Christine Hölzmann
- Soziale Suchtarbeit -

Fachkonzept

Assistenzleistungen für Menschen mit Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen nach § 78 SGB IX

Christine Hölzmann
- Soziale Suchtarbeit -
Irmgard-Keun-Weg 10
50321 Brühl
Tel: 02232-202654
Fax: 02232-202655
E-Mail: hoelzmann@soziale-suchtarbeit.de

Stand: 21.03.2025

Inhaltsverzeichnis

Einleitung....3
1. Beschreibung des Teilhabeangebots....4
Rechtsform....4
Leitbild....4
Leistungserbringerin....5
Lage inklusive der Infrastruktur des Büros....5
Beschreibung des Quartiers und der Sozialraumorientierung....6
Rechtsgrundlage....8
Rahmenbedingungen....8
2. Personenkreis....8
3. Beschreibung des Teilhabeangebots und Ziele der Assistenzleistungen....9
4. Beschreibung der Grenzen des Teilhabeangebots....10
5. Qualität inklusive der Wirksamkeit....10
Grundsätze und Maßstäbe der Wirtschaftlichkeit und Qualität inklusive der Wirksamkeit....10
Strukturqualität....12
Prozessqualität / Methoden....13
Ergebnisqualität....16
Mitarbeit in fachlichen Gremien der Region....16
Anlage Assistenzleistungen....18
Qualifizierte Assistenz....21
Unterstützende Assistenz....22
Literatur....23
Anhang....26
Schlüsselprozesse....26
Prozessbeschreibung Aufnahmeverfahren / Bedarfsermittlung / Methoden....27
Prozessbeschreibung Dokumentation....29
Prozessbeschreibung: Controlling Ergebnisqualität....30
Qualitätsmanagementkonzept....31
Fortbildungskonzept....32
Beschwerdemanagement....33
Datenschutzkonzept....35
Stellenbeschreibung Leitung....39
Stellenbeschreibung Fachkraft....40
Stellenbeschreibung Ergänzungskraft....43

Einleitung

Bei der Entwicklung einer Sucht- oder psychischen Erkrankung spielen zahlreiche Risiko- und Schutzfaktoren eine Rolle. Beispiele für umweltbedingte Risikofaktoren sind: sozialer Auf- oder Abstieg, soziokulturelle Umbrüche (z.B. Migration), Erziehungsmilieu, aktuelles soziales Umfeld und Risikoberufe. Individuelle Faktoren können genetische Dispositionen, physische und psychische Gewalterfahrungen in der Kindheit und körperliche Erkrankungen sein. Für die Soziale Arbeit sind neben den Risiken insbesondere die Schutzfaktoren von Interesse. Die gezielte Förderung von Ressourcen kann den Krankheitsverlauf mildern und verbessern. In der Zusammenarbeit mit professionellen Helfer*innen erleben sich Betroffene nicht mehr als defizitär und problembeladen, sondern lernen ihre Stärken und Kompetenzen wahrzunehmen und einzusetzen. Umweltfaktoren, die vor Suchtgefährdung oder psychischer Erkrankung schützen, können sein: Zugang zu Information und Bildung, Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, Wohnqualität, Klima in der Schulklasse und am Arbeitsplatz, soziale Vernetzung und Unterstützung, soziale Kontrolle und befriedigende Entwicklungsperspektiven. Individuelle Ressourcen sind Risikobewusstsein, reflektiertes Gesundheitsverhalten, Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit, aktives Angehen von Problemen, Bewältigungserfahrungen, autonome Urteilsbildung, Verführungsresistenz, emotionale Stabilität und religiöse Bindung (vgl. Uchtenhagen und Zieglgänsberger 2000).

Substanzprobleme treten häufig in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen auf. Eine Studie mit 2.337 Schizophreniepatient*innen, die an zwei Kölner Kliniken durchgeführt wurde, ergab einen Anteil von 29,4 % Suchtkranken (vgl. Schnell et al. 2000). Neben Alkohol spielt vor allem Cannabis eine große Rolle. Aus Schweden liegt eine umfassende Studie zur Langzeitprävalenz der Schizophrenie unter Cannabiskonsument*innen vor. Danach haben Cannabisgebraucher*innen ein sechsfach höheres Risiko zu erkranken als Nichtkonsument*innen. Die Prävalenzrate liegt bei ca. 9% im Vergleich zu 1-2% in der Normalbevölkerung (vgl. Andreasson et al. 1987).

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

Auch bei substituierten Opiatabhängigen ist Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme. So wiesen beispielsweise in der LVR-Klinik Langenfeld die Hälfte der 157 substituierten Patient*innen, die zwischen 1999 und 2008 behandelt wurden, eine behandlungsbedürftige Komorbidität auf. Bei 30% der Substituierten wurden schwere Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, 10% litten an affektiven Störungen und weitere 10% an schizophrenen Psychosen (vgl. Gringoleit und Quabach 2008). Bei Substituierten mit Komorbidität überwiegt zudem der polytoxikomane Konsum

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

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

1. Beschreibung des Teilhabeangebots

Rechtsform

Christine Hölzmann -Soziale Suchtarbeit- ist seit 2010 als Einzelunternehmerin freie Anbieterin im Bereich Ambulant Betreutes Wohnen für Suchtkranke im Rhein-Erft-Kreis tätig. 2018 wurde die Zielgruppe auf den Bereich der Menschen mit psychischen Erkrankungen erweitert. Durch die Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen werden die Leistungen nun als Assistenzleistungen bezeichnet.

Es handelt sich um ein kleines Unternehmen. Zusammen mit der Inhaberin beträgt der Stellenumfang derzeit 1,7 VZÄ. Weitere Neueinstellungen sind möglich. Die angestellte Fachkraft ist sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Es besteht außerdem eine Leistungsvereinbarung mit dem örtlichen Jugendamt über sozialpädagogische Familienhilfe für suchtbelastete Familien (Hera Familienhilfe Christine Hölzmann). Christine Hölzmann -Soziale Suchtarbeit- ist Mitglied im FABA e.V.

Leitbild

Soziale Arbeit ist eine Menschenrechtsprofession (DBSH 2014). Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte ist der berufsethische Kompass: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren.“ So lautet der erste Satz der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR). Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen das Recht auf und die Förderung eines selbstbestimmten Lebens der Klient*innen.

> *„Wo beginnen die universellen Menschenrechte? An den kleinen Orten, nahe dem eigenen Zuhause. So nah und so klein, dass diese Orte auf keiner Weltkarte zu finden sind. (...) Die Nachbarschaft, in der wir leben, die Schule oder die Universität, die wir besuchen, die Fabrik, der Bauernhof oder das Büro, in dem wir arbeiten. Das sind die Orte, wo jeder Mann, jede Frau und jedes Kind gleiche Rechte, gleiche Chancen und gleiche Würde ohne Diskriminierung sucht. Wenn diese Rechte hier nicht gelten, gelten sie nirgendwo.“*
>
> (zit. Roosevelt, Eleanor Vorsitzende der UN-Menschenrechtskommission, die die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte verfasste, Übersetzung von Amnesty International)

Die Ziele der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte wurden 2008 in der UN Behindertenrechtskonvention konkretisiert:

Artikel 1:

> *„Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern."*

„Es gibt nichts Gutes, außer: Man tut es."
(zit. Kästner, Erich)

Wir identifizieren uns außerdem mit dem Leitbild der akzeptierenden Drogenarbeit. Das bedeutet den Menschen mit Respekt zu begegnen, Lebensweisen nicht zu bewerten und zieloffen zu arbeiten. Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen werden oft stigmatisiert und diskriminiert. In der Arbeit versuchen wir dem entgegenzuwirken und im Umfeld für mehr Akzeptanz und Verständnis zu werben. (vgl. Akzept Bundesverband 2021) Gerade langjährige Konsument*innen von illegalen Drogen haben häufig Diskriminierungen erfahren.

Leistungserbringerin

Leistungserbringerin ist Christine Hölzmann -Soziale Suchtarbeit-. Die Assistenzleistungen werden hauptsächlich aufsuchend durchgeführt. Es gibt einen PC-Arbeitsplatz mit Internetanschluss, Festnetztelefon, Mobiltelefon, Kopierer, Fax, abschließbare Aktenschränke und einen Besprechungsplatz. Die Einsatzzeiten sind in der Regel wochentags in den Zeiten zwischen 7:00 und 22:00 Uhr. Bei dringenden Bedarfen besteht auch außerhalb dieser Zeiten die Möglichkeit Assistenz zu erhalten. Es steht ein batterieelektrischer Dienstwagen zur Verfügung und es werden zusätzlich private Fahrräder und PKWs genutzt.

Lage inklusive der Infrastruktur des Büros

Das Büro befindet sich im eigenen Wohnhaus in Brühl. Im Jahr 2016 wurde das externe Büro in der Pastoratstraße in Brühl aufgegeben. Dadurch konnten erhebliche Kosten eingespart und der Energieverbrauch stark reduziert werden. Das Wohnhaus ist mit einer Photovoltaikanlage und einer Ladestation für das batterieelektrische Dienstfahrzeug ausgestattet. Einzelgespräche können dort in Ruhe geführt werden. Der Stadtteil Brühl Ost ist mit Bussen an den öffentlichen Nahverkehr angebunden. Vom Bahnhof Brühl und der Innenstadt ist das Büro fußläufig zu erreichen.

Beschreibung des Quartiers und der Sozialraumorientierung

Die Quartiere Brühl, Erftstadt, Wesseling und Hürth sind unser Einzugsgebiet. Klient*innen aus anderen Kommunen nehmen wir aufgrund der längeren Fahrtzeiten nicht auf. Die Assistenz könnte bei zu langen Anfahrtswegen nicht flexibel geleistet werden und wäre somit nicht personenzentriert. Der Rhein-Erft-Kreis bietet unterschiedliche Bedingungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen. Die Verfügbarkeit von Unterstützungseinrichtungen, das soziale Umfeld und die allgemeine Lebensqualität spielen eine große Rolle, wie Betroffene die einzelnen Städte wahrnehmen.

In der Brühler Innenstadt gibt es niedergelassene Fachärzt*innen, Beratungsstellen, ein Allgemeinkrankenhaus und Geschäfte des täglichen Bedarfs. Im Rhein-Erft-Kreis und den angrenzenden Städten besteht eine enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzt*innen, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, gesetzlichen Betreuer*innen, Jugendämtern, dem Sozialpsychiatrischen Zentrum der APK in Hürth, der Werkstatt der WIR gGmbH, dem Jobcenter Rhein-Erft, Sozialämtern, Suchtberatungsstellen, psychiatrischen Kliniken, psychiatrischen Instituts-ambulanzen, den Tafeln, Kirchengemeinden, Fairteilern (Abgabe kostenloser Lebensmittel) und anderen Leistungserbringer*innen. In der stationären Behandlung von Klient*innen haben wir eine gute Zusammenarbeit mit der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Marienborn gGmbH, den Salus Kliniken Hürth (Rehabilitation Sucht und Psychosomatik) und der LVR-Klinik Köln entwickelt. Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt in der aufsuchenden Hilfe wie Begleitungen zu Ämtern, Beratungsstellen, Ärzt*innen und Kliniken sowie Hausbesuche.

Die Nähe zu Köln erweitert das Angebot durch spezialisierte Kliniken und Beratungsdienste. Die Stadt Brühl hat ein lebendiges Stadtzentrum und eine gute Mischung aus städtischen und naturnahen Bereichen, was zu einer angenehmen Lebensqualität beiträgt. Es gibt ausreichend Einkaufsmöglichkeiten und Cafés. Das soziale Stigma gegenüber psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen kann jedoch je nach Wohnlage variieren. Brühl bietet viele Grünflächen und Parks, was förderlich für das Wohlbefinden sein kann. Die Möglichkeit, sich in der Natur aufzuhalten, kann positive Effekte auf die psychische Gesundheit haben. In Brühl nutzen wir oft den Schlosspark und die angrenzenden Waldgebiete um mit Klient*innen spazieren zu gehen.

In Erftstadt gibt es eine Reihe von Psychotherapeut*innen und Beratungsstellen, jedoch weniger spezialisierte Angebote als in den größeren Nachbarstädten. Das Krankenhaus wurde nach den Flutschäden wieder eröffnet. Die Nähe zu Köln erleichtert jedoch den Zugang zu weiterführenden Behandlungen und Therapien. Erftstadt ist dörflich geprägt, relativ ruhig und naturnah, was für Menschen mit psychischen Erkrankungen positiv sein kann. Gleichzeitig kann die relative Abgeschiedenheit und das Fehlen eines lebendigen Stadtlebens für manche als isolierend empfunden werden, insbesondere wenn es an sozialen Kontakten und Unterstützung fehlt. Die Möglichkeiten fußläufig einzukaufen sind begrenzt. Die Stadt bietet viele Möglichkeiten zur Erholung in der Natur, was Stress reduzieren

kann. Der Zugang zu Unterstützungsangeboten ist jedoch eingeschränkt, und längere Fahrtzeiten zu spezialisierten Einrichtungen sind oft nötig. Die Anbindung an den ÖPNV ist schlechter als in den Nachbarstädten.

