



Jahresbericht 01.01.2013-31.12.2013

Einleitung

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

Seit dem Jahr 2003 gibt es darüber hinaus, seitens des LVR, Dezernat 7 einen Auftrag im Rahmen des „Ambulant Betreuten Wohnen“ nach §§ 53 ff SGB XII. Aus dieser Konzeption ergibt sich ein Schwerpunkt in der ambulant betreuenden Tätigkeit von MigrantInnen und Menschen mit geographischer und sozialer Entwurzelung und als Folge dieser Entwurzelung, von Traumatisierungen, psychischen Erkrankungen und / oder Suchterkrankungen.

Im Haushaltsjahr 2013 ergab sich für 91,3% der Klientinnen der in der Leistungsvereinbarung definierten Zielgruppe und in dieser Auftragslage, die 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 konnte auf fünf zusätzliche Aufträge gesteigert werden.

Darüber hinaus gab es Einzelaufträge im Bereich Coaching und Gestalttherapie. Die jeweilige Refinanzierung erfolgt über private Einzelabrechnungen.

Das bedeutet, was die Refinanzierung meiner Leistungen angeht, eine Steigerung von 25,8% durch den Auftrag „Ambulant Betreutes Wohnen“ und in den privat abgerechneten Einzelverfahren von 30,2% im Vergleich zum letzten Haushaltsjahr.

Eindeutig therapeutisch ausgerichtete Anfragen und sich daraus ergebende Tätigkeiten im therapeutischen Bereich werden nach wie vor vom LVR, Dez. 7 nicht refinanziert.

Mein Team und ich benutzen in unseren täglichen Interventionen und Gesprächen mit unseren KlientInnen den Begriff des „Counseling“ um die zur physischen und vor allen Dingen zur psychischen Stabilisierung eingesetzte Methodik im Gesprächs- und Beratungs- und Betreuungsverlauf zu definieren. Im Rahmen der jeweils vorgeschriebenen Befragung zur individuellen Biographie nehmen wir die Grundhaltung „wohlwollender Neugier“ ein.

Als soziologisches Ziel und grundsätzlich streben wir nach wie vor eine fachlich begründete „Mischung“ von deutschen und nicht-deutschen KlientInnen im Aufnahmeverfahren in einem Verhältnis fünfzig zu fünfzig an. Hierdurch soll vor allen Dingen die Entwicklung einer Ghettoisierung der Klientel im Praxisangebot verhindert und tatsächliches interkulturelles Arbeiten ermöglicht werden.

Im hier beschriebenen Zeitraum ergab sich ein Verhältnis von 50,8% deutschen KlientInnen zu 49,2% „nicht deutschen“ KlientInnen.

Aus der feinbiographischen Analyse der Biographien unserer KlientInnen ergab sich, dass 8,5 % der deutschen KlientInnen ebenfalls einen Migrationshintergrund im Sinne einer psychisch beeinträchtigenden Entwurzelung aus ihrem geographischen, kulturellen und heimatsprachlichen Kontext, sprich' eine „Binnenmigration“, erlebt haben. Darüber hinaus ergaben sich bei drei KlientInnen dieser Zielgruppe Phänomene der systemischen Übertragung von Instabilitäten ihrer nicht ursprünglich in Deutschland geborenen Eltern. Es finden sich psychische Beeinträchtigungen und Traumatisierungen aufgrund von geographischen und sozialen Entwurzelungsphänomenen und psychischen Destabilisierungsprozessen, die die Biographie der Klienten, ihrer Eltern sowie naher Verwandter nachhaltig prägten.

Bei zwei KlientInnen erscheint uns der Hauptgenerator der psychischen Destabilisierung in den psychischen und physischen Übergriffigkeiten des sozialen Umfeldes zu liegen.

Zum Geschlechterverhältnis:

Im Vergleich zum Haushaltsjahr 2012 ist das Geschlechterverhältnis in unserer Zielgruppe nahezu identisch (2012 27% /// 2013 25%). Wir sind nach wie vor bemüht unsere Betreuungsarbeit gender-gemäß zu gestalten; Klientinnen werden von Kolleginnen betreut; Klienten von Kollegen. In der Vertretungssituation und in Co-Betreuungen erfolgt ein erneuter Genderwechsel.

Zum Verhältnis psychische Erkrankung, Suchterkrankung und Doppeldiagnosen:

Im Vergleich zum Haushaltsjahr 2012 ist der Anteil der psychisch erkrankten Klientel von 40% auf 25% gesunken, was mit der starken Zunahme und Neuaufnahme von KlientInnen mit einer Suchterkrankung ohne zusätzliche psychische Erkrankung zusammenhängt.

Bei einer Gesamtzahl von 43 KlientInnen mit Suchterkrankung, weisen 17 KlientInnen und somit 40% unserer statistischen Bezugsgruppe eine Doppeldiagnose auf.

Wie im Jahr zuvor findet hier die Schwerpunktsetzung der Betreuung von Suchterkrankungen in meiner Praxis ihren Ausdruck.

Zum Qualitätsmanagement:

Die im Haushaltsjahr 2012 begonnene Potenzialberatung wurde am 07.10.2013 erfolgreich abgeschlossen. Es erfolgte ein nahtloser Übergang in den Prozess der Zertifizierung nach DIN ISO 9001/2008. Zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Jahresberichtes liegt diese bereits vor (siehe Anlage Zertifizierungsurkunde).

Im Weiteren sollen nun unsere Tätigkeiten im Bereich „Ambulant Betreutes Wohnen“ analysiert und beschrieben werden. Grundlage der Analyse ist die praxisinterne und fortlaufend geführte statistische Erhebung entlang der soziologischen Indikatoren und der statistischen Suchkriterien.

Die Ergebnisse werden mit den im Rahmen dieser Auftragslage erfolgten Arbeitsprozesse und im Vergleich zum Haushaltsjahr 2012 abgeglichen. Die Zahl der Indikatoren in der statistischen Erfassung wurde im Vergleich zu den letzten Haushaltsjahren stetig erhöht.

Zur statistischen Analyse:

Zur Interpretation der zu unseren Tätigkeiten des Haushaltsjahres 2013 vorliegenden Statistik lässt sich sagen, dass die Zahl der durch die Praxis betreuten KlientInnen auf 69 KlientInnen angestiegen ist. Dies bedeutet im Vergleich zum Haushaltsjahr 2012 einen Zuwachs von 25,5%. Die Zahl der durch Ablehnungsbescheide des LVR nicht-finanzierten Klientinnen ist im Jahr 2012 von drei Bescheiden auf einen Bescheid im Jahr 2013 gesunken. Zu dieser Antragsstellung ist aktuell noch ein juristisches Verfahren anhängig.

