



THERAPIEHILFE
BREMEN

Ambulante Betreuungen im eigenen und trügereigenen Wohnraum

(Hof Düring, Therapiehilfe Bremen gGmbH)

Verfasserin: Janina Tessloff

April 2017

Inhaltsverzeichnis

0. Vorwort
1. Der Träger
2. Krankheitsbild der Abhängigkeit
3. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)
4. Beeinträchtigungen der psychischen Funktionen, Körperfunktionen und Körperstrukturen
 - 4.1 Beeinträchtigungen der Aktivitäten
 - 4.2 Beeinträchtigungen der Teilhabe
 - 4.3 Einfluss der Kontextfaktoren
5. Das ambulant betreute Wohnen
 - 5.1 Rahmenbedingungen und Rechtsgrundlage
 - 5.2 Der Kostenträger
 - 5.3 Der Personenkreis
 - 5.4 Zielsetzungen
 - 5.5 Bewerbung und Aufnahme
 - 5.6 Leistungen
 - 5.7 Kooperationen/Schnittstellen
6. Qualitätsmanagement
7. Grundlagen der Vergütung

0. Vorwort

Zu Beginn des Jahres 2015 eröffnete Therapiehilfe Bremen gGmbH die stationäre Einrichtung zur Wiedereingliederung chronisch mehrfach beeinträchtigter Menschen auf dem Hof Düring im gleichnamigen Ortsteil des Gemeinde Loxstedt. Mit den Grundlagen der Konzepte der therapeutischen Gemeinschaft, welche die Suchtkrankenhilfe lange Zeit geprägt haben und an denen sich auch Therapiehilfe Bremen gGmbH für diese Wohnform orientiert, greifen wir sowohl die Bedürfnisse nach Geborgenheit, sicheren Bindungserfahrungen, Orientierung, Selbstwerterhöhung, Teilhabe, dem Streben nach Lustgewinn und Unlustvermeidung auf als auch die nach professioneller Hilfe. Unser Bemühen gilt einem offenen, vertrauensvollen Miteinander auf der Grundlage gegenseitiger Wertschätzung. Eine wohlwollende Atmosphäre, ein gutes Milieu und tragfähige Beziehungen sollen persönliches Wachstum, Entfaltung und menschliche Reifung ermöglichen. Eines der wichtigsten Fundamente dieser Arbeit liegt dabei in der Beziehung zwischen den BewohnerInnen und Mitarbeitenden, aus der heraus die BewohnerInnen den Mut und die Bereitschaft entwickeln können, sich auf notwendige Stabilisierungs-, Wachstums- und Veränderungsprozesse einzulassen. Relativ wenig festgeschriebene Regeln, ein wachsendes Maß an individueller Selbstbestimmung im Alltag sowie eine enge Anbindung an die Realität außerhalb der Einrichtung unterstützen die BewohnerInnen, eigene Potentiale zu entwickeln und sich in ihren Möglichkeiten auszuprobieren.

Bereits im zweiten Jahr des Bestehens und erfolgreicher Arbeit stellt sich deutlich der Bedarf nach einer Nachbetreuung im Sinne einer ambulanten Betreuung heraus. Einige BewohnerInnen fühlten sich zwar aus dem stationären Setting herausgewachsen, aber noch nicht dem selbständigen Leben außerhalb von Betreuungskontexten gewachsen. So entstand die Nachfrage nach einer betreuten Wohnform, die den nächsten Schritt in der Erlangung von Teilhabefähigkeit darstellt: die ambulante Betreuung im eigenen oder trügereigenen Wohnraum. In Absprache mit dem Niedersächsischen Landessozialamt soll auch die Teilnahme an der Tagesstruktur auf dem Hof Düring als Zwischenschritt, oder in Einzelfällen als Möglichkeit einer sinnvollen Tagesstruktur für unabhärbare Zeit, vereinbart werden können.

1. Der Träger

Der Träger *Therapiehilfe Bremen gGmbH* arbeitet seit über 30 Jahren mit suchtmittelabhängigen Menschen in Niedersachsen und Bremen.

Er bietet ambulant und stationär betreutes Wohnen, eine Notunterkunft und arbeitsweltbezogene Projekte an.

Der Träger fühlt sich der fachlichen Umsetzung der UN-BRK aus 2006 verpflichtet. Suchtkranke Menschen zählen hier zu den Menschen mit seelischen Behinderungen. Diese Sichtweise greift auch das Bundesteilhabegesetz auf.