Wesseling hat einige Beratungsstellen, therapeutische Angebote und eine Tagesklinik, jedoch sind spezialisierte Einrichtungen begrenzt. Wesseling ist stark industriell geprägt, was für manche Menschen belastend sein kann. Gleichzeitig gibt es jedoch auch ruhige Wohnviertel und Zugang zum Rhein, was einen Ausgleich bieten kann. Das Stigma gegenüber Suchterkrankungen und psychischen Problemen ist in einer industriell geprägten Stadt jedoch oft spürbar. Die Mischung aus städtischer und industrieller Umgebung kann für Menschen mit psychischen Erkrankungen herausfordernd sein, insbesondere wenn Ruhe und Rückzugsmöglichkeiten fehlen. Trotzdem gibt es in der Umgebung einige Naherholungsgebiete.

Hürth bietet eine gute Versorgung durch Psychotherapeut*innen, Beratungsstellen, ambulanten Angeboten, einer Werkstatt für Menschen mit psychischen Behinderungen, eine Rehabilitationsklinik und einer Tagesklinik. Die Nähe zu Köln bietet zusätzlich Zugang zu Kliniken und spezialisierten Einrichtungen. Hürth hat eine urbane Struktur mit guten Freizeitmöglichkeiten, die Ablenkung und soziale Kontakte fördern können. Gleichzeitig kann der städtische Charakter auch als überwältigend oder belastend empfunden werden, vor allem für Menschen, die mit Reizüberflutung kämpfen. Die gute Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel und die Nähe zu großen Städten bieten viel Flexibilität und Zugang zu Unterstützungsangeboten. Für manche kann der Trubel der Stadt jedoch auch zu Stress führen, was den Umgang mit psychischen Problemen erschwert.

Die Nähe zu größeren Städten wie Köln und Bonn stellt oft eine wichtige Ressource dar, um Zugang zu spezialisierten Angeboten zu erhalten. Substituierende Ärzt*innen gibt es beispielsweise fast nur in Köln oder Bonn. Fachärzt*innen wie Diabetolog*innen, Lungenfachärzt*innen und Rheumatolog*innen sind schwer zu erreichen und man bekommt kaum Termine.

Sozialraumorientierung ist ein Konzept in der Sozialen Arbeit, das den Lebensraum und das Umfeld der Menschen in den Mittelpunkt stellt. Anstatt nur auf individuelle Probleme zu fokussieren, betrachtet die Sozialraumorientierung die sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Bedingungen im Lebensumfeld der Menschen und nutzt diese als Ansatzpunkte für Hilfe und Unterstützung. Das Ziel ist, die Ressourcen und Potenziale des Sozialraums (z. B. Nachbarschaften, Vereine, lokale Netzwerke) zu aktivieren und die Betroffenen stärker in die Gestaltung ihrer Lebenswelt einzubeziehen. Es wird darauf geachtet, vorhandene Ressourcen und Stärken im Lebensumfeld der Menschen zu nutzen, statt nur auf Defizite zu fokussieren. Die Betroffenen werden aktiv in die Lösungsfindung einbezogen, was ihre Selbstwirksamkeit und Eigenverantwortung stärkt. Die Zusammenarbeit mit lokalen Akteuren wie Vereinen, Nachbar*innen und anderen sozialen Diensten ist zentral, um ein unterstützendes Netzwerk aufzubauen. Die Teilhabeangebote werden an die spezifischen Gegebenheiten und Bedürfnisse des Sozialraums angepasst. (Vgl. Oelschlägel und Ortmann 2010)

Rechtsgrundlage

Wir erbringen nach § 113 SGB IX Abs.2 Nr.2 Leistungen zur sozialen Teilhabe in Form von Assistenzleistungen, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Hierzu gehört Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen. Assistenzleistungen umfassen nach § 78 SGB IX allgemeine Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit ärztlicher oder medizinischer Hilfen. Die Leistungsberechtigten entscheiden auf Grundlage des Teilhabeplans nach § 19 SGB IX über die konkrete Gestaltung der Unterstützung hinsichtlich des Ortes, des Ablaufs und des Zeitpunktes der Inanspruchnahme.

Die Leistungen umfassen nach § 78 Abs. 2 Nr.1 und 2

1. die vollständige oder teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie Begleitungen der Leistungsberechtigten und

2. die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung.

Leistung zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson unabhängig von einer konkreten Inanspruchnahme werden nach § 78 Abs. 6 erbracht, soweit dies nach den Besonderheiten des Einzelfalls erforderlich ist.

Rahmenbedingungen

Neben der Leistungen zur sozialen Teilhabe für Erwachsene bietet Christine Hölzmann Hera Familienhilfe sozialpädagogische Familienhilfe gemäß § 31 SGB VIII und intensive sozialpädagogische Einzelfallbetreuung gemäß § 35 SGB VIII an. Es besteht eine Leistungsvereinbarung mit dem Jugendamt Brühl. Der Schwerpunkt liegt in der Unterstützung suchtbelasteter Familien. Die Leistungsvereinbarung wurde 2014 von Frau Beate Amoei übernommen, die ihre Selbständigkeit aufgegeben hat. Es bestand zuvor eine Bürogemeinschaft und eine enge Kooperation. Derzeit werden keine Klient*innen im Rahmen der Familienhilfe betreut.

2. Personenkreis

Adressat*innen unseres Unterstützungsangebotes sind Menschen mit einer wesentlichen seelischen Behinderung: Suchtkrankheiten, Psychosen, Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (§ 99 SGB IX, § 3 EinglHV k.a.Abk.). Sie sind wesentlich in ihrer Fähigkeit an der Gesellschaft teilzuhaben eingeschränkt oder sie sind von einer wesentlichen Behinderung bedroht (§ 99 SGB IX, S 53 Abs. 1 und 2 SGB XII).

Es handelt sich insbesondere um:

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

Insbesondere psychisch Kranke oder Suchtkranke, die den Zugang zum bestehenden Hilfesystem nicht finden oder abgebrochen haben, können von dem niedrigschwelligen Teilhabeangebot der Assistenzleistungen profitieren.

3. Beschreibung des Teilhabeangebots und Ziele der Assistenzleistungen

Christine Hölzmann -Soziale Suchtarbeit- bietet qualifizierte Assistenzleistungen und unterstützende Assistenzleistungen an. Um eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zu fördern und die Betreuungskontinuität zu gewährleisten, arbeiten wir mit festen Bezugspersonen. Die Module sind im Anhang beschrieben.

Übergeordnetes Ziel ist nach § 1 SGB IX die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung oder für Menschen die von einer Behinderung bedroht sind. Benachteiligungen sind entgegenzuwirken und sollen vermieden werden. Konkret bedeutet das nach § 4 SGB IX Abs. 1 Leistungen zur Teilhabe sollen die Behinderung abwenden, beseitigen, mindern, die Verschlimmerung verhüten und ihre Folgen mildern. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit sollen vermieden, überwunden und gemindert werden. Eine Verschlimmerung ist zu verhüten. Der vorzeitige Bezug von anderen Sozialleistungen ist zu vermeiden und laufenden Sozialleistungen sollen reduziert werden. Die Vermeidung einer Verschlechterung bedeutet auch, das das Ziel Harm Reduction in der Zusammenarbeit mit chronisch Suchtkranken und psychisch Kranken ein wichtiges Ziel ist. Die Leistungen zur Teilhabe sollen wirtschaftlich und wirksam sein. Das bedeutet aber nicht, dass sich Klient*innen zwingend positiv entwickeln müssen um einen Anspruch auf die Unterstützung zu haben. Auch Erhaltungsziele sind wichtig. Weitere Ziele der Leistungen ist die Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den persönlichen Neigungen und Fähigkeiten und die ganzheitliche Förderung der persönlichen Entwicklung. Im § 76 SGB IX werden die Ziele weiter konkretisiert. Hierzu gehört Klient*innen zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eignen Wohnraum, sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder dabei zu unterstützen. Die Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX sollen bei der Erledigung des Alltags, bei der Haushaltsführung, der Gestaltung sozialer Beziehungen, der persönlichen Lebensplanung, der Teilhabe am kulturellen Leben, der Freizeitgestaltung, sowie der Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen helfen.

4. Beschreibung der Grenzen des Teilhabeangebots

Grundsätzlich besteht eine Aufnahmeverpflichtung für den beschriebenen Personenkreis nach § 123 Abs. 4 SGB IX. Das Einzugsgebiet umfasst derzeit den südlichen Rhein-Erft-Kreis mit den Städten: Brühl, Hürth, Wesseling und Erftstadt. Zu weite Fahrtwege sind unwirtschaftlich und hinderlich um möglichst flexibel auf Unterstützungsbedarfe der Klient*innen reagieren zu können, deshalb begrenzen wir uns in der Regel auf die genannten Städte. Es findet eine enge Kooperation mit anderen Leistungserbringer*innen statt um eine wohnortnahe Versorgung zu ermöglichen. Eine weitere Begrenzung ist die der personellen und zeitlichen Kapazitäten. In seltenen Fällen ist eine Zusammenarbeit aus pädagogischen Gründen nicht sinnvoll. Z.B. wenn aufgrund von sexuell belästigendem Verhalten durch einen Klienten die Assistenz besser durch einen männlichen Mitarbeiter erfolgen sollte. Über das hier vereinbarte Teilhabeangebot hinaus können in Einzelfällen davon abweichende Vereinbarungen mit zusätzlicher Vergütung getroffen werden.

5. Qualität inklusive der Wirksamkeit

Grundsätze und Maßstäbe der Wirtschaftlichkeit und Qualität inklusive der Wirksamkeit

Die Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit ist integraler Bestandteil der Leistungsvereinbarung nach § 123 ff SGB IX. Wir erbringen die vereinbarte Leistung in der vereinbarten Qualität zur vereinbarten Vergütung. Die Leistungen sind bedarfsgerecht, personenzentriert und entsprechen dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse der Eingliederungshilfe (vgl. Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX, Nordrhein-Westfalen, Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX für Menschen mit Behinderungen, Stand 23.07.2019, A Allgemeiner Teil, Punkt 7.).

Die Schlüsselprozesse der Leistungserbringung sind im Anhang beschrieben. Ein Datenschutzkonzept liegt vor und findet sich im Anhang wieder. Die Dokumentation im Einzelfall beinhaltet die Erstanamnese, die Verlaufsdokumentation, die Klient*innen-Akte, die Bedarfsermittlung, Planung der Ziele nach S.M.A.R.T.-Kriterien (vgl. LVR und LWL, Handbuch BEI_NRW, Bedarfe ermitteln – Teilhabe gestalten, Januar 2019, S. 50), die Maßnahmenplanung, sowie die Überprüfung der Zielerreichung. Seit dem 01.07.2023 nutzen wir die Software BeWo-Planer. In den Akten der Klient*innen sind die Betreuungsverträge, die Einwilligung zur Datenverarbeitung, die Erstanamnese, die Dokumentation vor der Einführung des BeWo-Planers, die Bedarfsermittlung, die Zufriedenheitsbefragungen, der Abschlussbericht und der Schriftverkehr mit Behörden, Kliniken, Ärzt*innen etc. abgeheftet. Die Ergebnisse des Unterstützungsprozesses werden im Sinne der Prozessqualität zeitnah und differenziert dokumentiert. Zusätzlich wird einmal jährlich eine Zufriedenheitsbefragung durchgeführt. Am Ende der Zusammenarbeit wird ein Abschlussbericht erstellt. Digitalisierte Unterlagen sind in einer sicheren Cloud gespeichert, die den Anforderungen der DSGVO entspricht. So kann von den Mitarbeiterinnen flexibel darauf zugegriffen werden. Die Verlaufsdokumentation

erfolgt zielorientiert und in der Regel täglich mit Hilfe der Software BeWo-Planer. Teamsitzungen werden dokumentiert. Die Intervisionen mit anderen Leistungserbringer*innen werden protokolliert. Ein Fortbildungskonzept liegt vor und findet sich im Anhang. Rechnungen und Nachweise über Fortbildungen und Supervisionen sind ebenfalls archiviert. Verantwortlich für die Qualitätssicherung ist die Leitung Christine Hölzmann. Das Qualitätsmanagement orientiert sich an dem Konzept von Donabedian mit der Unterscheidung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, da dieses Modell auch im Landesrahmenvertrag beschrieben wird. Er befasste sich bereits 1966 mit der Qualität pflegerischer und ärztlicher Leistungen (vgl. Schöddert 2020). Zur Ergänzung werden die Klient*innen zu ihrer Zufriedenheit befragt, um auch die Perspektive der leistungsberechtigten Personen zu berücksichtigen. Die Qualität von Christine Hölzmann -Soziale Suchtarbeit- wird durch Selbstevaluation überprüft (vgl. Hummel, akge Augsburg 2004). Veränderungsbedarfe werden dokumentiert und die Zielerreichung regelmäßig alle sechs Monate überprüft. Die Gesamtevaluation wird jährlich durchgeführt. Die Jahresberichte sind ein weiterer Aspekt der Qualitätssicherung und beschreiben die Entwicklung der gesamten Einrichtung. Das Fachkonzept wird bei Bedarf, mindestens aber nach drei Jahren, aktualisiert. Die Leistungsberechtigten werden im Rahmen der Zusammenarbeit mit ihren Wünschen und Vorstellungen einbezogen. Eine Mitbestimmung in Form eines Rates oder standardisierter Befragungen erscheint bei der Größe des Dienstes nicht umsetzbar. Das Beschwerdemanagement ermöglicht ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit den Anliegen der Leistungsberechtigten. Das Konzept zum Beschwerdemanagement findet sich in den Anlagen wieder. Die bereits genannte Zufriedenheitsbefragung ist ein weiterer Baustein die Klient*innen mit einzubeziehen und dient der Sicherung der Ergebnisqualität.