Differenziert betrachtet ergaben sich 17 Neuaufnahmen und somit Erstanträge und 39 Folgeanträge. Die hohe Zahl der Folgeanträge wird von uns einerseits als ein Ausdruck der ausgeprägten Compliance unserer KlientInnen zu uns und der Qualität unserer Interventionen interpretiert. Was die Zahl der Folgeanträge im Speziellen angeht, betrachten wir diese unter dem Aspekt der Schwere der psychischen und physischen Beeinträchtigung unter der unsere Zielgruppe leidet und der deswegen erforderlichen lang andauernden Unterstützung und Begleitung.

Die Zahl der MitarbeiterInnen konnte auf neun Fachkräfte erhöht werden.

Zur durchschnittlichen Höhe der bewilligten Fachleistungsstunden:

Seitens des LVR, Dez. 7 wurden durchschnittlich pro Klient und Antragsstellung 1,74 Fachleistungsstunden pro Woche bewilligt. Es gelang uns, unserer Klientel diese bewilligten Leistungen als eine Chance zur Unterstützung der von ihnen angestrebten Inklusionsprozesse begreiflich zu machen und unsere Klientel so an uns zu binden. Ausgeschöpft wurden durchschnittlich 1,4 Stunden wöchentlich.

Die bewilligten Laufzeiten in den Bewilligungsverfahren für einen Zeitraum von zwölf Monaten erhöhten sich im Vergleich zum Haushaltsjahr 2012 von eins auf zwei. Das ermöglichte uns eine Verlängerung des Zeitraumes der Hilfestellung ohne erneute Antragsstellung und Erneuerung der Hilfeplanung gegenüber unserer Klientel und bietet dieser zeitgleich eine größere Sicherheit, was die Betreuungsabläufe angeht.

Die „0-Phase“, d.h. der Zeitraum zwischen dem Erstkontakt zu unserer Klientel und deren Anmeldung und somit dem frühestmöglichen Beginn einer eventuellen Refinanzierung gegenüber dem LVR, Dez. 7 hat sich auf durchschnittlich vier Wochen und jeweils vier Kontaktgespräche zwecks Klärung der Zuständigkeit, des sozialen Status' und der Motivation 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. Die Phase vor dem Versand der Hilfeplanung zum LVR, Dez. 7 und einer Entscheidung im Rahmen der Hilfeplankonferenzen hat sich im Vergleich zum Haushaltsjahr 2012 zeitlich auf durchschnittlich 2,2 Monate nach Erstkontakt verkürzt.

Wir begrüßen dies nach wie vor sehr, macht es doch unsere Arbeitsabläufe ökonomisch sicherer. Im Rahmen der „Potentialberatung“ und der anschließenden Zertifizierung erfolgte in meiner Praxis ein Prozess der „Schlankung“ in den Arbeitsabläufen und somit eine ökonomische Effektivierung dieser Abläufe. Der PDCA-Kreislauf fand in meiner Praxis also effektive Anwendung.

Aufgrund meiner ethisch definierten Grundhaltung war es mir ein großes Anliegen, dass die sozialen Belange unserer KlientInnen weder durch äußere noch durch ökonomische Zwänge vernachlässigt werden. Diesem Anliegen konnten wir nachkommen (siehe Anlage „Praxis auf dem Weg“).

Aus der differenzierten Analyse ergibt sich weiterhin, dass bei zwei KlientInnen das Betreuungsverhältnis im beiderseitigen Einverständnis beendet wurde. Es konnte weder objektiv noch subjektiv ein weiterer Bedarf festgestellt werden. Unsere KlientInnen haben das Hilfe- und Versorgungssystem verlassen. Mit unserer Klientel wurde vereinbart, dass eine erneute Betreuung bei Bedarf wieder aufgenommen werden kann. Wir halten auch weiterhin Kontakt zu unseren Ex-KlientInnen.

Bei drei KlientInnen wurde das Betreuungsverhältnis wegen nicht Mitwirkung oder Überschreitung von Verhaltensgrenzen beendet. Sie wurden von uns, trotz der Regelverstöße, in eine andere Form der Betreuung vermittelt und übergeleitet.

Wir vermittelten fünf KlientInnen nach ihrer Anfrage und einem Erstgespräch bei uns an eine andere Anbieterschaft im Netzwerk „AK-Bewo Psych“ und „AK-Bewo Sucht“. In diesem Zusammenhang erwies sich weiterhin unsere Netzwerkarbeit im Gemeinwesen als wirklich qualitätssichernd.

Zur Alterspyramide:

Im Haushaltsjahr 2013 weist die Statistik 27 Klientinnen der Altersstufe 40-50 Jahre auf. Erneut stellen wir einen klaren Altersanstieg unserer Klientel fest.

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 deutlicher.

KeineR unserer KlientInnen verstarb im letzten Jahr. Dies ist umso bemerkenswerter, als unsere Zielgruppe durch den langjährigen Suchtmittelgebrauch unter multiplen, ausgeprägten körperlichen und psychischen Erkrankungen leidet.

Zur Akquise:

Die Analyse von Zugängen zu unserem Angebot ergibt erneut ein deutliches Ranking. Der größte Teil unserer Neuzugänge kam über Arztpraxen. An 2. Stelle steht die „Mund-zu-Mundpropaganda“ unserer KlientInnen. An 3. Stelle stehen Kliniken und das SPZ. Das weist auf unseren guten Ruf im Sozietop und vor allen Dingen bei den Arztpraxen hin. Wir nahmen regelmäßig an dem, im Gesundheitsamt der Stadt Köln, angesiedelten AK „Substitution in der Praxis“ teil und konnten auch so unseren Bekanntheitsgrad und guten fachlichen Ruf verstärken.

Mir 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 (drei) als wichtige Bestätigung, dass die Steuerung und die Qualitätssicherung der Praxis qualitativ hochwertig sind.

Meine Praxis differenzierte in den letzten Jahren ihre Angebotspalette weiter aus und erhöhte den MitarbeiterInnenstand auf neun MitarbeiterInnen plus eine Verwaltungskraft. Es gelang uns so, auch die Aufnahmekapazitäten zu erhöhen. Bei der Vermittlungstätigkeit war unser intensives Engagement in der Gemeinwesenarbeit und dadurch eine schnelle und kompetente Weiterleitung von KlientInnen in anderen Strukturen äußerst hilfreich und unterstützend.

Eine vollständige Refinanzierung dieser Leistungen ist jedoch nach wie vor nicht möglich.