Dies bedeutet für das ambulante betreute Wohnen der suchtkranken Klientel insbesondere folgendes:

- Befähigung des suchtkranken Menschen, in einem weitgehend normalen sozialen Kontext von seinen Ressourcen Gebrauch zu machen und sich so weit als möglich unabhängig von Unterstützungsmaßnahmen zu machen.
- Die Teilhabefähigkeit am gesellschaftlichen Leben durch Unterstützung bei der Überwindung von mit der Krankheit zusammenhängenden Barrieren zu ermöglichen.
- Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten zu ermöglichen und das Selbsthilfepotenzial zu stärken.
- Die Motivierung hin auf das Ziel der Suchtmittelabstinenz bzw. das Hinwirken auf die Reduzierung des Suchtmittelkonsums (Ausstiegsorientierung).

2. Krankheitsbild der Abhängigkeit

Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit wird in Anlehnung an die WHO – Definition als ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung durch ein zentral nervös wirkendes Mittel verstanden, welches zu seelischer und/oder psychosomatischer Abhängigkeit führt, wodurch das Individuum, in vielen Fällen auch die Gesellschaft, geschädigt wird.

Suchtentstehung wird also mehrdimensional in einem bio-psycho-sozialen Modell erklärt.

Als *Suchterkrankung* bezeichnen wir das unwiderstehliche Verlangen nach (weiterer) Einnahme der betreffenden psychotropen Substanzen (psychische Abhängigkeit) und Toleranzsteigerung sowie Entzugserscheinungen bei Absetzung der psychotropen Substanz (physische Abhängigkeit).

Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Andere Werte und Ziele treten dahinter zurück. Es beeinträchtigt die Entwicklung der Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen eines Individuums.

Sucht entwickelt sich dabei aus einem Zusammenspiel von Drogeneinwirkung, betroffener Persönlichkeit und Umwelteinflüssen. Auf jeder dieser Ebenen finden wir sowohl Schutzfaktoren als auch Risikofaktoren.

Schutzfaktoren sind u.a.:

- Möglichkeit an Teilhabe und Integration in der Gesellschaft und in den Gemeinde (Bildung,
- Arbeit, Einkommen)
- positive Werte und Normen und deren Umsetzung
- positives Lernklima, kohärente Werte und Normen
- stabile, gute Bindungen zu den Eltern; kohärenter Erziehungsstil
- kognitive Kompetenzen
- soziale und emotionale Kompetenz

Risikofaktoren sind zum Beispiel:

- geringer sozialer Zusammenhalt, mangelnde soziale Kontrolle
- eine ungünstige soziale Ausgangslage (dysfunktionale Familien, Suchtproblematik in der Familie)
- desorganisierte Schule, unklare Normen, Schulversagen
- Fehlen einer tragfähigen Bindung zu den Eltern
- Geringe Impulskontrolle, mangelnde soziale, kognitive und emotionale Kompetenzen
- Frühe Auffälligkeiten und Problemverhalten
- Genetische Risikofaktoren
- Missbrauchs- und Gewalterfahrungen
- Leichte Erhältlichkeit von Substanzen

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF- siehe unten) beschreibt diese Faktoren als Kontextfaktoren, die maßgeblich dazu beitragen, ob ein Mensch mit Beeinträchtigungen in seiner Entwicklung und Lebensführung als behindert anzusehen ist.

Vermeintlich positives Erleben mittels psychotroper Substanzen bedingt ebenso einen Drang zur Wiederholung wie das chemisch induzierte Lösen von Angst und Spannungszuständen. Das Rauschmittel wirkt konfliktverdrängend und rückt in den Mittelpunkt des Lebensinteresses. Faktoren der Persönlichkeit und des sozialen Umfeldes treten in den Hintergrund. Besonders häufig findet man daher in der Vorgeschichte von Suchtkranken einen vergleichsweise hohen Anteil an psychischen Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen (komorbide psychische Erkrankungen). Empfindsame, selbstunsichere, stimmungslabile und auch traumatisierte Menschen weisen ebenfalls einen hohen Gefährdungsgrad auf.

Schutzfaktoren tragen zur Verbesserung und zum Erhalt von Wohlbefinden und Lebensqualität bei, indem sie die Wirkung von Risikofaktoren vermindern (Puffereffekt). Allerdings können nicht alle Risiko- und Schutzfaktoren in gleichem Masse beeinflusst werden. So sind zum Beispiel Persönlichkeitseigenschaften nur schwierig veränderbar. Die Schutzfaktoren "gute, stabile Beziehung zu den Eltern; kohärenter Erziehungsstil" können aber durchaus im Fokus einer Präventionsmaßnahme stehen oder sich z.B. in der Bindungsqualität einer betreuerischen Maßnahme deutlich machen. D.h. Betreuung in der Suchtarbeit setzt sinnvollerweise dort an, wo es möglich ist, Schutzfaktoren zu etablieren oder zu stärken. Das damit verbundene positive Erleben des Klienten ohne die Einwirkung des Suchtmittels erhöht die Selbstwirksamkeitserfahrung des Betroffenen und führt zu einer gestärkten Veränderungsmotivation.

3. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Nach dem bio-psycho-sozialen Modell sind alle lebenden Systeme - und so auch der Mensch - von einem „Netz aus Beziehungsfeldern“ umspinnen, welches aus einem ständigen Nachrichtenaustausch mit der Umgebung besteht und den Organismus wie eine zweite Haut umgibt. Die „Fäden“, aus denen dieses Beziehungsnetz besteht, müssen auf der sozialen, der psychischen und der somatischen Ebene kontinuierlich neu „gesponnen“ und miteinander verwoben werden, wenn das Individuum „ganz“ bzw. „gesund“ bleiben soll. Die konkreten Beziehungen eines Menschen zu den Mitmenschen seiner Umgebung, zu seiner Familie und zu seinem Freundeskreis, aber auch zu seinem sozialen und beruflichen Umfeld sind somit nicht nur integrierende Bestandteile seiner Persönlichkeit, sondern auch mitverantwortlich bei der Aufrechterhaltung von Gesundheit und der Entstehung von Krankheit. V. Uexküll & Wesiack (1997, S. 47) schlussfolgern: „Die Qualität dieser Beziehungen entscheidet über sein [des Menschen] Befinden und seine Gesundheit. ‚Objektverluste‘, d.h. der Verlust der Beziehung zu Menschen, die uns viel bedeuten, oder der Verlust einer Position, die unsere Beziehungen zur Welt stabilisierte, sind ‚narzisstische Kränkungen‘: Sie verletzen unser Selbst und bedrohen unsere Gesundheit.“ Oder anders: „Beziehung erzeugt Gesundheit und ermöglicht Kranken ein Maximum der ihnen noch möglichen Autonomie. Beziehungsstörung macht krank.“ (ebenda)

Dieses ganzheitliche, auf mehreren Ebenen ansetzende Verständnis von Gesundheit und Krankheit bildet auch die Grundlage für die 2001 von der WHO verabschiedeten Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health ICF; 2004), welche im Bereich der medizinischen Rehabilitation eine zunehmend tragende Rolle spielt und ein Kernstück der mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) verbundenen Denkweise bildet. Das mehrdimensionale Konzept von ICF operationalisiert den Begriff der „funktionalen Gesundheit“ als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren). Die verschiedenen Aspekte der funktionalen Gesundheit werden hierbei auf folgenden Ebenen klassifiziert (Schuntermann, 2003):

- a. Auf der Ebene der Körperfunktionen und –strukturen: die körperlichen und mentalen Funktionen einer Person wie seine Körperstrukturen entsprechen allgemein anerkannten statistischen Normen.
- b. Auf der Ebene der Aktivitäten: eine Person tut all das oder kann alles tun, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICD) erwartet wird.
- c. Auf der Ebene der Teilhabe an Lebensbereichen - eine Person kann ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten, wie es von Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird z.B. im Erwerbsleben oder bei der Erziehung.

Nach ICF besteht eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit oder Funktionsfähigkeit, wenn wenigstens in einem der genannten Bereiche eine Beeinträchtigung vorliegt, d. h. eine Funktionsstörung, ein Strukturschaden, eine Einschränkung einer Aktivität oder eine Beeinträchtigung der Teilhabe in einem Lebensbereich (VDR, 2003). Kontextfaktoren d. h. Gegebenheiten der Umwelt oder personenbezogene Faktoren modulieren das Ausmaß der Beeinträchtigung. Insbesondere die Teilhabe an Lebensbereichen kann durch Kontextfaktoren, im Sinne von Barrieren (z. B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze) beeinträchtigt oder im Sinne von Förderfaktoren (z. B. soziale Unterstützung, Ressourcen, Beschäftigung) unterstützt werden.