Mit Sorge stellen wir fest, dass der Verwaltungsaufwand immer weiter steigt. Dies gilt besonders für die detaillierten Vorgaben im Landesrahmenvertrag, als auch für den Prozess der Bedarfsermittlung. Es ist problematisch, dass ein immer größerer Anteil der knapp bemessenen Arbeitszeit immer mehr mit Dokumentationen und Berichterstellungen verbracht werden muss. (vgl. IU Internationale Hochschule GmbH, Studienskript Qualitätsmanagement 2021). Diese Zeit fehlt schlussendlich in der konkreten Arbeit mit den Klient*innen.

Die nicht definierten Begriffe der Wirkung und Wirksamkeit aus dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) finden sich in den Landesrahmenverträgen wieder. Das Aufaddieren des Zielerreichungsgrades von Einzelfällen ist nicht geeignet zur Beurteilung der Wirksamkeit des Dienstes. Das widerspricht den empirischen Wissenschaften zu den Fragen über Kausalzusammenhänge. Die Feststellung von Ursache-Wirkungs-Beziehungen ist nur über wissenschaftliche Studien möglich (vgl. Boecker, M. und Weber, M. 2021, S. 9-11). Selbst die „Wirkungskontrolle“ im Einzelfall kann keine sichere Aussage über die Wirkung des Teilhabeangebotes treffen, möglicherweise haben andere Faktoren zu dem ermittelten Zielerreichungsgrad geführt, wie z.B. eine neue Beziehung oder eine Krankheitsverschlimmerung.

> „Aus Einzelfällen können bestenfalls Gelingensbedingungen erfolgreicher Hilfen abgeleitet werden, die als praxistaugliche Gesprächsgrundlage für

> Leistungserbringer, Leistungsträger und Leistungsberechtigte dienen können. Kausalzusammenhänge und damit der Nachweis einer Wirksamkeit lassen sich hingegen nicht ableiten.“ (zit. Boecker, M. und Weber, M. 2021, S. 19)

Um die Forderung nach Überprüfung der individuellen Zielerreichungsquote zu erfüllen, überprüfen wir die Zielerreichung alle 6 Monate nach den Kennzahlen:
1: „erreicht“, 2: „teilweise erreicht“, 3: „in Bearbeitung“ und 4: „nicht erreicht“.

Ein weiterer kritischer Punkt ist der angenommene Zusammenhang zwischen Qualitätsmanagement und Wirksamkeit. Die Vertragspartner*innen der Landesrahmenverträge nehmen an, dass ein Qualitätsmanagement nach den Donabedian-Kriterien die Frage der Wirksamkeit einer Maßnahme beantworten kann. Wenn man nun diese Sichtweise auf das Beispiel eines Impfstoffs überträgt, wird deutlich, dass ein gutes Qualitätsmanagement des Pharma-Unternehmens wenig über die Wirksamkeit eines Impfstoffs aussagen kann. Wirksamkeit kann nur über randomisierte kontrollierte Studien gemessen werden. (vgl. Boecker, M. und Weber, M. 2021, S. 11-12)

Zufriedenheitsbefragungen sind als Beteiligungsinstrument sicher sinnvoll. Allerdings ist es kaum möglich, im Rahmen einer Einrichtung damit die Wirkung zu messen. Störfaktoren können nur in experimentellen Settings ausgeschlossen werden. (vgl. Boecker, M. und Weber, M. 2021, S. 19-20). Ich war von 2003-2007 im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger tätig. Dort wurde auch die psychosoziale Betreuung untersucht. Mir ist das Vorgehen im Rahmen einer multizentrischen, randomisierten, kontrollierten Therapiestudie aus der Praxis bekannt.

Möchte man die Wirkung von Eingliederungshilfeleistungen überprüfen, dann sollten unabhängige wissenschaftliche Studien durch entsprechende Institute erfolgen, was mit erheblichen Kosten verbunden ist. Es ist nicht möglich den eigenen Betrieb selbst wissenschaftlich zu evaluieren.

Strukturqualität

Das Team von Christine Hölzmann - Soziale Suchtarbeit - besteht aus der Inhaberin (VZÄ 1,0) und einer Fachkraft (VZÄ 0,7). Diese wurde zum 01.08.2021 fest eingestellt und hat zunächst als Ergänzungskraft gearbeitet. Sie hat inzwischen das Bachlorstudium Soziale Arbeit abgeschlossen und hat seit dem 01.01.2025 ihren Stellenumfang auf 70 % erweitert. Eventuell werden je nach Bedarf in Zukunft weitere Mitarbeiter*innen eingestellt. Die Fachkraft verfügt über langjährige Erfahrung im Arbeitsfeld. Frau Hölzmann ist Diplom-Sozialpädagogin, M.Sc. Suchttherapeutin (VDR anerkannt) und verfügt über eine Ausbildung als Case Managerin mit integriertem Motivational Interviewing. Die Fortbildung und praktische Tätigkeit als Verfahrenspflegerin in Betreuungs- und Unterbringungsangelegenheiten hat die Kenntnisse von Frau Hölzmann über die rechtlichen Aspekte im Umgang mit psychisch Kranken erweitert.

Wir verfügen über langjährige Berufserfahrung in der Unterstützung von chronisch Suchtkranken und psychisch Kranken. Hinzu kommen Erfahrungen mit den Zielgruppen: Jugendliche, Senioren, psychisch Kranke und gewaltbetroffene Frauen. Es finden in der Regel 14 tägig Teambesprechungen statt. Kurzfristige Informations- und Klärungsbedarfe werden telefonisch geregelt. Die Vertretung der Leitungskraft übernimmt die Fachkraft. Ein Einarbeitungskonzept liegt vor und befindet sich im Anhang. Fortbildungen zu verschiedenen Fachthemen finden mindestens jährlich statt. Eine professionelle Supervision wird durchgeführt. Wir nehmen an der regionalen Planungskonferenz des LVR und an Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen, die in Zusammenhang mit dem skizzierten Aufgabengebiet liegen, teil. Die Öffentlichkeitsarbeit erfolgt über langjährige Kontakte im örtlichen Hilfesystem. Die Homepage (www.soziale-suchtarbeit.de) wird regelmäßig gepflegt. Die Jahresberichte und Konzepte sind dort öffentlich zugänglich. Professionelle Visitenkarten sind vorhanden. Die Sozialraumorientierung ist neben der Vernetzung im Hilfesystem und die Berücksichtigung der direkten Umgebung durch ehrenamtliche Tätigkeiten im Bereich der Kommunalpolitik durch Frau Hölzmann gewährleistet.

Prozessqualität / Methoden

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

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

Das Case Management ist vom Ansatz her den Methoden der Einzelfallhilfe der sozialen Arbeit ähnlich. Es kann in allen Bereichen der sozialen Arbeit angewendet werden. Sinnvoll ist CM bei komplexen Problemstellungen, die unterschiedliche Lebensbereiche betreffen und bei denen mehrere Helfer*innen beteiligt sind. Im Bereich der Psychiatrie wurde Case Management im abgeschlossenen Modellprojekt „Verbesserung der Behandlung schwer chronisch psychisch Kranker“ umgesetzt (vgl. Schleuning und Welschehold 2000). Es handelt sich um ein strukturiertes Beratungskonzept mit den Schwerpunkten: Betreuungsplanung und -steuerung, nachgehende Sozialarbeit und Kooperation mit anderen Hilfsangeboten. Das bedeutet z.B. eine enge Zusammenarbeit mit Ämtern, niedergelassenen Ärzt*innen, Beratungsstellen, Kliniken und schließt Begleitungen zu Behörden oder Hausbesuche ein. Das Konzept beinhaltet folgendes Phasenmodell: Kontaktaufnahme, Assessment mit Problemanalyse, Zielvereinbarung und Hilfe- und Veränderungsplanung, Durchführung (inklusive Vermittlung, Organisation, Koordination), Monitoring und Re-Assessment, sowie abschließende Fallevaluation und Beendigung der Zusammenarbeit (vgl. Schmid und Vogt 2001). Unter Assessment wird in diesem Zusammenhang eine umfangreiche Erfassung der Lebenssituation verstanden. Biographische Daten werden zwar erfasst, der Schwerpunkt liegt aber bei aktuellen Ressourcen und Problemlagen. Das

Ablaufschema des Case Managements ähnelt dem 7-Phasen-Modell der Selbstmanagement-Therapie (vgl. Kanfer, Reinecker und Schmelzer 2000, S. 139). Das Konzept deckt sich in Teilen mit der Bedarfsermittlung und der Gesamtplanung und ist somit gut für die Arbeit im Bereich der sozialen Teilhabe geeignet.

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

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

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

Motivationale Strategien im Umgang mit suchtkranken oder psychisch kranken Klient*innen können, neben der Förderung der Abstinenzorientierung, eingesetzt werden, um die Therapie- und Medikamenten-Compliance zu verbessern. Wichtig ist die Berücksichtigung kognitiver Beeinträchtigungen bei einem Teil der

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

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

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

Das Verfahren der Leistungserbringung ist im Schaubild „Schlüsselprozesse“ unter den Anlagen zu finden. Prozessbeschreibungen zum Aufnahmeverfahren, zur Betreuungsplanung und zur Dokumentation liegen vor. Die Achtung der Menschenwürde ist eine zwingend notwendiges Fundament der sozialen Arbeit und drückt sich bereits in unserem Leitbild und in der Grundhaltung der motivierenden Gesprächsführung aus. Die Leistungsberechtigten und ggf. die Bezugspersonen und Angehörigen werden in der Leistungsplanung und bei der Leistungserbringung durchgehend beteiligt. Die Leistungen werden bedarfsgerecht, unter Beachtung des Gesamtplans und der Wünsche der Klient*innen erbracht. Es erfolgt eine regelmäßige Reflexion im Einzelgespräch und im Rahmen von Teambesprechungen. Die Arbeitsbeziehung ist professionell und berücksichtigt eine Ausgewogenheit zwischen Nähe und Distanz. Im Gewaltschutzkonzept wird die professionelle Beziehungsgestaltung konkret beschrieben und transparent gemacht. Die Mitarbeiter*innen richten sich nach einem Verhaltenskodex (siehe Gewaltschutzkonzept). Neben Teambesprechungen und Supervision, gibt es auf

Leitungsebene eine Mitarbeit im Kreis anderer selbständiger Leistungserbringer*innen zur Intervision.

Bei besonderen Vorkommnissen sind wir verpflichtet den Träger der Eingliederungshilfe umgehend zu informieren. Das können z.B. folgende Vorkommnisse sein: Gewalttätige Übergriffe von Mitarbeiter*innen, Ermittlungsverfahren gegen das Personal, drohende Zahlungsunfähigkeit des Betriebes, erhebliche Gebäudeschäden, unklare Todesursachen bei Leistungsberechtigten, erhebliche Schwierigkeiten bei der Leistungserbringung durch die Leistungsberechtigten wie beispielsweise Gewaltausübung durch Klient*innen, erhebliche Beschwerden von Klient*innen oder anderen Beteiligten und in Fällen von nicht einvernehmlicher Beendigung des Vertragsverhältnisses. (Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX 2019, Anlage F)

Ergebnisqualität

Die Leistungserbringung erfolgt fachgerecht und orientiert sich an den vereinbarten Zielen und Maßnahmen im Gesamtplan. Während des Bewilligungszeitraums wird die Bewertung der Zielerreichung im Abstand von sechs Monaten überprüft und im Bewo-Planer festgehalten. Übergeordnetes Ziel ist die möglichst selbstbestimmte und eigenständige Lebensführung im eigenen Wohnraum und im Sozialraum. Im Einzelgespräch wird jährlich die Zufriedenheit in der Zusammenarbeit abgefragt. Kritik und Veränderungsvorschläge nehmen wir gerne auf. Wir machen transparent, dass nur die Betroffenen selbst Expert*innen für ihr Leben sind und wir deshalb immer wieder überprüfen müssen, dass die individuellen Wünsche der Klient*innen von uns respektiert werden. Wir führen besonders zu Beginn der Zusammenarbeit Zufriedenheitsbefragungen über einen Fragebogen durch. Eine kürzere Version wird regelmäßig wiederholt. Ein anonymisiertes Verfahren ist aufgrund der Größe des Betriebes nicht möglich.