Der Faktor Migration:

Eine weitergehende Analyse der Herkunft der KlientInnen ergibt, dass 32 KlientInnen zwar in Deutschland geboren sind. Drei KlientInnen sind jedoch eindeutig sozial und geographisch enturzelt und haben in diesem Sinne ebenfalls einen „Migrationshintergrund“. Sie weisen Verhaltensweisen und intrapsychisch tendenziell vergleichbare Phänomene wie die MigrantInnen auf.

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

Aus unserer Statistik ergibt sich, bezogen auf die Herkunftsländer unserer KlientInnen, ein Schwerpunkt in der Versorgung iranischer KlientInnen. Eine weitere Steigerung im Vergleich zum letzten Haushaltsjahr ergab sich in der Betreuung und Begleitung italienischer KlientInnen. Beide sprachlichen und kulturellen Regionen konnten durch ein muttersprachliches Angebot begleitet werden. Unsere KlientInnen kamen aus 14 unterschiedlichen Ländern und aus Deutschland. Unser Angebot bezieht sich auf 12 Fremdsprachen und auf Deutsch. Sechs Fremdsprachen konnten muttersprachlich und kulturell im Setting versorgt werden.

Zur Kooperation mit dem Jugendamt

Meine Praxis intensivierte die Erarbeitung einer Kooperationsvereinbarung zwischen dem Gesundheitsamt der Stadt Köln, dem Jugendamt der Stadt Köln und dem Netzwerk „AK-BEWO-Sucht“. Dies führte zum Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zwischen den genannten Parteien. Meine Praxis wurde für den „AK-Bewo-Sucht“ in den Beirat delegiert.

Die Zahl der Kinder von KlientInnen in unserem Betreuungsangebot erhöhte sich auf 38 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) ein und kooperierten eng mit den hierfür eingesetzten Fachkräften.

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

Markant erscheint uns die starke Zunahme von zusätzlichen psychischen Erkrankungen im Sozietop über die Suchterkrankung hinaus. Diese Entwicklung halten wir für sehr bedenklich. Im Vergleich zur Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) ergibt sich das Bild einer vergleichbaren Entwicklung derzeit für ganz Deutschland.

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 vorher als gesellschaftlicher „Makel“ wahrgenommen wird. Darüber hinaus ergaben sich immer wieder erhebliche Wartezeiten bei den Terminvergaben bei den psychiatrischen Praxen und regelmäßige Terminuntreue seitens unserer Klientel aus den o. g. Gründen. Das in diesem Zusammenhang auftretende Sprachproblem erwies sich als eine weitere große Hürde.

Zur Spezifizierung unserer Schwerpunktbereiche:

Innerbetrieblich sind unsere Betreuungstätigkeiten nach wie vor in mehrere Schwerpunktbereiche aufgeteilt. Dieser methodische Ansatz führt, im Vergleich zum Vorjahr, zu einer eindeutigeren Effektivierung unserer Interventionen im Sinne der im Hilfeplan gesteckten Ziele.

Vermittlung in Wohnraum

Es gelang uns, zehn KlientInnen einen neuen Wohnraum zu vermitteln. 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 Klientel agiert werden. Eine Anwesenheit der KlientInnen und somit eine Abrechenbarkeit der Arbeit war nur in den seltensten Fällen möglich. Diese Aktivitäten sind somit nicht refinanzierbar, sind jedoch nach wie vor unerlässlich im Sinne unserer Auftragslage.

Bei 42 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, bzw. neuen Wohnraum zu vermitteln und so die Wohnungslosigkeit zu verhindern. Dies ist insofern besonders bemerkenswert, weil unsere Arbeitserfahrung zeigt, dass der Vertreibungsdruck auf die ärmere Bevölkerung in einzelnen Stadtgebieten stetig zugenommen hat.

Diese Feststellung mussten wir leider bereits im letzten Jahresbericht treffen. Die Situation hat sich zwischenzeitlich weiter gravierend verschlechtert. Freien verfügbaren sozialen Wohnraum gibt es heutzutage fast gar nicht mehr.

Vermittlung in Arbeit:

Im Haushaltjahr 2013 ergab sich bei 29 KlientInnen die Notwendigkeit einer engen Kooperation mit den jeweilig zuständigen Jobcentern im Rahmen der Vermittlung in den Arbeitsmarkt oder in den Ausbildungssektor.

Die Zahl der erfolgreichen Unterstützungsprozesse bei erreichter Vermittlung in Arbeit und Fortbildungen ist im Vergleich zum Vorjahr erneut gestiegen.

Es ergab sich erneut 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.

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

Eine Wiedereingliederung in einen Arbeitsprozess konnte durch unsere Vermittlung und Begleitung bei 29 KlientInnen erreicht werden. Bei auftretenden Problemen in laufenden Arbeits- und Integrationsprozessen erfolgten Kontaktaufnahmen und Problemmoderationen mit den jeweiligen Ausbildungsträgern und Arbeitgebern sowie dem Jobcenter.

19 KlientInnen befinden sich beim Jobcenter im „DIMA-Bereich“. Es ergeben sich somit Möglichkeiten der telefonischen Klärung bei 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 62 % aller Vermittlungstätigkeiten gegenüber dem Jobcenter in Abwesenheit unserer KlientInnen und diese sind somit nicht abrechenbar. Besonders in den Arbeitsbereichen Migration ergibt sich hierdurch eine Überschreitung der durch den Faktor 1, 2 in unseren Abrechnungsverfahren möglichen Refinanzierungen.

Erstrebenswert erscheint uns die Anhebung dieses Faktors auf 1,6 um unsere Arbeit ökonomisch tragbar zu machen.

So bleibt der Overheadrahmen unserer Tätigkeiten zumindest dieser Instanz gegenüber, in Vermittlungs-, Krisen- und Deeskalationstätigkeiten nach wie vor sehr hoch.

Zur Komm- und Gehstruktur:

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

72% unserer Kontaktarbeit zur Klientel fand 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 1240 Minuten pro Woche nicht refinanzierter Arbeitszeit.

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 drei nächtlichen Kriseninterventionen. 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 häufig, als eine große innere Beruhigung und Absicherung wahrgenommen. Dies gilt selbst dann, wenn diese Möglichkeit gar nicht genutzt wird.

Das Gruppenangebot:

Unser Angebot „Frauengruppe“ hatte eine stabile Besucherinnenfrequenz. Dieses Angebot wurde von uns und vor allem von unseren Klientinnen als ausgesprochen integrierend und zielfördernd im Sinne der Hilfeplanvereinbarungen wahrgenommen. Die allgemeine Dienstagsgruppe hingegen fand nur geringen Anklang. Beide Gruppenangebote erwiesen sich jedoch als sehr hilfreich und unterstützend im Sinne unseres hochschwelligten Ansatzes der Konsumfreiheit.

