

Verfasserin/Verfasser: Mathias Speich
Telefon: 0251 591 3268
E-Mail: mathias.speich@lwl.org
Datum: 05.07.2012
Aktenzeichen: 50 KS 09/9 - Sp

Protokoll Arbeitskreis CMA im Haus Silberstreif vom 19.04.2012

1. Begrüßung (W. Rometsch)

Pünktlicher Beginn, begrüßende Worte, Vorstellung neuer Teilnehmerinnen, Teilnehmer und Gastgeber. Kurze Einführung in das Thema.

Apell: Die AK-Mitglieder werden gebeten Themenvorschläge für die nächsten Treffen zu benennen.

2. Das Haus Silberstreif

Herr Ovelgöne, Fr. Rüter und Fr. Wessendorf stellen das Haus, die Geschichte und die Konzeption des Hauses Silberstreif vor.

2.1. Nachfrage der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zum CRA-Ansatz

Community Reinforcement Approach (in Deutschland Gemeindeorientierte Suchttherapie genannt) ist die Bezeichnung für ein [verhaltenstherapeutisches](#) Behandlungskonzept bei [Abhängigkeitserkrankungen](#), dessen Kernelement die positive Verstärkung aus dem sozialen Umfeld ist, wobei die positiven Verstärker des Suchtmittelkonsums reduziert und die der [Suchtmittelabstinenz](#) ausgebaut werden.

Der Community-Reinforcement Approach wurde 1973 von Nathan Azrin und George Hunt in den USA entwickelt. Bekannteste Protagonisten der Methode sind derzeit (Stand 2011) Robert J. Meyers und Jane Ellen Smith von der [University of New Mexico](#) sowie in Deutschland Martin Reker (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel). Basis einer CRA-Behandlung ist die Verhaltensanalyse von Konsum- und Abstinenzprozessen des Patienten. Darauf aufbauend wird ein Abstinenz-Konto geschaffen, wobei auch [Disulfiram](#) verwendet wird. Während der so herbeigeführten Abstinenzphasen werden im gewohnten Lebensumfeld abstinenzfördernde Verhaltensweisen stabilisiert.

Literatur

Robert J. Meyers und Jane Ellen Smith: *CRA-Manual zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit: erfolgreicher behandeln durch positive Verstärkung im sozialen Bereich* (übersetzt und überarbeitet von Wolfgang Lange, Martin Reker und Katharina Spitzberg), 4. Auflage, Bonn: Psychiatrie-Verlag, 2011, [ISBN 978-3-88414-528-9](https://www.amazon.de/dp/9783884145289).

Weblinks

[Wolfgang Lange, Martin Reker, Martin Driessen: Community Reinforcement Approach \(CRA\) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen \(PDF\)](#)

Quelle: http://de.wikipedia.org/wiki/Community_Reinforcement_Approach

3. Kurzvorstellung aller Teilnehmer

4. Teilhabe 2012 – Erprobung in der Region / bisheriger Stand (Fr. Bergmann, Fr. Kindler, LWL-Behindertenhilfe Westfalen)

4.1. Vergleich Standardverfahren / Erprobungsverfahren (Fr. Bergmann)

Fr. Bergmann erklärt die Unterschiede zwischen dem „alten“ Standardverfahren und dem „neuen“ Erprobungsverfahren (Vortrag im Anhang).

4.1.1. Diskussion I

Es entsteht eine lebhafte Diskussion über die Vor- und Nachteile des Erprobungsverfahrens. Hierbei werden die unterschiedlichen Standpunkte und Sichtweisen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer deutlich.

- Die Teilnehmenden empfehlen, dass Hausbesuche bei der Kontaktaufnahme und Wirkungskontrolle stattfinden sollten. Frau Bergmann unterstützt diese Empfehlung, verweist allerdings auch auf die Grenzen / Ressourcen des LWL.

4.2. Erfahrungsbericht aus den Erprobungsregionen (Fr. Kindler)

Fr. Kindler berichtet von den Erfahrungen aus den Erprobungsregionen Stadt Paderborn und Stadt Hagen (Vortrag im Anhang).

