend unterstützt werden konnten. Auch weiterhin gilt für uns: Wir bleiben am Ball!

Wohnungslosigkeit

Zwei Jahre GSWS in rehapro aus der Perspektive von Bernward Grewer, Caritasverband

Wohnungslosigkeit ist aus meiner Sicht der größte Verlust den ein Mensch in unserer Gesellschaft, in Bezug auf den sozialen/gesellschaftlichen Status, erleiden kann. Der Verlust des Wohnraumes geht, neben dem Abhandenkommen von Sicherheit, oft mit erheblichen Kosten und daraus resultierenden möglichen Schulden einher. Die Wohnungseinrichtung und weitere persönliche Dinge und Dokumente kommen meist mit unter die Räder. In der Gesamtheit des Geschehens wird der betroffene Mensch in vielen Aspekten seiner Existenz beschädigt.

So zeigt sich nun auch in sehr vielen Fällen, dass Wohnungslosigkeit ein sich seit geraumer Zeit anbahnendes Ereignis ist, das oft unbemerkt beginnt. Hier sind vor allem die Themen Sucht, Schulden, Erkrankungen (somatisch und psychisch) und Arbeitslosigkeit im Raum. Daher steht Prävention absolut im Vordergrund.

Eine reine Verweisberatung greift zu kurz!

Es gilt also, durch wirkungsvolles und schnelles Handeln den Wohnungsverlust zu verhindern und durch ein gezieltes, breit aufgestelltes Hilfsangebot den Erhalt der Wohnung langfristig zu sichern. So kommt an dieser Stelle eine Stärke des multiprofessionell aufgestellten Teams von GSWS zum Tragen. In eine wöchentlich stattfindende Fallbesprechung werden Klienten bzw. Klientinnen eingebracht und die Problemlagen erörtert. Hier stelle ich den folgenden Fall vor:

Ein junges Paar, beide Anfang 20, junge Eltern, vorliegende Suchtproblematik, arbeitslos, sehen sich mit der verhaltensbedingten Kündigung ihrer Wohnung konfrontiert. Das vorrangige Anliegen an den Scout ist die Suche nach einer neuen Bleibe. Nach Abwägung der Möglichkeiten wird entschieden, der Kündigung zu widersprechen und das Gespräch zur Vermieterin zu suchen. Diese willigt schließlich ein, die Kündigung vorerst zurückzuziehen und der jungen Familie eine Chance auf einen Wohnungserhalt zu geben. Im Verlauf der gemeinsamen Gespräche mit dem Paar kommen weitere Themen zutage. Die Problemlage ist außerordentlich komplex, da es auch in der Paarbeziehung erhebliche Konflikte zu geben scheint. Schnell ist klar, dass die Familie nicht nur durch eine BeraterIn beraten werden kann.

Was ist das gelebte Projekt GSWS?

GSWS-rehapro reagiert hier sehr **schnell** und **konkret**. Innerhalb von nur wenigen Tagen wird nach einer Fallbesprechung im Team ein zweiter Berater bzw. eine Beraterin benannt. Auf das Paar soll nun individuell nach den jeweiligen Bedürfnissen eingegangen werden. Nachdem es in diesem Beispiel recht zügig gelungen war die Wohnung vorerst zu sichern, geht die Hinwendung zur eigentlich Grundlegenden Problematik erst los und ein ausführlicher Assessmentprozess beginnt. Aufgrund der Erkenntnisse dieses Assessments wird ein Hilfeplan erstellt und es werden passende Hilfen aus der möglichen Angebotspalette zusammengestellt. Ein Wohnungsverlust hätte hier mit Sicherheit zu einer deutlichen Verschlechterung der Lebenssituation geführt und die eigentlich erforderliche Bearbeitung der Grundproblematik weiter in die Zukunft verlagert, und somit das Ziel einer Eingliederung in den Arbeitsmarkt weiter verzögert.

Das folgende Beispiel soll zeigen, dass eine bereits eingetretene Wohnungslosigkeit nicht durch die einfache Zuweisung einer Wohnung lösbar erscheint.

Ein Mann, 52 Jahre alt, lebt nach der Trennung von seiner Partnerin seit drei Jahren in einer Gartenlaube, unter sehr schlechten hygienischen Bedingungen. Es liegt ein deutlicher Alkoholkonsum vor. Er ist beruflich qualifiziert und hat viele Jahre gearbeitet, ist aber bereits seit Jahren arbeitslos. Seine persönliche Einstellung zum Leben machen es ihm schwer nach Hilfe zu fragen. Letztlich gelingt die Kontaktaufnahme durch den aufsuchenden Dienst des Jobcenters. Im ersten Gespräch schon kristallisiert sich heraus, dass er bereit ist für eine deutliche Veränderung in seinem Leben.

Die Faktenlage lässt auch den Rückschluss zu, dass neben einer Suchterkrankung evtl. eine psychische Belastung für den völligen Rückzug des Mannes aus der Gesellschaft verantwortlich sein kann. Zur Überprüfung dieser Hypothese werden die gesammelten Fakten über diesen Klienten ebenfalls in eine Fallbesprechung eingebracht und die Expertise der KollegInnen eingeholt. Durch die Bestimmung eines Tandempartners/in aus der entsprechenden Fachrichtung, kann nun gezielt durch ein Assessment der Frage nachgegangen werden, inwieweit eine psychologische Begleitung des Klienten erforderlich ist. Es wird also parallel mit dem Betroffenen nach einer Lösung für das Wohnungsproblem und das evtl. vorhandene psychische- oder Suchtproblem gesucht und sofort danach gehandelt bzw. in passende Hilfen vermittelt.

Beide Fälle sind in der aktuellen Bearbeitung noch am Anfang des Assessments. In älteren Fällen hat sich gezeigt, dass eine schnelle Vermittlung ins Hilfe-System an langen Vorlaufzeiten und Wartelisten der jeweiligen Leistungserbringenden scheitert. So ist Wohnen an sehr viele Bedingungen z.B. Einkommen, Gesundheit, äußere Erscheinung, Herkunft, Familienstand, Sprachvermögen, persönliches Auftreten, etc geknüpft. Kommen mehrere Faktoren zusammen, beginnt für viele ein regelrechter Spießrutenlauf aus Bewerbungen und Wohnungsbesichtigungen, mit teilweise sehr frustrierenden Ergebnissen. Da die Vergabe von Wohnungen weitgehend durch den Markt geregelt wird und Vermietende ihre potenziellen Kunden sehr genau durchleuchten, bleibt für sehr viele Menschen Wohnungslosigkeit ein Dauerthema. Ein hartnäckiges Beratungsteam, das weiterhin motiviert, die lösbaren Themen angeht und keinen Versuch unterlässt Wege aufzuzeigen kann, allen Widrigkeiten zum Trotz, bereits Erfolge verbuchen.