Unser Angebot „Freizeit-Kick“ konnte nur dreimal erfolgreich realisiert werden. Ein derartiges und von uns aus als sehr wichtig empfundenenes Angebot zur Kostendeckung kann nur trägerübergreifend realisiert werden.

Bereits jetzt erfolgt ein solch trägerübergreifendes Angebot, durch die „Kreativ-Werkstatt“. Aber auch hier muss darauf hingewiesen werden, dass die Zahl der Teilnehmerinnen nie höher als vier KlientInnen pro Angebot war.

Zur Gemeinwesenarbeit

Ich führte die Koordination der Arbeitskreise BeWo-Sucht und „AK-BeWo-Psych“ auch weiterhin federführend durch. Ich habe jedoch zum Jahreswechsel die Koordination AK-Bewo-Sucht, nach einer einstimmigen Entlastung meiner Praxis, bezogen auf meine Koordinationstätigkeiten der letzten 12 Jahre durch alle ständigen TeilnehmerInnen, an einen anderen Anbieter übertragen.

Weiterhin bin ich 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 Betreuung nach BtG, den Bewährungshilfen, den jeweils zuständigen Rechtsanwaltskanzleien, der Ausländerbehörde, der Polizei, den sucht- und allgemeinmedizinischen Angeboten und, innerhalb unserer Schwerpunktsetzung Sucht und Traumatisierung, mit den entsprechenden Beratungsstellen zur Erstellung der Sozialberichte und Antragsstellungen Langzeittherapie, der LVA und dem Deutschen Rententräger (DR).

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

Im Rahmen unserer Tätigkeiten und der Kooperation mit der Bewährungshilfe ergab sich eine Zuständigkeit bei 72% unserer KlientInnen. Diese außerordentlich hohe Prozentzahl weist darauf hin, dass unsere Zielgruppe unter einer erheblichen juristischen Belastung und Verfolgung steht.

Herausragend war hier erneut die Zahl von Justizverfahren wegen „Erschleichen 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 in der Durchführung unseres Kernauftrages. Es ergingen sowohl unbegründete Anklagen als auch generell überprüfungsbedürftige Mahnbescheide.

Neun KlientInnen befanden sich bereits in den Vorjahren in Privatinsolvenzverfahren. Wir unterstützten sie bei der Fortführung des Verfahrens. Drei KlientInnen begleiteten wir bei der Einleitung eines Verfahrens nach Privatinsolvenz.

Insgesamt ergab sich hierbei eine große Problematik bei der Suche nach einer zuverlässigen, für unsere KlientInnen kostenneutralen und vor allen Dingen vertrauenswürdigen Schuldnerberatung. 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 der zum Teil betrügerischen Inkassobüros.

Zur Kooperation mit den Betreuungen BtG

In zunehmender Zahl unterlagen unsere KlientInnen, parallel zur Auftragslage „Ambulant Betreutes Wohnen“, einer Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (BtG). Wir entwickelten zu sechs BetreuerInnen nach BtG eine intensive Kooperation. Es erfolgten fortlaufende Zuständigkeitsklärungen und Arbeitsabsprachen. Auch diese Leistungen konnten, da vorrangig ohne unsere Klientel durchgeführt, nicht vollständig abgerechnet werden. Diese Leistungen sind jedoch unabdingbar im qualitativen Fallmanagement.

Mein Team erhielt monatlich einmal Supervision à zwei Stunden. Ich selbst unterzog mich ebenfalls im selben Rhythmus einer Leitungssupervision.

Im Team erfolgte fortlaufend zu Fallverläufen Intervisionsprozesse in Triadenmethodik und wöchentliche Fallbesprechungen anlässlich der Teamsitzungen.

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

Köln, den 10.06.2014

G. Levy

Statistik vom 01.01.2013 - 31.12.2013

		Anzahl
Anzahl der Klienten_innen:		
Geschlecht:	- Frauen	17
	- Männer	52
Bewilligung		
	- Erstantrag	17
	- Folgeantrag	39
	- Laufzeit über zwei Jahre (Beginn 12)	1
	- Laufzeit über zwei Jahre (Beginn 13)	1
Betreut aber nicht bewilligt		
	- ohne Anmeldung	6
	- zurzeit nur angemeldet	
	- Verlängerung des Bewilligungszeitraums	1
	- vor Anmeldung abgebrochen	3
Abgang nicht bewilligt	- Erstantrag nicht bewilligt	1
	- Folgeantrag nicht bewilligt	

Abgang der Klienten_innen durch:		
	- Abbruch von Klienten_innen	2
	- Abbruch durch Praxis	3
	- Wechsel des Anbieters	3
	- verstorben	
	- reguläre Beendigung	1
	- Überleitung in ein anderes Angebot	2
	- Beendigung durch Haftantritt	1
Zugang der Klienten_innen über:		
	- andere Anbieter	1
	- Jobcenter	
	- Maßnahmeträger	
	- Ärzte	9
	- BtG / Klinik	1
	- Gesundheitsamt	1

	- Wiederkehrer	1
	- Internet	1
	- SPZ	
	- Klienten_innen /Mund-zu-Mund	3
	Gesamt:	

Weiterleitung		
	in andere Angebote	5
	in fremdsprachliche Angebote	1
	Gesamt	

Herkunft der Klienten_innen:	- in Deutschland geboren	32
	- in Deutschland geboren mit Migrationshintergrund (soziale u. geographische Entwurzelung)	3
	- Migranten (nicht in Deutschland geboren)	34
	Gesamt:	

Länder	- Iran	14
	- Türkei	1
	- Italien	4
	- Vietnam	1
	- Russland	3
	- Eritrea	1
	- Rumänien	1
	- Gambia	1
	- Spanien	1
	- Dänemark	1
	- Portugal	1
	- Afghanistan	2
	- Bosnien	2
	- Kongo	1
Aufenthalt	- Duldung	5
	- befristeter Aufenthalt	6

	- unbefristeter Aufenthalt	13
	- Fiktionsbescheinigung	1
Art der Behinderung im Sinne		
der Eingliederungshilfeverordnung:		
	- körperliche Behinderung	4
	- geistige Behinderung	4
	- psychische Behinderung	14
	- Suchterkrankung	43
	- Doppeldiagnose	17
Alter		
	- unter 20	
	- 20 - 30	14
	- 30- 40	19
	- 40 - 50	27
	- 50-60	9
	- 60 - 70	
	- über 70	
Kinder		
	- Anzahl	38
	- im Haushalt lebend	19
	- nicht im Haushalt lebend	19
	- Sorgerecht beim Klienten	7
	- Sorgerecht beim Partner	14
	- Sorgerecht beim Jugendamt	2
	- gemeinsames Sorgerecht	12
	- Sorgerecht beim Familienmitglied	1
	- volljährige Kinder	2
Versorgungsleistung:		
	- PSB / Substitution *****	41
	- Wohnraumvermittlung/ - suche	10
	- Wohnraumerhaltung / Sicherung des Wohnraums	42
	- ambulante psychiatrische Behandlung	13
	- Vermittlung in Therapie	9
	- weitere Betreuung in Therapie	5

