



J  
A  
H  
R  
E  
S  
B  
E  
R  
I  
C  
H  
T  
2  
0  
1  
7

# Praxis für Gestalt und Migration, Gert Levy

## Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	4
Unsere Grundhaltung.....	6
Zum Geschlechterverhältnis.....	7
Zur Altersstruktur.....	8
Das Verhältnis psychische Erkrankung und Suchterkrankung.....	8
Wohnraumnot und fortschreitende Gentrifizierung.....	9
Zum Suchtmittelkonsumverhalten unserer Klientel.....	11
Unser fortlaufendes Qualitätsmanagement.....	12
Das „Ambulant Betreute Wohnen LVR Dez. 7“ .....	12
Zur Analyse der vorliegenden Statistik.....	13
Die durchschnittliche Höhe der bewilligten Fachleistungsstunden.....	14
Zur Ökonomisierung der „Sozialen Arbeit“ .....	15
Zur Alterspyramide.....	17
Zur Akquise.....	18
Analyse zum Angebot „Job-Pathfinding“ .....	18
Der Faktor Migration.....	19
Unsere Kooperation mit dem Jugendamt.....	20
Die Herausforderung in Betreuungsabläufen bei psychischen und Suchterkrankungen.....	21
Die Spezifizierung unserer Schwerpunktbereiche.....	22
Stabilisierung im vorhandenen Wohnraum.....	22
Das „Jobpathfinding“ .....	23
Vermittlung in Arbeit.....	24
Der „Faktor 1,2“ .....	25
Die Komm- und Gehstruktur.....	26
Zum Thema „Hausbesuche“ .....	26
Die Gruppenangebote:.....	27
Zur Kooperation mit anderen begleitenden Diensten.....	28
Zur Kooperation mit den Betreuungen nach dem Betreuungsgesetz, §§ 1806 BGB/ BtG.....	29
Zur Frage der „Dauerbetreuung“ .....	30
Zum MitarbeiterInnenstab.....	30
Anhang zum Jahresbericht 2017, Praxis Levy.....	31
Weitere Schwerpunkte der Praxisarbeit:.....	34
Glossar.....	37

## **Einleitung**

Der erzwungene Standortwechsel von der Kölner Südstadt in die Nähe des Ebertplatzes und somit näher ans Stadtzentrum, erwies sich entgegen unserer ursprünglichen Befürchtungen als günstig und vor allen Dingen kundInnenfreundlich.

Im Jahre 2017 entwickelte sich der naheliegende Ebertplatz kurzfristig zu einem „Hotspot“ des Rauschmittelhandels und der auch hieraus resultierenden sozialen Konflikten. Unsere Praxisräume wurden davon nur informell und peripher tangiert.

Es galt nach wie vor sowohl unsere aktuell vom LVR Dez. 7 bewilligten Leistungen gegenüber unserer Klientel „Ambulant Betreutes Wohnen“ aufrecht zu erhalten und fortzuführen, als auch privat akquirierte Counseling-, Therapie-, Supervisions- und Coaching- Aufträge weiter durchzuführen.

Neue KlientInnen und Aufträge waren zu akquirieren und die Planungen und gleichzeitig Ausführungen zur Realisierung unseres Projektes „Gimme Shelter“ weiter fortzusetzen.

Durch das - außer in besonders zu begründenden Ausnahmefällen - degressive Bewilligungsverfahren in der Beantragung und somit der Bedarfsdeckung der Klientel seitens des LVR Dez. 7 zur Refinanzierung des entsprechenden zeitlichen und personellen Aufwands der Betreuung, ist eine stete Neuakquise zur ökonomischen Aufrechterhaltung und Liquidität eines derartigen sozialen Angebotes zwingend notwendig.

Seit dem Jahr 2000 widmet sich meine Praxis der beraterischen, therapeutischen und supervisorischen Arbeit mit Fachkräften der Entwicklungshilfe und der beraterischen und betreuenden Arbeit für Menschen mit Suchterkrankungen und / oder psychischen Erkrankungen.

Von Anbeginn an setzte ich in meinem Angebot einen Schwerpunkt in der Migrationsarbeit. Ich führte dieses Angebot mit meinem Team nunmehr in den neuen Praxisräumen fort.

Seit 2003 ergibt sich, seitens des LVR, Dezernat 7 ein Auftrag im Rahmen des „Ambulant Betreuten Wohnens“ nach §§ 53 ff SGB XII, Eingliederungshilfe.

Aus der entsprechenden Konzeption und Leistungsvereinbarung mit dem LVR Dez. 7 ergibt sich im Angebot meiner Praxis eine Schwerpunktsetzung in der Betreuung und Begleitung von Menschen mit einer psychischen und Suchterkrankung, somit „Doppeldiagnosen“ in der ambulant betreuenden Tätigkeit für MigrantInnen und Deutschen, aber mit geographischer und sozialer Entwurzelung und, in der Folge einer Traumatisierung, psychischen Erkrankung und / oder Suchterkrankung.

Seit Mai 2014 ist die Praxis nach Aufbau eines dezidierten Qualitätsmanagementsystems nach DIN ISO 9001:2008 zertifiziert. In 2015 erfolgte die Trägerzulassung nach Recht der Arbeitsförderung nach AZAV SGB II.

In der Folge einer Zertifizierung der Einzelmaßnahmen im Praxisangebotes „Job-Pathfinding“ nach §45 ABS. 1 Satz 1 Nr. 1 und 5 SGB III in 2016, erfolgte eine zusätzliche Zulassung und Möglichkeit der Erfüllung der Bedarfslagen und Refinanzierungen unserer Tätigkeiten und so in der Unterstützung unserer Klienten und Neukunden im Bereich der „Heranführung an den Arbeitsmarkt“ und der „Stabilisierung in Arbeitsprozessen“ durch Beratung, Coaching und Begleitung. Auch in dieser

Auftragslage ergibt sich eine zusätzliche Schwerpunktsetzung in der Migrationsarbeit und entsprechenden spezifischen Modularitäten.

Die Praxis konnte sich ein zweites „Standbein“ in der Refinanzierung der Interventionen durch die „Bundesagentur für Arbeit“ und die lokalen Jobcenter erarbeiten.

Hier verweise ich auf das Kapitel „Jobpathfinding“ im Folgetext.

Im Haushaltsjahr 2017 ergab sich für 90% unserer KlientInnen, deren Wunsch es war über das Angebot „Ambulant Betreutes Wohnen“ LVR Dez. 7 zu einer Refinanzierung ihrer Bedarfe zu kommen. Sie erfüllten die entsprechenden Kriterien der in der Leistungsvereinbarung definierten Zielgruppe. Es erfolgten fünf Ablehnungsbescheide seitens des LVR. Drei der antragsstellenden Klienten waren nicht in der Lage und/oder gewillt die zur Bewilligung notwendigen Nachweise einer vorher schon durchgeführten stationären und/oder ambulanten Behandlung nachzuweisen, sowie in einer anderen Antragsstellung, den Nachweis eines „festen“ Asylstatus zu erbringen.

Die Zahl der Supervisionsaufträge für Fachteams in belastenden Arbeitssituationen stabilisierte sich auf sieben.

Darüber hinaus gab es erneut zunehmend Einzelaufträge im Bereich Coaching, Counseling, Gestalttherapie und vor allen Dingen Lehraufträge in NRW und Cambridge/GB.

Die jeweilige Refinanzierung dieser Leistungen erfolgte auch nach wie vor über private Einzelabrechnungen. In diesem Zusammenhang wurde im Vergleich zum Haushaltsjahr 2017 eine Verringerung der Auftragszahlen um 30%\* registriert. Das bedeutet in der Refinanzierung meiner Leistungen im Vergleich zum Haushaltsjahr 2016, eine Verringerung von 31%. Die Aufträge im Rahmen des „Ambulant Betreutes Wohnen“ sanken um 30%\*.

Nach unserer Analyse heraus bedeutet dies eine Schlankung der Auftragslage vor allen Dingen die Möglichkeit einer weiteren Intensivierung beim Einsatz der vorhandenen Kräfte auf jeden einzelnen Auftrag.

Es erfolgte somit eine Optimierung der Intensität und Qualität unserer Interventionen bei gleichzeitiger Verringerung der Zahl der festangestellten KollegInnen.

Eindeutig therapeutisch ausgerichtete Anfragen und sich daraus ergebende Tätigkeiten im therapeutischen Bereich werden nach wie vor nicht durch den LVR, Dez. 7 refinanziert und somit über Einzelabrechnungen beglichen. Es erfolgten in erhöhter Zahl (von 2016: 18 auf 2017: 22) Aufnahmen von KlientInnen in unsere Angebote Coaching, Counseling, Gestalttherapie und Suchttherapie. Vor allen Dingen konnten wir durch unser ausgereiftes Datenmaterial zu den - mit uns in den Netzwerken der Arbeitskreise zusammenarbeitenden Einzelpraxen - 21 KlientInnen weitervermitteln.

In der Beschreibung unserer Innovationen ist besonders hervorzuheben, dass sich unser Angebot „Job-Pathfinding“ ab 01.01.2017 etablierte.

Mein Team und ich benutzen weiterhin in unseren täglichen Interventionen und Gesprächen mit unseren KlientInnen die Methodik des „Counseling“ (siehe Glossar).

Dieses beschreibt die zur physischen und vor allen Dingen zur psychischen Stabilisierung eingesetzte Methodik im Gesprächs- Beratungs- und Betreuungsverlauf im Rahmen unseres Ansatzes „Biographisches Arbeiten“.

Wir verstärkten dieses Fachwissen durch teaminterne Indoorschulungen.

Zusätzlich erfolgten Indoorschulungen und Teamgespräche zum Thema „Kriseninterventionen und entsprechende Abläufe“ durch die Praxisleitung und ein „Posttraumacounseling“ durch Dr. Klaus Lumma (IHP).

### **Unsere Grundhaltung**

Im Rahmen der jeweils notwendigen Befragung zur individuellen Biographie und somit Sozialanamnese nehmen wir eine Grundhaltung der „wohlwollenden Neugier“ ein.

Als soziologisches und auf das Gemeinwesen orientiertes Ziel streben wir nach wie vor eine fachlich begründete „Mischung“ von deutschen und nicht-deutschen KlientInnen im Aufnahmeverfahren in einem Verhältnis fünfzig zu fünfzig an. Dies gilt insbesondere für unser Angebot „Ambulant Betreutes Wohnen“ LVR Dez. 7. Hierdurch soll vor allem die Entwicklung einer Ghettoisierung der Klientel im Praxisangebot verhindert und erst dadurch ein tatsächliches interkulturelles Arbeiten ermöglicht werden. Im hier beschriebenen Zeitraum ergab sich bei insgesamt 50 KlientInnen ein Verhältnis von 38 % deutscher zu 62% nicht in Deutschland geborener KlientInnen. Hieraus ergibt sich eine erneute und deutliche Verschiebung gegenüber dem Geschäftsjahr 2016 durch eine Erhöhung der Zahl von KlientInnen, die nicht in Deutschland geboren wurden. Die Zahl der EU-MigrantInnen erhöhte sich um 25%.

Im Zuge der „Flüchtlingskrise“ betreuten und unterstützten wir, bislang ehrenamtlich, sechs hier im Kölner Raum Schutzsuchende.

Aus der Feinanalyse des in den bei der Hilfeplanung (IHP) genutzten Fragebogens „Lebenslauf- Sozialanamnese“ zu den Biographien unserer deutschen KlientInnen (n=18) ergab sich allerdings, dass 44,4 % dieser KlientInnen ebenfalls einen Migrationshintergrund im Sinne einer psychisch beeinträchtigenden Entwurzelung aus ihrem familiären, geographischen, kulturellen und dem sprachlichen und Dialektkontext ihrer Geburtsregion besitzen. Sie haben eine „Binnenmigration“ erlebt und unter dieser gelitten. Ihre Verhaltens- und psychischen Beeinträchtigungen sind in ihrer Genese, Ausprägung und Auswirkungen vergleichbar mit denen von MigrantInnen. Sie erlebten eine geographische und soziale und emotionale „Entwurzelung“.

Darüber hinaus ergaben sich bei 10 und somit 20 % unserer KlientInnen aus diesem hier noch präziser in der Folge zu betrachtenden Personenkreis, Phänomene der systemischen Übertragung der geographischen, kulturellen und psychischen Instabilitäten ihrer Eltern. Sie erleben psychische Beeinträchtigungen, Traumatisierungen und Suchterkrankungen in der Folge von geographischen und sozialen Entwurzelungsphänomenen und psychischen Destabilisierungsprozessen aus der Übertragung seitens der Eltern- und Großelterngeneration. Diese Prozesse prägten die Biographie unserer KlientInnen. Es erfolgt somit eine „Transgenerationale Übertragung“ (siehe Glossar).

Bei sieben und somit bei 14 % unserer KlientInnen scheint uns der Hauptgenerator der psychischen Destabilisierung in den psychischen und physischen Übergriffigkeiten ihres

sozialen Umfeldes zu liegen: sprich' in sexuellem Missbrauch und Gewalterfahrungen in ihrer Biographie.

Sechszehn unserer KlientInnen aus einer Gruppe von neunzehn aus nicht-europäischen Herkunftsländern (ohne Türkei) stammenden Klienten wurden in ihren Heimatländern gefoltert und sexuell missbraucht, schwer verletzt und mit dem Tod bedroht. Somit weisen 84 % dieser Gruppe schwerste traumatische Verletzungen schon im Herkunftsland auf. Ihnen gelang die Flucht. Sie wurden auf ihrem oft jahrelang andauernden Weg bis nach Deutschland weiter traumatisiert und sind sowohl physisch als auch psychisch erkrankt.

### **Zum Geschlechterverhältnis**

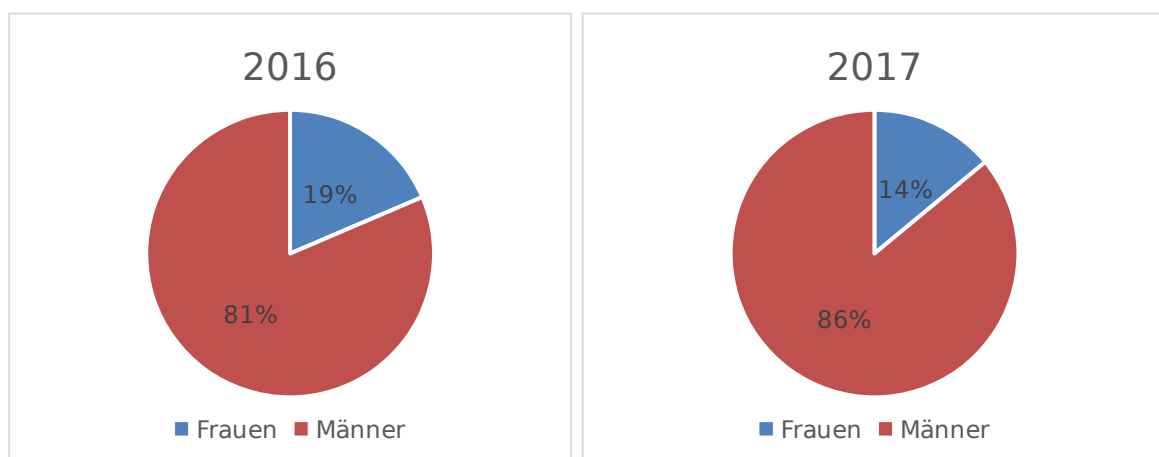
Im Vergleich zum Haushaltsjahr 2016 hat sich das Geschlechterverhältnis in unserer Zielgruppe verändert (2015 16,4% weiblich, 2016 18,57% weiblich, 2017 14% weiblich). Dies bedeutet, dass im Vergleich zu den vorhergehenden Haushaltsjahren die Zahl der weiblichen von uns betreuten Klientinnen leicht abgenommen hat.

Dies entspricht durchaus der Gesamtentwicklung im Kölner Gemeinwesen.

Eine weitere Prägung dieser Tendenz in der Dienstleistung unserer Praxis ist begründet in der erhöhten Zahl männlicher hier in Deutschland Schutzsuchenden.

Darüber hinaus erfolgte unsererseits in sechs Anfragen von Klientinnen eine fachliche Weiterleitung an den „SKF“ und an „Lobby für Mädchen“. Mit deren Angeboten kooperierten wir auf hervorragende Weise.

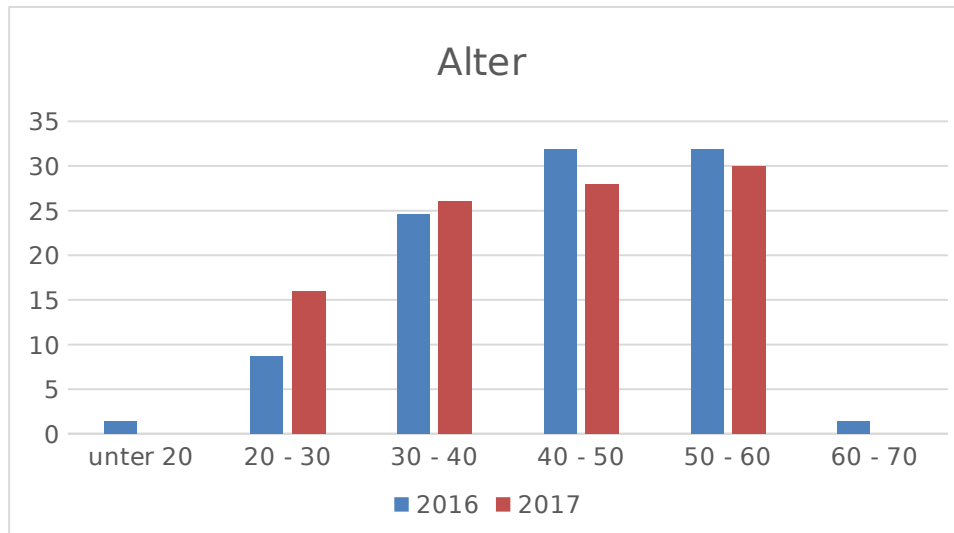
Wir sind nach wie vor bemüht unsere Betreuungsarbeit gendergerecht zu gestalten; Klientinnen werden von Kolleginnen betreut; Klienten von Kollegen. In der Vertretungssituation und in Co-Betreuungen erfolgt mitunter ein bewusster Genderwechsel.



## Zur Altersstruktur

Im Haushaltsjahr 2017 weist unsere Statistik eine Ballung im mittleren Erwachsenenalter auf, bei einem Durchschnittsalter von 45,6 Jahren gegenüber 43,88 Jahren in 2016 aus. Somit ist die Zielgruppe im Jahr 2017 erneut älter als im Vorjahr

Die am stärksten vertretenen Altersgruppen sind die Gruppen der 20-30 und 50-60 Jährigen. Wir stellen erneut eine Alterung unserer Zielgruppe fest.



## Das Verhältnis psychische Erkrankung und Suchterkrankung

Es fällt diagnostisch und insbesondere durch unseren Ansatz des „Biographischen Arbeiten“ nicht unbedingt leicht, die jeweils primären und auslösenden „Initialzündungen“ zur psychischen Depravierung zu eruieren und statistisch festzulegen. Dass Phänomen „Henne und Ei“ tritt hierin deutlich zu Tage.

Der Suchtmittelkonsum erscheint als Eigenmedikation in der Folge der psychischen und physischen Schmerzenszustände nach Traumatisierungen. Dies gilt insbesondere im Bereich der dramatischen Abläufe vor und während Fluchten. Es erfolgt ein erhöhter Konsum von Schlaf-, Schmerz- und Beruhigungsmitteln, von Opiaten, Benzodiazepinen und/oder Alkohol.

Dementsprechend ist Suchtmittelmissbrauch und die sich dann einstellende Suchtmittelabhängigkeit die Folge von psychischen Destabilisierungen, Beeinträchtigung und Traumatisierungen und führt wiederum genau zu diesen.

Einmal hier „angekommen“ erfolgt in der ersten Phase des neuen Lebens eine vordergründige Beruhigung. Dann wölben sich die psychischen Verletzungen zeitversetzt nach außen. Die Zeiträume bis zum Hilfeersuchen sind häufig - auch kulturell bedingt - sehr lang.

Es erfolgen dann, gerade in den Anfängen unserer Begleitung, heftige Krisensituationen.

Gravierend wirkt sich hierbei die lange Wartezeit für unsere Klientel zur Diagnostik und Behandlung bei psychiatrischen Anlaufstellen aus. Die lange Wartezeit im



Gemeinwesen bis zum Beginn einer psychiatrischen Behandlung und Medikation hat schwerwiegende Folgen für die Salutogenese unsere Zielgruppe.

Fremdsprachige und insbesondere kulturbewusst intervenierende psychiatrische Anlaufstellen sind hier in Köln vorhanden. Der Zugang zu diesen erfordert aber immer noch lange Wartezeiten für unsere KlientInnen.

Der Einsatz von hochausgebildeten „Sprach- und IntegrationsmitlerInnen“ (SUI) ist für uns und alle „freien“ Trägerschaften des „Ambulant Betreuten Wohnens“ immer noch nicht refinanzierbar.

Der Einsatz dieser Fachkräfte hat sich allerdings als hocheffizient erwiesen und erscheint unabdingbar in der weiteren qualitativen Begleitung und Versorgung unserer Zielgruppe.

Unsere Klientel sieht sich mit einer immer mehr ausufernden und überbordenden Bürokratie konfrontiert. Selbst wir als langjährige Profis, sehen uns immer wieder überrascht durch neue Antragsformulare und äußerst komplizierten, unklaren und wechselnden Verwaltungsabläufen und Zuständigkeiten.

Insgesamt erlebt unsere Klientel, wie auch wir, ein heftiges Verschieben in den Zuständigkeiten seitens der kommunalen Strukturen „Jobcenter“ und „Amt f. Soziales und Senioren“. Die Bearbeitung, Erfüllung und Überwindung dieser Hürden bedurfte immer wieder unseres Einsatzes und gerade des Einsatzes dieser o. g. Fachkräfte.

Wir setzten diese trotz der aktuellen Nichtrefinanzierbarkeit zur Sicherung unseres hochqualitativen Angebots und zur Stärkung zur Compliance unserer traumatisierten Klientel in vier Fallverläufen begleitend weiterhin ein; die Fallbetreuung wurde noch zusätzlich von einer „SUI“ begleitet.

In diesem Bereich erfolgte eine hervorragende Kooperation mit dem Bildungsinstitut für Kultur und Partizipation (BIKUP).

Wichtig erscheint uns hierbei und insgesamt nach wie vor die allgemein gültige Maßgabe „ambulant vor stationär“.

### **Wohnraumnot und fortschreitende Gentrifizierung**

Die äußerst prekäre Lage auf dem Kölner Wohnraummarkt, die fortschreitende Gentrifizierung der Stadtteile Kölns erschwerte den Wohnraumerhalt für unsere Klientel. Bei dreien unserer KlientInnen gelang dies nur durch unsere massive Unterstützung und den Einsatz des Mieterschutzbundes und deren Rechtsanwälte. Der sich hieraus ergebende psychische Druck auf unsere Klientel hatte verheerende Folgen im Sinne einer erneuten Verschlechterung ihrer psychischen und physischen Gesundheit. Ohne eigenen Wohnraum ist es unseren KlientInnen kaum möglich aus dem stationären Bereich entlassen zu werden. Wir intensivierten unsere Kooperationskontakte zu Stadt Köln „Wohnraumversorgungsbetriebe“ und zu Übergangswohnheimen und im Bereich, unsere Tätigkeiten in der Wohnraumsuche zusammen mit unseren KlientInnen.

Keine/r unserer KlientInnen geriet in die Wohnungslosigkeit. Ein drohender Wohnraumverlust konnte bei 8 KlientInnen verhindert werden.

Bei einer Gesamtzahl von 50 KlientInnen mit einer Abhängigkeit von illegalen Suchtstoffen, weisen 26 KlientInnen und somit 52% dieser statistischen Bezugsgruppe eine zusätzliche psychische Erkrankung und damit eine „Doppeldiagnose“, bzw. Mehrfachdiagnostik auf. Dies bedeutet, dass es entsprechend diesem statistischem Suchkriterium im Vergleich zum Haushaltsjahr 2016 eine Steigerung der Fallzahlen mit Doppeldiagnosen/ Mehrfachdiagnosen gab.

Wir kooperierten in diesem Zusammenhang weiterhin mit zwölf Substitutions- und sechs psychiatrischen und neurologischen Praxen und mit den örtlichen stationären psychiatrischen Angeboten und Entgiftungsstationen.

Zu unserem tiefsten Bedauern verstarb durch einen tragischen Unfall die Substitutionsärztin und Allgemeinmedizinerin, Hausärztin Frau A. B. Busch.

Eine mit uns seit Anbeginn unserer Tätigkeiten eng kooperierende und hochkompetente substituierende Ärztin, Frau Herrig, ging in Rente. Die dort ansässige Praxis beendete zu unserem tiefsten Bedauern das Substitutionsangebot.

Wir stellen weiterhin einen hohen Bedarf an einer zeitnahen Vermittlung unserer vor allen Dingen suchtkranken und opiatabhängigen KlientInnen zur psychiatrischen Co-Diagnostik und Behandlung fest. Wir sehen einen diesbezüglichen Versorgungsengpass im Gemeinwesen. Es kommt zu langen Wartezeiten für unsere Klientel bei Terminanfragen gegenüber psychiatrischen Praxen.

Das Bewusstsein gegenüber der Notwendigkeit einer interkulturellen und fremdsprachigen und psychiatrischen Versorgung ist im Gemeinwesen weiter gestiegen. Der Bedarf kann aber aktuell immer noch nicht gedeckt werden.

Wir begleiteten sechs KlientInnen in Langzeittherapien. Hierbei kooperierten wir mit den für die Erstellung des „Sozialberichtes“ und somit der Antragsstellung zuständigen Drogenberatungsstellen. Wir betreuten diese KlientInnen auch weiterhin im Rahmen ihrer stationären Behandlung.

Unserer KlientInnengruppe der MigrantInnen ohne langfristigen gültigen Aufenthaltsstatus, finden hier trotz aller vorliegender Indikatoren keinen Zugang.

Ein qualitatives Merkmal unserer Betreuungsabläufe ist bei Substituierten die regelmäßige Sichtung der Urinkontrollen und die fortlaufenden Besprechungen der Ergebnisse mit unseren KlientInnen und die konsequenten Terminkoordinationen zwischen den Arztpraxen und unserer Klientel.

regelmäßig stattfindende Fallbesprechungen mit den Arztpraxen wurden durchgeführt - diese gehören, da für unsere Arbeit unabdingbar - zu unseren Leistungsstandards. Eine Refinanzierung dieser Leistungen seitens des LVR Dez. 7 erfolgt lediglich bei einer Teilnahme unserer KlientInnen am Gespräch. Die dringend notwendigen Vor- und Nachbesprechungen mit den zuständigen ÄrztInnen - ohne unsere KlientInnen - werden jedoch auch weiterhin nicht refinanziert. Diese Gespräche sind aber zur qualitativen Versorgung dringend erforderlich.

Ein Spezifikum unseres Angebotes ist es auch weiterhin den bei 92% unserer Substituierten vorkommenden Beikonsum THC mit der Zielgruppe zu problematisieren und zu besprechen.

Der Konsum von Canabinoiden ist im Kölner Gemeinwesen allgegenwärtig.

Natürlich erscheint es uns wichtig, dass hier eine Entkriminalisierung des Konsums von THC stattfindet. Einer Legalisierung dieses Suchtstoffes stehen wir allerdings weiterhin kritisch gegenüber. Wir stellen vor allen Dingen bundesweit und auch medial eine Bagatellisierung des diesbezüglichen Konsums fest.

Aus unserer Arbeitserfahrung, der entsprechenden Einschätzung und hieraus resultierender Grundhaltung heraus verstärkt der Konsum von THC in nicht unbedeutendem Ausmaße die Suchtstruktur und somit des Suchtverhalten unserer Zielgruppen. Unsere THC konsumierenden KlientInnen erleben eine zunehmende psychische Destabilisierung und einen Verlust des Zeit- und Raumgefühls. Eine zuverlässige Koordination von Terminen mit dieser Gruppe ist schier unmöglich.

Acht unserer KlientInnen standen unter Bewährungsauflagen. Wir kooperierten mit den Bewährungshilfesystemen und es gelang uns unsere Klientel aus den Bewährungsauflagen straffrei herauszubringen. Insgesamt verringerte sich die Zahl der unter Bewährungsauflagen stehenden KlientInnen um 8%.

Zentraler Vektor in unserer Begleitung von an stofflichen Suchtmitteln erkrankten KlientInnen verbleibt die Konsumfreiheit von legalen und illegalen Suchtstoffen.

Beikonsum von THC bei fortlaufender Substitution wird von uns als Rückfall bewertet und im Sinne einer Problematisierung des Verhaltens angesprochen. In der Konsequenz erfolgt unsererseits im Gesprächsverlauf ein Druck zur Veränderung des Verhaltens. Auch dies ist ein Ausdruck unseres hochschwelligem Ansatzes.

Der Zahnstand unserer KlientInnen ist überwiegend schlecht. Wir unterstützten unsere Zielgruppe bei der Durchführung einer vollständigen Sanierung ihres Gebisses. Hierbei stießen wir, gerade bei diesen von uns als dringend notwendig angesehenen Interventionen, auf erhebliche Ängste und Widerstände in der Folge von Traumatisierungen seitens unserer Klientel, die in der Folge eine enge Begleitung notwendig machte.

Es bedurfte einer Kooperation mit einer Zahnärztin, einer kieferchirurgischen Praxis und der zahnmedizinischen Universitätsklinik Köln. Es erfolgten bei drei unserer KlientInnen z. T. aufwendige Terminkoordinationen, Begleitungen und Nachbesprechungen.

Wir nahmen an den regelmäßig stattfindenden und an das Gesundheitsamt der Stadt Köln angegliederten Arbeitskreisen „Substitution in der Praxis“ und „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft“, sprich „PSAG“. Wir beteiligten uns auch an der Sektor-Konferenz Köln-Nord. Wir konnten so, sowohl unseren Bekanntheitsgrad, als auch die Qualität unserer Interventionen im Gemeinwesen weiter steigern.

### **Zum Suchtmittelkonsumverhalten unserer Klientel**

Wir müssen betonen, dass die auf einen einzigen Suchtstoff bezogene Abhängigkeit in dieser Form nicht mehr vorkommt. Unsere KlientInnen mit pathologischem Heroinkonsum und Substituierten weisen fast durchgängig in ihrem Beikonsum einen äußerst riskanten Konsum sämtlicher auf dem illegalen und, natürlich auch legalen Markt, verfügbaren Suchtstoffe im Sinne eines Beikonsums auf.

Unsere KlientInnen mit pathologischem Heroinkonsum und deshalb substituiert, sind zusätzlich abhängig von Alkohol, Benzodiazepinen und/oder Schlafmitteln, wie Zoplicon, Melperon, Tilidin und vor allen Dingen THC-konsumierend. In der KlientInnengruppe der hier Asylsuchenden, gibt es einen Konsum von „Tramal“ als Eigenmedikation gegen Schmerz.

Diese Entwicklung erscheint uns als bedenklich. Sie wird von der „Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin“ (DGS) bestätigt.

Zum Thema THC/Canabinoiden verweisen wir auf von uns bereits oben gemachte Aussagen.

Unser Ansatz bleibt weiterhin hochschwellig und hat ein Suchtmittel- abstinentes, straffreies und sozialkonformes Leben und somit eine Inklusion zum Ziel. In der Konsequenz soll eine Loslösung aus dem sozialen und psychomedizinischen Versorgungsnetz und eine individuelle Verselbstständigung erreicht werden.

Wie in den Jahren zuvor findet die Betreuung von Suchtkranken und psychisch Erkrankten in unserer Praxis ihren Schwerpunkt.

### **Unser fortlaufendes Qualitätsmanagement**

Die Zertifizierungen nach AZAV und Din ISO 9001:2008 blieben weiter bestehen und wurden durch die weitere Zertifizierung der einzelnen Maßnahmen des „Job-Pathfinding“ ergänzt. Wir zertifizierten unsere Erarbeitung „Modularität“ im Rahmen der Zuweisungsmöglichkeit seitens der „Bundesagentur für Arbeit“ und der lokalen Jobcenter in den Bereichen „Heranführung an den Arbeitsmarkt“ und „Stabilisierung einer Beschäftigungsmaßnahme und eines Arbeitsverhältnisses“ für Kunden mit und ohne Migrationshintergrund mit dem Ziel einer Refinanzierung unserer diesbezüglichen Interventionen.

Sämtliche Arbeitsabläufe der Praxis erfolgten weiterhin in Übereinstimmung mit den Zertifizierung Din ISO 9001/2000 und AZAV. Beide Instrumente erwiesen sich auch weiterhin als adäquat in der Kontrolle und weiteren Optimierung unserer Arbeit.

### **Das „Ambulant Betreute Wohnen LVR Dez. 7“**

Im Weiteren sollen nun unsere Tätigkeiten im Bereich „Ambulant Betreutes Wohnen LVR Dez. 7“ analysiert und beschrieben werden.

Grundlage der Analyse ist die praxisinterne und fortlaufend geführte statistische Erhebung entlang der soziologischen Indikatoren und statistischen Suchkriterien.

Die Ergebnisse werden jeweils mit den im Rahmen dieser Auftragslage erfolgten Arbeitsprozessen und Arbeitsschritten im Vergleich zum Haushaltsjahr 2016 abgeglichen. Die Zahl der hierzu angewandten Indikatoren in der statistischen Erfassung blieb im Vergleich zum letzten Haushaltsjahr konstant, wurden allerdings weiter differenziert.

Durch den Einsatz unserer Datenbank konnten „Streuwerte“ in der Erfassung und Dokumentierung unserer Kontaktgestaltung verringert werden. Der ambulante und gleichzeitig hochschwellige Ansatz unseres Arbeitsauftrages erfordert in der Registratur

unserer Tätigkeiten und Kontaktaufnahmen zur Klientel zu ihrer Abrechenbarkeit und vorrangig wichtigen Dokumentierung ein präzises und zeitnahes Handeln und Bedienen der Datenbank.

Es wurden in diesem Haushaltsjahr erneut sämtliche Zielereichungen in den Hilfeplänen mit den zu Beginn der Hilfeplanung erfassten Zielbeschreibungen abgeglichen.

Keiner unserer KlientInnen erlitt einen Wohnraumverlust. Für alle KlientInnen konnte eine psychosoziale Begleitung und eine fundierte Gesundheitsversorgung ermöglicht werden. Es kam zu 62 Kriseninterventionen. 10 KlientInnen konnten trotz der weiterhin äußerst prekären und sich zuspitzenden Lage auf dem Wohnungsmarkt durch unsere Hilfe ein Wohnraum vermittelt werden. Herausragend war unsere Standardkooperation mit den jeweils zuständigen Jobcentern.

Von insgesamt 260 im IHP gesetzten Zielen konnten 182 und somit 70% erreicht werden. 20% der Ziele wurden zudem teilweise erreicht. Die Fragestellung, ob die gesetzten Ziele erreicht oder nicht erreicht werden konnten, muss unbedingt differenziert betrachtet werden. Unsere Antragsstellungen beziehen sich auf **individuelle** Hilfepläne. Die entsprechende Zielgestaltung ist in diesem Sinne per definitionem individuell. Subjektiv mag das Gefühl der Zielerreichung bei unseren KlientInnen vorhanden sein, aus fachlicher und objektiver Sicht ist diese Aussage natürlich diskutierbar.

Als einziges Kriterium in der Bewertung einer Zielerreichung die „Nicht-Auffälligkeit“ im kommunalen Hilfesystem aufzustellen, erscheint uns als durchaus riskant im wissenschaftlichen Sinne. Unsere Zielgruppe weist chronische Erkrankungen auf. Die Rezidivität der Beeinträchtigungssymptome ist zentraler Aspekt der jeweils vorliegenden Diagnostik. In der Folge werden einmal erreichte Ziele durch einen Wiederausbruch der Erkrankungen und vor allen Dingen durch eine subjektive Überforderung in der Bewältigung administrativer Hürden wieder rückgängig gemacht.

Die KlientInnen gehen wieder zurück auf „Los“, können allerdings in ihrer Resilienz auf mehr oder minder lange Phasen der Stabilität zurückgreifen.

### **Zur Analyse der vorliegenden Statistik**

Zur Interpretation der zu unseren Tätigkeiten des Haushaltsjahres 2017 vorliegenden Statistik lässt sich sagen, dass die Zahl der im Rahmen unseres Auftrages „Ambulant Betreutes Wohnen“ LVR Dez. 7 durch die Praxis betreuten KlientInnen in der Folge einer bewussten Steuerung nach den Zertifizierungsprozessen auf 50 gesenkt worden ist. Dies bedeutet im Vergleich zum Haushaltsjahr 2016 eine Reduzierung von 29%. Bis zum Stichtag wurden 45 Hilfepläne vom LVR bewilligt, 5 sind noch offen und ein Erstantrag wurde auf dem Hintergrund der „nicht-Mitwirkung“ des Antragstellers abgelehnt.

Darüber hinaus kam nach Vorsprachen von KlientInnen eine Hilfeplanung nach IHP-Verfahren nicht zustande oder nicht in Frage. Gründe hierfür lagen unter anderem im aktuell nicht ausreichend stabilen Asylstatus, in einem Fall in einer vorliegenden Wohnungslosigkeit und in einem Fall aus nicht ausreichend diagnostizierter Beeinträchtigung, obwohl aus unserer Sicht und aus der Sicht der Klienten ein Hilfebedarf bestand.

Wir berieten über einen Zeitraum von durchschnittlich acht Wochen die Klientel trotzdem und ermöglichten ihr so eine weitere Orientierung und Anbindung an ein anderes Hilfesystem wie z.B. Psychosoziale Begleitung (PSB).

Differenziert betrachtet ergaben sich 15 Neu- oder Wiederaufnahmen und somit Erstanträge und 30 Folgeanträge (inklusive Wiederaufnahmen): hier war nach einer längeren Unterbrechung der Betreuung eine Doppelnennung in der statistischen Erfassung möglich. Die hohe Zahl der Folgeanträge und Wiederkehrer wird von uns einerseits als ein Ausdruck der ausgeprägten Compliance unserer KlientInnen zu uns und andererseits der Qualität unserer Interventionen interpretiert. Was die Zahl der Folgeanträge im Speziellen angeht, betrachten wir diese als Ausdruck der Schwere der psychischen und physischen Beeinträchtigung unter der unsere Zielgruppe leidet und der deswegen erforderlichen lang andauernden oder wiederkehrenden Unterstützung und Begleitung. Es kann nicht erwartet werden, dass unsere Zielgruppe die unter chronifizierten Erkrankungen leidet innerhalb kürzester Zeit aus dem Hilfebedarf herausgelangt. Dies gilt insbesondere für den zentralen Aspekt in unserem Angebot, dem der Migrationsthematik und der posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS).

### **Die durchschnittliche Höhe der bewilligten Fachleistungsstunden**

Seitens des LVR, Dez. 7 wurden durchschnittlich pro Klient und Antragsstellung 1,7 Fachleistungsstunden pro Woche bewilligt. Dies bedeutet eine Stagnation im Umfang der bewilligten Fachleistungsstunden, aber auch dadurch eine Reduktion der Einkünfte der Praxis.

Es gelang uns grundsätzlich, unserer Klientel diese bewilligten Leistungen als eine Chance zur Unterstützung der von ihnen angestrebten Inklusionsprozesse begreiflich zu machen. Es gelang uns unsere Klientel an uns zu binden und ihnen Unterstützung bei der Erlangung der im Hilfeplan festgelegten Ziele angedeihen zu lassen. Ausgeschöpft werden konnten durchschnittlich 1,6 Stunden wöchentlich. Wir verstehen diese Entwicklung dahingehend, dass sich die Frequenz in der Kontaktaufnahme zur Klientel von 91% auf 82% der bewilligten FLS verringerte. Die Problem- und Krisenhaftigkeit unserer Klientel scheint in diesem Sinne abgenommen zu haben.

Der LVR Dez. 7 ermöglichte uns dankenswerter Weise bei eintretenden Kriseninterventionen, die naturgemäß durch eine hohe Zeitintensität im Betreuungsverlauf geprägt sind, zusätzliche Minutenleistungen zu beantragen. Die Bewilligung ermöglichte uns eine größere ökonomische Freiheit in der Gewährleistung unseres Auftrages. Zudem mussten wir 2017 sechs Mal einen Antrag auf Erhöhung der Wochenstunden stellen. Dies war den zum Teil bei der Erstellung der Hilfepläne nicht absehbaren krisenhaften Entwicklungen in den Fallverläufen geschuldet. Unseren Erhöhungsanträgen wurde ohne Ausnahme stattgegeben. Unsere Hilfeplanungen wurden dreimal einer Hilfeplankonferenz unterzogen. Die Tatsache, dass unsere KlientInnen hierbei anwesend waren, erwies sich in doppelter Hinsicht als wirkungsvoll. Einerseits konnte dem übergeordneten Sozialhilfeträger und dem Gesundheitsamt der Stadt Köln die Notwendigkeit der Bewilligungen der Anträge unserer KlientInnen im direkten Kontakt verdeutlicht werden, andererseits zeigte dieser Ablauf unseren KlientInnen die Ernsthaftigkeit des Verfahrens und das ihnen zur Verfügung stehende Setting im Bewilligungsprozess und insgesamt die Notwendigkeit ihrer Mitwirkungspflicht in der Zielerlangung.

Die bewilligten Laufzeiten in den Bewilligungsverfahren für einen Zeitraum von vierundzwanzig Monaten anstatt wie sonst Usus zwölf Monate, erhöhten sich im Vergleich zum Haushaltsjahr 2016 von zwei auf drei. Das ermöglichte uns eine Verlängerung des Zeitraumes der Hilfestellung ohne erneute Antragsstellung und erneuter Verfassung eines Hilfeplans. Dies bietet unserer Klientel eine größere Sicherheit im Betreuungsablauf.

Die „0-Phase“, d.h. der Zeitraum zwischen dem Erstkontakt zu unserer Klientel und deren Anmeldung und somit dem frühestmöglichen Beginn einer eventuellen Zuständigkeit und Refinanzierung seitens dem LVR, Dez. 7, hat sich auf durchschnittlich vier Wochen und jeweils vier Kontaktgespräche zwecks Klärung der Zuständigkeit, des sozialen Status und vor allen Dingen der Eigenmotivation der anfragenden KlientInnen eingependelt. Dieser Zeitraum ist nach wie vor nicht refinanzierbar. Die Phase der Vorfinanzierung unserer Leistungen ab dem Anmeldedatum und somit dem frühesten Zeitpunkt der Refinanzierbarkeit der Leistungen gegenüber unseren KlientInnen beläuft sich nach wie vor auf durchschnittlich drei Wochen. Der Eingang des jeweiligen Bewilligungsbescheides erfolgte dann nach durchschnittlich 1,5 Monaten.

Aufgrund unserer ethisch definierten Grundhaltung ist es mir ein großes Anliegen, dass die sozialen Belange unserer KlientInnen weder durch äußere noch durch ökonomische Zwänge vernachlässigt werden. Diesem Anliegen konnten wir weitestgehend nachkommen. Der ökonomische Druck unter dem meine Praxis steht, muss allerdings immer noch als sehr hoch bezeichnet werden.

### **Zur Ökonomisierung der „Sozialen Arbeit“**

Die Herunterzonung der Refinanzierung der Leistungsangebote und die Einführung des „Ambulant Betreuten Wohnens“ in freier Trägerschaft von neu auf dem Markt sich bewegenden EinzelanbieterInnen, gekoppelt allerdings auch mit der Zerschlagung des BSHGs und der Einführung der SGB Gesetzeswerke, eröffnete die Möglichkeit, dass „kleinere“ LeistungsträgerInnen ihre äußerst flexiblen Angeboten auf dem sozialen Markt anbieten. Die daran gekoppelte Systematik der Einzel- und personenbezogenen Refinanzierung unterstützte diese Flexibilität, hat aber auch zu einer sich ausweitenden Ökonomisierung der sozialen Arbeit, der sozialen Tätigkeiten und der Interventionen geführt. Zugespielt formuliert mündet dies in eine „Aussiebung“ der Klientel in ihren Bedarfen.

Betreut werden tendenziell nur noch KlientInnen, die motiviert sind oder so erscheinen und KlientInnen, die den administrativen Anforderungen der Kostenträger entsprechen indem sie zum Beispiel Nachweise erbringen über schon vorab unternommene Schritte und genutzte Unterstützungsangebote in den vorliegenden Problemstellungen.

In vier Fallverläufen ergaben sich für unsere KlientInnen erhebliche zusätzliche Konfliktfelder durch die Heranziehung von Angehörigen zu den Kosten unseres Hilfeangebotes durch den Kostenträger. In Betreuungsabläufen gerade in den Bereichen Sucht und Migration führte das „Eintreiben“ von Eigenanteilen zur Kostendeckung zu schwierigen innerfamiliären Situationen und vor allen Dingen zu einer tendenziellen Beeinträchtigung der Compliance.

Dies erwies sich insbesondere in der Arbeit rund um Migration als ein erheblicher Störfaktor im Betreuungsverlauf der EinzelklientInnen. Gilt es doch in der Folge einer Kostenerhebung an die Angehörigen diesen gegenüber „reinen Tisch zu machen“ zur Genese und Entwicklung vorliegender psychischer Erkrankungen von Familienangehörigen. Es kam zu erheblichen intrapsychischen und innerfamiliären Konflikten bei unserer Zielgruppe. Unser Ansatz zur Wiederherstellung eines Grundsockels an „Wahrheit“ und Realitätsbezogenheit innerfamiliär ist gerade hier hoch.

Die subjektive und objektiv wahrgenommene Bedrohungslage unserer Zielgruppe hat durch die zunehmende Zahl ausländerfeindliche Vorfälle und vor allen Dingen gesamtgesellschaftlich aggressive Stimmung stark zugenommen. Dies ergibt insgesamt eine zunehmende soziale, psychische und physische Verelendung bei der von uns betreuten Zielgruppe und eine Verstärkung der sowieso schon vorliegenden phobischen Erkrankungsphänomene und -symptome.

In den vergangenen Jahresberichten sagten wir diesbezüglich aus, dass Anfragen von KlientInnen, die diesen Kriterien nicht unbedingt entsprachen, trotzdem beraten und zum Teil auch betreut werden sollten.

Dies ist zu unserem großen Bedauern ökonomisch nicht mehr realisierbar.

Die Beratungs- und Begleitungsbedarfe von in Deutschland Schutzsuchenden wurden bei sieben KlientInnen trotzdem erfüllt. Sechs KlientInnen hatten einen Duldungsstatus. Eine Klientin verfügte „nur“ über einen befristeten Aufenthaltsstatus. Eine Refinanzierung unserer diesbezüglichen Leistungen steht noch aus.

Eine Aussage auf der sozialpolitischen Ebene, nicht nur von uns als einzelner Leistungsanbieter, sondern von einer größeren Zahl entsprechender Leistungsträger, erscheint uns dringend notwendig, ist aber – so unsere Einschätzung – auch durch die mittlerweile eingetretene und oben beschriebene Situation und dem hieraus resultierenden ökonomischen Druck nicht zu erreichen.

Erneut bedaure ich in diesem Zusammenhang, dass die Leistungen meiner äußerst kompetenten Fachkräfte „Sprach- und IntegrationsmittlerInnen“ (SUI) nicht (adäquat) honoriert werden können.

Aus der differenzierten Analyse ergibt sich, dass bei 15 KlientInnen das Betreuungsverhältnis beendet wurde. Dabei wurde das Betreuungsverhältnis von drei Klienten uns gegenüber beendet, in sieben Fällen wurde das Betreuungsverhältnis von der Praxis beendet. In vier Fällen erfolgte die Beendigung durch den Wechsel des Anbieters. In einem Fall wurde durch den Umzug aus dem örtlichen Zuständigkeitsbereich die Begleitung beendet. Hier konnte parallel kein weiterer Bedarf festgestellt werden.

Unsere KlientInnen haben das Hilfe- und Versorgungssystem verlassen und somit ihre Ziele erreicht. Mit unserer Klientel wurde vereinbart, dass eine erneute Betreuung bei Bedarf wieder aufgenommen werden kann. Wir halten auch weiterhin Kontakt zu unseren Ex-KlientInnen. Dieses Angebot gibt ihnen eine innere Sicherheit, ist aber nicht kostenträchtig. Es entspricht unserem ethischen Gesamtansatz.



Wir vermittelten acht KlientInnen nach Anfrage und Erstgespräch bei uns an eine andere Anbieterschaft im Netzwerk „AK-Bewo Psych“ und „AK-Bewo Sucht“. In diesem Zusammenhang erwies sich auch weiterhin unsere Netzwerkarbeit im Gemeinwesen als qualitätssichernd. Es erfolgten fünf Weitervermittlungen an kommunale Leistungen nach Psychosozialer Begleitung „PSB“. Relativ im Vergleich zum Haushaltsjahr 2016 hat die Vermittlung in kommunale Leistung um das Doppelte zugenommen.

### **Zur Alterspyramide**

Unsere bereits im Jahre 2009 begonnene Projektierung „Gimme Shelter“, hierbei handelt es sich um ein Modell der altersgerechten ambulanten Versorgung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen, wurde von uns weiter fortgeführt. Der Bedarf an einem solchen Angebot wird im Gemeinwesen zunehmend deutlich. Das neue Wohnraumteilhabegesetz (WTG) wurde verabschiedet und wird uns aller Wahrscheinlichkeit nach in die weitere Wohnraumakquise begleiten und vor neue Probleme stellen. In diesem Gesetz werden die architektonischen und strukturellen Eckdaten zur Nutzung von Wohnräumen von Seiten sozialer Träger im Sinne eines effektiven Verbraucherschutzes deutlich festgeschrieben und erhöht. Leider scheiterte in fünf Ansätzen der Versuch ein Objekt zu akquirieren. Wir sind weiterhin bemüht für dieses Projekt einen adäquaten Standort zu finden.

Keiner unserer KlientInnen verstarb im letzten Jahr.

Die psychischen Folgeerscheinungen in den Betreuungssystemen in der Folge von Sterbeprozessen unserer KlientInnen erweisen sich als erheblich. Wir bearbeiten die Auswirkungen sowohl durch Supervision, als auch durch Intervention und Fortbildungsangeboten.

Unsere Zielgruppe ist durch den langjährigen Suchtmittelgebrauch multimorbid und leidet unter multiplen, ausgeprägten körperlichen und psychischen Erkrankungen. Unsere Interventionen verhindern ein unwürdiges Sterben unserer Klientel. Wir können jedoch den Sterbeprozess als solchen nicht aufhalten. Wir können nur versuchen diesem letzten Zeitraum im Leben unserer KlientInnen einen humanen Rahmen zu geben.

Wir sind uns der Schwere unserer Aufgabenstellung bewusst. Zur Intensivierung unserer organisatorischen emotionalen Tragfähigkeit erfolgen fortlaufend Supervisionen, Interventionen, Fortbildungen und Systemerweiterungen.

Unser Krisenmanagement wurde fortlaufend in seinen Abläufen überprüft und weiter optimiert. Diesbezügliche interne teambezogene Fortbildungen wurden weiter durchgeführt.

Eine mobile Notrufnummer steht unseren KlientInnen weiterhin 24h zur Verfügung. Sie wurde im Haushaltsjahr 2017 achtmal außerhalb unserer täglichen Öffnungszeiten werktags, nachts und an Wochenenden in Anspruch genommen. Es erfolgten jeweils adäquate Kriseninterventionen.

Ein Missbrauch dieses Krisenangebotes hat nicht stattgefunden.

## **Zur Akquise**

Die Analyse von Zugängen zu unserem Angebot ergibt erneut eine deutliche Skalierung.

Der größte Teil unserer Neuzugänge kam zu gleichen Teilen über Arztpraxen, Bewährungshilfe und „Mund-zu-Mund-Propaganda“ unserer KlientInnen.

Uns erscheint die Betrachtung der Zahl der KlientInnen, die durch „Mund- zu-Mund-Propaganda“ auf uns aufmerksam gemacht worden sind und um Aufnahme in unser Angebot baten (fünf), als Bestätigung, dass die Steuerung und die Qualitätssicherung der Praxis qualitativ hochwertig sind und auch im Sozietop positiv wahrgenommen werden.

Meine Praxis differenzierte im letzten Jahr ihre Angebotspalette weiter aus und verringerte gleichzeitig die Zahl der MitarbeiterInnen auf fünf. Dies führte zu einer Erhöhung der individuellen Fallzahlen in der jeweiligen Zuständigkeit.

In drei Fallverläufen erfolgte ein Einsatz von Sprach- und IntegrationsmittlerInnen (SUI) zu den Sprach- und Kulturbereichen Italien, Afghanistan und Russland. Diese Begleitungen erfolgten jeweils zusätzlich zu den von uns eingesetzten Fachkräften. Sie erwiesen sich gerade durch die Interventionen der SUI als äußerst effektiv und wirkungsvoll im Sinne einer Erlangung von im Hilfeplan festgelegten Zielen und einer Erhöhung der Compliance unserer Klientel.

Zusätzlich waren eine Verwaltungskraft und eine Hygienefachkraft für mich tätig.

Wir konnten unsere Gruppenangebote nicht weiter stabilisieren:

- Offenes Atelier
- Kreativwerkstatt
- Sport im Volksgarten

verblieben im Angebot.

Drei Projektplanungen wurden angestoßen und vorbereitet. Sie können im aktuell laufenden Haushaltsjahr beginnen:

- Freizeitangebote
- Sport im Vorgebirgspark
- „Gimme Shelter“

## **Analyse zum Angebot „Job-Pathfinding“**

Seit 01.01.2017 etablierte sich unser Angebot „Job-Pathfinding“.

Es erfolgten 19 Zuweisungen seitens der Jobcenter in unser Angebot.

Im „Job-Pathfinding“ werden KlientInnen mit multiplen Vermittlungshemmnissen – z.B. Suchterkrankung, psychische oder kognitive Beeinträchtigung – in stabile und adäquate Arbeitsverhältnisse vermittelt. Dieses Teilprojekt erwies sich als ein hervorragendes Instrument zur Stabilisierung unserer Zielgruppen.

Im Rahmen des „Job-Pathfinding“ wurden achtzehn KlientInnen begleitet. Hervorzuheben ist hier, dass **alle** KlientInnen innerhalb von drei Monaten in eine feste Beschäftigung gelangten. Dabei fanden 47% eine feste Arbeitsstelle, 10% eine Ausbildung und weitere gelangten in eine Maßnahme, Umschulung oder Praktikum. 33,3% der KlientInnen hatten hierbei einen Migrationshintergrund.

Meine für diesen Arbeitsbereich zuständigen KollegInnen nahmen regelmäßig an den Unterarbeitskreisen der PSAG zum Thema Reintegration in Arbeit teil.

### **Der Faktor Migration**

Eine weitergehende Analyse der Herkunft der KlientInnen ergibt, dass 30 KlientInnen einen „Migrationshintergrund“ haben.

Der Verlust von räumlichen und sozialen Bindungen und Koordinaten führt zu einem Verlust des Raum- und Zeitgefühls und zum Verlust des Selbstbewusstseins. Es kommt zu einem Verlust der Handlungsfähigkeit, der sozialen Lebensfähigkeit und einer hohen Suchtlatenz.

Aus unserer Statistik ergibt sich, bezogen auf die Herkunftsländer unserer KlientInnen, ein Schwerpunkt in der Versorgung iranischer, afghanischer und italienischer KlientInnen. Die Auffälligkeit der italienischen KlientInnen wurde durch das muttersprachliche Angebot unserer Praxis gefördert. Die Zahl der EU-MigrantInnen und somit die Zahl derer, die über einen festen Aufenthaltsstatus verfügen, aber allein schon durch die ausufernde Bürokratie, die zu bewältigen ist, um im sozialen Alltag zurecht zu kommen, hat deutlich zugenommen.

Wir beklagen die deutliche Zunahme von Abweisungen durch vermeintliche und aus unserer Sicht vorgeschobenen „nicht-Zuständigkeit“ und vor allen Dingen ein Ausufern der auszufüllenden Formulare und einzureichenden Unterlagen bei Antragsstellungen.

Alle sprachlichen und kulturellen Regionen, aus denen unsere Klientel kam, konnten durch das muttersprachliche Angebot meiner Praxis begleitet werden. Unsere KlientInnen kamen aus 9 unterschiedlichen Ländern und aus Deutschland. Unser Angebot bezieht sich auf 12 Fremdsprachen (Englisch, Französisch, Spanisch, Italienisch, Farsi, Rumänisch, Wolof, Türkisch, Russisch, Niederländisch, Malgasy, Hebräisch) und auf Deutsch. Acht Fremdsprachen wurden im letzten Haushaltsjahr zur muttersprachlichen und kulturellen Betreuung in unserem Angebot angewendet; Italienisch, Englisch, Französisch, Spanisch, Farsi, Wolof, Russisch und Rumänisch.

Als Bestandteil der muttersprachlichen und interkulturellen Betreuung erfolgt in der Vertretungs- und Zweitbetreuung ein Sprachwechsel in das Deutsche. Die Hilfeplannerfassung erfolgt sowohl muttersprachlich, als auch auf Deutsch. Diese Impulse dienen auch als Anreiz für unsere Zielgruppe Deutsch zu lernen und zu praktizieren.

Vorrangig erscheint uns allerdings unser praxisinternes Wissen zu kulturspezifisch geprägten Verhaltensweisen und Weltbildern, zur Transkulturation und zur Transversalität.

Ohne dieses Wissen kann unserer Erkenntnis nach keine qualitativ hochwertige Migrationsarbeit im Beratungskontext erfolgen.