Unsere Leistung ist wirksam, da sie den niedergelegten Grundsätzen und Maßstäben der Qualität im Rahmenvertrag entspricht und dem übergeordneten Ziel nach § 1 SGB IX dient. Die Leistung fördert die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung oder für Menschen die von einer Behinderung bedroht sind. Benachteiligungen sind entgegenzuwirken und sollen vermieden werden. Die langjährige Berufserfahrung und die therapeutische Zusatzqualifikation sind ebenfalls Garanten für die Qualität unserer Arbeit.

Mitarbeit in fachlichen Gremien der Region

Wir sind seit vielen Jahren vor Ort gut vernetzt. Ca. alle 6 Wochen findet ein Treffen mit anderen freien Leistungserbringer*innen zur kollegialen Intervision statt. Dieser Kreis besteht bereits seit mehreren Jahren. Wir sind außerdem Mitglied im FABA e.V., Freie Ambulante BeWo-Anbieter/innen e.V., und die Leitungskraft nimmt an der Regionalgruppe Köln des FABA e.V. teil. Zusätzlich besuchen wir ebenfalls seit mehreren Jahren den AK Wohnen/ Erwachsenenpsychiatrie der PSAG Rhein-Erft-Kreis. Es besteht ein enger Kontakt

zum Sozialpsychiatrischen Dienst. Es finden regelmäßige Kooperationsgespräche statt.

Anlage Assistenzleistungen

Gesetzestext zu den Assistenzleistungen der sozialen Teilhabe:

Assistenzleistungen
§ 78 SGB IX

„(1) Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen für Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.

(2) Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabeplans nach § 19 über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme. Die Leistungen umfassen

1. die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten und

2. die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung.

Die Leistungen nach Nummer 2 werden von Fachkräften als qualifizierte Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere die Anleitungen und Übungen in den Bereichen nach Absatz 1 Satz 2.

(3) Die Leistungen für Assistenz nach Absatz 1 umfassen auch Leistungen an Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder.

(4) Sind mit der Assistenz nach Absatz 1 notwendige Fahrkosten oder weitere Aufwendungen des Assistenzgebers, die nach den Besonderheiten des Einzelfalles notwendig sind, verbunden, werden diese als ergänzende Leistungen erbracht.

(5) Leistungsberechtigten Personen, die ein Ehrenamt ausüben, sind angemessene Aufwendungen für eine notwendige Unterstützung zu erstatten, soweit die Unterstützung nicht zumutbar unentgeltlich erbracht werden kann. Die notwendige Unterstützung soll hierbei vorrangig im Rahmen familiärer, freundschaftlicher, nachbarschaftlicher oder ähnlich persönlicher Beziehungen erbracht werden.

(6) Leistungen zur Erreichbarkeit einer Ansprechperson unabhängig von einer konkreten Inanspruchnahme werden erbracht, soweit dies nach den Besonderheiten des Einzelfalles erforderlich ist.

Der neu eingeführte Begriff der Assistenzleistung löst den Begriff des „Ambulant Betreuten Wohnens“ ab. Der Gesetzgeber wollte damit eine Neubestimmung der Beziehung zwischen Leistungsberechtigten und Leistungserbringer*innen verdeutlichen. Die Assistenzleistung soll sich am individuellen Bedarf und den Wünschen der Klient*innen orientieren und nicht am Rahmen der Institution. Die Beziehungsgestaltung soll auf Augenhöhe erfolgen und kein Über-/ oder Unterordnungsverhältnis beinhalten. (vgl. Rosemann & Konrad 2020)

Aus unserer Sicht ist das keine Neuerung, da wir immer eine professionelle Arbeitsbeziehung mit gegenseitigem Respekt und Wertschätzung angestrebt haben. Die Annahme, das Ambulant Betreute Wohnen sei bisher einrichtungsbezogen und hierarchisch organisiert gewesen, mag in Einzelfällen zutreffend sein, ist aber grade im ambulanten Bereich in der Zusammenarbeit mit psychisch Erkrankten und substanzabhängigen Menschen eher nicht die Regel. Wie bereits im Leitbild beschrieben steht für uns die Würde und Selbstbestimmung des Menschen im Mittelpunkt. Die Methoden des MI beinhalten eine wertschätzende Haltung und auch aus der akzeptanzorientierten Drogenarbeit leiten sich die Werte der Personenzentrierung ab, da hier zieloffen gearbeitet wird, ohne Substanzkonsum und Lebensweisen zu bewerten.

Ziel und Zweck der Assistenzleistungen ist die selbstbestimmte und eigenständige Alltagsbewältigung der Klient*innen. Der Förderung der eigenen Kompetenzen und Bewältigungsstrategien kommt eine besondere Bedeutung zu, um Hospitalisierungen zu vermeiden, die Autonomie der Betroffenen zu stärken und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu verbessern. (vgl. Konrad 2019)

Die Leistungen beinhalten in Zukunft auch tagesstrukturierende Maßnahmen. Das könnte z.B. Begleitungen zu Angeboten von sozialpsychiatrischen Zentren sein, ist aber bei unserer Zielgruppe eher die Ausnahme. Die Leistungsberechtigten entscheiden über die konkrete Gestaltung der Leistung und über deren Ablauf, den Ort und den Zeitpunkt der Inanspruchnahme. (vgl. Konrad 2019) In der Praxis handeln wir das mit den Klient*innen individuell aus. Die Assistenz wird überwiegend in der eigenen Wohnung, bei Begleitungen und in der Öffentlichkeit geleistet. Das orientiert sich an den individuellen Wünschen der Klient*innen und kann auch ein Aufenthalt im Café, einen Waldspaziergang oder den Besuch von Geschäften beinhalten. Sicher sind der Wahlfreiheit organisatorische Grenzen gesetzt. Berufstätige Klient*innen haben weniger flexible Zeitfenster für Termine, als Personen die keiner Beschäftigung nachgehen. Es war bisher immer möglich Lösungen zu finden.

Die unterstützende Assistenz beinhaltet: *„die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten“*. Diese Leistungsform kann bei uns in Anspruch genommen werden, aber wir bieten zu einem überwiegenden Teil die qualifizierte Assistenz an, da die Zielgruppe der psychisch Kranken und der Menschen mit Suchterkrankungen meist in der Lage ist, mit Anleitung und Übung selbstbestimmt und eigenständig ihren Alltag zu bewältigen. Die unterstützende Assistenz in Form von Begleitung und stellvertretender Ausführung ist nur ergänzend sinnvoll, weil

wir nicht Aufgaben abnehmen möchten, die selbständig erledigt werden können. Das würde möglicherweise zu einer Regression führen und Unselbständigkeit fördern. Bei dem Punkt Begleitungen tritt die Schwierigkeit auf, dass z.B. bei einer Begleitung zu Ärzt*innen doch eine qualifizierte Unterstützung notwendig wird, wie z.B. die Übung des Umgangs mit Stress, die Förderung des Verständnisses für medizinische Maßnahmen etc. Ähnlich sieht das bei der stellvertretenden Ausführung aus. Wenn z.B. gemeinsam die Wohnung geputzt wird und dabei eine zukünftige Putzplanung erarbeitet oder eine neue Technik erlernt wird, ist auch das keine reine unterstützende Assistenz mehr. Eine genaue Trennung zwischen qualifizierter und unterstützender Assistenz scheint aus fachlicher Sicht schwierig zu sein und fußt dann eher auf der Qualifikation der Mitarbeiter*innen und der anderen Vergütung, nicht auf inhaltlichen Unterschieden der Tätigkeiten.

Leistungen für Mütter und Väter mit Behinderungen bei der Versorgung und Betreuung der Kinder können grundsätzlich aufgrund der Erfahrung und Qualifikation im Bereich der sozialpädagogischen Familienhilfe von uns erbracht werden, auch wenn das Teilhabeangebot derzeit kein Schwerpunkt in unserer Arbeit ist. Hier ist auch zu prüfen ob nicht Leistungen der sozialpädagogischen Familienhilfe vorrangig sind und andere Leistungserbringer*innen hinzugezogen werden sollten.

Eine mögliche Übernahme der Fahrtkosten oder weiterer Aufwendungen bei der Erbringung von Assistenzleistungen begrüßen wir sehr. Gerade im Bereich der Freizeitgestaltung oder bei Sportangeboten entstehen häufig Kosten. Entweder wurden diese bisher von unserem Dienst getragen oder bestimmte Wünsche der Klient*innen ließen sich aus Kostengründen nicht umsetzen.

Die Assistenzleistungen orientieren sich am individuellen Bedarf und sind damit personenzentriert. Hier einige Beispiele für häufige Assistenzleistungen:

- Assistenz bei den Aktivitäten des alltäglichen Lebens,
- praktische Unterstützung bei der Haushaltsorganisation,
- Erhaltung und Vermittlung von adäquatem Wohnraum,
- Unterstützung bei der sozialen Kontaktpflege zu Bezugspersonen und anderen Hilfspersonen aus dem sozialen Umfeld,
- Unterstützung zur Entwicklung von Konfliktbewältigungsstrategien,
- Beratung bei der Lebensplanung, Reflexion der eigenen Lebenssituation (z.B. Genogramm-Arbeit, Netzwerkkarten),
- Unterstützung und Begleitung bei allen sozialrechtlichen Belangen, Finanz- und Behördenangelegenheiten,
- Hilfe bei der Beantragung erforderlicher zusätzlicher Unterstützung,
- Assistenz bei Qualifizierungsmaßnahmen, Vermittlung in Arbeit oder Ausbildung,
- Unterstützung bei der Freizeit- und Urlaubsgestaltung,
- Hilfe bei der Überwindung behinderungsspezifischer Probleme,
- Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung,
- Beratung, Motivationsförderung und Begleitung im Bereich Ernährung und Bewegung (z.B. Begleitung bei Spaziergängen),

- Krisenintervention: gute Erreichbarkeit, nachgehende Arbeit in kritischen Lebensphasen, Begleitung zu Psychiater*innen, Erstellung von Notfallplänen, Kooperation mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuer*innen, Einschätzung von Suizidalität und Gefährdung anderer, Vermittlung in Kliniken, notfalls Bestellung eines Rettungswagens oder Einleitung von Maßnahmen nach dem PsychKG mit Hilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes,
- Förderung der Veränderungsmotivation bezüglich der Reduktion oder Beendigung des Substanzkonsums,
- Interventionen und Safer-Use-Beratung bei riskantem Suchtmittelkonsum,
- Vermittlung von notwendigen suchttherapeutischen Hilfen,
- Vermittlung von Informationen über bestehende psychische Erkrankungen,
- Einleitung psychiatrischer Diagnostik, Vermittlung psychiatrischer Behandlung und Psychotherapie,
- Förderung der Compliance bei der Medikamenteneinnahme und Teilnahme an Psychotherapie,
- Integration in das bestehende Hilfesystem.

Hinsichtlich des skizzierten Aufgabenbereichs kommt der Fachkraft eine koordinierende Funktion zu. Sie übernimmt die Fallführung und gewährleistet die Betreuungskontinuität. In Zusammenarbeit mit den Klient*innen sind Zwischenschritte zu planen, um die zur Bewältigung der selbständigen Lebensführung notwendige Alltagsstruktur zu entwickeln, aufrecht zu erhalten und zu fördern.

Die Assistenz wird vorwiegend im unmittelbaren Lebensbereich geleistet. Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, der Psychiatrie und der ambulanten oder stationären Suchthilfe, zu denen die Klient*innen Kontakt haben, ist integraler Bestandteil des Case Managements.

Die Klient*innen werden alltagsnah unterstützt, die Organisation der Assistenz, die Analyse des zielgerichteten Bedarfs und deren praktische Umsetzung erfolgt auf Basis der Gesamtplanung, der Bedarfsermittlung mit Antragsstellung und nach dessen Genehmigung. Der Schwerpunkt der Assistenz liegt in der aufsuchenden Unterstützung, also in der häuslichen Umgebung oder im Umfeld der Klient*innen. Die Assistenz kann jedoch auch Gruppenaktivitäten und Beratungen im eigenen Büro umfassen. Soziale Bezugspersonen werden je nach individueller Situation einbezogen.