Im Zweifelsfall bleiben wir am Ball!

Im weiteren Fall geht es um einen sehr zurückgezogen lebenden Mann, mit einer unbehandelten, nicht heilbaren somatischen Erkrankung. Er lebt in einem sehr großen Mehrfamilienhaus, und als wir ihn kennenlernten war er schon sehr geschwächt, die Leistungen des Jobcenters eingestellt, der Erhalt des Wohnraumes bedroht und der Strom bereits abgestellt. Es zeigte sich in dieser eskalierten Situation sehr schnell, dass der Mann dringend Hilfe in nahezu allen Bereichen seiner momentanen Lebenssituation benötigt. Trotz der Dringlichkeit kam es im Verlauf der Kontaktaufnahme immer wieder zu Abbrüchen seitens des Klienten. An manchen Tagen hat er einfach die Wohnungstür nicht geöffnet. Über Wochen sind wir hier hartnäckig geblieben und haben ihn an mehreren Tagen in der Woche an seiner Wohnungstüre aufgesucht und mit ihm gesprochen. Schließlich hat er sich auf medizinische und vermittelnde Hilfen eingelassen. Bis heute ist seine gesundheitliche Situation entscheidend verbessert, eine rechtliche Betreuung eingerichtet und ein Betreutes Wohnen im eigenen Wohnraum mit einem Leverkusener Anbieter angebahnt. Beim letzten Termin hat er geäußert wieder einer Beschäftigung nachgehen zu wollen.

Dieser Prozess lief über einen Zeitraum von ca. 14 Monaten und die nachgehende Sozialarbeit war ein entscheidender Faktor für die Installation nachhaltiger Hilfen. Erst jetzt ist für den

Klienten genug Stabilität erreicht um Leistungen der sozialen Arbeit zu koordinieren und für eine zielführende und im besten Fall erfolgreiche Leistungserbringung in Richtung Wiedereingliederung zu etablieren

Vermittlungshemmnisse und Einschränkungen

Bericht von Claudia Welke, JSL

Die Menschen mit einer Suchterkrankung weisen oftmals vielfältige Vermittlungs-Hemmnisse und Einschränkungen auf, die sie daran hindern, eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt aufnehmen zu können.

Eine Suchterkrankung geht einher mit Brüchen im Lebenslauf, Lücken in der Erwerbsbiografie oder fehlender beruflicher Qualifikation. Darüber hinaus können familiäre und soziale Problemlagen, Wohnungslosigkeit, Überschuldung, psychische und physische Erkrankungen, u.v.m. die Integration in das Erwerbsleben der Betroffenen erschweren oder schier unmöglich machen.

Das GSWS-rehapro-Team stellt sich diesen Themen nun seit über zwei Jahren. Trotz guter Vernetzungen im Stadtgebiet Leverkusen ist es schwierig, suchtkranke leistungsberechtigte Menschen langfristig in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Es bedarf ineinandergreifende Unterstützungsleistungen unterschiedlicher Akteure, wenn eine erwerbsbezogene Integration nachhaltig gelingen soll.

Bislang ist der erste Schritt im Rahmen der Projektteilnahme immer eine Klärung der beruflichen Fähigkeiten, Stärken und Interessen der Teilnehmenden. Auf diesem Hintergrund wird ein Arbeitsbereich herausgesucht und ein entsprechender Betrieb gefunden, in dem ein Praktikum absolviert werden kann. Die Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung als ein wesentliches Ziel des Modellprojektes hat viele Hürden zu nehmen.

Bislang können wir von 26 Arbeitsverträgen sprechen, die auf dem 1. und dem sogenannten 2. AM geschlossen wurden.

Es gibt die Beispiele, wo der Klient z. B. bei der Beschäftigungsförderung Leverkusen in der Abteilung Umweltschutz ein 2-wöchiges Praktikum absolviert hat. Alle Beteiligten waren mit der Leistung zufrieden und zur weiteren Stabilisierung wurde darüber beraten, wie sinnvoll als nächster Schritt die Aufnahme einer Arbeitsgelegenheit sei. Wenn der Klient sich das vorstellen konnte, wurde der entsprechende Vertrag geschlossen.

In einem konkreten Fall war es so, dass die Konzentration des Mitarbeiters in der 2. Jahreshälfte nachließ, Fehlzeiten und Verspätungen sich häuften. Die in Aussicht gestellte FestEinstellung konnte nicht erfolgen, auch, weil es für die Person keine Förderkulisse gab, die einen Einstieg erleichtert hätte. Letztendlich konnte er auf dem 1. AM eine Festanstellung finden.

Ein sehr komplexer Fall, der seit 10 Monaten beraten wird. Die Zusteuerung eines Paares erfolgte durch die Suchthilfe (illegale Drogen). Gebeten wurde für beide eine Anbindung an den 2. AM zu Stabilisierung des Alltages. Herr W. seit acht Jahren arbeitslos, eingebunden in ambulante psycholog. Beratung, äußert mit Nachdruck den Wunsch, eine Arbeit antreten zu wollen. Er kann erfolgreich ein Praktikum bei der Beschäftigungsförderung Leverkusen absolvieren. Da er langzeitarbeitslos ist, geht die Beratung davon aus, dass er nach § 16 e/ I SGB II gefördert wird und damit längere Zeit beschäftigt ist. Der Förderantrag wird abgelehnt, weil

Herr W. „schädliche“ Zeiten hat. Das bedeutet: er ist zwar defacto über 8 Jahre arbeitslos, war allerdings in dieser Zeit inhaftiert und befand sich mehrfach in einer Klinik. Mit diesem Hintergrund gibt es für den Klienten keine Möglichkeit der Förderung nach §16i und §16e SGB II. Es konnte nur die Möglichkeit der Förderung mit Eingliederungszuschuss in Aussicht gestellt werden. Diese Förderung ist jedoch im Vergleich zu den anderen Fördermöglichkeiten geringer und kam daher nicht in Frage. Im konkreten Fall bedeutet das: Herr W. ist weiter arbeitslos; auf Grund seiner Substitution (und Beikonsum) ist er auf dem 1. AM nicht vermittelbar. Mit einer entsprechend geförderten Stelle hätte Herr W. unmittelbare Unterstützung auf mehreren Ebenen erhalten.

Gerade für die Klienten bzw. Klientinnen im Projekt GSWS greifen die „arbeitsmarktpolitischen Instrumente 16 e / i des SGB II nicht, da viele von den Personen lange in einer Klinik waren, andere in Haft, und damit sind „Förderrelevante Zeiten“ nicht gegeben.