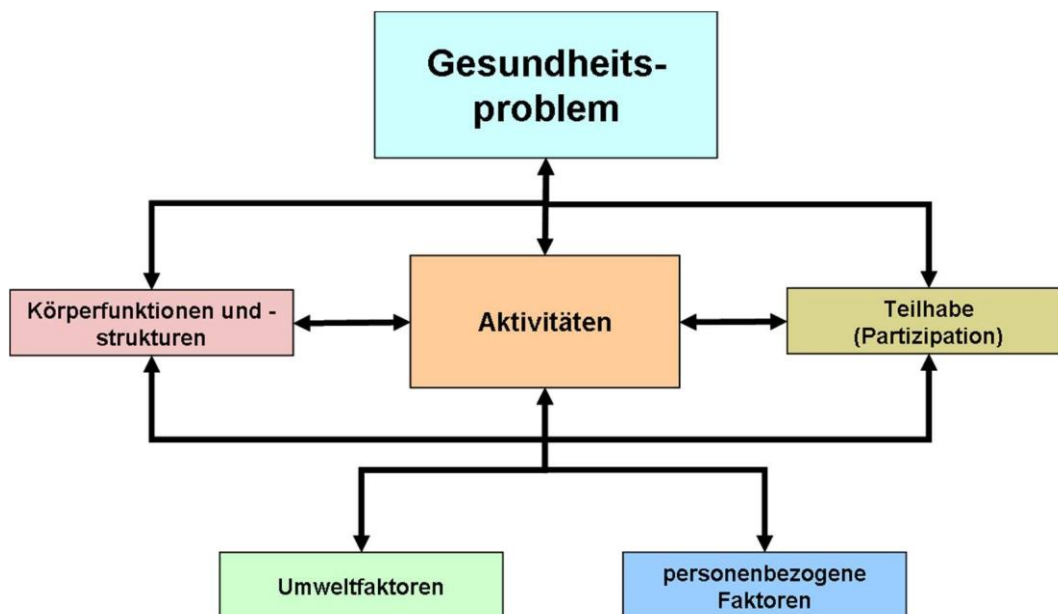


Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell. Komponenten der Gesundheit nach der ICF, VDR 2003

Der Zustand der funktionalen Gesundheit variiert mit dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Jedes Element des in Abbildung 1 dargestellten Modells kann Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme werden.

Auch Abhängigkeitserkrankungen lassen sich nach dem ICF-Modell in ihren höchst unterschiedlichen Entstehungsweisen, ihren sehr verschiedenen Verläufen und ihren multiplen Folgezuständen gut abbilden.

4. Beeinträchtigungen der „psychischen Funktionen“ bzw. „Körperfunktionen und Körperstrukturen“

Psychische und organische Folgen der Suchterkrankung sowie der Abhängigkeit zugrunde liegende Primärerkrankungen können das „psychische Funktionieren“ des Betroffenen in

Ambulante Betreuungen im eigenen Wohnraum unterschiedlichem Maße beeinträchtigen. Außerdem kann es durch die konsumierten Suchtmittel direkt oder indirekt zu Schädigungen der Organfunktionen und -strukturen kommen, die die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen können:

- körperliche Abhängigkeit mit Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen
- Begleit- und Folgeerkrankungen, z.B. Magen-/Darmerkrankungen, Polyneuropathie, Schädigungen des Gehirns (Atrophien, Hirnleistungsminderung, Korsakow-Syndrom), Leber- und Pankreaserkrankungen, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Zahnerkrankungen, allgemeine Abwehrschwäche, Abszesse, Infektionskrankheiten wie HIV-Infektion oder Hepatitis
- psychische Abhängigkeit mit Kontrollverlust und/oder Unfähigkeit zur Abstinenz
- psychische Funktionsstörungen (z.B. Wahrnehmungs-, Denk-, Konzentrations- und Motivationsstörungen)
- Ängste oder Depressionen, Selbstwertzweifel und Vermeidungsverhalten
- psychotische Episoden

4.1 Beeinträchtigungen der Aktivitäten

Bei Abhängigkeitserkrankungen lassen sich oftmals Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten feststellen, die durch die psychischen Primär- und Folgestörungen sowie durch die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen mitbedingt sein können. Diese Beeinträchtigungen beziehen sich u. a. auf:

- Probleme bei der Aufgabenbewältigung, z. B. am Arbeitsplatz
- Schwierigkeiten in Kommunikation und interpersoneller Interaktion, Rückzugsverhalten
- die völlige Einschränkung der Aktivitäten auf Suchtmittelerwerb und -konsum
- mangelnde psychische und körperliche Ausdauer und Belastbarkeit, verringertes Interesse an der Umwelt
- Mangelnde Selbstversorgung, Körperpflege, Haushaltsführung, Verpflegung
- Eingeschränktes Freizeitverhalten
- Mangelnde Krankheitsbewältigungsstrategien
- delinquente Verhaltensweisen und Prostitution (vor allem bei illegalen Drogen).