4.2.1. Diskussion II

- Um die Transparenz des Prozesses zu verbessern bietet Frau Kindler an, die neuen Formblätter diesem Protokoll anzuhängen (siehe Anhang).
- Seitens der TN wird die Kritik geäußert, dass die bisher bestehende Pluralität der Sichtweise in der Hilfeplankonferenz verloren geht.

- Grundsätzlich wünschen sich die TN (Träger und Einrichtungsvertreter), mit an dem Veränderungsprozess beteiligt zu werden. Was kann „verändert“ oder „verbessert“ werden?

5. Mittagspause

5.1.1. Diskussion III:

- Zielvereinbarungen: Was steht drin?
Nah- und Fernziele sollen benannt werden. Im Rahmen der Wirkungskontrolle sollen diese realistisch formuliert werden.
- Kritisch wird der Bewilligungszeitraum bei unter 25-Jährigen gesehen. Eine kurze Frist wird von vielen Klienten als „aushaltbar“ oder „absitzbar“ bewertet, wo hingegen eine zu lange Frist die Eigenmotivation verringert. Hier muss ein individueller Mittelweg gefunden werden.

6. Themenvorschläge für die nächsten Treffen

6.1. Angebote

- Sucht und Alter
 - Überleitung vorzeitig gealterter oder hochaltriger an Gerontopsychiatrische Facheinrichtungen der Altenhilfe für Komorbide
 - Grundsätzlicher Umgang mit „Sucht und Alter“ und krankheitsbedingten Auffälligkeiten
- Spezielle Zielgruppen
 - Angebote für eher demotivierte jugendliche Suchtmittelabhängige (z.B. Kiffer)
 - Angebote für hochbegabte Suchtkranke
- Hausgemeinschaftsmodelle – Wer praktiziert sie schon? Erfahrungsaustausch

6.2. Professionalität

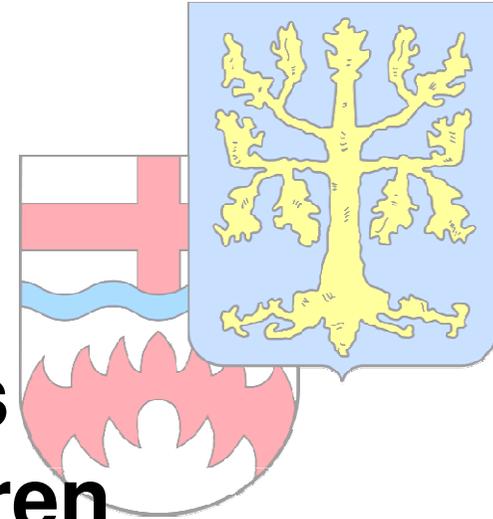
- Notwendigkeit einer professionellen Tagesstruktur im stationären UND ambulanten Arbeitsfeld für chronisch abhängiges Klientel
- Entwicklung und Diskussion neuer und weiterentwickelter Methoden in der Arbeit mit chronisch mehrfachabhängigen beeinträchtigten Klientel
- Schnittstellen ⇔ Abgrenzung zu „verwandten“ Zielgruppen

6.3. Veränderung der Rahmenbedingungen

- LT 24 neben ambulantem betreuten Wohnen
- Zukunft der stationären Wohnformen bzw. Wohnhilfen –
Wo geht die Reise hin in Bezug auf die weiter zu erwartende Kostendämmung?
- Novellierung WTG
 - Was ist aktueller Stand?
 - Was ist zu erwarten?

gez
Mathias Speich

Vergleich des
LWL-Standardverfahrens
mit dem Erprobungsverfahren
Hagen und Paderborn