Er ist weiter in der Beratung, weil er nun auch einen neuen Wohnraum sucht, da der aktuelle schon seit langem mit Schimmel befallen ist. Seine damalige Partnerin, mit der er zur Bratung kam, äußerte ebenfalls den Wunsch nach einer Beschäftigung, gerne in einer Arbeitsgelegenheit. Zudem suchte sie dringend einen eigenen Wohnraum, da sich Herr W. immer wieder gewalttätig ihr gegenüber zeigte. Aufgrund der Corona Situation und speziell in Leverkusen wegen der Flut-Folgen, war es nicht möglich, für Frau D. ein Praktikum zu organisieren. Zudem kommt nicht jeder Bereich in Frage, da Frau D substituiert ist. Schließlich hat Frau D. eigenständig eine Wohnung in Burscheid gefunden, was ganz andere Probleme, jenseits des Arbeitsmarktes aufwarf. Wohnortwechsel ohne Zustimmung des Job Centers war nur möglich, weil die Projektleitung der AGL das Vorhaben unterstützte. Frau D. kann weiter durch GSWS-rehapro begleitet werden. Die Arbeitssuche gestaltet sich nun schwieriger, zumal es aktuell keine Arbeitsgelegenheiten in Burscheid gibt. Eine in Leverkusen kann sie nicht antreten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die nun schon länger anhaltende pandemiebedingt angespannte Arbeitsmarkt-Situation eine verbindliche Zusage von örtlichen Betrieben für eine Praxiserprobung erschwert. Verlässlich sind die Kontakte zu den Herkunftorganisationen der Scouts. Hier erfolgt fast immer die Aufnahme eines Praktikums und damit der wesentliche Schritt eines Neustarts.

Aufgaben der Mitarbeiterin der SPZ-gemeinnützige GmbH

Cornelia Neitzert, SPZ

Ein besonderer Aufgabenschwerpunkt der Mitarbeiterin der SPZ-gGmbH im Projekt GSWS liegt in der Beratung und Begleitung der Klient*innen, die zusätzlich zur Suchterkrankung oder -gefährdung an einer psychischen Erkrankung leiden. Die Komorbidität einer Suchterkrankung mit einer Depression, Angsterkrankung, PTBS oder Psychose ist hoch.

Das Suchtmittel wird häufig als Behandlungsversuch genutzt, um quälende Symptome der psychischen Erkrankung (z.B. Schlafstörungen, Ängste, Antriebsstörungen) zu reduzieren.

Andererseits sind die Folgen des Konsums von Suchtmitteln häufig Symptome wie eine depressive Verstimmung, Affektlabilität, Interessenverlust, u.a. schwerwiegende Symptome. Ggf. wird eine Psychose durch Cannabiskonsum erst induziert.

Die Arbeit der Scouts der SPZ-gemeinnützigen GmbH besteht darin, eine vertrauensvolle Beziehung zu Ratsuchenden aufzubauen und zu erhalten, die den Raum schafft, über die Symptomatik offen zu sprechen. In psychoedukativen Gesprächen werden die geschilderten Symptome eingeordnet, Auslöser identifiziert und Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt. Das Bewusstsein für Frühwarnzeichen wird geschärft und alternative Strategien zur Stress- und Problembewältigung werden erarbeitet.

Zur differenzierten diagnostischen Einordnung erfolgte bereits in vielen Fällen zusätzlich eine Vermittlung in fachärztliche Behandlung. Hierbei gibt es aufgrund der hohen Auslastung und leider häufig schweren telefonischen Erreichbarkeit der Fachärzt*innen einen großen Unterstützungsbedarf. Die Terminvereinbarung, eine intensive Vor- und Nachbesprechung der Termine sowie Begleitung zu Facharztterminen sind wichtige Schwerpunkte der Beratung durch die Mitarbeitende des Sozialpsychiatrischen Zentrums. Die Motivation, die fachärztliche Behandlung (inkl. verordneter Medikation) aufrechtzuerhalten kann dadurch gesteigert werden. Im besten Fall werden eine Linderung der Symptomatik und eine verbesserte Lebensqualität erreicht, so dass positive Auswirkungen auf die Suchtproblematik und die Arbeitsfähigkeit folgen.

Es entsteht eine Vernetzung der Behandlungsangebote, von der die Programmteilnehmer*innen profitieren und die im Krisenfall eine dem individuellen Bedarf angepasste Intervention schneller und besser ermöglicht.

Eine Verweisberatung, d.h. der Verweis auf z.B. die fachärztliche Behandlung ist in den meisten Fällen nicht ausreichend.

Bei mehreren Kundinnen konnte erfolgreich an einer Verzahnung mit den ambulanten Psychotherapeutinnen gearbeitet werden.

Ein **Beispiel** dafür ist Herr K.:

Bei Herrn K. entwickelte sich als Kind alkoholkranker Eltern ebenfalls eine massive Alkoholabhängigkeit. Es gab sehr häufige Klinikaufenthalte zur Entgiftung und mehrfache Langzeitentwöhnungsbehandlungen.

Seit drei Jahren gelingt ihm eine erfolgreiche Abstinenz. Einen wesentlichen Anteil an der weiteren Motivation zur Abstinenz und v.a. an einem Perspektivwechsel und der Erarbeitung alternativer Verhaltensmuster hat seine ambulante Psychotherapie. Die Bewilligung der Psychotherapie durch die Krankenkasse läuft aus und Herr K. ist in großer Sorge, wie er an dem Erlernten festhalten kann.

Er wurde durch die Mitarbeiterin des SPZ zu einem Termin mit dem Psychotherapeuten begleitet. In dem gemeinsamen Gespräch konnte die Einschätzung des Therapeuten erfragt werden in Bezug auf Frühwarnzeichen und Faktoren, die die psychische Stabilität gefährden könnten. Es wurden realisierbare Ziele benannt und priorisiert (wie z. B. abstinent bleiben, Wohnungssuche und allmähliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit). Deutlich wurde auch, dass ein kleinschrittiges Vorgehen erfolgversprechend ist, damit keine Überforderung entsteht, die die Rückfallgefahr erhöhen würde.

Diese Themen können jetzt in die weiteren Beratungsgespräche der Mitarbeiterin des SPZ einfließen. Die Vernetzung hat erheblich zu einer Beruhigung und zur Zuversicht von Herrn K. beigetragen, dass er seine Stabilität auch nach Beendigung der Psychotherapie erhalten kann und dass weitere Fortschritte denkbar sind.

Für viele andere Programmteilnehmer*innen stellt der Suchtmittelkonsum ein Vermittlungshindernis in die notwendige ambulante Psychotherapie dar. Die Kostenübernahme durch die Krankenkasse ist bei nicht abstinenten Versicherten nur eingeschränkt möglich. Dennoch gäbe es einen Bedarf an ambulanter Psychotherapie für diese Klientel mit Doppeldiagnosen.