4.2 Beeinträchtigungen der Teilhabe

Aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten, den eingeschränkten psychischen Funktionen, Körperfunktionen und -strukturen heraus können Beeinträchtigungen der Eingliederung, des Einbezogenenseins und der Beteiligung an den verschiedenen Lebensbereichen resultieren, z.B.:

- erwerbsbezogene Schwierigkeiten (mangelnde Schul- und Berufsausbildung, Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit etc.)
- Verlust der Mobilität
- Verwahrlosung/Verlust von Wohnung und Unterkunft
- Beeinträchtigungen oder Verlust des sozialen Netzwerkes
- eingeschränkte Teilnahme an Kultur, Freizeit, Sport

4.3 Einfluss der Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie dienen der Beschreibung von Rahmenbedingungen, welche die gesellschaftliche Teilhabe eines Menschen beeinflussen und in Wechselwirkung mit verschiedenen Komponenten der funktionalen Gesundheit stehen. Umweltfaktoren beziehen sich auf die soziale und materielle Umwelt und die gesellschaftlichen Wertvorstellungen. Personenbezogene Faktoren sind z. B. Alter, Geschlecht, Bildung/Beruf, Erfahrung, Persönlichkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil, Gewohnheiten und Bewältigungsstile. Folgende Kontextfaktoren sind für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung von Suchterkrankungen zumeist von zentraler Bedeutung:

- Vorhandensein persönlicher Unterstützung/sozialer Ressourcen
- Zugang zu Hilfesystemen
- Sozioökonomische Sicherheit
- Soziokulturelle Situation, Familie, Gesellschaft
- Werte und Normen, Religiosität
- Persönliche Fertigkeiten, Kreativität

Die individuelle Suchtentwicklung ist somit durch die Wechselwirkung von genetischen Dispositionen und Lernerfahrungen, unterschiedlichsten Umwelteinflüssen und den Wirkungsweisen des Suchtmittels bedingt. Der abhängige Mensch kann nicht losgelöst von seinem sozialen System, insbesondere der Familie und seinem beruflichen bzw. gesellschaftlichen Kontext, verstanden werden. Aus diesem Grunde ist z.B. auch Angehörigenarbeit ein wichtiger Bestandteil in der Betreuung Suchtkranker.

Es gilt die Auswirkungen der Krankheit im Alltag und die Faktoren, die darauf Einfluss nehmen, zu betrachten. Diese verschiedensten Faktoren wirken aufeinander ein und interagieren in komplexen Zusammenhängen miteinander, um schließlich zum Phänomen Sucht zu führen. Suchtentwicklungen entstehen bzw. verlaufen somit individuell höchst unterschiedlich, was eine persönlich zugeschnittene, bedarfsgerechte Betreuung erfordert.

5. Das ambulant betreute Wohnen

5.1 Rahmenbedingung und Rechtsgrundlage

Das betreute Wohnen ist ein ambulantes Leistungsangebot der Eingliederungshilfe gemäß §53 SGB XII in Verbindung mit der Eingliederungshilfe-Verordnung. Es richtet sich an erwachsene Menschen mit seelischen Erkrankung aufgrund einer mehrfachen Schädigung in Folge einer Suchterkrankung, die vorübergehend oder für längere Zeit, im Einzelfall auch lebenslange Unterstützung zur selbständigen Lebensführung benötigen.

Die Betreuung findet entweder in Wohnungen der Therapiehilfe Bremen gGmbH im nahen Umfeld zum Hof Düring (CMA) oder in der eigenen Wohnung statt.

Vor Beginn der Betreuung müssen sowohl die Interessenten als auch der Träger einen Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Amt stellen. Die personenbezogenen Leistungen orientieren sich an den im Rahmen des Gesamtplanes nach § 58 SGB XII und den im Begutachtungsverfahren festgestellten individuellen Hilfebedarfen.

Die Hilfe wird individuell und im Rahmen von Gruppenangeboten geleistet. Zur Wiedererlangung der beruflichen Teilhabefähigkeit kann der Leistungstyp Tagesstruktur nach § 53 SGB XII in Verbindung mit §3 Nr.3 gemäß der Verordnung §60 SGB XII als teilstationäres Angebot auf dem Hof Düring beantragt werden.

5.2 Kostenträger

Die Betreuungskosten werden nach einer erfolgten Begutachtung und der Erteilung einer Kostenübernahmeerklärung vom jeweils zuständigen Sozialhilfeträger, gemäß der getroffenen Vereinbarung mit dem Landkreis Cuxhaven, in Bezug auf die Tagesstruktur mit dem Land Niedersachsen, übernommen.

5.3 Personenkreis

Das Betreute Wohnen spricht erwachsene Menschen beiderlei Geschlechts an, die Hilfen zur Alltagsbewältigung benötigen, die sich aktiv mit ihrer Suchtproblematik auseinander gesetzt haben und die sich weiterhin mit ihrer Sucht aktiv auseinander setzen wollen und darüber hinaus sich die persönlichen und sozialen Bedingungen für ein suchtmittelfreies Leben schaffen möchten. Substitution und eventuell vorhandene komorbide Erkrankungen stellen kein Ausschlusskriterium dar.