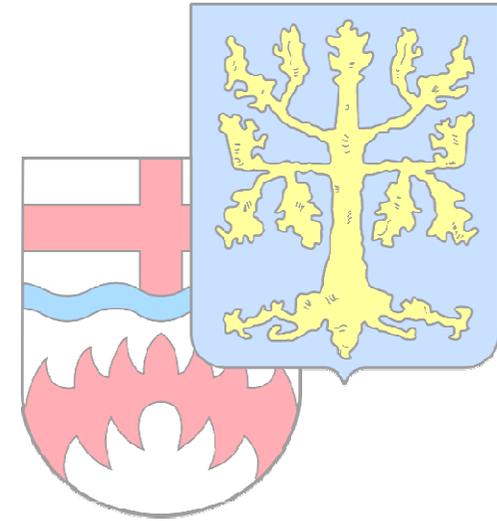


	wer		was		wie	
Kontaktaufnahme			Gespräch	Gespräch		
Beratung			Gespräch	Gespräch	vor Ort	Kreishaus/ vor Ort
Bedarfsermittlung			HPK	Gespräch Assessment	vor Ort Kreishaus	Kreishaus/ vor Ort
Bedarfsfeststellung			Verw. Entscheidung	Verw. Entscheidung	nach HPK	nach Ass.
Zielvereinbarung			✗	Gespräch	✗	Kreishaus/ vor Ort
Wirkungskontrolle	✗		✗	Bericht Gespräch	schriftl. ✗	schriftl. Kreishaus/ vor Ort
	standard	erprobung	standard	erprobung	standard	erprobung

Dienst
LWL
Erprobungsverfahren

Erfahrungen

aus der Erprobung eines
Teilhabeverfahrens im Kreis Paderborn und
der Stadt Hagen



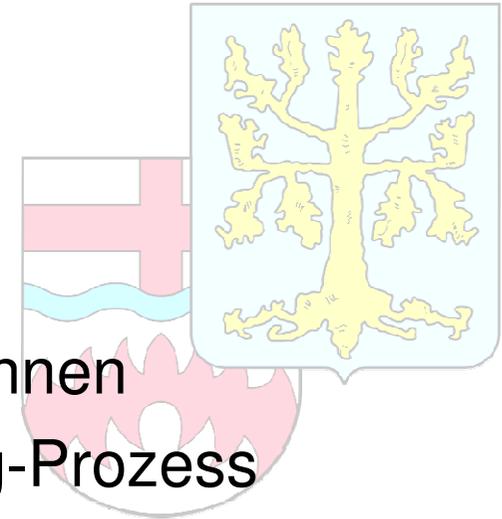
Struktur

- Partizipation
- Personenzentriertheit - unabhängig von Leistungsart und - Ort
- ICF-Basiert
- Zielorientierung
- Berücksichtigung von Kontextfaktoren
- Integriertes Verfahren
- Evaluation und Qualitätssicherung



Quellen

- Rückmeldungen der Nutzer
- eigene Wahrnehmung der Hilfeplaner/innen
- Eindrücke und Erfahrung aus Coaching-Prozess
- Rückmeldungen der wissenschaftlichen Begleitung



Aspekt 1 : Partizipation

- Der Mensch mit Behinderung ist an allen Schritten des Verfahrens beteiligt. Es fanden keine Verfahren am Schreibtisch statt.
- Die Gesprächs-Situationen werden von den Teilnehmern als angenehm und entspannt beschrieben.
- Wünsche und Vorstellungen des Betroffenen finden ausreichend Raum.
- Hilfen, Ziele und Umfang werden gemeinsam beraten.

Weiterentwicklung:

- Leichte Sprache durchgängig verwirklichen
- Rolle des Betroffenen in der zirkulären Betrachtung (WK-Prozess) stärken

Aspekt 2 : Personenzentriertheit

Hilfen unabhängig von Leistungsart und - Ort

- Aufnahme der Beratung zu den möglichen Leistungen ins Verfahren ist hilfreich
- Das gewählte Hilfe-Setting orientiert sich an der individuellen Bedarfssituation unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren
- Bedarfsfeststellung ist leistungsart-unabhängig (insbesondere in Bezug auf ambulante oder stationäre Hilfen)
- Umsetzung begrenzt durch tatsächliche Angebotslandschaft

Weiterentwicklung:

- Möglichkeiten der personenzentrierten Bedarfsdarstellung nutzen

Aspekt 3 : ICF-Basierung

- Bedarfe lassen sich mit dem gewählten Set von Items darstellen
- fachliche Fundierung
- Paradigmenwechsel durch Betrachtung der Kontextfaktoren
- geleitetes standardisiertes Interview
- einheitliche Betrachtung, Beschreibung und Darstellung des individuellen Bedarfes
- wenige Ausnahmefälle mit sehr hohem Hilfebedarf lassen sich nicht präzise darstellen