Hier besteht eine wichtige Aufgabe unserer Beratung durch entlastende Gespräche, Psychoedukation, Förderung der Abstinenzmotivation, Rückfallprophylaxe in enger Kooperation mit den Angeboten der Suchthilfe und die beständige Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Behandlungsangebot.

Die Besonderheit von Hilfen für Suchtkranke

Erfahrungsbericht von Philippe Hitpaß, Diakonisches Werk Leverkusen

1. Einleitung

Wie die interdisziplinäre Verfassung unseres Teams mithilfe des CM als handlungsleitendes und zugleich metareflexives Instrument dabei helfen kann, für unser Klientel (suchterkrankt und –gefährdet, im SGB II Bezug) nachhaltige Hilfs- und Unterstützungsangebote zu entwickeln (Hilfe zur Selbsthilfe).

Ich möchte anhand meiner bisherigen Arbeitserfahrung schildern und zeigen,

1. dass der Erfolg der Zusammenarbeit zwischen Klient und Berater/ Institutionen im Kontext suchterkrankt/ suchtgefährdet im erheblichen Maße von einem vertieften Fallverständnis abhängt bzw. davon profitiert (vertikal);
2. ferner, dass sozialpädagogische Arbeit hierfür in eine relative thematische (Lebens-)breite gehen muss (horizontal);
3. Schließlich, dass CM als Instrument und die Interdisziplinarität des Teams diese Leistung ermöglicht.

Eine allgemeine Definition Sozialer Arbeit...

Das zentrale Ziel Sozialer Arbeit wird häufig als Lösung sozialer Probleme beschrieben. Dieses Ziel lässt sich in zwei bereichsübergreifende Ebenen aufteilen: 1. auf individueller Ebene die Hilfe zur Selbsthilfe und 2. auf gesellschaftlicher Ebene die Verbesserung bzw. Veränderung der Rahmenbedingungen.

Mensch (Klient) und Institutionen (Berater) lösen also ein oder mehrere soziale Probleme, die die KlientInnen betreffen und sich auf „die Gesellschaft“ auswirkt (bsp. drohende Wohnungslosigkeit/ soziale Verwerfungen)

Gemäß dem weitverbreiteten und anerkannten Ansatz der Ressourcenorientierung bringen für die Entwicklung von Lösungen beide PartnerInnen in einem vereinbarten Unterstützungsprozess ihre Ressourcen und Fähigkeiten ein und verstärken diese idealerweise in synergetischer Absicht. Der Unterstützungsprozess soll idealerweise nachhaltig sein, so dass also zur künftigen Lösung ähnlicher/ vergleichbarer sozialer Probleme die Unterstützung durch die Institutionen/ BeraterInnen weniger bzw. idealerweise gar nicht mehr gebraucht wird (Hilfe zur Selbsthilfe). Ziel ist der reibungslose/ störungsfreie Ablauf zwischen Mensch und Gesellschaft im je aktuellen normativen Konsens.

In Bezug auf unsere Klientel bekommt dieses Verständnis jedoch eine besondere Bedeutung, die ich wie folgt beschreiben möchte:

1. Unsere (suchterkrankten/ suchtgefährdeten/SGB II-beziehenden) KlientInnen als Betroffene sozialer Probleme bringen in besonderer Weise für deren Lösung relativ eingeschränkte, unvollständig abrufbare, geringere, unzuverlässigere ...etc...psychosoziale Fähigkeiten/ Ressourcen bei gleichzeitig relativ erhöhter Hemmnisse/ Belastungen in den Lösungsprozess mit ein.
2. Sucht spielt hierbei eine verstärkende/ stabilisierende Rolle, weil
 - Sucht (in all seiner Vielfältigkeit) eine relative psychosoziale/ psychiatrische Komponente mit einem dynamischen Wechselspiel von Ursache und Wirkung aufweist (Stichwort drogeninduziert oder Doppeldiagnose),
 - in einer relativ dominierenden und themenübergreifenden Intensität (z.B. Beschaffung statt Freizeit und Arbeit),
 - in einer je spezifischen zeitlichen und lebensgeschichtlichen Dimension (z.B. „war immer schon Suchtaffin, Schule dagegen war langweilig“),
 - in einer je spezifischen gesellschaftlichen Identität und Normativität (trinken wird z.B. in den Augen der anderen anders behandelt als kiffen)

Der Komplex Sucht/ Psyche macht also alles komplizierter als es ohnehin schon wäre und hat in Bezug auf das Kernziel, die Lösung sozialer Probleme, relative Wirkkraft - sowohl auf Lernen, Lern- und Wissensanwendung auf der einen Seite sowie auf den Aufbau/ Aktivierung von Fähigkeiten/ Ressourcen andererseits. Und das auch in einer relativen biographischen Dimension, da beispielsweise der betroffene Mensch aufgrund einer längeren Suchtgeschichte nur auf rudimentär entwickelte Fertigkeiten, wie Konzentration oder Leseverstehen aufbauen kann.

Es macht ja nun einmal einen erheblichen Unterschied, ob ein suchterkrankter und –erfahrener Mensch soziale Dienste, wie Schuldner- oder Erziehungsberatung in Anspruch nimmt oder ob Sucht keine oder eine nur sehr untergeordnete Rolle spielt.

Das sozialpädagogische Handeln/ Verhalten und die Pädagogik insgesamt müssen also hierauf besonders abgestimmt werden, wofür es beispielsweise nötig ist, den Menschen in besonderer Weise zu verstehen und ein Fallverständnis zu entwickeln. Das wiederum erfordert Zeit, eine vertrauliche Beziehung, einen professionellen Umgang durch die BeraterInnen/ Institutionen (Scouts), vielfältige Kommunikationskanäle, Erreichbarkeit etc...und vor allem auch überfachliches Wissen. Weiter zu bedenken ist, dass gesellschaftliche/ soziale Probleme vor dem Hintergrund „normativer“ Werte definiert/verstanden werden (ein bestimmtes bürgerliches Weltbild z.B.).

These: Problemlösung, Lernen, Wissensanwendung etc. aus dem Komplex Sucht/Psyche heraus erfordert also für die Unterstützungsleistung eine besondere qualitative Ausrichtung (in Tiefe und Breite).

Fallbeispiel: Pascal Ch.