Es wird ein Mindestmaß an Selbstversorgungsmöglichkeiten vorausgesetzt. Die Menschen sollten in der Lage sein oder in die Lage versetzt werden können, den überwiegenden Teil ihres Lebensalltags zumindest mit Hilfe Dritte (Haushaltshilfe o.ä.) zu bewältigen

In der Regel sind das Menschen nach Abschluss einer stationären Eingliederungshilfemaßnahme oder nach einer stationären Rehabilitation. Es können auch Menschen das Angebot nutzen, die nicht übergangslos aus einer anderen Maßnahme kommen (Quereinstieg) und erkannt haben, dass sie zur Bewältigung ihrer manifesten, durch die chronische Erkrankung entstandenen

Defizite und zur Aufrechterhaltung einer eigenständigen Lebensführung ambulante Hilfe benötigen. Sie werden in eigenem Wohnraum oder vorhandenem angemieteten Wohnraum des Trägers Therapiehilfe Bremen gGmbH nach Bedarf weiterhin begleitet und im Rahmen ambulanter Betreuung unterstützt. Die zu Betreuenden müssen in der Lage sein, in der Regel einen Teil des Tages oder auch tageweise sowie nachts ohne Betreuung und Unterstützung zu leben.

5.4 Zielsetzungen

Ein hoher Anteil der Hilfebedürftigen verfügt weder über ein tragfähiges soziales Netzwerk, noch über Beschäftigung oder Arbeit. Die Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben in der Gesellschaft war durch die Suchterkrankung häufig stark eingeschränkt bis nicht mehr vorhanden. Gesundheitsschädigendes Verhalten und darüber hinaus die Tendenz zur Verwahrlosung prägte häufig den Lebensstil.

Das Angebot ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum richtet sich daher an volljährige, suchtkranke Menschen, die das Ziel haben, sich Veränderungsprozessen aktiv zu stellen. Unsere Betreuung ist im Sinne des ICF darauf ausgerichtet, teilhabeorientiert auf die Kontextfaktoren einzuwirken und den Menschen weitestgehend zu einer selbständigen Lebensführung zu befähigen. Die Betreuung soll die Rahmenbedingungen hierfür schaffen und die Betreuten somit weitestgehend unabhängig von weiterer Betreuung und anderen Hilfen (z.B. stationären Maßnahmen) zu machen. Die Grobziele ergeben sich aus dem individuellen Zielplan des Gesamtplans nach §58 SGB XII. Übergeordnetes Ziel ist, dass die betreuten Personen lernen, ihr Umfeld bestmöglich zu nutzen und sich beispielsweise bei Selbsthilfegruppen, Vereinen oder Organisationen anzubinden. Einzelziele ergeben sich aus der individuellen Hilfeplanung. Diese können z.B. sein:

- Erweiterung der kommunikativen und psychosozialen Fähigkeiten,
- Entwicklung einer angemessenen Tagesstruktur,
- Entwicklung von Freizeitinteressen,
- Anbindung an eine Selbsthilfegruppe,
- Ausübung einer angemessenen Tätigkeit.

5.5 Bewerbung und Aufnahme

Die Kontaktaufnahme erfolgt über die Vermittlung durch Kooperationspartner wie regionalen Drogenberatungsstellen, Entgiftungseinrichtungen, stationäre Einrichtungen der Suchthilfe, psychiatrische Ambulanzen etc. Sollte sich ggfs. bereits in den vorbehandelnden Einrichtungen der Hilfebedarf abzeichnen, erfolgt bereits von dort die Vermittlung in das betreute Wohnen in eigenem oder trügereigenem Wohnraum.

Die Anträge auf Betreuung und Bedarf werden sowohl von der/dem Bewerber/Bewerberin als auch von dem Leistungserbringer gestellt. Anschließend erfolgt die Begutachtung bei dem zuständigen Amt.

Dort werden die Ziele der Betreuung und der Betreuungsumfang festgelegt. In der Regel wird eine Kostenübernahme für 12 Monate ausgestellt. Eine Begutachtungsfortschreibung ist jedoch möglich, wenn dies vom Träger und Betreuten ca. sechs Wochen vor Ablauf der Kostenzusage beantragt werden. Dem Antrag ist ein Verlaufsbericht über die bisherige Betreuung und die weitere Zielsetzung beizulegen.

5.6 Leistungen

Das ambulant betreute Wohnen umfasst direkte, indirekte und Verwaltungs- sowie Sachleistungen. Der Umfang der Leistungen kann nach einer durchschnittlichen wöchentlichen oder monatlichen Betreuungszeit erfolgen und wird auf der Grundlage des individuellen Zielplans mit dem Kostenanerkennnis des Kostenträgers festgelegt.

Direkte Betreuungsleistungen (face to face) orientieren sich an den Kompetenzen und Hilfebedarfen des Menschen und berücksichtigen seine individuellen Lebenserfahrungen und die Biographie. Diese können z.B. sein:

- Die Herstellung einer verlässlichen Beziehung zwischen Betreuungsteam und Klient/in
- Hilfen zur Stabilisierung der Suchtmittelfreiheit.
- Unterstützung bei der raschen Wiederherstellung der Suchtmittelfreiheit nach Rückfall, Krisenintervention.
- Unterstützung in einer abstinenten Lebensführung und somit die Bedingungen für ein langfristig drogenfreies Leben zu erhalten.
- Hilfestellungen bei der Entwicklung beruflicher Perspektiven bzw. die Erwerbsfähigkeit zu erlangen, beizubehalten oder wieder zu erlangen.
- Entlastung bei Beziehungsdynamiken durch eine professionelle Unterstützung.
- Hilfen zur Förderung und zum Erhalt von tragfähigen Kontakten.
- Motivation zu begleitende oder selbständige Inanspruchnahme medizinischer Hilfen.
- Hilfen bei Tages- und Wochenstrukturierung, Gestaltung von positiven Aktivitäten und neuen Gewohnheiten.
- Abbau von unerledigten und suchttypisch verschobenen Aufgaben im Lebensumfeld, Hilfestellungen im Umgang mit Ämtern und Behörden.
- Vorbereitung und Vermittlung zur Schuldenregulierung.
- Hilfestellung zur Herauslösung des Klienten aus seiner Isolation, Aufzeigen sozialräumlicher Ressourcen; Motivierung, die Angebote im Sozialraum anzunehmen und aufzusuchen.
- Unterstützung bei vorübergehenden stationären Aufenthalten (in der Regel bis zu 28 Tage).

Für Menschen, die das betreute Wohnen als Nachsorgeeinrichtung in Anspruch nehmen gilt es, die während der stationären Betreuung/Behandlung erlernten Bewältigungsmuster und Strategien für den Aufbau eines suchtmittelfreien Lebens im Alltag umgesetzt und vor allem zu festigen. Gerade die ersten Monate nach der Entlassung aus der stationären Maßnahme stellen eine krisenträchtige Phase dar, in der die betroffene Person intensiv stabilisiert werden muss. Dies stellt die Betroffenen nicht selten vor neue umfangreiche Herausforderungen, bei deren Bewältigung sie im Alltag praktische Unterstützung, Beratung und Betreuung benötigen.

Zu den *indirekten* Betreuungsleistungen gehören z.B.:

- Hilfe- und Maßnahmeplanung,
- Falldokumentation,
- Fallbesprechung, kollegiale Beratung, Supervision,
- Fahrten zum Leistungsberechtigten,
- Qualitätsmanagement
- Organisation und Vernetzung des Helferfeldes.

Zu den *Verwaltungs- und Sachleistungen* gehören:

- Leistungen für Verwaltungs- und Regieaufgaben
- Notwendige sächliche Ausstattung
- Koordination in den regionalen Versorgungsstrukturen
- Öffentlichkeitsarbeit.

Die Ausstattung des einzelnen Wohnraumes der zu Betreuenden ist nicht Bestandteil der Leistung; dies erfolgt im Bedarfsfall im Rahmen der Hilfen zum Lebensunterhalt bzw. der Grundsicherung.

5.7 Kooperationen / Schnittstellen

Neben dem Leistungsträger sind alle für die Teilhabe der/des Betroffenen notwendigen Hilfs- und Unterstützungseinrichtungen und Ämter im regionalen Wohnumfeld wichtige Kooperationspartner. Dies sind u.a. das Jobcenter, die Wohnungshilfe, das Gesundheitsamt und kooperierende Einrichtungen der Eingliederungshilfe, die Psychiatrische Institutsambulanz der Ameos-Klinik Debstedt sowie Entgiftungskliniken im weiteren Umfeld.

Therapiehilfe Bremen gGmbH ist mit der Einrichtung Hof Düring Mitglied es Sozialpsychiatrischen Verbundes Cuxhaven, der dort angeschlossenen Fachgruppe Sucht und der Fachgruppe Sucht des Sozialpsychiatrischen Verbundes Wesermarsch.

Innerhalb des Therapiehilfeverbundes sind alle Einrichtungen im Sinne eines Netzwerkes gut aufeinander abgestimmt. So können gerade in Krisen schnell notwendige Maßnahmen realisiert werden.

6. Qualitätsmanagement

Das Ziel unserer Qualitätspolitik ist es, den Anforderungen und Bedarfen unserer Klientel, der Kostenträger und Kooperationspartner gerecht zu werden. Wir richten uns dazu nach den Anforderungen der DIN ISO 9001.

Die Zertifizierung der Einrichtung nach DIN ISO 9001 und die Trägerzertifizierung nach AZAV wurde in 2015 umgesetzt.

Strukturqualität

Um die Leistungen kontinuierlich zu verbessern finden regelmäßige Besprechungen mit Geschäftsführung und Einrichtungsleitung statt, in denen sowohl die Wirtschaftlichkeit und die inhaltlichen Angebote bewertet, als auch weiteren Strategien und Unternehmensziele entwickelt werden.

Die Ergebnisse dieser Besprechungen werden von den Führungskräften in das Betreuungsteam hineingetragen und umgesetzt. Das Team tagt wöchentlich.

Die Mitarbeitenden der ambulanten Betreuung sind in das multiprofessionelle Betreuungsteam des Hofes Düring integriert.

Die hohe fachliche Qualität der Betreuung basiert auf guten Ausbildungsstandards, guten Arbeitsbedingungen und der Arbeit im Team. Die Betreuungskräfte verfügen in der Regel über eine Qualifikation als SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn, FachkrankenpflegerIn, ArbeitspädagogIn oder sind Fachkräfte mit vergleichbaren Qualifikationen.

Die Leitungskraft verfügt über einen Hochschulabschluss Dipl. Pädagogik/Sozialpädagogik.

Diensträume mit zeitgemäßer Kommunikations- und Bürotechnik werden auf dem Hof Düring zur Verfügung gestellt. Es wird nach modernen Standards über ein elektronisches Patienten fakturierungssystem dokumentiert.

Prozessqualität

Unser Konzept, die Prozessbeschreibungen und Arbeitsabläufe gleichen wir laufend den optimierten Änderungen und Vorhaben an.

Die hohe Motivation und die entsprechende Qualifikation und Erfahrung unserer Mitarbeiter gewährleistet die Qualität unserer Arbeit.

Unsere Qualitätspolitik und unsere Qualitätsziele werden im jährlichen Managementreview überprüft und in externen Audits überwacht.

Jede/jeder einzelne Mitarbeitende trägt die qualitative Verantwortung für seine Leistungen. Alle KollegInnen haben die Möglichkeit an Fort- und Weiterbildungen sowie an Supervisionen teil zu nehmen.

Das Vorschlagswesen (Verbesserungsvorschläge) ist in einem trägerübergreifenden Prozess geregelt und findet in jeder Teamsitzung Raum.

Dienstpläne werden von einem verantwortlichen Kollegen erstellt und mit dem Team abgestimmt.

Das Hilfeplanverfahren stellt sicher, dass für jeden Leistungsberechtigten innerhalb von sechs Wochen nach Aufnahme der individuelle Hilfeplan formuliert wird, der zu den oben genannten Zielen Aussagen enthalten muss. Spätestens nach 12 Monaten nach Aufnahme bzw. sechs Wochen vor Ablauf der Kostenanerkennung muss der Hilfeplan fortgeschrieben werden. Die Hilfeplanung muss konkrete Maßnahmen zur Erreichung der Teilziele enthalten. Die Fördermaßnahmen und die veranlassten Durchführungsschritte werden in der elektronischen Bewohnerakte dokumentiert. Nach Beendigung der Maßnahme wird ein qualifizierter Entlassbericht gefertigt und dem Leistungsträger zeitnah zugeleitet (trägerinterne Kennzahl: 14 Tage nach Entlassmitteilung).

Ergebnisqualität

Rückmeldungen über unsere angebotenen Leistungen erhalten wir durch die im halbjährlichen Rhythmus durchgeführten Bewohnerbefragungen (Stichtagsbefragungen).

Das Beschwerdemanagement ist über einen trägerübergreifenden Prozess gesichert.

Die trägerübergreifende Kennzahlenmatrix erfasst jährlich die Ergebnisse in Bezug auf vereinbarte Kennzahlen, die der Steuerung der Betreuungs- und Organisationsprozesse dienen.

Eine in regelmäßigen Abständen von drei bis vier Jahren erfolgende Mitarbeitendenbefragung wird extern ausgewertet und gibt der Leitung und der Geschäftsführung wichtige Hinweise über die Zufriedenheit, die Belastung oder Veränderungswünsche der Mitarbeitenden.

7. Grundlagen der Vergütung

Zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer wird eine Vergütungsvereinbarung geschlossen, deren Grundlage die Leistungsvereinbarung ist. Der Vergütung nach Fachleistungsstunde liegt eine Zeitstunde (60 Minuten) zugrunde. Die Leistungen werden als Bruttoleistungen abgerechnet, enthalten sind die direkten, indirekten, Verwaltungs- und Sachleistungen.

Fahrtkosten werden separat gemäß Bundesreisekostengesetz (BRKG) abgerechnet.

In Einzelfällen werden Gruppenfachleistungsstunden abgerechnet, die Vergütung berechnet sich aus dem Quotienten der Vergütung für Fachleistungsstunden und Teilnehmerzahl.