Auch in diesem hier beschriebenen Haushaltsjahr konnten wir unsere Kontakte zu Sprachschulen und Kulturinstituten weiter ausbauen und so die Aufnahme von Deutschkursen für unsere KlientInnen weiter erleichtern. Es erfolgten fortlaufend Fallbesprechungen mit den jeweiligen Trägern der Kurse, hier vorrangig der Internationale Soziale Service (ISS) und das Bildungsinstitut für Kultur und Partizipation („Bikup“).

Wir kooperierten eng mit Sprachschulen und dem „BAMF“, dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.

Der Einsatz von „Sprach- und KulturmittlerInnen“ erscheint uns als eminent wichtig und qualitätssichernd, ist allerdings nach den Kriterien der Leistungsvereinbarung mit dem Kostenträger LVR Dez. 7 nicht refinanzierbar.

Hier muss es zur Möglichkeit einer Abrechenbarkeit unserer Leistungen sowohl der Bezugsbetreuung, als auch dieser zusätzlichen Fachkraft kommen.

Bereits im Jahr 2000 und anlässlich der Fachtagung des Gesundheitsamtes der Stadt Köln, „Transkulturelle Hintergründe und unterschiedliche Sozialisierungen, Die Kasuistik in der Arbeit mit Entwurzelten“ wies meine Praxis auf die Notwendigkeit einer Öffnung unseres Beratungs- und Betreuungsangebot für MigrantInnen hin und vor allen Dingen auf die Notwendigkeit unsere Angebote entsprechend zu erweitern und zu intensivieren.

Seit 2014 und insbesondere seit März 2015 in der Folge der Fluchtbewegungen über die sogenannte Balkanroute hat meine Praxis zunehmend Betreuungsanfragen von in Deutschland Schutzsuchenden, Flüchtlingen und MigrantInnen aus dem Iran, Syrien, Afghanistan und dem Irak. Diese leiden unter den Folgen von Krieg und Terror in ihren Herkunftsländern und in der direkten Folge unter „Posttraumatischen Belastungsstörungen“ (PTBS), psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen. Zu uns kommen Menschen, die aus Vorder- und Mittelasien stammen, somit aus Herkunftsländern, in denen der Opioid- und Cannabisgebrauch endemisch, kulturell akzeptiert und toleriert wird. Die Zahl der Beratungs- und Behandlungsbedürftigen in den Metropolen Westeuropas wird stark zunehmen. Unsere örtlichen Angebotssysteme müssen sich in der Konsequenz weiterhin an diese Notwendigkeiten adaptieren. Zu einer Refinanzierung unserer diesbezüglichen Interventionen über den LVR Dez. 7 fehlen allerdings die zu einer Refinanzierung notwendigen juristischen Grundlagen „Stabiler Aufenthaltsstatus“ und „Eigener Wohnraum“. Wir versuchten erneut den hieraus entstehenden Verlust im Kostenaufwand über Spenden abzudecken. Dieser konnte allerdings nur 25% unserer Leistungen abdecken.

### **Unsere Kooperation mit dem Jugendamt**

Die Zahl der Kinder von KlientInnen in unserem Betreuungsangebot verringerte sich von 42 auf 32 Kinder. Im Rahmen von Verlaufsabsprachen und Fall- und Hilfeplangesprächen kooperierten wir eng mit den jeweils zuständigen Jugendämtern. Wir leiteten unterstützende Begleitungen und Hilfen durch Sozialpädagogische Familienhilfen (SPFH) und „Frühe Hilfen“ ein und kooperierten eng mit den hierfür eingesetzten Fachkräften.

Eine von uns in der Begleitung von Familien, deren Angehörige Sucht- und/oder psychisch erkrankt sind entsprechend eingeforderte Kooperation mit dem Jugendamt

nach der von uns mitgetragenen *Kooperationsvereinbarung und §8a KJHG*, stieß bei einigen unserer Migrationsfamilien allerdings auf Ablehnung. Es bedurfte einer ausgeprägten Überzeugungsarbeit gegenüber den Familien zum Erhalt einer Bereitschaft das Jugendamt und seine entsprechende stützenden Angebote in die Begleitungsangebote mitaufzunehmen. Das Verständnis zu einem staatlichen Eingreifen auch nur bei potentieller Gefahrenlage, erwies sich als begrenzt. Das eigene kulturell geprägte Verständnis von „Hoheit“ im Familiensystem setzt Grenzen.

So kam es zu acht ausgeprägten Kooperationen mit dem jeweils zuständigen Jugendamt. Es kam in keinem Fall zu Maßnahmen nach §8a.

Als Fazit ergibt sich insgesamt erneut aus unserer Sicht, dass sich das „Ambulant Betreute Wohnen“ zum Herzstück der sozialen Arbeit entwickelt hat. Dieses Angebot deckt in seiner Auftragslage und in den in den Betreuungen notwendigen Interventionen, sämtliche Bereiche der sozialen und beraterischen Arbeit ab.

### **Die Herausforderung in Betreuungsabläufen bei psychischen und Suchterkrankungen**

Markant erscheint uns erneut die starke Zunahme von zusätzlichen psychischen Erkrankungen im Sozietop über die Suchterkrankung hinaus. Diese Entwicklung halten wir für sehr bedenklich. Laut der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) ergibt sich das Bild einer vergleichbaren Entwicklung derzeit für ganz Deutschland. Um dem Bedarf in Köln gerecht zu werden, muss sich die Zahl der spezifisch auf die psychopathologischen Begleiterkrankungen von Sucht eingestellten Arztpraxen vergrößern.

Die Vermittlung unserer Klientel in eine psychiatrische Diagnostik und Behandlung erwies sich durchgängig als sehr zeitaufwendig und war verbunden mit einem ausgeprägten Motivationsdruck unsererseits gegenüber unserer Klientel.

Gerade in der Migrationsbevölkerung wird eine psychiatrische Diagnostik und die sich daraus ergebende psychiatrische Behandlung und Medikation als eine exkludierende Sanktion und Bedrohung wahrgenommen. Es scheint, dass die psychiatrische Diagnose von MigrantInnen noch markanter als gesellschaftlicher „Makel“ wahrgenommen wird. Darüber hinaus ergaben sich immer wieder erhebliche Wartezeiten für unsere KlientInnen bei den Terminvergaben bei den psychiatrischen Praxen. Die aus oben genannten Gründen latente Terminuntreue unserer KlientInnen erschwert die Abläufe weiter. Das in diesem Zusammenhang auftretende Sprachproblem erwies sich als eine weitere große Hürde für unsere Zielgruppe. Nur durch unseren muttersprachlichen und -kulturellen Einsatz konnten diese Hürden von unseren KlientInnen überwunden werden.

Das Erläutern bürokratischer Abläufe und demokratisch gesellschaftlicher Standards in Deutschland ist im Verlauf der Begleitungen unumgänglich, wenn auch sehr aufwendig. Das Einüben bürokratischer Abläufe erwies sich als sehr zeitintensiv und bedurfte regelrechter Schulungen. Dies gilt gerade dann, wenn KlientInnen aus Ländern kommen, in denen der demokratische Grundgedanke nicht existiert und die Verwaltungsabläufe nicht unserer Norm entsprechen. Das Erlernen und Einhalten dieser vorgegebenen Abläufe ist für unsere Zielgruppe jedoch eine Grundlage zur Selbstbestimmung und Übernahme von Verantwortung gegenüber dem eigenen

Schicksal. Das Wissen über Strukturen, Zuständigkeiten, Abläufe, zeitliche Fristsetzungen und vor über Verpflichtungen gegenüber den Instanzen ist Bestandteil der Verantwortung gegenüber dem sozialen Umfeld und vor allen Dingen gegenüber sich selbst.

Als besonders problematisch erwies sich hierbei das Einholen der durch die bestehende Gesetzeslage notwendigen „Aussagen zum Vermögen“ von Angehörigen. Auch dieser Vorgang wurde als Eingriff in die „Familienhoheit“ wahrgenommen. Die Erfüllung dieser sozialhilferechtlich vorgesehenen Grundlage in der Durchführung unseres Angebotes führte zu Zerreißproben in der Compliance zu einigen unserer KlientInnen allerdings nicht nur aus dem Bereich der Migrationsbevölkerung.

Auch hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die Compliance störenden Konfliktlagen durch unser Nachhalten der Zahlungen von Eigenbeteiligungen von KlientInnen in der Refinanzierung unserer Leistungen. Insbesondere unsere Zielgruppe Migrationsbevölkerung entwickelt hier ein ausgeprägtes Unverständnis und in der Folge einen bei uns erhöhten Zeit- und Arbeitsaufwand zur Überzeugung und Kontrolle. Am schwerwiegendsten sind allerdings die eintretenden Störungen in der Kontaktfähigkeit und -bereitschaft unserer KlientInnen angesichts dieser ökonomischen Verpflichtungen.

Die Angst vor einer Stigmatisierung der eigenen Person durch markante Elemente der psychischen Erkrankung, des „Andersseins“ wirkt auch als Druck zur Veränderung der eigenen Verhaltensweisen und Lebensumstände. Durch die Dauerhaftigkeit dieser Angst, stellt die Arbeit mit dieser Klientel eine besondere Herausforderung dar.

### **Die Spezifizierung unserer Schwerpunktbereiche**

Innerbetrieblich sind unsere Betreuungsabläufe auch weiterhin einzelfallorientiert.

Die Suchterkrankungen und gleichzeitig der Faktor „Migration“ erfordern zur Erreichung des Zieles „Abstinenz“ und „Inklusion“ allerdings zwingend den methodischen Einsatz von Gruppenarbeit und Gruppenangeboten.

Themenbezogen und Bezugsbetreuung übergreifend, sind unsere Angebote aber nach wie vor in mehrere Schwerpunktbereiche aufgeteilt. Der Abgleich der Tätigkeiten, Hürden und Fortschritte im Fallverlauf erfolgt in den Fallbesprechungen der Teamsitzungen, im intervisorischen Gespräch und im Rahmen der Supervisionen.

Dieser methodische Ansatz führt, im Vergleich zu den Vorjahren, zu einer erneut eindeutigen Effektivierung unserer Interventionen im Sinne der Erlangung der im Hilfeplan gesteckten Ziele.

Es ergeben sich folgende Schwerpunktbereiche:

### **Stabilisierung im vorhandenen Wohnraum**

Unser vorrangiges Ziel im Auftrag „Ambulant Betreutes Wohnen“ ist die Sicherung und der Erhalt des Wohnraums unserer Klientel. Der vorhandene Wohnraum unserer Klientel befindet sich aber z. T. in einem sehr schlechten Zustand. Es gelang uns zehn KlientInnen einen neuen Wohnraum zu vermitteln und so ihre psychische Drucklage durch z. T. gesundheitsschädliche Zustände in den Wohnungen zu mindern.

Bei der Suche nach anmietbaren Wohnräumen und der Vermittlung zwischen unseren KlientInnen und den Hausverwaltungen musste allerdings oft zeitnah und somit zum Teil auch ohne die Betroffenen agiert werden. Eine Anwesenheit der KlientInnen und somit eine Abrechenbarkeit der Arbeit war so nur in den seltensten Fällen möglich. Diese Aktivitäten sind somit weiterhin nicht refinanzierbar, jedoch nach wie vor unerlässlich im Sinne unserer Auftragslage. Die Verschärfung der Wohnungsnot im Großraum Köln hat und wird dieses Arbeitsfeld weiter erschweren und zeitlich expandieren lassen.

Bei 49 KlientInnen gelang es uns, durch intensive Betreuungsmaßnahmen und Kooperationen, mit den Wohnungsversorgungsbetrieben der Stadt Köln, mit mehreren Handwerksbetrieben und dem Jobcenter, den Wohnraum zu sichern, in seinem Bestand zu verbessern und so eine Wohnungslosigkeit zu verhindern. Dies ist insofern besonders bemerkenswert, weil unsere Arbeitserfahrung zeigt, dass der Vertreibungsdruck auf die ärmere Bevölkerung in einzelnen Stadtgebieten weiter stetig zugenommen hat. Die Auswirkungen auf unsere Klientel ist eine weitere Vertreibung aus dem Stadtkern in die praxisferne Peripherie. Dies wird zwangsläufig das Ausmaß unserer nicht refinanzierten Fahrtzeiten vergrößern.

Aktuell sehen wir einen erheblichen Vertreibungsdruck auf die Stadtteile Südstadt, durch die Fertigstellung der U-Bahn und Kalk sowie Mülheim durch fortschreitende Sanierungsmaßnahmen.

Diesen Hinweis auf eine durchgreifende Gentrifizierung mussten wir leider bereits in den letzten Jahresberichten geben. Die Situation hat sich zwischenzeitlich weiter gravierend zugespitzt. Freien und verfügbaren sozialen Wohnraum gibt es im Kölner Stadtkern nicht mehr. Der Vertreibungsdruck auf sozial schwache Bevölkerungsgruppen aus dem Stadtkern ist immens.

Diese Situation ist der Kommune bewusst. In der Konsequenz können für uns refinanzierbare Leistungen auch für die Klientel in einer aktuellen „Pensionsunterbringung“ von uns betreut werden. Die leider dort vorhandenen Rahmenbedingungen erschweren die psychischen und Suchterkrankungen allerdings weiterhin.

Zudem mussten wir im Rahmen der Hausbesuche feststellen, dass der Wohnraum von 22 von insgesamt 50 KlientInnen unserer Einschätzung nach in einem schlechten Zustand bzw. nicht ausreichend ist. Eine praktikable Lösung für dieses Problem sehen wir aktuell nicht, zumal unsere Antragsstellungen „Renovierungsbeihilfe“ (3) sämtlich mit dem Verweis auf Sparrücklagen, die aus dem Bezug ALG II von unserer Klientel doch anzulegen seien, abgelehnt worden sind.

### **Das „Jobpathfinding“ Unser Angebot berufliches Pathfinding**

Schon immer war es uns in unserer täglichen Arbeit mit den KlientInnen ein Anliegen, sie auch im Hinblick auf ihre beruflichen (Entwicklungs-)Möglichkeiten zu beraten, zu unterstützen und zu begleiten. Hierzu bietet die Praxis seit 2008 ein berufliches Pathfinding und Job Coaching für die KlientInnen des „Ambulant Betreuten Wohnens“ an. Aufgebaut und betreut wurde dieser Arbeitsschwerpunkt zunächst durch eine Honorarkraft mit langjähriger Erfahrung in der beruflichen Bildung.

Wir konnten diese Kollegin bereits im Zuge unserer Qualitätssicherung im Jahr 2013, das in 2016 erfolgreich beendet wurde, in eine festeinstellung übernehmen.

Eine Zertifizierung nach AZAV ist gegeben, die Zertifizierung der Modularitäten dieses Angebots konnte mit den entsprechenden Modularitäten 2016 vollständig abgeschlossen werden.

Ein passender Arbeitsplatz ist ein wichtiger Schritt aus der Abhängigkeit hin zu mehr Autonomie und einem selbstbestimmteren Leben. Diesen Arbeitsplatz zu finden ist ein sehr individueller Suchprozess.

Wenn es „passt“, ist die Arbeit stimmig mit der sozialen und gesundheitlichen Situation, der persönlichen Begabung, dem persönlichen Interesse und dem realen Arbeitsmarktbedarf verbunden. In diesem Sinne führt die Arbeit zu einem „Mehr“ an Zufriedenheit in der Lebensgestaltung und kann so eine gute Basis für die Gesundheit im ganzheitlichen Sinne sein.

### **Vermittlung in Arbeit**

Im Haushaltjahr 2017 ergab sich bei 43 KlientInnen die Notwendigkeit einer engen Kooperation mit den jeweilig zuständigen Jobcentern im Rahmen der Vermittlung in den Arbeitsmarkt oder in den Ausbildungssektor. So konnten 9 unserer KlientInnen in ein festes Arbeitsverhältnis begleitet werden. Zunehmend wurden wir damit betraut, unserer Klientel bei der Überleitung von SGB II in SGB XII unterstützend zur Seite zu stehen. Diese Überleitung erwies sich als ein für die Klientel destabilisierendes Element. Es erfolgten insgesamt hierbei elf Kriseninterventionen wegen für unsere Klientel undurchsichtigen und nicht nachvollziehbaren ökonomischen Einschränkungen.

Die Zahl der erfolgreichen Unterstützungsprozesse bei erreichter Vermittlung in Arbeit, Aus- und Weiterbildungen und Praktika beläuft sich 2017 von auf 19.

Es ergab sich weiterhin eine erhöhte Arbeitsbelastung durch die zunehmend notwendige Kontrolle der Leistungsbescheide ALG-II im Sinne der Überprüfung, Verdeutlichung und Erklärung der in den jeweiligen Bescheiden zwar differenzierten, für unsere KlientInnen jedoch nicht nachvollziehbaren Positionen gegenüber der Klientel. Hierbei zogen wir stets einen externen und in Berlin ansässigen, mit uns kooperierenden juristischen Fachmann zu Rate.

Es gab monatliche Beschwerden von Seiten unserer Klientel über zu späte oder gar nicht getätigte Auszahlungen von Leistungen seitens des Jobcenters.

Im Haushaltjahr 2016 war die Praxisleitung peripher über das Netzwerk „Tacheles“ beteiligt an einer bundesweiten Studie zu Qualitätsaussagen über die Jobcenter. Ein Ergebnis dieser Studie war, dass die Kölner Jobcenter ihren KundInnen sehr zugewandt sind und es bundesweit zur niedrigsten Zahl an Beschwerden gekommen ist. Diese Grundhaltung setzte sich laut „Tacheles“ auch im Haushaltjahr 2017 durch.

Bei auftretenden Problemen in laufenden Arbeits- und Integrationsprozessen erfolgten Kontaktaufnahmen und Problemmoderationen mit den jeweiligen Ausbildungsträgern und Arbeitgebern sowie dem Jobcenter.



48 KlientInnen befinden sich beim Jobcenter im „DIMA-Bereich“. Es ergaben sich daraus Möglichkeiten der telefonischen Klärung von Problemstellungen im Management im Sinne unserer Klientel.

In den meisten Situationen ist es aber vor allen Dingen wg. der schlechten Erreichbarkeit der Sachbearbeitungen des Jobcenters nach wie vor nicht immer durchgängig möglich in Anwesenheit der Klientel zu handeln. In Krisensituationen ist dies jedoch zur Deeskalation der Situation von elementarer Wichtigkeit. So erfolgten in diesem Haushaltsjahr 52% aller Vermittlungstätigkeiten gegenüber dem Jobcenter in Abwesenheit unserer KlientInnen und sind somit nicht abrechenbar.

### **Der „Faktor 1,2“**

Besonders in der Arbeit mit unserer Zielgruppe ergibt sich eine Überschreitung der durch den Faktor 1,2 in unseren Abrechnungsverfahren möglichen Refinanzierungen.

Unsere Klientel ist in der Folge ausgeprägter psychischer Erkrankungen, der sozialen und geographischen Entwurzelung, der dann eingetretenen psychischen und Suchterkrankung, in ihrer zeitlichen und räumlichen Orientierung beeinträchtigt. 9 KlientInnen sind Folteropfer und in der Folge psychisch erkrankt. Terminfindungen und vor allen Dingen Termineinhaltungen erscheinen noch schwieriger, als bei unseren anderen KlientInnen. Es ergeben sich in der Konsequenz Fehltermine und im Vorfeld von Terminvereinbarungen ein erheblich größerer logistischer Aufwand zur Koordination.

Insbesondere in der ersten Phase der Betreuungsabläufe wird dies noch ausgeprägter sichtbar. Terminuntreuen sind das Ergebnis und Bestandteil der vorliegenden psychischen Beeinträchtigung. Unsere Klientel leidet unter einer eingeschränkten Konzentrations- und Merkfähigkeit. Diese behindert unsere Zielgruppe bei der Erfüllung administrativer Auflagen und lässt sie vor allen Dingen bei Termineinhaltungen mit Ämtern regelmäßig an Grenzen stoßen. Im Rahmen der Betreuungsabläufe muss somit ein erheblicher logistischer und deutlicher Motivationsdruck gegenüber unserer Klientel zur Einhaltung der Terminlagen z. B. gegenüber den Jobcentern und den medizinischen Praxen aufgebracht werden, damit diese zuverlässig stattfinden können. Trotz allem entstehen erhebliche Ausfallzeiten durch Nichteinhaltung der Termine seitens unserer Zielgruppe und unserer gleichzeitigen Präsenz bei diesen Terminlagen.

Zur Vermeidung und Deeskalation von Krisensituationen sehen wir uns häufig in der Notwendigkeit Termine und vor allen Dingen Rücksprachen mit Instanzen auch ohne unsere Klientel durchzuführen. Diese Vorgehensweisen entsprechen unserer Betreuungsethik und unserer Krisenprophylaxe. Sie dienen darüber hinaus auch zum Schutze der beteiligten administrativen Instanzen.

Erstrebenswert erscheint uns die Anhebung dieses Faktors auf 1,75 um unsere Arbeit ökonomisch tragbar zu machen. Diese Höhe der Fakturierung entspricht unserer statistischen Erfassung der Arbeitsabläufe.

Unser Overheadrahmen, unsere Tätigkeiten zumindest diesen Instanzen gegenüber, in Vermittlungs-, Krisen- und Deeskalationstätigkeiten, bleibt nach wie vor sehr hoch.

## **Die Komm- und Gehstruktur**

Ein weiterer Problemfaktor der Refinanzierung unserer Leistungen sind die nicht-refinanzierbaren Fahrzeiten zu unseren KlientInnen.

82% unserer Kontaktarbeit zur Klientel fand im hier beschriebenen Haushaltsjahr in Form von Hausbesuchen, Begleitungen zu Behörden und Krankenhausbesuchen und somit in einer „Gehstruktur“ statt.

Laut unserer statistischen Erfassung der Arbeitszeiten ergaben sich durchschnittlich 180 Minuten Fahrzeit pro Woche, pro KollegIn. Dies ergibt somit für die Praxis einen Zeitaufwand von insgesamt 1260 Minuten pro Woche nicht refinanzierter Arbeitszeit nur durch Fahrzeiten.

Eine Konzentration unserer Tätigkeiten auf zusammenliegende Stadtbezirke, zur Senkung der notwendigen Fahrtzeiten, ist nicht erreichbar. Unser Aufgabengebiet bezieht sich auf eine soziologische Gruppe, die über das gesamte Stadtgebiet verteilt wohnt. Und diese wird, wie oben erwähnt, immer weiter in die Außenbezirke verdrängt.

Meine Praxis stellt unserer Klientel eine telefonische mobile Bereitschaft von 24 -Stunden zur Verfügung. Die psychische Belastung meiner MitarbeiterInnen ist dadurch sehr hoch. Es kam im hier beschriebenen Haushaltsjahr zu einer nächtlichen Krisenintervention. Die Rufbereitschaft an den Wochenenden wurde allerdings sehr viel häufiger in Anspruch genommen. Insgesamt wird die Tatsache, dass es diese Anrufmöglichkeit gibt, das betonen unsere KlientInnen, als eine große innere Beruhigung und Absicherung wahrgenommen und ist somit eine Krisenprophylaxe. Dies gilt selbst dann, wenn diese Möglichkeit gar nicht genutzt wird.

Unsere Zielgruppe ist ausgeprägt krisenhaft. Das Angebot der 24h-Bereitschaft wird ebenfalls nicht refinanziert, bedeutet aber eine erhebliche physische und psychische Belastung des Personals. Es erschwert das Verhältnis von „Nähe und Distanz“ zur Klientel und vor allen Dingen das Verhältnis zwischen Arbeit und Privatleben der Betreuenden.

## **Zum Thema „Hausbesuche“**

82% unserer Tätigkeiten vollzogen sich in Hausbesuchen und in aufsuchender Arbeit. Diese unterteilen wir analytisch in „Hausbesuche“ und begleitende Aktivitäten, wie zum Beispiel Besuche und Vorsprachen bei Ämtern, Entwicklung von Tagestruktur und Gestaltung von Freizeit.

Ein Klient wurde in Haushaltsjahr 2017 nur über Hausbesuche betreut, beraten und begleitet.

Die zentrale Lage unserer Einrichtung ermöglichte eine direkte Erreichbarkeit unserer Klientel mit ÖPNV sowohl für mein Team, als auch in der Komm-Struktur, und somit für unsere Klientel zu uns.

Dieser methodische Arbeitsansatz setzt grundsätzlich voraus, dass es sehr schnell zu einer hohen Compliance und Öffnung der Privatsphäre seitens der Klientel im Betreuungsangebot kommt.

Gerade in der ersten Phase des Kennenlernens und insbesondere der Bedarfserhebung bei der Erstellung der Hilfepläne und aber auch fortlaufend müssen wir darauf achten, dass Hausbesuche nicht als ein Eindringen in die Privatsphäre wahrgenommen werden. Die bei der Erstellung des Hilfeplans notwendige Öffnung des eigenen vergangenen Lebens und der aktuellen Problemstellungen uns gegenüber verstärkt sowohl bei uns, als auch bei der Klientel die Notwendigkeit und die Achtung von Nähe und Distanz.

Insbesondere in den zentralen Bereichen unserer Arbeit, der Migrationsarbeit, bauen unsere KlientInnen noch weitaus größere Hürden zur Begehung des Wohnraums auf, er ist allerdings im Leben unserer Zielgruppe umso wichtiger, als dass er Refugium und Fluchort ist.

Der Zustand der Wohnungen ist auch immer Ausdruck der aktuellen psychischen und physischen Befindlichkeit der BewohnerInnen und in diesem Sinne non-verbaler Hinweis auf diese.

Wenige der von uns wöchentlich besuchten Wohnungen waren vernachlässigt.

Unsere Zielgruppe ist chronisch erkrankt. Über z. T. Jahrzehnte lang Eingespielte und eingeübte Verhaltensmuster können nicht innerhalb von 12 Monaten aufgebrochen und verändert werden.

### **Die Gruppenangebote:**

#### ***Das Sport- und Freizeitangebot „Freizeitkick“***

Das Angebot richtet sich an unsere sportlich interessierten KlientInnen, aber auch an alle anderen. Das Angebot wurde jeden Donnerstag 13:00 Uhr bis 15:00 durchgeführt und fand im Vorgebirgspark statt.

Die angebotenen sportlichen Aktivitäten waren „Frischlufftanken“, Fußball, „Petanque“ und Basketball spielen. „Dabeisein ist alles“, ist unser Motto.

Diese Aktivitäten fördern die körperliche Aktivierung, die Fitness und somit körperliche Gesundheit unserer KlientInnen; Sie fördern die Freude an der körperlichen Bewegung. Darüber hinaus bietet dieses Angebot unserer Zielgruppe Zeit und Raum für ganz persönlichen Austausch und die Möglichkeit den „Kontakt“ zu uns und den anderen KlientInnen zu intensivieren. Es erfolgt ein gegenseitiger Beziehungsaufbau.

Der diese Aktivitäten leitende Kollege ist ausgebildeter Sporttrainer und Sprach- und Integrationsvermittler.

#### ***Die Kreativwerkstatt:***

Einmal monatlich realisierte unsere Mitarbeiterin das Angebot „Kreativwerkstatt“ für jeweils zwei Stunden. Dieses Angebot steht weiterhin nicht nur unseren KlientInnen, sondern auch KlientInnen anderer AnbieterInnen des „Ambulant Betreuten Wohnens“ offen. Die jeweiligen Terminlagen wurden in unserem Verteilernetzwerk vorab bekanntgegeben.

Für alle erwies sich hierbei die jeweilige Besprechung der entstandenen Werke als spannend und wirksam.

## **Zum Antigewalttraining**

Im Haushaltsjahr 2017 fanden drei Durchläufe unseres entsprechenden Angebotes statt.

Die individuellen Ergebnisse waren seitens unserer KlientInnen sehr gut und effektiv im Sinne einer individuellen Gewaltprophylaxe und intrapsychischen Veränderungen.

Keiner unserer KlientInnen fiel im Nachspann erneut als gewalttätig in Konfliktsituationen auf. Sie konnten ihren Arbeitsplatz und ihren Wohnraum erhalten.

Die von ihnen im Kurs erlernten Entspannungstechniken und alternativen Kommunikationsmodelle bei Konfliktsituationen konnten sehr effektiv von ihnen umgesetzt werden. Dieses Angebot wird von uns weitergeführt werden.

## **Zur Gemeinwesenarbeit**

Wir nahmen bis September 2015 an den Sitzungen des „AK-BeWo-Sucht“ und „AK-BeWo-Psych“ teil. Wir verließen beide Strukturen. Eine Weiterführung unserer Teilnahme erscheint uns weiterhin auch wegen des oben schon beschriebenen ökonomischen Druckes in den Abläufen als nicht mehr realisierbar.

Der ökonomische Druck dem alle AnbieterInnen unterliegen hat noch mehr zugenommen. Aus unserer Sicht erscheint es immer noch sehr wichtig, dass eine gemeinsame Plattform wiederhergestellt wird. Fortgeführt werden allerdings Ansprechbarkeiten in von der Praxis aufgebauten Netzwerken zur Verbreiterung unserer Anfragen und Angeboten.

Unsere Praxis nahm an den Sitzungen der PSAG teil.

Im Rahmen des Angebotes „Jobpathfinding“ nahmen wir an den Arbeitskreisen zum Thema Arbeit der PSAG teil

Unsere Praxis nahm auch weiterhin teil an den Regelsitzungen „Substitution in der Praxis“ im Gesundheitsamt.

Weiterhin sind wir in der Sektorkonferenz SPZ Köln-Nippes vertreten.

## **Zur Kooperation mit anderen begleitenden Diensten**

Zur Erlangung einer qualitativ hochwertigen Betreuung bedarf es einer intensiven Kooperation mit Betreuern nach §§ BtG, den Bewährungshilfen, den jeweils zuständigen Rechtsanwaltskanzleien, der Ausländerbehörde, der Polizei, der Staatsanwaltschaft, den örtlichen Sucht- und allgemeinmedizinischen Angeboten und, innerhalb unserer Schwerpunktsetzung Sucht und Traumatisierung, mit den entsprechenden Beratungsstellen zur Erstellung der Sozialberichte und Antragsstellungen Langzeittherapie, der Suchtberatungsstelle „Viktoriastr.“, der LVA, dem Deutschen Rententräger (DR) und der Beratungsstelle für Folteropfer des Caritasverbands.

Unsere bereits bestehenden Kontakte wurden weitergeführt. Unsere Netzwerkarbeit wurde erneut ausgeweitet. Die seit Jahren bestehenden Netzwerkstrukturen mit den entsprechenden Beratungsstellen, Fachpraxen, Fachkliniken und Einrichtungen der Langzeittherapie wurden weiter intensiviert.

Das Ausmaß unserer Tätigkeiten in der Kooperation mit der Bewährungshilfe erhöhte sich auf 22,86%. Keiner unserer KlientInnen wurden im Verlauf unserer Betreuung im Haushaltsjahr 2017 inhaftiert.

Herausragend war hier erneut die Zahl von Justizverfahren wegen des „Erschleichens von Leistungen“, sprich‘ „Schwarzfahren“(KVB/DB). Trotz einer Regelvermittlung des Köln-Passes für meine KlientInnen, bedeutete die Begleitung und Regelung von Verfahren gegenüber der von der KVB beauftragten Rechtsanwaltskanzlei auch weiterhin eine hohe Arbeitsbelastung.

Diese Verfahren beeinträchtigten uns erheblich bei der Durchführung unseres Kernauftrages. Es ergingen sowohl unbegründete Anklagen als auch generell überprüfungsbedürftige Mahnbescheide. Es erfolgten Überprüfungsaufträge, Widerspruchsverfahren und fortlaufend Bearbeitungen von Mahnbescheiden und Ratenzahlungsvereinbarungen.

Zu den Standards unserer Begleitungen gehört immer die Beantragung von Köln-Pässen.

Vier unserer KlientInnen befanden sich in Privatinsolvenzverfahren. Wir unterstützten sie bei der Fortführung des Verfahrens. Zwei KlientInnen begleiteten wir bei der Einleitung eines Verfahrens nach Privatinsolvenz.

Insgesamt ergibt sich auch weiterhin eine große Problematik bei der Suche nach einer zuverlässigen, für unsere KlientInnen kostenneutralen und vor allen Dingen vertrauenswürdigen Schuldnerberatung. Sehr gute Erfahrungen konnten wir allerdings mit der „Budgetberatung“ der Kölner Jobcenter machen. Äußerst problematisch erweist sich seit Jahren die psychische Bedrohungslage unserer KlientInnen durch Inkassobüros. Durch unsere beratende und vermittelnde Tätigkeit erreichten wir generell eine psychische Entlastung unserer KlientInnen und eine Abwehr von Forderungen der zum Teil betrügerischen Inkassobüros.

### **Zur Kooperation mit den Betreuungen nach dem Betreuungsgesetz, §§ 1806 BGB/ BtG**

Im Haushaltsjahr 2017 unterlagen fünf KlientInnen (Vergleich 2015: 6, 2016: 10), parallel zu unser Auftragslage „Ambulant Betreutes Wohnen“, einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (BtG). Wir entwickelten zu vier Betreuungsbüros nach §§BtG eine intensive Kooperation. Es erfolgten fortlaufende Zuständigkeitsklärungen und Arbeitsabsprachen. Diese konnten entlang der Vereinbarungen nach dem „Kalker-Abkommen“ eingangs grundsätzlich geklärt. Es erfolgten regelmäßige Fallabsprachen und Gespräche zur Klärung der Zuständigkeiten in der Durchführung.

Dennoch offenbart sich, dass das Arbeitsfeld der BetreuerInnen unscharf formuliert ist. Hieraus ergibt sich ein steter Klärungs- und Besprechungsbedarf zwischen allen Beteiligten. Auch diese Leistungen im permanenten Clearing konnten, da vorrangig ohne unsere Klientel durchgeführt, nicht vollständig abgerechnet werden. Diese Leistungen sind jedoch unabdingbar im qualitativen Fallmanagement.

### **Zur Frage der „Dauerbetreuung“**

Unser Ziel muss es sein, die zeitliche Unterstützung zu befristen. Hierzu müssen alle Beteiligten die im „IHP“ seitens des „Ambulant Betreuten Wohnens“ fixierten Ziele und gegenüber dem Amtsgericht fixierten Ziele im Auge behalten werden.

Gleichzeitig gilt es aber die neu auftauchenden Ziele zu erfassen. Hier muss eine permanente Evaluation stattfinden. Dringend zu vermeiden ist die Entwicklung einer Abhängigkeit der Klientel zur Betreuung nach §§BtG und nach „Bewo“.

### **Zum MitarbeiterInnenstab**

Somit waren bis zum 31.12.2017 in meiner Praxis neben mir als Praxisleitung noch vier weitere Fachkräfte tätig. Eine hochkompetente Mitarbeiterin wurde trotz ihrer vielfältigen Ausbildungen und vor allen Dingen interkulturellen Kompetenzen nicht als Primärbetreuerin anerkannt.

Zusätzlich ist eine Verwaltungsfachkraft für mich tätig. Unser Reinigungsdienst entspricht den bei unserer Klientel notwendigen hohen hygienischen Anforderungen und wird durch eine Fachkraft durchgeführt.

Mein Team bezieht Gehälter von 80% TVÖD, macht unbezahlte Rufbereitschaft und hat einen minimalen Krankenstand. Dies ist vor allen Dingen der hohen Motivation meines Teams geschuldet.

Mein Team erhielt monatlich einmal Supervision à zwei Stunden von einer externen Fachkraft.

Ich selbst unterzog mich ebenfalls im selben Rhythmus einer ganztägigen Leitungssupervision und fortlaufenden Fortbildung.

Im Team erfolgten fortlaufend wöchentlich im Rahmen der Teamsitzungen zu den Fallverläufen Fallbesprechungen, Intervisionsprozesse in der Triaden- Methodik und kollegiale Beratungen.

Meine MitarbeiterInnen und ich nahmen an Fort- und Weiterbildungen teil. Wir konnten uns somit weiterqualifizieren.

Köln, den 30.07.2018

G. Levy

## **Anhang zum Jahresbericht 2017, Praxis Levy**

**Gründungsjahr:** 2000

**Zertifizierungen:**

- AZAV- Trägerzulassung
- DQS – Din ISO 9001:2008
- AZAV-Maßnahmenzulassung
- Zulassung Module „Jobpathfinding“

**Anzahl der MitarbeiterInnen:** 4

**Anzahl der Beratungs- und Therapieräume:** 6

**Region oder PLZ:** 50670 Köln

**Zeitpunkt der Betrachtung:** Ab Juli 2017

**Ausrichtung und Konzept:**

Gert Levy betreibt seine „Praxis für Gestalt und Migration“ seit dem Jahr 2000. Oberste Maxime seiner Arbeit und somit die der Praxis ist ein hoher sozial-ethischer Anspruch, praktisch realisiert in (fremd-) sprachlicher Kompetenz, großem kulturellen Knowhow und gender-gerechter Betreuungsarbeit - um nur die wichtigsten Aspekte des Standorts und der dort seit Gründung aufgebauten Infrastruktur zu nennen. Aber schon allein die Atmosphäre der Praxis und das Miteinander-Umgehen der Mitarbeiter untereinander strahlen diese Haltung aus und vermitteln sofort eine spezielle, überzeugende Grundstimmung.

Levy und sein Team widmen sich vor allem der therapeutischen und supervisorischen Arbeit und der beraterischen und betreuenden Arbeit für Menschen mit Suchterkrankungen und / oder psychischen Erkrankungen. In diesem Bereich wiederum fokussiert sich das Wirken der Praxis auf MigrantInnen und Menschen deutscher Herkunft mit geographischer und sozialer Entwurzelung und daraus folgender Traumatisierung, psychischen Erkrankung und / oder Suchterkrankung. Der Ansatz in der Betreuung von Suchtkranken wird „hochschwellig“ genannt. Ziel ist es also, ein abstinentes, straffreies und sozialkonformes Verhalten, sprich: eine Inklusion der um Beratung und Hilfe Suchenden zu erreichen.

Hierfür wurden praxisintern einzelfallorientierte Betreuungsabläufe entwickelt, basierend auf der wissenschaftlichen Fachkenntnis und der Erfahrung der Mitarbeiter.

Über diese Schwerpunkte hinaus gibt es Therapie- und Beratungsangebote für Fachkräfte der humanitären Krisenintervention, des zivilen Friedensdienstes der Entwicklungszusammenarbeit und der Medien, und für Menschen in existenziellen Krisen auf der Suche nach Lösungen.

Zur Refinanzierung hat die Praxis Zugang zu folgenden Refinanzierungsquellen:

- LVR Dezernat 7, „Ambulant Betreutes Wohnen“
- Jobcenter/ARGE, „Jobpathfinding“
- Stadt Köln Amt für Soziales und Senioren, „Ambulant Betreutes Wohnen“

- Amtsgericht/Bewährungshilfe, „Anti-Aggressionstraining“

Zudem gibt es seit 2003 einen Auftrag im Rahmen des „Ambulant Betreuten Wohnens“ nach §§ 53 ff SGB XII, Eingliederungshilfe, vom LVR, Dezernat 7. Auch hier liegt die Schwerpunktsetzung in der ambulant-betreuenden Tätigkeit von MigrantInnen und Menschen deutscher Herkunft mit geographischer und sozialer Entwurzelung und, in der Folge einer Traumatisierung, psychischen Erkrankung und / oder Suchterkrankung.

Im Haushaltsjahr 2017 ergab sich so für 98,5% seiner Klientel insgesamt und in der entsprechenden Konzeption zur Leistungsvereinbarung definierten Zielgruppe in dieser Auftragslage eine Refinanzierung unserer Leistung über die Maßnahme „Ambulant Betreutes Wohnen“ und somit eine Zuständigkeit über den LVR, Dezernat 7.

Die Zahl der Supervisionsaufträge für Fachteams in belastenden Arbeitssituationen betrug 2017 fünf Aufträge. Darüber hinaus gab es zunehmend weitere Einzelaufträge im Bereich Coaching, Counseling, Gestalttherapie und Lehraufträge mit studierenden und/oder bereits tätigen Professionellen. Die jeweilige Refinanzierung dieser Leistungen erfolgte über private Einzelabrechnungen.

In diesem Zusammenhang konnte im Vergleich zum Haushaltsjahr 2016 eine Steigerung der Auftragszahlen um 5,9% erreicht werden. Das bedeutet in der Refinanzierung der Leistungen im Vergleich zum Haushaltsjahr 2014, eine Steigerung von 16,6%. Die Aufträge im Rahmen des „Ambulant Betreutes Wohnen“ stiegen um 3% an.

Die Praxis betreute 2014 insgesamt 72 KlientInnen, davon 38 mit einer Abhängigkeit von illegalen Suchtstoffen. Davon wiesen wiederum 21 KlientInnen und somit 55% eine zusätzliche psychische Erkrankung und damit eine Doppeldiagnose auf.

Die im Haushaltsjahr 2013 begonnene Potenzialberatung im Rahmen AZAV wurde am 27.11.2014 erfolgreich abgeschlossen. Es erfolgte ein nahtloser Übergang in den Prozess der Zertifizierung nach AZAV und eine Rezertifizierung nach DIN ISO 9001/2000 und AZAV.

Die Zahl der im Rahmen des Auftrages „Ambulant Betreutes Wohnen“ durch die Praxis betreuten KlientInnen belief sich 2017 auf 50. Differenziert betrachtet ergaben sich 15 Neuaufnahmen und somit Erstanträge und 30 Folgeanträge. Die hohe Zahl der Folgeanträge kann als Ausdruck der ausgeprägten Compliance (Übereinstimmung und Folgebereitschaft) der KlientInnen zur Praxis und der Qualität der Interventionen Gert Levys und seines Teams interpretiert werden.

### **Akquise:**

In diesem Zusammenhang ist auch die Analyse von Zugängen zum Praxis-Angebot zu sehen. Der größte Teil der Neuzugänge kam erwartungsgemäß über Arztpraxen, aber an zweiter Stelle steht die „Mund-zu-Mundpropaganda“ der bereits betreuten KlientInnen, was deren hohe Compliance nochmals verdeutlicht. Außerdem wichtig für die Akquise neuer KlientInnen waren Kliniken, die Sozialpsychiatrische Zentren (SPZ), zudem seit 2014 zunehmend das Jobcenter und der ASC (Aufsuchendes Suchtclearing, Gesundheitsamt-Stadt Köln). Dies weist auf den ausgezeichneten fachlichen Ruf der Praxis im Gemeinwesen hin.

Vertreter des Teams nahmen regelmäßig an dem im Gesundheitsamt der Stadt Köln angesiedelten AK „Substitution in der Praxis“ teil und konnten so sowohl das interne Fachwissen als auch den Bekanntheitsgrad der Praxis erhöhen.

### **Fremdsprachenkompetenz:**



Wie eingangs erwähnt ist Fremdsprachenkompetenz einer der Eckpfeiler des Konzeptes von Gert Levy. Ein spezieller Schwerpunkt wird dabei bei der Versorgung iranischer KlientInnen gesetzt, die häufig aufgrund des kulturell bedingten Umgangs mit Opiaten und gleichzeitig erlittener Fluchtraumata eine intensive und mehrgleisige Betreuung benötigen. Eine weitere größere fremdsprachliche Gruppe bildet die der italienischen KlientInnen. Beide sprachlichen und kulturellen Regionen konnten durch das muttersprachliche Angebot der Praxis begleitet werden. Insgesamt kamen die KlientInnen im Jahr 2017 aus 11 unterschiedlichen Ländern. Das Angebot der Praxis bezieht sich auf 12 Fremdsprachen: Englisch, Französisch, Spanisch, Italienisch, Farsi, Rumänisch, Wolof, Türkisch, Russisch, Niederländisch, Malgasy, Hebräisch und auf Deutsch. Als Bestandteil der muttersprachlichen Betreuung erfolgt in der Vertretungs- und Zweitbetreuung ein Sprachwechsel ins Deutsche. Die Hilfeplanerfassung erfolgt sowohl muttersprachlich als auch auf Deutsch. Vorrangig wichtig ist allerdings das praxisinterne Wissen zu kulturspezifisch geprägten Verhaltensweisen und Weltbildern, zur Transkulturation. Ab Juni 2016 wurden diese Kompetenzen weitere Zugangsmöglichkeiten zu einer Refinanzierung der durch die Praxis erbrachten Leistungen über kommunale Stellen ermöglicht.

### **Datenbank, Soft- und Hardware:**

Neben diesen inhaltlich-programmatischen Punkten, dem ethisch-sozialen Anspruch der Praxis und seiner „Manpower“ ist ein weiteres wichtiges Standbein dessen umfassende Datenbank und Hardware.

Dieser Bereich umfasst konkret:

- 5 feste PC Arbeitsplätze
- 3 Laptops
- 2 Raid-Festplatten

Alle Rechner sind mit Windows 7 und höher bestückt.

Darüber hinaus:

- Office/Word/Excell/Outlook
- Kaspersky Internet Security
- Beko als Datenbank
- Excel Klienten-Archiv
- Organisationshandbuch/Dokumentationshandbuch
- Maßnahmenplanungen/Projektplanungen
- hausinterne Fortbildungsdokumentation
- Ablaufbeschreibungen aller primären Prozesse und Darstellung der Wechselwirkung in der Prozesslandschaft
- KlientInnenbefragungen und Auswertung

### **Abrechnungssystem:**

Als Abrechnungs- & Dokumentationssystem benutzt die Praxis wie im vorhergehenden Punkt bereits erwähnt die Software „Beko“. Dabei handelt es sich um ein server-zentriertes Dokumentationssystem mit Host-Domain-Ansteuerung. Dies bedeutet, es ist ein gesicherter benutzer-registrierter Onlinezugang zur Arbeitsdokumentation, Datenbank, Adressbuch und programmgestützten Spitzabrechnungen möglich.

### **Aspekte im Zusammenhang mit Gert Levys Lehrtätigkeiten:**

Aus den Lehraufträgen der Praxisleitung ergibt sich bereits jetzt eine Quelle von Folgeaufträgen sowohl für die Bereiche „Ambulant Betreutes Wohnen“ als auch „Jobpathfinding“, Einzeltherapien und Coaching von sowohl Professionellen als auch Betroffenen. Diese Logistik führt zu erheblichen Synergien.

**Weitere Schwerpunkte der Praxisarbeit:**

- Vermittlung in Wohnraum - vorrangiges Ziel ist die Sicherung und der Erhalt des Wohnraums der Klientel.
- „Jobpathfinding“ mit Zertifizierung nach AZAV einschließlich Modulen der Durchführung
- Anti-Aggressionstraining – Zertifizierung nach DQS Din ISO 9001:2008

In fortgeschrittener Planung:

Projekt „Gimme Shelter“, ein besonderes auf psychisch kranke und suchtkranke Menschen zugeschnittenes altersgerechtes und ambulantes Betreuungsangebot.

### Zum MitarbeiterInnenstab:

Die Zahl der Angestellten und KlientInnen-betreuenden Fachkräfte betrug im Haushaltsjahr 2017 fünf.

Zusätzlich ist eine Verwaltungsfachkraft für die Praxis tätig.

Das Team bezieht Gehälter von 80% TVÖD, macht unbezahlte Rufbereitschaft und hat einen minimalen Krankenstand. Dies ist vor allen Dingen seiner hohen Motivation geschuldet.

Das Team erhielt monatlich einmal Supervision à zwei Stunden, von einer externen Fachkraft.

Die Praxisleitung stand sowohl unter Gruppensupervision, als auch Einzelcoaching.

Im Team erfolgten fortlaufend wöchentlich im Rahmen der Teamsitzungen zu den Fallverläufen Fallbesprechungen, Interventionsprozesse in der Triaden-Methodik und kollegiale Beratungen.

Die MitarbeiterInnen nahmen an Fort- und Weiterbildungen teil und konnten sich somit weiterqualifizieren.

Name	Qualifikation
Minerva Lehmann	Psychologische Beraterin, CounselorIn, Sprach.- und Kulturmittlerin, Ernährungsberaterin, Studentin Soziale Arbeit (Sekundärbetreuerin)
Dorothee Hoven	Magister Pädagogik u. Psychologie, Grundausbildung in Familientherapie, Mediatorin (Primärbetreuerin)
Lennart Gätjen	Bachelor Psychologie (Primärbetreuer)
Gert Levy	Leitung und Inhaber, Diplomsozialpädagoge, Counselor grad. Supervisor, Heilpraktiker Psychotherapie, Suchttherapeut
Lena Weinblatt	Leitung Verwaltung und Finanzen, Buchhalterin
Claire Merkord	CounselorIn grad. BVPPT Gestalttherapeutische Ausrichtung, Dipl. Übersetzerin, Heilpraktikerin Psychotherapie (HPG) Sprach- und Kulturmittlerin (Sekundärbetreuerin)
Jürgen Herrmann	Ausgebildete Reinigungsfachkraft

**Gruppenangebote:**

- Offenes Atelier, Kreativwerkstatt
- Sport im Volksgarten
- Sport im Vorgebirgspark

außerdem:

- Jobpathfinding
- Antiaggressionstraining

## **Glossar**

[§§53 SGBXII](#)

[Counseling](#)

[Counseling](#)

[Gendermainstreaming](#)

[Din ISO 9001:2008](#)

[AZAV](#)

[Die Konzeption "Ambulant Betreutes Wohnen"](#)

[Transgenerationelle Übertragungen](#)

## Statistik vom 01.01.2016 - 31.12.2016

		Anzahl				Summe	%
<b>Anzahl der Klienten_innen:</b>		GL	DH	KHS	ML		
<b>Geschlecht:</b>	- Frauen	1	3	1	2	7	14
	- Männer	17	9	13	4	43	86
	<b>n=50</b>	<b>18</b>	<b>12</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>50</b>	<b>100</b>
							0
<b>Bewilligung LVR</b>						0	
	- Erstantrag	8		7		15	33,33
	- Folgeantrag	10	10	4	6	30	67,66
	- Bewilligte Laufzeit < 12 Monate	1		4		5	
	- Bewilligte Laufzeit 12 Monate	16	10	7	4	37	
	- Bewilligte Laufzeit 24 Monate	1			2	3	
	- Wiederkehrer	3		2		5	
	- Erstantrag noch nicht bewilligt, aber angemeldet					0	
	- Folgeantrag noch nicht bewilligt					0	
	- kein Bewilligungsbescheid vorhanden					0	
<b>n=45</b>							
<b>Betreut, aber nicht abrechenbar</b>						0	
<b>Betreut aber nicht bewilligt</b>	- Erstantrag nicht bewilligt					0	
	- Folgeantrag nicht bewilligt					0	
<b>Betreut ohne Antragstellung</b>	- IHP kam nicht zustande			2		2	4
<b>n=2</b>	- IHP kam nicht in Frage					0	
<b>Betreuung kam nicht in Frage</b>						0	
							0
<b>Abgang der Klienten_innen durch:</b>						0	
	- Abbruch von Klienten_innen	1		1	1	3	

Praxis Für Gestalt und Migration Gert Levy - Statistik vom 01.01.2017 - 31.12.2017

	- Abbruch durch Praxis	5	2			7
	- Wechsel des Anbieters	4				4
	- Umzug/Auszug aus dem Zuständigkeitsbereich		1			1
	- verstorben					0
	- reguläre Beendigung: alle Ziele erreicht			2		2
	- reguläre Beendigung: übergeleitet an....					0
	- Einweisung in Psychiatrie					0
	- Abschiebung in Herkunftland					0
	<b>Gesamt:</b>					0
	<b>Zugang der Klienten_innen über:</b>					0
	- andere Anbieter BEWO			1		1
	- Jobcenter					0
	- Maßnahmeträger					0
	- Ärzte: Substitution	12		10	3	25
	- Ärzte: psychiatrische und andere med. Praxen					0
	- stationäre Einrichtungen wie Kliniken, Adaptionen, Langzeittherapien					0
	- Gesundheitsamt					0
	- Wiederkehrer			2		2
	- Internet					0
	- SPZ					0
	- Klienten_innen /Mund-zu-Mund	4			1	5
	- Haftanstalten, Justiz, Bewährungshilfe					0
	- BtG	3		1	1	5
	- Hilfsorganisation wie "Kein Mensch ist illegal"			2		2
	<b>Gesamt:</b>	<b>68</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>19</b>	146

							0
	<b>Weiterleitung/Vermittlung</b>						0
	- in PSB	5					5
	- in Langzeittherapie			2	1		3
	- in Adaption			1			1
	- in fremdsprachliche Angebote	2					2
	- in Job-Pathfinding	1		1			2
	- in Schuldnerberatung	6	3	6			15
	- in andere Angebote	1	1	2	1		5
	- in Psychiatrie	3					3
	<b>Gesamt</b>	<b>18</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>2</b>		<b>36</b>

	<b>Herkunft der Klienten_innen:</b>	- in Deutschland geboren	6	7	2	2	17
		- in Deutschland geboren mit Migrationshintergrund (soziale u. geographische Entwurzelung)			1		1
		- Migranten ( nicht in Deutschland geboren)	12	4	10	4	30
		- Deutschland	6	7	2	2	17
	<b>Gesamt:</b>		<b>24</b>	<b>18</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>65</b>
	<b>Länder</b>						0
	<b>EU-Ausland</b>	Belgien					0
		Bosnien				1	1
		Dänemark					0
		Frankreich					0
		Italien	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>1</b>		<b>7</b>
		- Niederlande					0
		- Österreich			1		1



	- Portugal						0
	- Rumänien				1		1
	- Spanien						0
	- Ukraine						0
							0
<b>Nicht-EU-Ausland</b>	- Afghanistan	5		1			6
	- Eritrea				1		1
	- Georgien		1				1
	- Irak						0
	- Iran	1	1	4	1		7
	- Kamerun			1			1
	- Kosovo-Albanien						0
	- Magrep-Staaten						0
	- Russland	2		2			4
	- Sambia						0
	- Senegal						0
	- Türkei			1			1
							0

<b>Aufenthalt ohne Deutschen Pass</b>	- Duldung		1	4	1		6
	- befristeter Aufenthalt			1			1
	- unbefristeter Aufenthalt	12	1	5	3		21
	- ohne Aufenthaltstatus						0
	<b>gesamt</b>	<b>24</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>8</b>		<b>59</b>
<b>Art der Behinderung im Sinne der Eingliederungshilfeverordnung:</b>	- körperliche Behinderung	1		5	4		10
	- geistige Behinderung						0
	- psychische Behinderung	13		11	6		30

	- Suchterkrankung	15	9	12	4	40
	- Doppeldiagnose		1	11		12

<b>Alter</b>	- unter 20					0
	- 20 - 30	4	1	1	2	8
	- 30- 40	7	2	3	1	13
	- 40 - 50	5	3	5	1	14
	- 50-60	2	6	5	2	15
	- 60 - 70					0
	- über 70					0
	- keine Angabe					0

<b>Kinder</b>	- keine Angabe	16			2	18
	- Klienten mit Kindern	1	5	6	4	16
	- Anzahl	3	9	11	9	32
	- im Haushalt lebend	1	1	1	5	8
	- nicht im Haushalt lebend		8	4	2	14
	- Sorgerecht beim Klienten	1	1	1	1	4
	- Sorgerecht beim Partner		4	3		7
	- Sorgerecht beim Jugendamt					0
	- gemeinsames Sorgerecht			1	1	2

<b>Versorgungsleistung:</b>						0
	- Betreuung in Substitution	14	5	11	3	33
	- Wohnraumvermittlung	1	3	4	2	10
	- Wohnraumerhaltung / Sicherung des Wohnraums	18	11	14	6	49

	- ambulante psychiatrische Behandlung	12	6	4	4	26
	- Vermittlung in Therapie	1	1	3	1	6
	- weitere Betreuung in Therapie	1		2	1	4
	- Anregung BtG				1	1
	- Gespräche mit Partner_in	6		1	3	10
	- Gespräche mit Familienangehörigen	8	2	10	2	22
	- Gespräche mit Arbeitgeber	1		3		4
	- Gespräche BeWo (Mitbewohner)	2		1	2	5
	- Kooperation mit BtG	3	1	1	4	9
	- Aufenthaltsverfestigung	8	1	9	1	19
	- Kooperation mit Rechtsanwalt	15	3	9	2	29
	- Kooperation mit Ausländeramt	5	1	9	2	17
	- Kooperation mit sonstigen Behörden	16	11	14	6	47
	- Vermittlung in den Arbeitsmarkt			9		9
	- Vermittlung in Praktika			2		2
	- Vermittlung in Ausbildung	1		2		3
	- Vermittlung in Umschulung	1	1	1		3
	- Vermittlung in Maßnahme	2	3	1		6
	- Kooperation mit Maßnahmeträger	2	2	1		5
	- Vermittlung in Sprachkurse	5		2		7
	- Gesundheitsversorgung	18	11	14	6	49
	- Regelung der Finanzen	18		12	4	34
	- Unterstützung bei Freizeitgestaltung	7	3	15	2	27
	- Entwicklung von Tagesstruktur	11	3	11	2	27
	- Krisenintervention	16	4	14	6	40
	- Begleitung zu Gericht	8	2	4	2	16

	-	Begleitung zu Behörden	16	8	14	6	44
	-	Begleitung zu Ärzten	18	5	11	5	39
	-	Gruppenangebot	1		6		7
	-	Kunstgruppe / Gestalten	1				1
	-	Kooperation Familienhilfe	3			1	4
	-	Kooperation Jugendamt	3			1	4
	-	Kooperation Bewährungshilfe	6		1	1	8
	-	Kooperation BeWo (Partner_in)	1			1	2
	-	Kooperation Jobcenter	18	11	12	2	43
	-	Kontakt zum/zur Klienten_in ausschließlich über Hausbesuche	1		1	1	3
<b>Gesamt</b>			337	148			485

<b>Ziele und Zielerreichung</b>							0
<b>Anzahl der gesetzten Ziele IHP</b>			81	54	95	30	260
<b>Anzahl der errichteten Ziele IHP</b>	-	erreichte Ziele	79	27	64	17	187
	-	teilweise erreicht	4	19	22	8	53
	-	nicht erreicht	2	8	11	5	26