Pascal ist 25 Jahre alt, als wir ihn kennenlernten. Er konsumiert seit dem 13. Lj. unterschiedliche Drogen, u.a. Cannabis, Kokain, Heroin, Amphetamine. Er lebte bis vor ca. 4 Jahren in Bonn, einige Zeit davon ohne festen Wohnsitz. Auf der Straße lernte er seine aktuelle Partnerin kennen; sie hat einen heute neunjährigen Sohn, der bei der Oma in Leverkusen lebt. Zu ihm hat Pascal eine enge Beziehung; er ist nicht der Vater. Seit ca. 4 Jahren leben beide in Leverkusen in einer Bedarfsgemeinschaft mit dem Vorsatz, einen Neuanfang beginnen.

Seit vielen Jahren bestehen keine Kontakte zu seiner Familie; seine Patentante telefoniert regelmäßig 2 bis 3mal im Jahr mit ihm. Pascal äußert, er habe ADHS und eine Borderline-störung; es gibt darüber jedoch keine Dokumente. Pascal hat die Schule mit der FOR abgeschlossen und eine Ausbildung zum Bauten- und Objektbeschichter absolviert. Auch hierüber gibt es keine Unterlagen.

Pascal hat eine klare berufliche Vorstellung; er möchte als Bestatter arbeiten und verfügt bereits über einschlägige Berufserfahrungen.

Er hat eine abgebrochene Entwöhnungstherapie. Er und seine Freundin werden substituiert, konsumieren aber parallel.

Er ist sehr energetisch und präsent, zeigt eine gute Auffassungsgabe, er bezeichnet sich selbst als Meister im „Dribbeln“ (checken, organisieren), kann „gut“ (und viel) reden, betrachtet seine Möglichkeiten optimistisch. Hat klare bürgerliche Wertvorstellungen: Er möchte Arbeiten, Geld verdienen, besser werden, eine eigene Firma gründen, Führerschein und Auto haben, seine Angestellten dann besser behandeln, in eine bessere Wohnung oder in ein Haus ziehen, seine Freundin heiraten und Kinder bekommen etc.

Pascal ist oftmals unkonzentriert, fahrig, unzusammenhängend in seinen Berichten, schwankend in seinen Stimmungslagen, z.T. auch innerhalb der Beratungstermine. Er hat Schwierigkeiten mit dem Lernen (s.u.). Pascal ist relativ isoliert, hat keine Freunde (außerhalb der Szene), keine vertrauten Menschen um sich, mit denen er sich austauschen und beraten kann. Pascal spricht eine ausgeprägte „Szenesprache“

Anlass der Kooperation sind finanzielle Probleme mit dem Jobcenter/ Vermieter, Schulden und aktuelle Forderungen sowie sein Wunsch, sich als Bestatter zu bewerben. Die Kontaktvermittlung kam über das DW.

Ein weiteres Anliegen betrifft seine rechtskräftige Verurteilung zu einer Geldstrafe (wegen Diebstahl), noch aus seiner Bonner Zeit. Die StA Bonn droht mit Haftstrafe, wenn er seine Geldstrafe nicht bezahlt.

Pascal nimmt pünktlich und zuverlässig seine Termine wahr.

Pascal fasst Vertrauen und beginnt von sich, seinen Sorgen, Gefühlen und Sehnsüchten zu erzählen. Er würde gerne ein gänzlich anderes Leben führen, ohne Konsum, ohne die damit verbundenen sozialen und moralischen Verwerfungen. Aber er hat Angst – vor dem Entzug, vor dem, das danach kommt und möchte sich (erstmal) nicht einer Entgiftung und Therapie unterziehen, sondern über die Arbeit als Bestatter sich auch eine persönliche Perspektive schaffen und einige Dinge (vor allem auch Schulden) damit erledigen, u.a. möchte er seiner Partnerin einen Heiratsantrag machen.

Wir erarbeiten einen gemeinsamen **Hilfeplan**:

- Erfolgreiche Kontaktaufnahme zu Vermieter und Jobcenter, um eine „Verschlimmerungsspirale“ abzuwenden; Situationsvermittlung, Stundung/ Ratenzahlung
- Erfolgreiche Kontaktaufnahme zur StA Bonn, um auch dort „Verschlimmerungen“ abzuwenden; Situationsvermittlung, Stundung/ Ratenzahlung
- Informationsgespräch(e) bei der Kollegin/ GSWS-rehapro (Suchthilfe) zu den Themen Therapie/ Antrag, welche Suchtklinik in Frage kommen könnte, Ängste, Vorbehalte, frühere Erfahrungen, Abläufe, Wartezeiten etc.) um eine Entscheidungsgrundlage zu haben: Abstinenz – kontrollierter Konsum/ Substitution (Pascal entscheidet sich für das Konzept „Arbeit/kontrollierter Konsum“)

- Gemeinsame Überarbeitung vorhandener Bewerbungsunterlagen, Sichtung, Analyse von Stellenangeboten
- Erfolgreiche Bewerbung (en), Vorbereitung und Wahrnehmung von Vorstellungsgesprächen
- Aufnahme einer Arbeitsstelle als Bestatter unter der vertraglich vereinbarten Bedingung, dass Pascal den Führerschein erwirbt; dafür erfolgte erfolgreiche Rücksprache wg. Kostenübernahme JC

In die **Leistungssteuerung** (alle GSWS-rehapro) kommen außer der im Hilfeplan vereinbarten Ziele und Schritte noch:

- „Lernen lernen“ für den Führerschein in der arbeitsfreien Zeit
- Reflexionsgespräche mit Suchthilfe und GSWS-rehapro/ Suchthilfe zum Thema Umgang mit Konsum in außergewöhnlicher Belastungssituation in der arbeitsfreien Zeit

Eine Zeitlang lief alles gut. Pascal ließ sich von seinem eigenen Erfolg beflügeln; er setzte sehr viel Energie ein, um Substitution, Beschaffung, Lernen, Arbeiten und Freizeit unter einen „Hut zu bringen“ und er machte seiner Freundin einen Heiratsantrag. Er hatte nun auch etwas mehr Geld zur Verfügung und konnte sich Dinge leisten.

Er und sein Arbeitgeber aber merkten jedoch mit der Zeit, dass Pascal sowohl beim „Führerscheinwerb“ als auch bei der „Leistung am Arbeitsplatz“ in Rückstand geriet; es häuften sich somit Unzufriedenheit, Misstrauen und Stress am Arbeitsplatz bis hin zur Kündigung im Rahmen der Probezeit nach knapp 4 Monaten.

Pascal hat für sich feststellen müssen, dass gleichzeitiger Konsum/ Suchterkrankung und Arbeit eine zu hohe Belastung/ Überforderung darstellen. Beim „Lernen für den Führerschein“ musste Pascal einräumen, dass er die dafür erforderlichen Ressourcen (Konzentration, Systematik, Arbeitsorganisation, Lernumgebung etc.) nicht ausreichend aktivieren konnte - weil er aktiv konsumiert (entzünftig ist) und weil er diese Art der kognitiven Tätigkeit schon lange nicht mehr praktiziert hat.