	- Anregung BtG	
	- Gespräche mit Partner_in	19
	- Gespräche mit Familienangehörigen	16
	- Gespräche BeWo (Mitbewohner)	1
	- Kooperation mit BtG	6
	- Aufenthaltsverfestigung	10
	- Kooperation mit Rechtsanwalt	26
	- Koopertion mit Ausländeramt	9
	- Vermittlung in den Arbeitsmarkt	8
	- Kooperation mit dem Arbeitgeber	3
	- Vermittlung in Praktika	2
	- Vermittlung in Ausbildung	3
	- Vermittlung in Umschulung	2
	- Vermittlung in Maßnahme	4
	- Kooperation mit Maßnahmeträger	3
	- Vermittlung in Sprachkurse	4
	- Gesundheitsversorgung	49
	- Regelung der Finanzen	48
	- Unterstützung bei Freizeitgestaltung	32
	- Entwicklung von Tagesstruktur	38
	- Krisenintervention	51
	- Begleitung zu Gericht	15
	- Gruppenangebot	21
	- Kunstgruppe / Gestalten	
	- Kooperation Familienhilfe	4
	- Kooperation Jugendamt	12
	- Kooperation Bewährungshilfe	10
	- Kooperation BeWo (Partner_in)	14
	- Kooperation Jobcenter	33
	- Überleitung in die Grundsicherung	3
	- Koopertion Sozialamt	5
	- Vermittlung in Entgiftung	5
	- Kooperation Staatsanwaltschaft/Justiz	2
	- Kontakt zum/zur Klienten_in ausschließlich über Hausbesuche	2
	- aufsuchende Hilfe	
Grundsicherung	-	5

	- Insolvenzverfahren	13
	- DiMA-Betreuung	14
	-	

Mitarbeiter_innen Stand 2013

Name	Qualifikation
Stephanie Wiese	Diplom Pädagogin
Georg Lemm	Erlebnispädagoge
Minerva Lehmann	Psychologische Beraterin
Dorothee Hoven	MA Pädagogik u. Psychologie, Grundausbildung Familientherapie, Mediatorin BM, Kursleiterin für progressive Muskelentspannung Kursleiterin Präventionskurs „Stress durch Arbeitslosigkeit“
Andrea Lüers	Sozialarbeiterin
Rosel Kern	Erzieherin
Parastu Dadbin	Erzieherin, Sozialpädagogin
Mohammad Hossein Azarkhiavi	Sozialpädagoge
Fritz Busch	MFA, Praxismanager
Claire Merkord	Dipl. Übersetzerin, Counselorin grad. „Gestalttherapeutischer Ausrichtung“
Jürgen Herrman	Reinigungsfachkraft
Andreas Guse	IT-Fachmann
Ulrike Kurzweg	Gehilfin in wirtschaftlich- und steuerberatenden Berufen, Finanzierungsfachfrau
Antje Prämaßing	Supervisorin

Die Praxis für Gestalt und Migration auf dem Weg zur Erstzertifizierung

Am Anfang

Eine kleine Gruppe tröpfelt zusammen. Ein erstes Schwätzchen, was ist denn das für einer? Die kurze Pause bevor es losgeht wird dafür gebraucht, um Telefonate zu führen. Mit Klienten, die einen Termin verpasst haben, mit dem „Hilfesystem“ irgendetwas regelnd. Fast alle rauchen, sind erwartungsvoll, skeptisch aber neugierig. Sehr sympathisch. Wir beginnen zu spät.

Die offizielle Vorstellungsrunde: Ja, wir brauchen QM, aber wir haben auch so viel zu tun. Eben.

Raumgreifende Themen

Das Primat der Ethik in der Suchtarbeit. Die Ökonomisierung der Eingliederungshilfe. Im Kontakt mit den Klienten sein. Nähe und Distanz ausbalancieren. Die Belastungen der Arbeit im Spannungsfeld zwischen den herausfordernden Klienten durch die Nähe zum sozialen, emotionalen, gesundheitlichen Elend und den Anforderungen aus Verwaltung und Politik. Die Diskussionen werden engagiert und heiß geführt. Die Botschaft: Tu uns mit dem QM nicht weh. Die Arbeit ist schon schwer genug.

Inzwischen

Oje, die Arbeit kommt. Also ich. Wir kommen also wieder zusammen. In der kleinen Pause telefonierend, rauchend. Und wir beginnen wieder zu spät. Es ist so schwer, den Arbeitsalltag so zu organisieren, dass auch genügend Zeit für die Regiearbeiten ist – und für die Pausen.

Es werden Prozesse dargestellt. Es wird an ihnen gefeilt, noch einmal und noch einmal. Und es gibt immer wieder Dringenderes: Druck, Kontakt, Ethik. Wir ziehen so manch eine Schleife. Wozu die Prozessgestaltung, wenn der Arbeitsalltag so dringend ist.

Es konkretisieren sich auch Ideen wohin die Reise mit QM und Organisationsentwicklung gehen kann. Der Nachweis des Nutzens will aber noch erbracht werden. Treten die Themen nun deutlicher zutage? Wird es einfacher, Verantwortung zu tragen oder Entscheidungen zu treffen? Es gibt einige Wechsel beim Personal durch Kündigungen und Neueinstellungen. Die Praxis fluktuiert zwischen Fallmanagement und Empathie. Irgendwo dazwischen verläuft der Weg.

Was gut gelingt

Die Arbeit fest im Griff. Den Klienten zugewandt, mit voller Aufmerksamkeit, emotional warm, verstehend, einführend und in der Intervention klar und konsequent. Das ist Schwerstarbeit und doch sind Erfolge selten oder erst nach langer Zeit und großen Mühen einzufahren. Der Kontakt wird tatsächlich gelebt. Sehr deutlich mit den Klienten, nicht ganz so deutlich untereinander und mit sich selbst. Die Abläufe sind verstanden, das Prinzip Verbesserung auch.

Was noch besser werden kann

Die häufigen Störungen erschweren immer noch Routinebildung bei den überarbeiteten Abläufen, den Regelungen und den Regiearbeiten. Das wird auch deutlich gesehen, führt aber noch zu mehr Belastung und Überstunden.

Derzeit

Es wird ernst. Ein Termin für die Erstzertifizierung ist ausgemacht. Wir treten vorsichtshalber etwas zurück, verlangsamen. Termine finden nicht wie geplant statt. Vorrangige Themen: Ökonomisierung, Ethik und Kontakt. Bereits fertige Ablaufbeschreibungen werden wieder aufgegriffen. Es wird klar, dass QM auch Einsatz für die Organisationsentwicklung fordert. Die Verlangsamung wirkt wie eine Zwille: Die letzten Themen werden auf den Weg gebracht, wenn auch im kleinen Kreis. Der Nutzen wird erneut erschlossen. Da hat doch tatsächlich einer das Rauchen aufgegeben! Sowohl das interne Audit als auch die Managementbewertung beweisen, dass die Praxis inzwischen die Zertifizierungsreife erlangt hat. Und bei aller Prozessorientierung ist es gelungen, die Klienten fest im Blick zu halten. Die Zertifizierung kann kommen.

Ausblick

Inzwischen wird gesehen und erlebt, dass viele Abläufe und Entscheidungskriterien klarer geworden sind. Sie erleichtern die Orientierung im Hilfesystem und zeigen zugleich seine Grenzen auf. Handlungsspielräume werden zunehmend erschlossen. Risikomanagement, Rentabilität. Neue Perspektiven und Projekte können gezielt auf den Weg gebracht werden. Die Praxis hat sich auf den Weg zu einer gereiften Organisation gemacht.

Köln, 29.04.2014 Gerhard Thäsler menschen gestalten unternehmen

Ingrid Strobl

Warum man mit BeWo nicht reich wird...

Es war einmal, vor gar nicht so vielen Jahren, da hatte jemand eine wirklich gute Idee: Psychisch kranke Menschen sollten nicht mehr dauerhaft stationär untergebracht werden. Zum einen waren die Kosten der stationären Betreuung exorbitant hoch. Zum anderen hatte man die vielen Nachteile dieser Art der Betreuung für die betroffenen Menschen erkannt, einschließlich ihrer zunehmenden Hospitalisierung, die es ihnen sehr schwer bis unmöglich machte, je wieder ein halbwegs selbständiges Leben aufzunehmen.

Diese Einsichten und wissenschaftlichen Erkenntnisse wurden nun praktisch umgesetzt: in Form des „Ambulant Betreuten Wohnens“, kurz BeWo genannt. Die betroffenen Menschen konnten fortan in ihrer vertrauten Umgebung oder zumindest in ihrer Stadt in einer eigenen Wohnung leben und wurden - ambulant - betreut.

Und nicht nur psychisch- und suchtkranke Menschen profitierten von diesem neuen Modell. Es kostete erheblich weniger Geld. Und es konnten fortan neben den großen Trägern auch kleinere freie Träger in der ambulanten Betreuung tätig sein - wie zum Beispiel die Praxis Gert Levy.

Das System hat nur einen Haken: Die Betreuer im Ambulant betreuten Wohnen werden für einiges, das sie an Arbeit leisten, nicht refinanziert.

Das gilt vor allem für die sogenannte "Null-Phase", die Zeitspanne zwischen dem Erstkontakt, also dem ersten Besuch eines potentiellen Klienten, und der Anmeldung des Klienten beim LVR. Die Stunden, die der Betreuer, die Betreuerin in diesem Zeitraum mit dem Klienten, der Klientin arbeitet, werden nicht bezahlt. Denn der Klient ist ja noch nicht angemeldet. Nun würde man denken, gut, dann darf diese "Nullphase" eben nicht länger als maximal ein, zwei Stunden laufen. Das ist aber, zeigt die Praxis, völlig unrealistisch.

Im Haushaltsjahr 2013 kamen so in der Praxis Levy insgesamt 81,83 Stunden zusammen, in denen Gert Levy und seine Mitarbeiter/innen unentgeltlich mit Klientinnen und Klienten arbeiteten, die noch nicht angemeldet waren. Fragt sich: Warum? Wofür braucht man da so viel Zeit?

Die Antwort ist vielschichtig:

Der potentielle Klient/die Klientin kommt in die Praxis. Sagt: "Ich würde gerne ambulant betreut werden."

Gert Levy stellt ihm/ihr nun die standardisierten Fragen: "Sind Sie suchtkrank, psychisch krank oder beides? Wollen Sie substituiert werden? Haben Sie eine Wohnung mit einem eigenen Mietvertrag? Bekommen Sie ALG II oder haben Sie ein eigenes Einkommen? Haben Sie einen Aufenthaltsstatus? Wurden Sie früher schon einmal betreut?" Er klärt den Klienten/die Klientin darüber auf, was BeWo bedeutet und fragt dann: "Sind Sie sicher, dass Sie BeWo wollen oder, bei Opiatabhängigen, vielleicht nur PSB?"

Darüber hinaus befragt er den Klienten/die Klientin zu seiner/ihrer Biografie, der individuellen Vorgeschichte und der Motivation, sich nun helfen zu lassen.

Alleine dieses Szenario kann viel Zeit in Anspruch nehmen: Die potentiellen Klientinnen und Klienten sind oft verwirrt, und viele stehen unter enormem psychischem aber auch materiellem Druck. Die

Heroinabhängigen unter Ihnen wollen einen Entschluss, den sie einmal gefasst haben, sofort umsetzen und hören gar nicht richtig zu. Psychisch Kranke und ebenso Suchtkranke haben oft Schwierigkeiten mit dem Jobcenter, verstehen die Anforderungen nicht, können ihnen nicht adäquat Folge leisten und leiden unter den Sanktionen, haben kein Geld und brauchen dringend Hilfe. An die 80 Prozent der potentielle Klientinnen und Klienten haben ein Verfahren ausstehen und können eine Haftstrafe nur abwenden, wenn sie sich in das Ambulant Betreute Wohnen begeben.

Viele Klientinnen und Klienten der Praxis Gert Levy sind zudem Migranten. Sie sind nicht vertraut mit den hiesigen Behörden, mit "ganz normalen" Abläufen, sie verstehen vieles sowohl sprachlich als auch inhaltlich nicht. Dazu kommt bei vielen eine Traumatisierung, die sie in ihrem "Funktionieren" behindert und schon auf einfache Fragen mit Angst und Misstrauen reagieren lässt.

Zuletzt bekommt der potentielle Klient noch einen "Warnhinweis": "BeWo bedeutet viel Arbeit, es bedeutet, dass Sie viel an sich arbeiten werden müssen, dass Sie bereit sein müssen, einmal pro Woche in die Praxis zu kommen und dass Gert Levy oder ein/e Mitarbeiter/in der Praxis zu Ihnen in die Wohnung kommt, also einen Hausbesuch macht. Es bedeutet, nicht mehr zu konsumieren und den Beikonsum kontinuierlich einzuschränken und schließlich aufzugeben."