Weiterentwicklung:

- Item-Set weiterentwickeln („entmüllen“, ergänzen)
- präzise Darstellung hoher Bedarfe möglich machen

Aspekt 4 : Zielorientierung

- Formulierung von Zielen unter SMART-Kriterien ist gelungen
- Ziele werden tatsächlich vereinbart
- gute Beteiligung des Betroffenen an der Erarbeitung von Zielen
- Zielformulierung ist durch hohen Grad an Abstraktion nicht von allen Nutzer zu realisieren
- kurze Bewilligungszeiträume erleichtern die Formulierung konkreter, angemessener und terminierbarer Ziele

Weiterentwicklung:

- Zielformulierung auf weniger abstraktem Sprachniveau möglich machen

Aspekt 5 : Berücksichtigung von Kontextfaktoren

- Implementierung über das Instrumentarium gelungen
- tatsächliche Lebenswelt des Betroffenen kann in der Bedarfsdarstellung abgebildet werden
- Blick des Betroffenen weitet den Blick auf Kontextfaktoren
- der „Platz hinter dem Schreibtisch“ begrenzt den Blick, Hausbesuche sind ggf. erforderlich
- frühe sozialplanerische Schnittstelle

Weiterentwicklung:

- Kriterien zur Notwendigkeit der Durchführung von Hausbesuchen
- Schulung der Anwender, detailliertes Handbuch

Aspekt 6 : Integriertes Verfahren

- Bestandteile des Instrumentariums sind aufeinander abgestimmt, Schnittstellen definiert
- andere Beteiligte können an unterschiedlichen Punkten ins Verfahren einbezogen werden
- Mehrfachbegutachtungen können dadurch vermieden werden
- Hilfeplankonferenzen sind als Fallkonferenzen ggf. weiterhin erforderlich

Weiterentwicklung:

- weitere Definition von Schnittstellen
- Kriterien für die Durchführung von Hilfeplankonferenzen

Aspekt 7 : Evaluation und Qualitätssicherung

- die Qualität der Leistung kann durch die an die Ziele gebundenen Wirkungskontrolle evaluiert werden (Einzelfallebene)
- durch die einheitliche Darstellungsform ist die Vergleichbarkeit von Hilfeplanungen untereinander gegeben
- eine Wirkungskontrolle gibt auch Hinweise auf die Qualität des erstellten Hilfeplans

Weiterentwicklung:

- Installation einer Qualitätssicherung für das Teilhabe-Verfahren
- Supervision und Fortbildung der Anwender

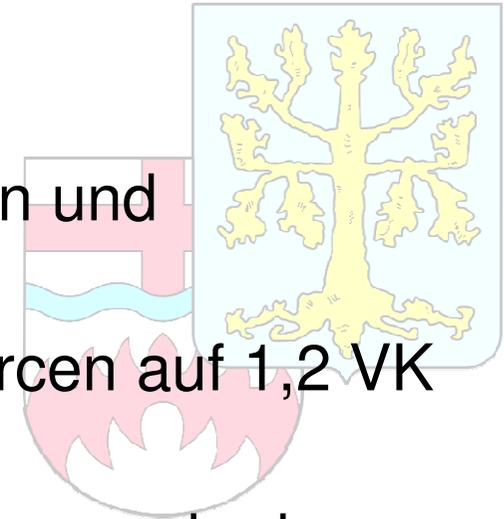
Zusammenfassung der Weiterentwicklungsaufgaben

- Entwicklung von Kriterien für
 - Durchführung von Hilfeplankonferenzen
 - Durchführung von Hausbesuchen
- Weitere Erprobung des Instrumententeils Zielerreichungskontrolle
- „Neu-Justierung“ der Zusammenarbeit mit dem örtlichen Sozialhilfsträger
- Überarbeitung des Instrumentariums



Perspektive

- Verlängerung der Erprobung in Hagen und Paderborn bis zu 31.12.2012
- Aufstockung der personellen Ressourcen auf 1,2 VK in Hagen und 2,125 VK in Paderborn
- Beendigung der intensivierten Hilfeplanung in den bisherigen Modellregionen



hier ist Platz für Ihre Fragen

**vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**