Pascal lehnte aber zu diesem Zeitpunkt dennoch eine Therapie ab. Er nahm auf Vorschlag des JC ein persönliches Coaching (eines ansässigen Trägers) zur Integration in den Arbeitsmarkt an. Pascal lernte andere Berufsbilder kennen und stellte fest, dass er körperlich den Belastungen des Bestatter Berufs dauerhaft nicht standhalten kann. Letzten Endes brachte es ihm aber nicht den erhofften Fortschritt in Richtung „kontrollierter Suchterkrankung/ Arbeitstätigkeit“ und es begann eine längere Zeit des Rückzugs, des gesteigerten Konsums, der partnerschaftlichen Verwerfungen etc..

Pascal kam erst wieder „zurück“ als sehr konkret die Räumung der gemeinsamen Wohnung drohte. Wir haben ihm bzw. der BG den Kontakt zur vorbeugenden Obdachlosenhilfe vermittelt und konnten so die Obdachlosigkeit abwenden.

Ab da begann dann ein Neustart/ Reassessment mit einem neuen Hilfeplan und neuer Leistungssteuerung. Pascal hat für sich einen Haltungswechsel vollzogen: Er möchte nun entgiften und eine Therapie machen und ist in diesem Prozess bis heute (Juni 2022) relativ weit vorangekommen: zuverlässige und enge Zusammenarbeit mit der Suchthilfe, Therapieplatz beantragt und bewilligt, Soziale Arbeitsstunden angefangen, Schuldnerberatung und eine erweiterte berufliche Orientierung (außer Bestatter noch Medien und Soziales).

Pascal ist im November 2020 in den Beratungsprozess eingestiegen; aller Voraussicht nach wird dieser im Spätsommer 2022 (erst einmal enden), wenn er seine Therapie antritt. Dann

sind zwar immer noch offene Baustellen in seinem Leben, aber er weiß dann besser, wie er diese lösen und welche Hilfen er sich dafür einholen kann.

Dorthin, wo der Kunde ist:

Bericht von Petra Wendel, Suchthilfe

Aufsuchende Sozialarbeit ist erstmalig von Mary Ellen Richmond in ihrem Fachbuch „Friendly Visiting among the Poor“ (1899) formuliert. Richmond (1861-1929) gilt als Amerikas Pionierin der Sozialen Arbeit. Richmond ging es in erster Linie um einen Diagnoseprozess, in dessen Verlauf bei Hausbesuchen der tatsächliche Hilfebedarf erhoben werden sollte. In Anlehnung daran, begannen in den 1970 Jahre die Konzepte von Streetwork, Streetcornerwork und Gassenarbeit sich in der sozialstaatlichen Angebotslandschaft zu verankern. Die Angebote sollten sich an benachteiligte oder/und ausgegrenzte Personengruppen richten, die nur aufsuchend erreichbar wären, sogenannten als „Hard-to-reach“ Zielgruppen.

Der Vorteil, den die aufsuchende Arbeit bietet, beruht auf dem Verlassen des eingegengten Rahmens der „ Laborsituation in Institutionen“ und die Zielgruppe in ihrer Realsituation zu erreichen. Es ist für die Arbeit erleichternd, einen Einblick in die Lebenswelt der Zielgruppe zu erhalten und in der Begegnung vor Ort zu erfahren, was denn die tatsächlichen Themen, Herausforderungen und Ressourcen der Zielgruppen sind.

Dabei ist zu beachten, dass die aufsuchende Sozialarbeit nicht als Kontrollauftrag verstanden wird. Aufsuchende Sozialarbeit versteht sich als „Gast“ in den aufgesuchten Lebenswelten, auch wenn sich diese in öffentlichen Räumen befinden. Sie hält sich an die kulturellen Regeln.

Folgende Quellen- und Literaturangaben sind die Grundlage:

Richmond, Mary Ellen, 1899. Friendly Visiting among the Poor. A Handbook for Charity Workers. New York: MacMillian

Becker, Gerd und Titus Simon, Hrsg., 1995 Handbuch Aufsuchende Jugend-und Sozialarbeit. Theoretische Grundlagen, Arbeitsfelder, Oraxishilfen. Weinheim: Juventa

Bräutigam, Barbara, Matthias Müller und Sarah Lungen, 2011. Die Kunst, sich einzulassen und dennoch ein anderer zu bleiben-einleitende Gedanken zur aufsuchenden Arbeit. In Matthias Müller und Barbara Bräutigam, Hrsg. Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitswelten im aufsuchenden Kontext. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag

Gerull, Susanne, 2016. Hausbesuche in der Wohnungslosenhilfe. In Stefan Gillich und Rolf Keicher, Hrsg. Suppe, Beratung, Politik: Anforderungen an eine moderne Wohnungsnotfallhilfe. Wiesbaden: Springer.

Gillich, Stefan, Hrsg, 2006. Professionelles Handeln auf der Straße. Gelnhausen: Triga

Zitiervorschlag: Höllmüller, Hubert, 2019. Aufsuchende Sozialarbeit (online). Socialnet Lexikon. Verfügbar unter www.socialnet.de/lexikon/Aufsuchende-Sozialarbeit

Übersetzt als ein Beispiel aus dem GSWS-Team: Wendel/Jarysz:

Fallbeispiel:

Durch das Jobcenter, in Person von Herrn H., wurde uns eine 41 Jahre alte Frau vermittelt. Frau B. war in schlechter psychischer Verfassung. In dem ersten Gespräch war sie sehr aufgelöst und weinte durchgängig. In den folgenden Terminen kristallisierten sich folgende Themen heraus: massive häusliche Probleme: der Ehepartner hatte eine Freundin, die Kinder (Töchter 13/18 Jahre) akzeptierten die Mutter nicht. Für sie gab es außerhalb der Familienkonstellation keine sozialen Kontakte. Frau B. hatte im Laufe der vergangenen 3 Jahre durch das Trinken von hochprozentigem Alkohol versucht, sich eine Kopfparallelwelt aufzubauen und dem empfundenen Leistungsdruck zu entkommen. Als sehr belastend empfand Frau B. ihre Hauterkrankung, durch die sie sich entstellt fühlte und sich nicht mehr als attraktiv wahrnehmen konnte. Sie hatte das Gefühl, als Hausangestellte zu fungieren, aber keine Teilhabe am Familienleben zu haben. Sie habe ihre Bedürfnisse immer der Familie angepasst und habe sich dabei völlig verloren. Durch die Gesprächstermine entschied Frau B. sich mit Unterstützung und Begleitung des GSWS-Teams dazu: Behandlungsförderung gegen die Hauterkrankung in der Uniklinik Köln, qualifizierten Entzug in der LVR-Langenfeld, Trennung vom Ehemann und eigenständiges Wohnen.