Schließlich gibt Gert Levy dem potentiellen Klienten noch seine Aufgaben bis zum nächsten Termin mit: Er muss dann den Mietvertrag mitbringen, den aktuellen Bescheid über das Einkommen (ALG II, Rente oder eine Verdienstbescheinigung über ein Jahr), eine fachärztliche Stellungnahme (dafür bekommt er das entsprechende Formular ausgehändigt), den Reisepass oder Personalausweis, die Aufenthaltspapiere, die Krankenkassenkarte, eventuell einen Schwerbehindertenausweis.

Nur knapp die Hälfte der potentiellen Klientinnen und Klienten, so die Erfahrung der Praxis Gert Levy, bringen all diese Papiere tatsächlich bei ihrem zweiten Termin mit. Die anderen haben einen Teil vergessen, finden ihn nicht oder verfügen gar nicht darüber. In diesem Falle muss der potentielle Klient/die Klientin noch einmal kommen. Die meisten brauchen aber auch Hilfe beim Finden oder Beantragen, etc., der fehlenden Papiere. Besonders problematisch ist der Zeitaufwand bei einer psychischer Erkrankung, denn in diesem Fall benötigt der potentielle Klient/die Klientin eine fachärztliche Stellungnahme. Und die psychiatrischen Praxen haben lange Wartezeiten in ihrer Terminvergabe. Darüber hinaus gibt es gerade bei der, oft traumatisierten, Zielgruppe der Praxis Gert Levy erhebliche Widerstände gegen eine psychiatrische Untersuchung und Konsultation.

Inhaltlich geht es bei diesem zweiten Termin darum, vertiefter als beim ersten Mal herauszufinden, wie weit der potentielle Klient/die Klientin tatsächlich motiviert ist. Will er/sie wirklich die "Mühen des BeWo" auf sich nehmen? Oder doch lieber eine weniger aufwendige PSB? Ist ihm/ihr klar, was der Begriff "hochschwellig" ganz praktisch für ihn/sie bedeutet? Welche Konsequenzen das für ihn/sie hat? Was das von ihm/ihr verlangt? Vielen ist das nicht klar. Und sie erschrecken, wenn sie anfangen zu begreifen. Werden unsicher...

Jemanden jetzt schon anzumelden, wäre sinnlos, der der Klient, die Klientin könnte seine/ihre Meinung noch ändern. Zwei drei Wochen, respektive vier bis fünf Sitzungen, so Gert Levy, dauert die "Null-Phase" in der Regel. Erst dann kann er eine Klientin, einen Klienten anmelden. Ohne Gefahr zu laufen, ihn oder sie wieder abmelden zu müssen.

Es gibt aber auch Klientinnen und Klienten, die erst nach bis zu acht, in Ausnahmefällen auch 20 Stunden intensiver Arbeit angemeldet werden können.

Herr B. ist dafür ein geradezu klassisches Beispiel:

Er ist rumänischer Staatsbürger, heroinabhängig, und sein Konsum war so sehr außer Kontrolle, dass er substituiert werden musste, um zu überleben. (Der Arzt, der die Substitution übernehmen wollte,

bat Gert Levy, das unbedingt zu ermöglichen, da der Klient in Gefahr war, zu sterben.) Der Mann war jedoch nicht krankenversichert und konnte sich beim Jobcenter nicht anmelden, um versichert zu werden (man teilte ihm mit, man sei nicht für ihn zuständig, weil er aus Rumänien kommt).

Damit dieser Klient überhaupt substituiert werden konnte, musste also erst einmal - mühsam und extrem zeitaufwendig - sein Anspruch beim Jobcenter auf Sozial- und Krankenversicherung durchgesetzt werden. Konkret bedeutete das: Er ging mehrfach zum Jobcenter, wurde aber immer weggeschickt. Auch als eine rumänisch-sprachige Mitarbeiterin der Praxis ihn begleitete, wurden sie weggeschickt. Und erneut, als sie das nächste Mal kamen. An diesem Punkt forderte die Mitarbeiterin der Praxis ein Gespräch mit dem Leiter des Jobcenters.

Daraufhin bekamen sie endlich einen Termin. Nun musste der Klient diverse Papiere einreichen und Belege für Bewerbungen erbringen, die er unternommen hatte. Die Mitarbeiterin der Praxis begleitete ihn zu diversen potentiellen Arbeitgebern, wieder ins Jobcenter, und so weiter... Zwischendurch kam der Klient zu dringend benötigten stabilisierenden Gesprächen in die Praxis. Insgesamt mussten für das ganze Procedere 26,7 Stunden aufgebracht werden. Die, da alles in der "Null-Phase" stattfand, nicht entgeltet wurden.

(Die Geschichte hat ein vorläufiges Happy-End: Der Klient wurde mittlerweile in das Ambulant Betreute Wohnen aufgenommen und wird substituiert.)

Auf die Frage, warum er das macht, antwortet Gert Levy: "Weil ich nicht zusehen kann, wie ein Mensch verreckt."

Und er fügt hinzu: "Es sind in erster Linie ethische Grundsätze, die uns dazu bewegen, kontinuierlich mehrere Stunden unentgeltlich zu arbeiten. Es wäre aber auch jedes Mal ein bürokratischer Akt, wenn wir potentielle Klientinnen und Klienten zu früh anmelden würden, um selbst weniger Geld zu verlieren. Denn man müsste dann den einen oder anderen auch wieder abmelden. Und das wäre nicht nur für uns Aufwand, sondern auch für den Landschaftsverband."

Der Bericht als Spiegel der Praxis oder:

Was durch Worte hindurch erfahrbar wird

Vor gut 18 Monaten begann ich, meine Dienste als Lektorin der Praxis für Gestalt und Migration zur Verfügung zu stellen – und unterstütze seither das dortige Team bei der Abfassung der regelmäßig anfallenden Berichte zu Betreuungszeiträumen der KlientInnen für den LVR.

Das Prozedere läuft seither wie folgt ab: Vor Aufnahme meiner Tätigkeiten habe ich mich zu einer strikten Schweigepflicht schriftlich verpflichtet. Ich erhalte einen Anruf (oder eine Mail) von einem/r der Mitarbeiter(innen), wir machen einen Termin aus – für jeweils einen bis drei zu schreibende Berichte. Ausgangspunkt jeder „Schreibsitzung“ bildet zum einen die sogenannte „1er-Datei“ eines Klienten – in der sämtliche Aktivitäten und Interventionen der PraxismitarbeiterInnen, vom Telefonat bis hin zum Haus- oder auch Gefängnisbesuch oder zur KlientInnenbegleitung bei Behördengängen, Arztbesuchen, Jobsuche usw., aufgelistet sind - sowie der letzte Hilfeplan. Der Praxismitarbeiter/die Mitarbeiterin vertieft sich (oder hat dies bereits getan) in die Unterlagen und in die einzelnen Etappen der vorangegangenen Betreuungsperiode; anschließend verfassen wir den erforderlichen Bericht, der i. d. R. die Grundlage für einen weiteren Bewilligungszeitraum seitens der LVR abgibt. Meine Aufgabe besteht (nach Absprache) einerseits darin, als „Sekretärin“ tätig zu werden, zugleich aber auch – gleichsam als erster Rezipient/Leser des Berichts – zu prüfen bzw. ein Feedback zu geben: darüber, ob die Schilderung der einzelnen Interventionen und deren Resultate/Folgen verständlich sind – und zugleich so sachgerecht, aufgaben- und ergebnisorientiert und neutral (kommentarlos) formuliert sind, dass die Darstellung ein wirklichkeitsgetreues und zugleich prozessorientiertes Bild abgibt, das dem Leistungsträger (LVR) als Grundlage für seine Entscheidung für die Fortsetzung der Hilfe abgeben kann. Systemisch tief in der Betreuung sind die Fachkräfte manchmal nicht in der Lage ein genaues Bild zu beschreiben.

Die Berichte erhalten eine standardisierte Form – mit Angaben zu den Zielen, die erreicht werden sollten und denen zu Zielen, die im Bewilligungszeitraum de facto erreicht wurden – und werden stets vom Leiter der Praxis, dem jeweils betreuenden Mitarbeiter sowie dem Klienten/der Klientin unterschrieben. – Letzteres nehme ich als einen Aspekt Klienten orientierter Transparenz wahr: In die Berichte an die LVR wird nichts hineingeschrieben, was der Klient nicht weiß bzw. durch seine Unterschrift bestätigt.

Neben den Zielbeschreibungen enthält jeder Bericht eine Kurzdarstellung über erfolgte Aktivitäten, Unterstützungsmaßnahmen, Interventionen im Berichtszeitraum. Diese jeweils konzise und für Außenstehende nachvollziehbar zu formulieren, erfordert einen Evaluierungsprozess sämtlicher Gespräche, Telefonate und Kommunikationsvorgänge, gemeinsamer Gänge zu Ämtern, Ärzten, Krankenhäusern, Strafanstalten usw. sowie praktischer Interventionen (vom gemeinsamen Möbelkauf über Besuche bei Familienangehörigen bis hin zur Vorbereitung von Bewerbungs-, Steuer- oder sonstigen Unterlagen für Behörden), bei dem – so erlebe ich es oftmals – einerseits die Tragik der jeweiligen KlientInnenbiografie zutage tritt (und auch von den Praxismitarbeitern in Teilen wiedererlebt wird) und gleichzeitig die Anforderung besteht, das Augenmerk auf alle Fortschritte (Zielerreichung) – sei dies in Hinsicht auf eine psychosoziale und gesundheitliche Stabilisierung, mit

Blick auf eine (Wieder-)Eingliederung in einen Ausbildungs- bzw. Arbeitsprozess und/oder hinsichtlich der Lösung familiärer Konflikte oder denen mit verschiedensten Behörden.

Damit wird (mir) zugleich deutlich, welches Spektrum von Aufgaben die Praxismitarbeiter in ihrem Betreuungsalltag zu leisten haben: Sie betreuen, begleiten und unterstützen ihre Klienten in Entgiftungs- und Therapieprozessen, in der Entwicklung persönlicher wie beruflicher Perspektiven, in ebenso akuten wie vielgestaltigen Krisen – und sie tun dies an der Seite von **KlientInnen**, die diese Rundum-Unterstützung in konstruktive eigene Entwicklungsprozesse integrieren können, wie auch an der Seite derjenigen, denen es – manchen berichten zufolge – nicht gelingt, die vielgestaltigen Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen dahingehend zu wenden, dass sie auf Dauer einen „festen Boden“ ihrer Existenz erhielten.

Und so , wie die Tätigkeit der Praxismitarbeiter oftmals echte Früchte tragen – etwa, wenn ein Klient oder eine Klientin nicht nur seine Ausbildung beginnt, sondern nach zwei Jahren auch erfolgreich abschließt, wenn ein älterer Klient mit ihrer Hilfe wieder einen festen Job oder eine neue, dauerhafte Wohnung findet, wenn ein Asylbewerber erfolgreich seinen Deutschkurs absolviert, Arbeit findet und Bleiberecht erhält, wenn eine junge Klientin sich mit der Unterstützung der Praxis selbstständig macht und nach zwei weiteren Hilfeplänen weiterhin ihr Geschäft betreiben kann und ihren Schuldenberg inzwischen abbauen oder ganz tilgen konnte – genauso kommt es doch auch immer wieder vor, dass ihre kontinuierliche Unterstützung und ihre Arbeit in Richtung Stabilisierung, Gesundheit und Selbstverantwortung ihrer Klienten bisweilen ins Leere laufen – etwa, wenn ein Klient plötzlich „abtaucht“ und dauerhaft auf keinerlei Kommunikationswegen mehr erreichbar ist – und damit die Chancen dieses umfassenden Unterstützungsangebots de facto in den Wind schlägt.

Ich selbst bemühe mich beim Schreiben um eine Distanz zu den Inhalten der Berichte – und erlebe diese bisweilen als regelrechten Schutz. Die Anstrengungen und Belastungen aber, die die Arbeit mit sich bringt, über die in den Berichten Rechenschaft abgelegt wird, werden für mich immer wieder auch an der emotionalen Verfassung der Praxismitarbeiter währenddessen sichtbar: Die Vergegenwärtigung des zu berichtenden Betreuungszeitraums scheint für die Praxismitarbeiter oftmals mit einer Art Wiedererleben des persönlichen Engagements und der emotionalen Involviertheit in die psychosoziale und lebenspraktische Unterstützung der Klienten einherzugehen; dahingehend deute ich zumindest die Zeichen von Erschöpfung, Ermüdung und Konzentrationsanstrengung, die sich beim Formulieren und Nacherzählen der vielfältigen Interventionen bei den Praxismitarbeitern oftmals einstellen.

Allen, die an diesem Unterstützungsangebot mitwirken, zolle ich meinen Respekt: Ich war versucht zu denken: Sie widmen sich einer „Sisyphosaufgabe“ – doch Sisyphos rollt einen Stein den Berg hinauf; die Praxismitarbeiter/-innen aber begleiten Menschen durchs Leben.