Qualifizierte Assistenz

Rechtsgrundlage der qualifizierten Assistenz ist der § 113 Abs. 2 Nr. 2 SGB IX in Verbindung mit § 78 Abs. 2 Nr. 2, Abs. 3 SGB IX und § 103 SGB IX (vgl. Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX, Nordrhein-Westfalen 2019).

Ziel ist die Befähigung zur selbständigen und eigenständigen Alltagsbewältigung. Die Mitarbeiter*innen haben damit die Aufgabe sich in die Rolle der Betroffenen hineinzuversetzen und eine vertrauensvolle, gleichberechtigte Arbeitsbeziehung aufzubauen. Dies erfordert Reflexion, eine fundierte Ausbildung, sowie die persönliche Eignung und wird ausschließlich von Fachkräften durchgeführt. Zwei

Fachleistungen fallen aufgrund der Komplexität ausschließlich unter die qualifizierte Assistenz: Die individuelle Lebensplanung und die Gestaltung sozialer Beziehungen (vgl. Konrad 2019).

Unterstützende Assistenz

Mit der unterstützenden Assistenz ist die teilweise oder vollständige Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung und die Begleitung der Leistungsberechtigten gemeint. Das kann z.B. die Unterstützung bei Haushaltsaufgaben beinhalten, wie die Hilfe bei der Wohnungsreinigung oder beim Einkaufen. Liegt der Schwerpunkt dabei auf der Anleitung und Übung handelt es sich hingegen eigentlich um eine qualifizierte Assistenz. Ähnlich ist das bei den Begleitungen zu Ärzt*innen, Freizeitangeboten oder Kliniken. Geht es um eine reine Begleitung oder muss dabei Motivationsarbeit erfolgen oder mit Ängsten umgegangen werden? (vgl. Konrad 2019) Wie bereits oben erwähnt, besteht bei unserer Zielgruppe wenig Bedarf an unterstützender Assistenz, da die Klient*innen in der Regel in der Lage sind, Aufgaben mit Anleitung selbst zu bewältigen. Das Ziel der Erhaltung von Fähigkeiten muss hier vorrangig sein. Die inhaltliche Trennung ist fast unmöglich, da beispielsweise bei einer Begleitung zu Ärzt*innen jederzeit ein qualifizierter Beratungsbedarf entstehen kann. In unserer alltäglichen Arbeit wird die Ergänzungskraft die unterstützende Assistenz leisten, da sich die Unterscheidung der Leistungen an der Qualifikation festmacht.

Literatur

Akzept Bundesverband, Deutsche Aidshilfe: Leitbild akzeptierende Drogenarbeit, 2021.

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (Stand 2019), von Amnesty International Deutschland e.V. diskriminierungssensibel überarbeitet, S. 6, Berlin.

Andreasson, S., Allebeck, P., Engström, A., Rydberg, U. (1987): Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. In: Lancet 2, S. 1483-1486.

Anthony, J.C., Tien, A.Y. und Petronis, K.R. (1989): Epidemiologic evidence on cocaine use and panic attacks. In: American Journal of Epidemiology, 129, S. 543-549.

Boecker, M. und Weber, M. (2021): Wie lässt sich die Wirksamkeit von Eingliederungshilfe messen?, Sozialwissenschaftliche Anregungen von Michael Boecker und Michael Weber, Soziale Arbeit kontrovers (SAk) 26, Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., Berlin.

Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. DBSH (2014): Berufsethik des DBSH, Ethik und Werte in Forum sozial 4/2014, Die berufliche Soziale Arbeit, S. 5, Berlin.

Drake, R.E.und Mueser, K.T. (2000): Psychosocial approaches to dual diagnosis. In Schizophrenia Bulletin, 26, S. 105-118.

Heidenreich, T. und Hoyer, J. (1998): Stadien der Veränderung in der Psychotherapie: Modelle, Perspektiven, Kritik. In: Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis, 30, S. 381-402.

Hoyer, J. (2003): Stadien der Veränderung: Modell, Anwendungsbewährung und Perspektiven im Suchtbereich. In: Suchttherapie, 4, S. 140-145.

Hummel U., agke Augsburg (Hrsg.) (2004): Qualitätsentwicklung durch Selbstevaluation, Arbeitshilfen aus der Praxis für die Praxis der Sozialen Arbeit, Freiburg im Breisgau .

IUHB Internationale Hochschule GmbH (Hrsg.) (2021), Studienskript Qualitätsmanagement in der Sozialen Arbeit, Erfurt.

Kästner, Erich (2015): Es gibt nichts Gutes, außer: Man tut es: Kurz und bündig. Epigramme Gebundene Ausgabe – 20. Februar 2015 .

Kanfer, F.H., Reinecker, H. und Schmelzer, D. (2000): Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis, Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio.

Körkel, J. (2010): Motivational Interviewing bei Doppeldiagnose-Patienten. In: Sadowski, H. und Niestrat, F. (2010): Psychose und Sucht, Behandlung und Rehabilitation, Bonn.

Konrad, Michael (2019): Die Assistenzleistung, Anforderungen an die Eingliederungshilfe durch das BTHG, Fachwissen kompakt, Köln, S.48-60

Krüger, W. und Quabach, M. (2010): Soziotherapeutische Betreuung substituierter Opiatabhängiger mit psychiatrischer Doppeldiagnose. In: Sadowski, H. und Niestrat, F. (2010): Psychose und Sucht, Behandlung und Rehabilitation, Bonn.

Landesrahmenvertrag nach § 131 SGB IX (2019), Nordrhein-Westfalen, Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB IX für Menschen mit Behinderungen, Stand 23.07.2019.
LVR und LWL (2019): Handbuch BEI_NRW, Bedarfe ermitteln – Teilhabe gestalten.
Lindenmeyer, J. (1999): Alkoholabhängigkeit, Göttingen, Bern, Toronto und Seattle.
Miller, W.R. und Rollnick, S. (1999): Motivierende Gesprächsführung, Freiburg im Breisgau, S. 7
Oelschlägel, A. und Ortmann, M. (2010): Sozialraumorientierung in der Sozialen Arbeit. In: „Handbuch Soziale Arbeit“, Beltz Juventa Verlag.
Prochaska, J.O. und DiClemente, C.C. (1982): Transtheoretical therapy: Toward a more integrated model of change. In: Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 19, S. 276-288.
Project Match Research Group (1998): Therapist effects in three treatments for alcohol problems. In: Psychotherapy Research, 8, S. 455-474.
Rosemann, M. und Konrad, M. (2020): Selbstbestimmtes Wohnen kompakt, Köln, S. 228.
Sander, W. (2010): Medikamentenabhängigkeit. In: Fischer, T.: Angewandte Verhaltenstherapie, Schriftenreihe der AHG Klinik Schweriner See, Heft 13, S. 6.
Schleuning, G. Und Welschehold, M. (2000): Modellprojekt Psychiatrisches Case Management, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 133, Baden-Baden
Schmid, M. und Vogt, I. (2001): Case Management und Motivierende Beratung. In: Suchttherapie, 2, S. 73-79.
Schnell, T., Neisius, K., Daumann, J. und Gouzoulis-Mayfrank, E. (2010): Prävalenz der Komorbidität Psychose und Sucht. Klinisch epidemiologische Ergebnisse aus verschiedenen Behandlungssettings in einer deutschen Großstadt. In: Nervenarzt Jan 16.
Schöddert, Mara (2020): Die Professionalisierung der Sozialen Arbeit mit dem Ziel der Qualitätssicherung, Bachelor-Thesis, DIPLOMA HOCHSCHULE Private Hochschule Nordhessen, Studiengang Soziale Arbeit, S. 8-10.
Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I., Oliva, H.: Case Management mit integriertem Motivational Interviewing, im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie, Manual, S. 107
Sozialgesetzbuch IX (Stand 17.07.2017), Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung, ZB Recht, Behinderung & Beruf.
Sozialgesetzbuch XII (Stand 10.12.2021), Sozialhilfe.
Sutton, S. (2001): Back to the drawing board? A review of application of the transtheoretical model to substance use. In: Addiction, 96, S. 175-186.
Uchtenhagen, A. und Zieglgänsberger, W. (2000): Suchtmedizin, Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, München und Jena, S. 196-198.
UN-Behindertenrechtskonvention, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in Kraft getreten 03.05.2008.
Verordnung nach § 60 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Eingliederungshilfe-Verordnung – EinglHV k.a.Abk.

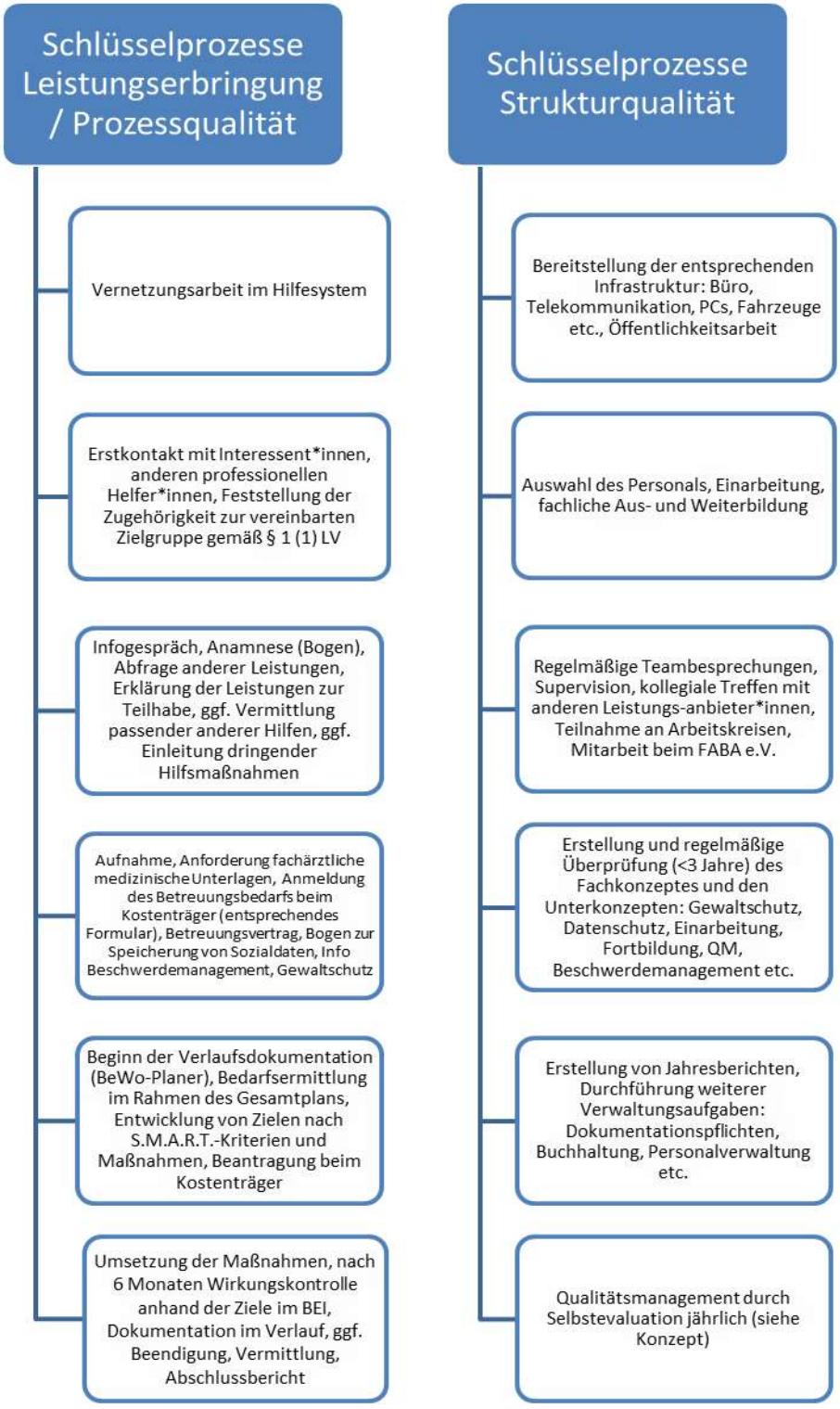
Vogt, I. (2004): Beratung von süchtigen Frauen und Männern, Grundlagen und Praxis, Weinheim und Basel.

Anhang

Schlüsselprozesse

Christine Hölzmann -Soziale Suchtarbeit-

Stand 06.09.2023



Prozessbeschreibung Aufnahmeverfahren / Bedarfsermittlung / Methoden

Zeitplan	Inhalte	Techniken/Methoden
Erstkontakt:	Mit Interessent*innen, anderen professionellen Helfer*innen, Feststellung der Zugehörigkeit zur vereinbarten Zielgruppe gemäß § 1 (1) LV	Aktives Zuhören, Empathie ausdrücken, Akzeptanz, Bestätigen, offene Fragen, Informationen vermitteln, Zusammenfassen, diagnostische Befunde nutzen, ggf. andere Hilfen vermitteln
1. ggf. 2. Gespräch:	Zu Hause, in Beratungsstellen oder in einer Klinik: Infogespräch, Erstgespräch Anamnese (Bogen), Abfrage anderer Leistungen, Erklärung der Leistungen zur Teilhabe, Information zum Bezugspersonensystem, ggf. Vermittlung passender anderer Hilfen, ggf. Einleitung dringender Hilfsmaßnahmen, Beginn der Verlaufsdokumentation	Aktives Zuhören, Empathie ausdrücken, Akzeptanz, Bestätigen, offene Fragen, Informationen vermitteln, erste Erfassung der Lebenssituation, Zusammenfassen, diagnostische Befunde nutzen, Feedback, ggf. Soforthilfen vermitteln/leisten, Krisenintervention, Verwaltungsaufgaben
2., 3. ggf. 4. Gespräch:	Kontakthäufigkeit in der Regel 1-2 mal die Woche, Aufnahme, Anforderung fachärztlicher medizinischer Unterlagen, Anmeldung des Betreuungsbedarfs beim Träger der Eingliederungshilfe (entsprechendes Formular), BeWo-Aufnahmeanzeige (entsprechendes Formular) Betreuungsvertrag, Bogen zur Speicherung von Sozialdaten, Info Beschwerdemanagement, Info Gewaltschutz	Aktives Zuhören, Empathie ausdrücken, Akzeptanz, Bestätigen, offene Fragen, Einwilligung einholen, Informationen vermitteln, anwaltliche Funktion, Fallführung übernehmen, Hilfekonferenz, Einbeziehung des Sozialraums, ggf. Netzwerkkarte und Genogramm-Arbeit, ggf. Soforthilfen vermitteln/leisten, Krisenintervention, Verwaltungsaufgaben
In den ersten 1-2 Monaten	Bedarfsermittlung / Ziel- und Maßnahmenplanung nach S.M.A.R.T.-Kriterien, Nutzung des Gesprächsleitfadens und PerSEH, Datenschutz-Information und Einwilligung (Formular)	Aktives Zuhören, Empathie ausdrücken, Akzeptanz, Bestätigen, offene Fragen, Einschätzung von Eigenschaften und Motivation der Person, Einschätzung der Ressourcen des regionalen Hilfesystems, Einbezug des Sozialraums, Diskrepanzen erkennen, selbstmotivierende Aussagen hervorrufen, Einsatz Skalierungsfragen, ggf. Fragebögen zur Lebensqualität, Entscheidungswaage, Vereinbarung über den nächsten Schritt schließen, Wahlmöglichkeiten aufzeigen, Reframing, Selbstverpflichtung herstellen, ggf. Soforthilfen vermitteln/leisten, Krisenintervention, Verwaltungsaufgaben
2-24 Monate	Durchführung der Maßnahmen, Zufriedenheitsbefragung	Aufsuchende und ggf. nachgehende Arbeit, Begleitungen, Beratungen, Kontrollen, Anleitung, Übungen,

		Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Institutionen, aktives Zuhören, Bestätigen, offene Fragen, Informationen vermitteln, Zusammenfassen, diagnostische Befunde nutzen, ggf. Rückfallprävention und Feedback, Einsatz Fragebogen zur Zufriedenheit, ggf. Einsatz verhaltenstherapeutischer und systemischer Ansätze, Einsatz von Fragebögen,Tagebüchern etc., ggf. Soforthilfen vermitteln/leisten, Krisenintervention, Verwaltungsaufgaben
Nach 6 Monaten	Wirkungskontrolle / Überprüfung der Zielerreichung	Aktives Zuhören, Empathie ausdrücken, Akzeptanz, Bestätigen, offene Fragen, Gemeinsame Besprechung der Zielerreichung, Reflexion was hat geholfen, was nicht?, Verwaltungsaufgaben
Im Anschluss daran	Durchführung der Maßnahmen	s.o.
Nach 6 Monaten	Wirkungskontrolle / Überprüfung der Zielerreichung	s.o.
ggf. nach einem Jahr oder zwei Jahren	Bedarfsermittlung / Ziel- und Maßnahmenplanung nach S.M.A.R.T.-Kriterien, Wiederholung Zufriedenheitsbefragung	s.o. Einsatz Fragebogen zur Zufriedenheit
ggf. Beendigung der Zusammenarbeit	gemeinsame Entscheidungsfindung, Reflexion des Erreichten, ggf. Vermittlung weiterführender Unterstützung, Erstellung des Abschlussberichts	Aktives Zuhören, Emphatie ausdrücken, Akzeptanz, Bestätigen, offene Fragen, Feedback, Entscheidungswaage, Wahlmöglichkeiten aufzeigen, Selbstverpflichtung herstellen, Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Institutionen, Verwaltungsaufgaben

vgl. Schu, M., Schmid, M., Görgen, W., Vogt, I., Oliva, H.: Case Management mit integriertem Motivational Interviewing, im bundesdeutschen Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie, Manual, S. 107

Prozessbeschreibung Dokumentation

Die Dokumentation der Leistungserbringung erfolgt seit dem 01.07.2023 über das Programm BeWo-Planer. Vorher wurde der Verlauf in einer eigens erstellten Tabelle dokumentiert. Folgende Informationen muss die Dokumentation des individuellen Verlaufs enthalten:

- Name der leistungsberechtigten Person
- Name der leistungserbringenden Person
- Datum der Leistungserbringung
- Zeitlicher Umfang mit Uhrzeiten
- Datum des Eintrags
- Verfasser des Eintrags
- Form der Leistungserbringung: Persönlich, telefonisch, digitale Medien
- Der Fallverlauf, die Zielerreichung und der aktuelle Stand der Unterstützung soll abgebildet werden.
- Die Dokumentation soll zeitnah, möglichst am gleichen Tag erfolgen.
- Die Formulierung soll sachlich und neutral sein.
- Mittelbare Leistungen müssen ebenfalls dokumentiert werden.
- Die Überprüfung der Zielerreichung erfolgt innerhalb des BeWo-Planers unter dem Punkt Hilfepläne / Bewertungen.

Prozessbeschreibung: Controlling Ergebnisqualität

Mit den Klient*innen wird alle 6 Monate die Zielerreichungsquote mit einer Fachkraft besprochen und im Bewo-Planer unter den Hilfeplänen erfasst mit den Kennzahlen:

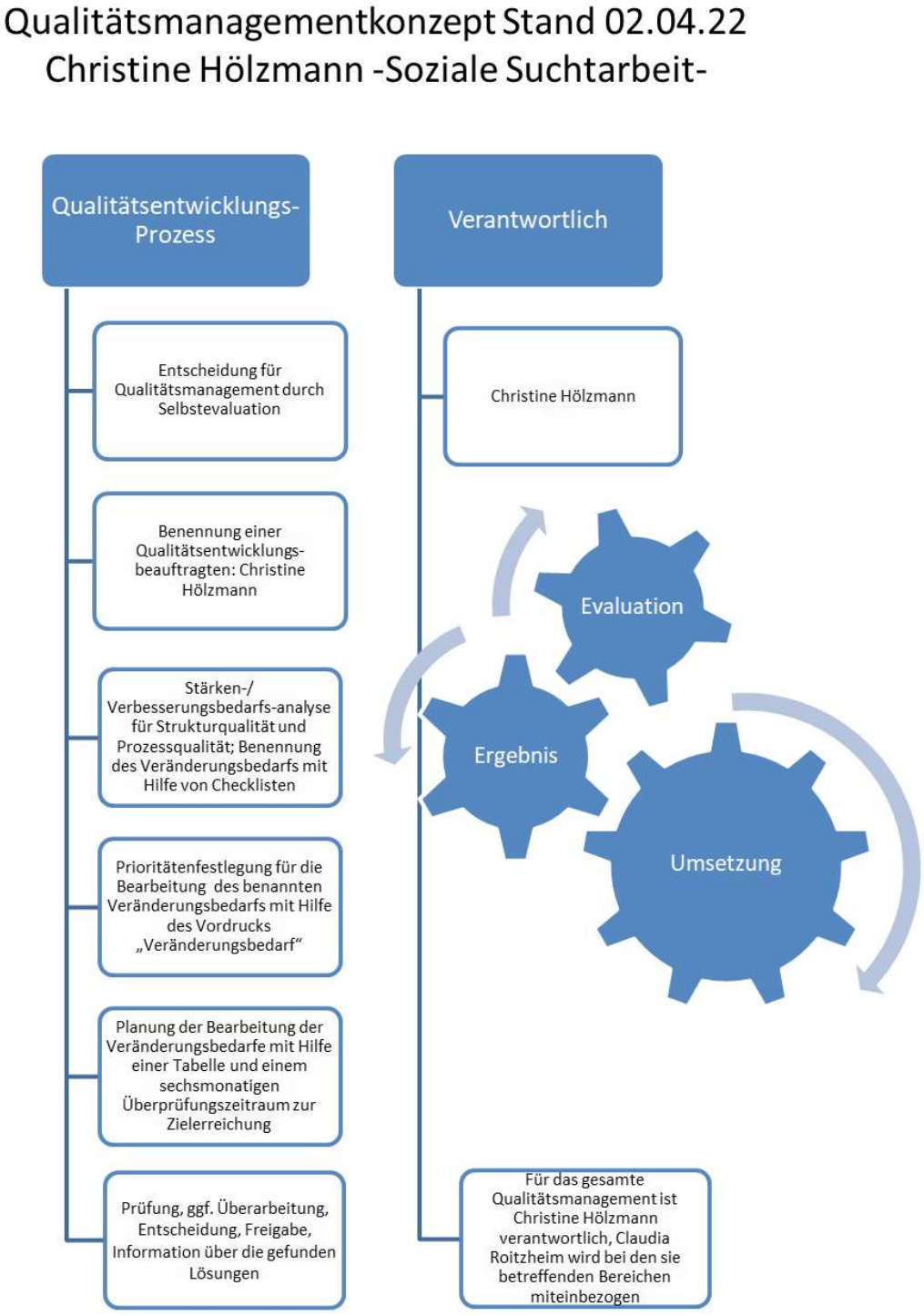
1: erreicht, 2: teilweise erreicht, 3: in Bearbeitung, 4: nicht erreicht.

Die Möglichkeit einer Gesamtauswertung für den gesamten Betrieb ist nun im BEWO-Planer möglich. Einmal jährlich wird die Wirkung / Zielerreichung für alle Klient*innen ausgewertet.

Diese Auswertung genügt den Ansprüchen empirischer Sozialforschung nicht. Sie sagt wenig über die Wirksamkeit der Assistenzleistungen aus. Die Ziele sind höchst unterschiedlich (z.B. Kauf eines Möbelstücks oder Drogenabstinenz) und die Faktoren die auf die Erreichung der Ziele Einfluss nehmen sind vielfältig (z.B. soziale Unterstützung, intrinsische Motivation, Verlauf der Erkrankungen, unerwartete Life-Events oder Qualität der Assistenzleistungen). Die Auswertung wurde vorgenommen, da sie vom LVR gefordert wird. Sie kann hilfreich sein um zu überprüfen, ob die Ziele personenzentriert, also passend gewählt worden sind.

vgl. Boecker, M. und Weber, M. (2021): Wie lässt sich die Wirksamkeit von Eingliederungshilfe messen?, Sozialwissenschaftliche Anregungen von Michael Boecker und Michael Weber, Soziale Arbeit kontrovers (SAk) 26, Verlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V., Berlin.

Qualitätsmanagementkonzept



vgl. Hummel U., agke Augsburg (Hrsg.) (2004): Qualitätsentwicklung durch Selbstevaluation, Arbeitshilfen aus der Praxis für die Praxis der Sozialen Arbeit, Freiburg im Breisgau, S. 18

Fortbildungskonzept

Christine Hölzmann – Soziale Suchtarbeit –
Irmgard-Keun-Weg 10
50321 Brühl
Tel: 02232-202654
Mobil: 01520 1866615
hoelzmann@soziale-suchtarbeit.de

Die Inhaberin Christine Hölzmann verfügt über eine fundierte Ausbildung:

05/2002 - 04/2004	Fortbildung: „Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen“, anerkannt nach den Richtlinien der DGS, DBSH und DBfK, Institut für Suchtforschung der Fachhochschule Frankfurt am Main (ISFF), Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich (FOGS), Köln
02/2001 - 09/2003	Postgradualer Masterstudiengang „Suchthilfe“ (suchttherapeutische Weiterbildung mit verhaltens-therapeutischer Orientierung, VDR anerkannt), Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln Master of Science (M.Sc.) in Addiction Prevention and Treatment / Suchttherapeutin KFH NW
09/1995 - 03/1999	Studium der Sozialpädagogik, Fachhochschule Köln Wahlfach: Sozialmedizin und Psychopathologie Thema der Diplomarbeit: „Ärztliche Verschreibung von Heroin und die sozialpädagogische Begleitung“ Diplom: 23.03.1999 seit dem 01.08.2000 staatlich anerkannte Sozialpädagogin

Sie ist geschult in den Methoden des Motivational Interviewings. Die angestellte Fachkraft hat das Bachlorstudium Soziale Arbeit an der IU Internationale Hochschule abgeschlossen und verfügt über langjährige Berufserfahrung in der Eingliederungshilfe.
Fortbildungen finden mindestens jährlich statt. Inhalte der Fortbildungen stehen im direkten Bezug zur Tätigkeit in der Eingliederungshilfe und dienen besonders der Aktualisierung der bestehenden Kenntnisse:

- Aktuelle Entwicklungen in der Suchttherapie und Suchtmedizin
- Umgang mit Konflikten und Gewalt
- Neuerungen in der Behandlung von psychischen Erkrankungen, Vertiefung der Kenntnisse zu einzelnen Krankheitsbildern
- Umgang mit Stress und Prophylaxe von Überlastungssituationen in der Arbeit
- Methoden der Gesprächsführung
- Neuerungen / Vertiefungen im Bereich Sozialrecht, Gewaltschutz, Qualitätssicherung
- Veränderungen im Bereich Antragsstellung, Bedarfsermittlung, ICF etc.

Beschwerdemanagement

Christine Hölzmann – Soziale Suchtarbeit –
Irmgard-Keun-Weg 10
50321 Brühl
Tel: 02232-202654
Mobil: 01520 1866615
hoelzmann@soziale-suchtarbeit.de

Zielsetzung
Das Ziel des Beschwerdemanagements für Klient*innen ist, Gründe für berechtigte Beschwerden beseitigen zu können, und entsprechende Vorkehrungen für die Zukunft treffen zu können. Insgesamt sollen so die Leistungen zum selbstbestimmten Wohnen verbessert werden.

Information / Kommunikation
Voraussetzung für ein erfolgreiches Beschwerdemanagements ist, dass die Klientin/der Klient weiß, dass (berechtigte) Beschwerden möglich und erwünscht sind. Hierfür ist es ebenfalls erforderlich, dass kommuniziert wird, dass nicht die Suche nach einem Schuldigen im Mittelpunkt steht, sondern die grundsätzliche Lösung der jeweiligen Probleme. Bei der Aufnahme von neuen Klient*innen wird diesen das Vorgehen beim Beschwerdemanagement erläutert.

Beschwerdeformen / Beschwerdeinstrumente
Die Beschwerde kann persönlich oder schriftlich abgegeben werden. Wenn ein persönliches Gespräch gewünscht wird, kann jede Klientin/jeder Klient einen Termin mit der jeweiligen Mitarbeiterin vereinbaren, bei dem sie oder er sich beschweren möchte. Diese Mitarbeiterin erstellt dann den Beschwerdebogen. Zusätzlich steht auch die Inhaberin im Bedarfsfall für klärende Sachverhalte zur Verfügung. Ist auf diesem Wege keine Einigung erzielbar, hat die Klientin/der Klient die Möglichkeit sich bei einer übergeordneten Stelle zu beschweren. Entsprechende Kontaktdaten werden zur Verfügung gestellt.

Vertraulichkeit / Anonymität
Wird Vertraulichkeit gewünscht, wird diese gewährt. Allerdings mit dem Hinweis an die Beschwerdeführerin/den Beschwerdeführer, dass unter diesen Umständen eine Lösung des aktuellen Problems erschwert werden kann.
Außerdem ist es möglich sich anonym zu beschweren. Anonyme Beschwerden können postalisch an die Geschäftsstelle gerichtet werden.

Bearbeitungsprozess von Beschwerden
Grundsätzlich wird jede eingehende Beschwerde ernst genommen und bearbeitet.
Die Bearbeitungszeit für Beschwerden beträgt höchstens 14 Tage. In Ausnahmefällen (andere Dringlichkeit, Urlaub, Krankheit etc.) sind anders lautende Vereinbarungen möglich. Unter Einhaltung dieser Frist muss eine Rückmeldung an die Beschwerdeführerin / den Beschwerdeführer erfolgen. Die Rückmeldung erfolgt in der Regel in einem persönlichen Gespräch oder einem Telefonat mit der Inhaberin.
Eventuelle Präventionsmaßnahmen werden in jedem Einzelfall geprüft. Das Ergebnis der Bearbeitung der Beschwerde wird auf dem Beschwerdebogen dokumentiert.

Evaluation der Beschwerden
Die Gesamtheit der Beschwerden soll halbjährlich durch die Inhaberin ausgewertet werden. Das Ergebnis wird im Team bekannt gegeben und diskutiert. In diesem Rahmen

erfolgt auch die Weiterentwicklung des Konzeptes zum Beschwerdemanagement für Klient*innen.

Kontakt
Wenn Sie Beratung brauchen oder Beschwerden haben, die sich nicht direkt mit unseren Mitarbeiterinnen klären lassen, können Sie sich selbstverständlich an die Inhaberin wenden:

Christine Hölzmann – Soziale Suchtarbeit -
Irmgard-Keun-Weg 10
50321 Brühl
Tel: 02232-202654
Mobil: 01520 1866615
hoelzmann@soziale-suchtarbeit.de

Nachfolgend sind einige Anschriften und Telefonnummern von Institutionen aufgeführt, an die Sie sich auch wenden können:

Beschwerderat PSAG Rhein-Erft-Kreis
Bonnstr. 195
50354 Hürth
Mobil: 0157 / 39442249
E-Mail: beschwerderat-rhein-erft@web.de

Zuständiger Kostenträger

Landschaftsverband Rheinland
Dezernat 7
50663 Köln
Tel: 0221/ 809 – 0
E-Mail: beschwerden@lvr.de

Örtliche Verbraucherberatung

Verbraucher Zentrale NRW e.V.
Beratungsstelle Brühl
Carl-Schurz-Str. 1, 50321 Brühl
Tel: 02232/ 20 68 7

Ombudsperson der Pflege und Eingliederungshilfe im Rhein-Erft-Kreis

Frau May: 0176 66883200
E-Mail: ombudspersonen@rhein-erft-kreis.de

Stand: 20.12.2024

Datenschutzkonzept

Christine Hölzmann – Soziale Suchtarbeit –
Irmgard-Keun-Weg 10
50321 Brühl
Tel: 02232-202654
Mobil: 01520 1866615
hoelzmann@soziale-suchtarbeit.de

Einleitung

Christine Hölzmann –Soziale Suchtarbeit- ist bereits seit dem Beginn unter den geltenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen tätig. Am 25.05.2018 trat die neue EU Datenschutzgrundverordnung in Kraft. Bezüglich dieser haben wir Ihnen gegenüber eine Informationspflicht.

Für uns ist es eine Selbstverständlichkeit, sensibel mit Ihren personenbezogenen Daten umzugehen. Alle Daten, insbesondere personenbezogene Daten, die Sie uns anvertrauen, werden streng vertraulich und ausschließlich für deren Zweck unter Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen verarbeitet.

Mit unserer nachstehenden Datenschutzrichtlinie möchten wir alle Mitarbeiter*innen, rechtlichen Betreuer*innen, Klient*innen, alle sonstigen Vertragspartner sowie Bewerber*innen über die neue EU Datenschutzverordnung informieren.

Es geht nachfolgend darum, wie wir mit personenbezogenen Daten umgehen, welche Daten wir erheben, speichern und bearbeiten, zu welchen Zwecken wir dies vornehmen, wie wir diese Daten verwenden und welche Daten wir an verarbeitende Stellen weitergeben. Ferner werden betroffene Personen mittels dieser Datenschutzerklärung über die ihnen zustehenden Rechte aufgeklärt.

Rechtsgrundlage

Grundsätzlich dürfen und werden wir personenbezogene Daten nur verarbeiten, wenn eine der nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die betroffene Person hat ihre Einwilligung zu der Verarbeitung gegeben.
- Die Verarbeitung ist für die Erfüllung eines Vertrages, zu dem die betroffene Person gehört, oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen erforderlich.
- Die Verarbeitung basiert auf einer rechtlichen Verpflichtung der wir unterliegen.
- Die Verarbeitung ist erforderlich, um lebenswichtige Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person zu schützen.
- Die Verarbeitung ist für die Wahrnehmung einer Aufgabe erforderlich, die im öffentlichen Interesse steht.
- Die Verarbeitung ist zur Wahrung der berechtigten Interessen der Verantwortlichen oder einer dritten Person erforderlich, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten bzgl. personenbezogener Daten der betroffenen Person, überwiegen.

Alle der oben aufgeführten Gesetzesauszüge sind der DSGVO Art. 4 Nr. 11, Art. 6 Abs. 1 und Art. 7 zu entnehmen.

Name und Anschrift der Verantwortlichen

Christine Hölzmann
- Soziale Suchtarbeit -
Irmgard-Keun-Weg 10
50321 Brühl
Tel: 02232-202654
Fax: 02232-202655
E-Mail: hoelzmann@soziale-suchtarbeit.de
www.soziale-suchtarbeit.de

Datenschutzbeauftragte: Christine Hölzmann

Personenbezogene Daten
Um unseren gesetzlichen Pflichten nachkommen zu können, müssen wir eine Vielzahl personenbezogener Daten verarbeiten. Dies können Daten sein wie:

- Vor- und Zunamen, Geburtsort u. -datum, Geschlecht, Alter, Familienstand
- Kontaktdaten (postalisch, telefonisch, E-Mail, Portale), IP-Adressen
- Lebenslauf, Fotos, berufliche Erfahrungen und Stationen, Projekte, Tätigkeiten u. Schwerpunkte
- Zeugnisse, Referenzen, Führungszeugnisse (soweit notwendig)
- Ausbildung, Bildungsstand, Akademische Grade, Skills (Kompetenzen), Einsatzgebiete, Sprachkenntnisse
- Personalausweisnummer, Sozialversicherungsnummer/ Steuer-ID, Krankenkassen- und Rentenversicherungsdaten, Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsstatus, Führerscheinklassen
- Personalnummer, Vergütung, Gehaltsdaten, Gesundheitsdaten, Bankdaten, Arbeits- und Urlaubszeiten
- Zusätzliche Informationen, die von Ihnen zur Verfügung gestellt werden, z.B. Interessen, Hobbys etc.

Besondere personenbezogene Daten
Unter dem Begriff „besondere personenbezogene Daten“ versteht man Daten, die von der grundsätzlichen Verarbeitung ausgeschlossen sind, z.B. Gesundheitsdaten.

Besondere personenbezogene Daten dürfen nur unter gewissen Umständen verarbeitet werden vgl. DSGVO Art. 9 Abs. 2 (a-j), beispielsweise muss die betroffene Person ihre ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung der Daten gegeben haben.

Gesundheitsdaten sind individuelle medizinische Informationen. Diese beinhalten z.B. Diagnosen, Vorerkrankungen oder auch Notizen von Ärzt*innen oder Psycholog*innen.

Datenherkunft
In der Regel verarbeiten wir nur Daten, die Sie uns direkt zur Verfügung gestellt haben. Wir verarbeiten auch personenbezogene Daten aus dritter Quelle, wenn uns diese rechtskonform zur Verfügung gestellt werden, beispielsweise durch ein polizeiliches Führungszeugnis.

Zweck der Verarbeitung gemäß Art. 6 DSGVO
Der Zweck unserer Verarbeitung richtet sich stets nach der Personengruppe, der Sie angehören.

- Arbeitnehmer*in: Wir verarbeiten Ihre Daten zum Zweck der Erfüllung unserer Pflichten als Arbeitgeber*in aus dem zwischen Ihnen und uns bestehenden Dienstverhältnis.
- Bewerber*in: Wir verarbeiten Ihre Daten, um einen reibungslosen Ablauf des Bewerbungsverfahrens bzw. des sich zwischen Ihnen und uns anbahnenden Vertragsverhältnisses zu gewährleisten. Des Weiteren können Daten Dritter verarbeitet werden, siehe „Datenherkunft".
- Klient*in / Vertragspartner*in: Wir verarbeiten Ihre Daten, um ein problemloses Dienstleistungsverhältnis zwischen Ihnen und uns zu führen. Die Zusammenarbeit erfordert die Erhebung von personenbezogenen Daten, diese können auch der Kategorie der „besonderen personenbezogenen Daten" angehören.

Löschung und Sperrung von personenbezogenen Daten
Wir verarbeiten und speichern personenbezogenen Daten grundsätzlich nur für den erforderlichen Zeitraum von 10 Jahren, oder sofern dies durch den Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber oder einen anderen Gesetzgeber in Gesetzen oder Vorschriften, welchen wir unterliegen, vorgesehen wurde.

Entfällt der Speicherzweck oder läuft eine vorgeschriebene Speicherfrist (z.B. gesetzl. Aufbewahrungsfristen) ab, werden die personenbezogenen Daten routinemäßig und entsprechend den gesetzlichen Vorschriften von uns gesperrt oder gelöscht. (Excel-Tabelle).

Aktualität und Änderungen der Datenschutzbestimmungen
Es kann aufgrund von gesetzlichen oder technischen Entwicklungen notwendig werden unsere Verfahren bezüglich Datenschutzes anzupassen oder zu verändern.

In besagtem Änderungsfall gilt Ihre Einwilligung fort. Es sei denn, Sie widersprechen der Änderung ausdrücklich.

Wir werden Sie über Änderungen stets durch Mitteilungen unseres Datenschutzbeauftragten oder Veröffentlichungen auf unserer Website informieren.
Sollten die Änderungen von erheblichem Ausmaß sein, werden wir Sie erneut um die Einwilligung in die geänderten Datenschutzbestimmungen bitten.

Im Fall einer nicht erteilten oder widerrufenen Einwilligung sind wir berechtigt, die Verträge bzw. das bestehende Verhältnis mit Ihnen fristlos zu kündigen.

Gültigkeit
Diese Datenschutzerklärung gilt ab ihrer Bekanntgabe für unbestimmte Zeit. Durch Bekanntgabe einer Nachfolge-Datenschutzerklärung wird die Gültigkeit dieser Datenschutzerklärung aufgehoben.
Bekanntgabe der aktualisierten Fassung am: 02.11.2022

Ihre Rechte als Betroffene / als Betroffener
Sie haben gegenüber uns als verarbeitende Stelle folgende Rechte:

- Auskunftsrecht über Ihre bei uns verarbeiteten personenbezogenen Daten
- Recht auf Löschung und das Recht auf „Vergessenwerden"
- Recht auf Datenübertragbarkeit
- Recht auf Widerruf einer bereits erteilten datenschutzrechtlichen Einwilligung unter Beachtung der oben genannten Mitwirkung für die Zukunft

- Recht auf transparente Information über den Umgang mit Ihren bei uns verarbeiteten personenbezogenen Daten
- Recht zur Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für Datenschutz

Stellenbeschreibung Leitung

Christine Hölzmann -Soziale Suchtarbeit-, Irmgard-Keun-Weg 10, 50321 Brühl

Leitung / Verwaltung:

- Einrichtungsleitung und Organisation
- Verwaltung Finanzen, Personal, Betriebsmittel (Büro, Fahrzeuge, Internet, Telefon, Hardware, Software etc.)
- Öffentlichkeitsarbeit, Sozialraumarbeit, Vernetzung, Kooperation mit dem Hilfesystem
- Zusammenarbeit mit den Kostenträgern
- Erstellung, laufende Überarbeitung Leitbild und Fachkonzept
- Personalführung und Entwicklung
- Buchführung, Lohnbuchhaltung, Zusammenarbeit mit dem Steuerberater
- Gewaltschutz
- Fortbildung
- Supervision
- Teilnahme an Arbeitskreisen, Mitarbeit bei Faba e.V., kollegiale Supervision mit anderen Leistungsanbieter*innen
- Qualitätsmanagement
- Laufende Information über die Entwicklungen in der Eingliederungshilfe, Literaturstudium, Information über rechtliche Aspekte auch in angrenzenden Gebieten

Aufgaben als Fachkraft (siehe Stellenbeschreibung Fachkraft):

- Gestaltung des Aufnahmeverfahrens
- Bedarfsermittlung
- Durchführung der qualifizierten Assistenz
- Dokumentation
- Entlassmanagement

Stellenbeschreibung Fachkraft

Christine Hölzmann, - Soziale Suchtarbeit -, Irmgard-Keun-Weg 10, 50321 Brühl

Bezeichnung der Stelle: Fachkraft für qualifizierte Assistenz
Funktion: Fachkraft im Bereich Leistungen zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderung
Vorgesetzte: Leitung ist Christine Hölzmann.

Kernaufgaben und Tätigkeiten: Befähigung der Klient*innen zur selbständigen und eigenständigen Alltagsbewältigung. Die Fachkraft hat damit die Aufgabe sich in die Rolle der Betroffenen hineinzuversetzen und eine vertrauensvolle gleichberechtigte Arbeitsbeziehung aufzubauen. Zwei Bereiche fallen aufgrund der Komplexität ausschließlich unter die qualifizierte Assistenz: Die individuelle Lebensplanung und die Gestaltung sozialer Beziehungen (vgl. Konrad 2019).

Die Assistenzleistungen orientieren sich am individuellen Bedarf und sind damit personenzentriert. Hier einige Beispiele für häufige Assistenzleistungen:

- Assistenz bei den Aktivitäten des alltäglichen Lebens,
- praktische Unterstützung bei der Haushaltsorganisation,
- Erhaltung und Vermittlung von adäquatem Wohnraum,
- Unterstützung bei der sozialen Kontaktpflege zu Bezugspersonen und anderen Hilfspersonen aus dem sozialen Umfeld,
- Unterstützung zur Entwicklung von Konfliktbewältigungsstrategien,
- Beratung bei der Lebensplanung, Reflexion der eigenen Lebenssituation (z.B. Genogramm-Arbeit, Netzwerkkarten),
- Unterstützung und Begleitung bei allen sozialrechtlichen Belangen, Finanz- und Behördenangelegenheiten,
- Hilfe bei der Beantragung erforderlicher zusätzlicher Hilfen,
- Assistenz bei Qualifizierungsmaßnahmen, Vermittlung in Arbeit oder Ausbildung,
- Unterstützung bei der Freizeit- und Urlaubsgestaltung,
- Hilfe bei der Überwindung behinderungsspezifischer Probleme,
- Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge und Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung,
- Beratung, Motivationsförderung und Begleitung im Bereich Ernährung und Bewegung (z.B. Begleitung bei Spaziergängen),
- Krisenintervention: gute Erreichbarkeit, nachgehende Arbeit in kritischen Lebensphasen, Begleitung zu Psychiater*innen, Erstellung von Notfallplänen, Kooperation mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuer*innen, Einschätzung von Suizidalität und Gefährdung anderer, Vermittlung in Kliniken, notfalls Bestellung eines Rettungswagens oder Einleitung von Maßnahmen nach dem PsychKG mit Hilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes,
- Förderung der Veränderungsmotivation bezüglich der Reduktion oder Beendigung des Substanzkonsums,
- Interventionen und Safer-Use-Beratung bei riskantem Suchtmittelkonsum,

- Vermittlung von notwendigen suchttherapeutischen Hilfen,
- Vermittlung von Informationen über bestehende psychische Erkrankungen,
- Einleitung psychiatrischer Diagnostik, Vermittlung psychiatrischer Hilfen und Psychotherapie,
- Förderung der Compliance bei der Medikamenteneinnahme und Teilnahme an Psychotherapie,
- Integration in das bestehende Hilfesystem.

Hinsichtlich des skizzierten Aufgabenbereichs kommt der Fachkraft eine koordinierende Funktion zu. Sie übernimmt die Fallführung und gewährleistet die Betreuungskontinuität. In Zusammenarbeit mit den Klient*innen sind Zwischenschritte zu planen, um die zur Bewältigung der selbständigen Lebensführung notwendige Alltagsstruktur zu entwickeln, aufrecht zu erhalten und zu fördern.

Die Assistenz wird vorwiegend im unmittelbaren Lebensbereich geleistet. Die Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, der Psychiatrie und der ambulanten oder stationären Suchthilfe, zu denen die Klient*innen Kontakt haben, ist integraler Bestandteil des Case Managements.

Die Klient*innen werden alltagsnah unterstützt, die Organisation der Assistenz, die Analyse des zielgerichteten Bedarfs und deren praktische Umsetzung erfolgt auf Basis der Gesamtplanung, der Bedarfsermittlung mit Antragsstellung und nach dessen Genehmigung. Der Schwerpunkt der Assistenz liegt in der aufsuchenden Unterstützung, also in der häuslichen Umgebung oder im Umfeld der Klient*innen. Die Assistenz kann jedoch auch Gruppenaktivitäten und Beratungen im eigenen Büro umfassen. Soziale Bezugspersonen werden je nach individueller Situation beteiligt. Der Sozialraum wird miteinbezogen: Die Assistenz kann auch in Cafés, Lebensmittelgeschäften, in der Natur und in der Stadt stattfinden.

Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabeplans nach § 19 über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme.

Nebenaufgaben: Führen der Verlaufsdokumentation, Bedarfsermittlung, Arbeitszeitdokumentation, Teilnahme an Teamsitzungen, Fallbesprechungen, Supervisionen und Fortbildungen, Übernahme der Leitungsvertretung

Ziele: Übergeordnetes Ziel ist nach § 1 SGB IX die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung oder für Menschen die von einer Behinderung bedroht sind. Benachteiligungen sind entgegenzuwirken und sollen vermieden werden. Konkret bedeutet das nach § 4 SGB IX Abs. 1 Leistungen zur Teilhabe sollen die Behinderung abwenden, beseitigen, mindern, die Verschlimmerung verhüten und ihre Folgen mildern. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit sollen vermieden, überwunden und gemindert werden. Eine Verschlimmerung ist zu verhüten. Der vorzeitige Bezug von anderen Sozialleistungen ist zu vermeiden und laufenden Sozialleistungen sollen reduziert werden.

Kompetenzen: Persönliche Eignung für das Arbeitsfeld, Berufserfahrung, professioneller Umgang mit Nähe und Distanz, Kenntnis der Konzepte und Verfahrensweisen, Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung, Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses, abgeschlossene Ausbildung zur Fachkraft

Pflichten: Die Fachkraftkraft ist gewillt und verpflichtet, die ihr übertragenen Aufgaben, die sich aus dem Gesamtplan ergeben gewissenhaft zu erfüllen. Sie stimmt der Selbstverpflichtung zum Thema Gewaltschutz zu. Bei Arbeitsunfähigkeit und besonderen

Vorkommnissen wird umgehend die Leitung informiert. Sie verpflichtet sich zur Verschwiegenheit.

Stellenbeschreibung Ergänzungskraft

Christine Hölzmann, - Soziale Suchtarbeit -, Irmgard-Keun-Weg 10, 50321 Brühl

Bezeichnung der Stelle: Ergänzungskraft für unterstützende Assistenz
Funktion: Ergänzungskraft im Bereich Leistungen zur sozialen Teilhabe für Menschen mit Behinderung
Vorgesetzte: Leitung ist Christine Hölzmann. Sie ist Fachkraft und übernimmt die Fallverantwortung. Die Ergänzungskraft arbeitet unterstützend mit einem geringen Stundenanteil.

Kernaufgaben und Tätigkeiten: Unterstützende Assistenzleistungen nach § 78 SGB IX beinhalten die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.

Die Leistungsberechtigten entscheiden auf der Grundlage des Teilhabeplans nach § 19 über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme.

Nebenaufgaben: Führen der Verlaufsdokumentation, Teilnahme an Teamsitzungen, Arbeitszeitdokumentation, Fallbesprechung, Teilnahme an Supervisionen und Fortbildungen

Ziele: Übergeordnetes Ziel ist nach § 1 SGB IX die Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft für Menschen mit Behinderung oder für Menschen die von einer Behinderung bedroht sind. Benachteiligungen sind entgegenzuwirken und sollen vermieden werden. Konkret bedeutet das nach § 4 SGB IX Abs. 1 Leistungen zur Teilhabe sollen die Behinderung abwenden, beseitigen, mindern, die Verschlimmerung verhüten und ihre Folgen mildern. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit sollen vermieden, überwunden und gemindert werden. Eine Verschlimmerung ist zu verhüten. Der vorzeitige Bezug von anderen Sozialleistungen ist zu vermeiden und laufenden Sozialleistungen sollen reduziert werden.

Kompetenzen: Persönliche Eignung für das Arbeitsfeld, Berufserfahrung, professioneller Umgang mit Nähe und Distanz, Kenntnis der Konzepte und Verfahrensweisen, Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung, Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses

Pflichten: Die Ergänzungskraft ist gewillt und verpflichtet, die ihr übertragenen Aufgaben, die sich aus dem Gesamtplan ergeben gewissenhaft zu erfüllen. Sie stimmt der Selbstverpflichtung zum Thema Gewaltschutz zu. Bei Arbeitsunfähigkeit und besonderen Vorkommnissen wird umgehend die Leitung informiert. Sie verpflichtet sich zur Verschwiegenheit.