Ihre Eigenmotivation und die Unterstützung des Teams (insbesondere Herrn Grewers Engagement) führten innerhalb von 4 Monaten zum Erfolg und Frau B befand sich in einem klaren, stabilen Zustand und hatte alle anvisierten Ziele umgesetzt. Ihr nächster Wunsch war, einer beruflichen Tätigkeit nachzukommen.

Zwei Tage vor ihrem Umzug in ihre eigene Wohnung verstarb Frau B. plötzlich.

Begleitungen: LVR, Klinik, Wohnungsbesichtigungen, gemeinsame Gesprächstermine mit dem Kollegen des Jobcenters

GSWS-rehapro - ein Teil der Suchthilfe

Bericht von Saskia Thies

Das Projekt GSWS kann als ein ergänzendes Angebot der Suchthilfe gesehen werden. Der Fokus liegt im Projekt nicht nur auf der Bearbeitung der Sucht.

GSWS kann eine Unterstützung für die Suchthilfe Leverkusen darstellen und im Gegenzug kann die Suchthilfe Leverkusen eine Unterstützung für GSWS-rehapro darstellen. GSWS-rehapro ist beispielsweise sinnvoll, wenn die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Suchthilfe an ihre Handlungsgrenzen kommen.

Ein Beispiel aus der Praxis ist, Herr A. der im ALG II Leistungsbezug ist und bei dem es um weitaus mehr als „nur“ seine Suchterkrankung geht. Herr A. ist 39 Jahre alt und seit vielen Jahren Amphetaminabhängig. Außerdem leidet er unter depressiven Episoden. Er wünscht sich, eine neue Wohnung zu finden, da er seine Wohnung als unzumutbar beschreibt. Er möchte sich psychisch stabilisieren, seine Suchterkrankung bearbeiten und wieder berufliche Perspektiven entwickeln. Er wurde von der Suchthilfe Leverkusen an GSWS vermittelt. Im Fall von Herr A. bedeutet das nicht, dass die Suchthilfe nicht mehr mit ihm arbeitet. Das Projekt kann den Mitarbeiter/ die Mitarbeiterin in der Suchthilfe insofern unterstützen, dass die anderen Themen, die bei Herrn A. bearbeitet werden müssen, von GSWS übernommen werden. Durch die Multiprofessionalität des Teams in GSWS kann Herr A. zu den Themen psychische Krisen, berufliche Perspektiven und seiner Wohnsituation beraten werden. Dabei tauschen sich die Suchthilfe Mitarbeiter/innen und jene in GSWS-rehapro fachlich aus, sodass es zu keinen Dopplungen kommt. Es wird zwar an unterschiedlichen Themen gearbeitet aber trotzdem arbeitet man in dieselbe Richtung. Für Herr A. ist sowohl die Anbindung an die Suchthilfe

als auch an GSWS ein Gewinn und er profitiert von beiden Hilfen, da diese an einem Strang ziehen.

GSWS bietet Unterstützung bei Klienten/innen, bei denen die Suchtproblematik nicht im Vordergrund steht oder multiple Problemlagen vorliegen, die von der Suchthilfe alleine nicht mehr bearbeitet werden können.

Genauso kann GSWS-rehapro auch Klienten an die Suchthilfe vermitteln. Beispielsweise Menschen, die nicht (mehr) im ALG II Bezug sind oder am Beispiel vom Klient Herr M., bei dem es wirklich um eine reine Suchtberatung geht. Er ist 25 Jahre alt und leidet unter seinem täglichen Cannabiskonsum. In anderen Lebensbereichen kommt er (noch) gut zurecht, er hat keine vielfältigen Problemlagen und er hat (immer mal wieder) eine Arbeitsstelle. Herr M. glaubt, dass seine Arbeitsstellen eher kurzfristig sind, weil er aufgrund seines Cannabiskonsums immer unzuverlässiger wird. Er wünscht sich ein abstinentes Leben zu führen und wieder langfristig in seinem Job arbeiten zu können. Die kurze Verweildauer in Arbeit zeigt, dass Herr M. nicht stabil ist und dass er sein Suchtproblem vermutlich nie aufgearbeitet hat. Er möchte gerne eine stationäre Entwöhnungstherapie beantragen. Herr M. wird kein Klient in GSWS, sondern es erfolgt eine „warme Übergabe“ an die Suchthilfe. Bei der Suchthilfe ist Herr M. gut aufgehoben, da es um eine reine Therapievermittlung geht.

GSWS-rehapro kann als Teil bzw. als ein ergänzendes Angebot der Suchthilfe gesehen werden. Aufgrund der Tatsache, dass beim Klientel der Suchthilfe und dem Klientel aus GSWS immer eine Suchterkrankung/Suchtgefährdung vorliegt und der Wohnsitz in Leverkusen ist, kann es zu Überschneidungen kommen. Eine Zuordnung zu GSWS-rehapro oder zur Suchthilfe kann jedoch bei genauerem Hinschauen sehr einfach gelingen. Inhaltlich ist die Arbeit nämlich sehr unterschiedlich.

Bei GSWS-rehapro werden die Ziele gemeinsam mit dem Klienten/der Klientin festgelegt und im Prozess immer wieder überprüft. Wie im Konzept beschrieben, arbeiten wir mit dem Klienten/der Klientin schrittweise daran, sich zu stabilisieren und je nach individuellen Möglichkeiten, berufliche Perspektiven zu entwickeln.

„Das Modellvorhaben

*Gemeinsam sind wir stark –
neue Wege in der Betreuung von Menschen mit Suchterkrankungen*

verfolgt als übergeordnetes Ziel:

Durch **Vernetzung und gemeinsames Handeln** suchtkranken bzw. suchtgefährdeten Empfängern von SGB II-Leistungen **individualisierte gesundheitliche** (und soziale) **Hilfen** anzubieten, um **Teilhabe** zu sichern als auch **Zugänge in eine dauerhafte Erwerbsarbeit** zu ermöglichen.“ (siehe Konzept)

Die Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen in GSWS sind im Case Management geschult. Außerdem sind intensive Team Besprechungen Teil des Konzepts, sodass es genug Raum gibt, über jeden Klient/ jede Klientin im Team zu sprechen. Aufgrund der unterschiedlichen Herkunftorganisationen ist es eine ganz neue Erfahrung eine Fallbesprechung zu erleben, in der andere Perspektiven der Kollegen/Kolleginnen miteinbezogen werden. Auch die Arbeit im Tandem ist

eine große Bereicherung; diese ermöglicht neue Erkenntnisse und passgenaue Hilfen für die Klientel.

„Die verzahnte Angebotsstruktur dient in erster Linie der Zielgruppe dadurch, dass ein niedrighschwelliger Zugang und kurze und direkte Wege geschaffen werden sowie ein direkter Zugang zu den Angeboten gewährleistet wird. Dies führt zu einer erheblichen Verbesserung der Lebenssituation der Adressat*innen.“ (siehe Konzept).

Eine weitere Besonderheit in GSWS ist, dass eine Suchtgefährdung „ausreicht“ um teilnehmen zu können und dass die Bearbeitung der Sucht nicht unbedingt im Fokus stehen muss. Es können andere Themen zuerst bearbeitet werden und später im Beratungsprozess, je nach individuellem Bedarf, wird evtl. ein Kontakt zur Suchtberatung hergestellt. Das kann sich positiv auf die Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses auswirken und dadurch auch auf die Bereitschaft, sich bezüglich einem Suchtproblem zu öffnen. Die Suchterkrankung bzw. Suchtgefährdung steht nicht unbedingt im Vordergrund, wird aber dennoch im Blick behalten.

Casemanagement zum Nutzen für Klienten und Verringerung der Kosten

Erfahrungsbericht Astrid Laforce, Diakonisches Werk Leverkusen (Beschäftigungsförderung)

Die Kosten-/Nutzenrechnung ist natürlich auch im Projekt GSWS-rehapro von Bedeutung, Ich möchte in meinem Bericht daher versuchen, auf kurze Weise exemplarisch darzustellen, wie die systemische Arbeitsweise des Case-Management in einem multiprofessionellen ExpertInnenteam und die nachlaufende Arbeit dazu beitragen kann, den Nutzen für unsere KundInnen zu erhöhen und damit gleichzeitig die Kosten langfristig zu verringern.

Fallbeispiel: Frau S. ist 26 Jahre alt und lebt in einer Wohngemeinschaft mit einem Freund. Als Anliegen für die Kontaktaufnahme zu GSWS-rehapro formuliert Frau S.: Sie ist seit nun 2,5 Jahren abstinent nach vorangegangenem langjährigem und exzessiven Konsum von Cannabis, MDMA und Amphetaminen. Zudem liegen bei Frau S. eine PTBS, eine depressive Erkrankung und eine ADHS vor. So sieht sie sich seit der Abstinenz vor allem in einem Spannungsfeld von abwechselndem sozialem Rückzug in depressiven Phasen und gleichzeitigem Aktivitätsdrang, hervorgerufen durch die ADHS. Sie hat begonnen, eine Tagesstruktur zu schaffen und kommt hier im Moment an Grenzen. Die Kundin hat ein zwölfjähriges Kind, das in einer Pflegefamilie lebt. Sie wünscht sich möglichst wenig Kontakt, da sie das Verhalten und die Erwartungen des Kindes an sie überfordern, fühlt jedoch, dass diese Haltung gesellschaftlich nicht akzeptiert ist. Dies erzeugt einen starken inneren Druck. Frau S. fühlt sich dadurch insgesamt den Anforderungen einer konstanten Arbeitsaufnahme, die sie als primäres Ziel formuliert, nicht gewachsen.

Im Assessment wird deutlich, dass Frau S. mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert ist und eine strukturierte Hilfeplanung und nachfolgende Leistungssteuerung benötigt:

- Stabilisierung der Abstinenz / Rückfallprophylaxe → Gesprächsanbindung/Tandem mit den Kollegen der Suchthilfe
- Bearbeitung der familienbezogenen Thematik → interne Gesprächsangebote, Rückkopplung mit dem Dienst des zuständigen BeWos
- Konstante fachärztliche Anbindung
- Ggfs. Anbindung an begleitende therapeutische Versorgung → Angebote der KollegInnen des SPZ
- Heranführung an eine konstante Tagesstruktur → Planung und Koordinierung innerhalb des Projekts in Absprache mit den BeWo
- Erprobung von Belastungsgrenzen → Vermittlung in ein Praktikum des Entlastungsdienstes der Diakonie

- Überprüfung auf eine Eignung auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt → Beschäftigungsförderung der Diakonie

Häufig entstehen Probleme, weil es an (den richtigen) Kontakten oder Hilfsmitteln fehlt. Das Case Management systematisiert und strukturiert die Betreuung und stellt sicher, dass die Zeit effektiv genutzt wird. Der Einstieg erfordert zusätzlichen Aufwand, aber diese Zeit „rechnet“ sich, weil viele psychosoziale Probleme nicht immer wieder mit offenem Ausgang geschildert, sondern angegangen und gelöst werden können. Als Lotse und VernetzerInnen im System setzen wir uns im Projekt dafür ein, die Ressourcen unserer KundInnen zu sichten und ihre Handlungsräume auf diese Weise zu vergrößern. Da unsere KundInnen durch ihre Multiproblemlage zu Beginn der Beratung häufig zu geringe eigene Ressourcen haben sind sie auf externe Ressourcen angewiesen. Damit diese sie auch erreichen, muss die Anbindung an externe Ressourcen eng an- und auch begleitet werden. Durch diese Abstimmung und fortlaufende multiperspektivische Fallrekonstruktion können Dopplungen und ineffektive Ansätze vermieden werden.

Zusammenfassung:

Die Berichte zeigen, dass die Klienten bzw. Klientinnen in vielen Fällen über multiple Problemlagen verfügen. Einige Probleme, wie der drohende Verlust der Wohnung oder Wohnungslosigkeit, Überschuldung oder psychische Probleme müssen zunächst angegangen werden, bevor das Thema Sucht in den Fokus rückt. Das Suchtmittel dient manchmal als Selbstmedikation.

Durch die Zusammenarbeit der Scouts mit unterschiedlichem Blickwinkel aufgrund ihres fachlichen Schwerpunkts sowie eines abgestimmten systematischen Vorgehens im Team bis hin zu einer Tandembetreuung werden die Klienten stabilisiert und können im nächsten Schritt ggfs. durch die Aufnahme von Praktika auf die Integration in den Arbeitsmarkt vorbereitet werden. Dazu gehören auch Rückschläge, die gemeinsam aufgearbeitet werden.

In manchen Fällen stellt sich im Laufe der Betreuung allerdings auch heraus, dass eine Integration in den Arbeitsmarkt aufgrund der Schwere der Erkrankung auf Sicht nicht mehr möglich ist. In diesen Fällen werden die Betroffenen bei der Beantragung der Rente oder den (vorübergehenden) Wechsel in das SGB XII unterstützt.

Aber auch hier wird das Ziel erreicht, eine Verschlechterung der chronischen Erkrankung zu verhindern und die gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern.

Gefördert durch:



In Kooperation mit:

