

PARTNERschaftlich

Infodienst 03/16

Gesamtverband
für Suchthilfe e.V.
Fachverband der
Diakonie Deutschland



*... gemeinsam stark
im Verbund!*



Das Bundesteilhabegesetz
Auswirkungen für die Eingliederungshilfe

Inhalt

- 3 Editorial**
- 4 Das Thema**
Bundesteilhabegesetz – im Endspurt?
Ruth Coester
- 7 Mehr möglich machen – weniger behindern.**
Das Bundesteilhabegesetz
Marc Nellen
- 11 Sucht als Symptom**
– Beeinträchtigungen in der Teilhabe
Prof. Dr. Ulrich Streeck
- 13 Eingliederungshilfe in**
der Suchthilfe – Best Practice
Diana Wolff
- 15 Mögliche Auswirkungen des**
Bundesteilhabegesetzes für
chronisch Suchtkranke mit einer
wesentlichen seelischen Behinderung
Hartmut Klemm
- 17 Die Auswirkungen des**
Bundesteilhabegesetzes auf
Sozialtherapeutische Einrichtungen
für suchtkranke Menschen
Aimée Waesche
- 19 Tagesstätte als teilstationäre**
Eingliederungshilfe für suchtkranke
Menschen und die Veränderung
durch das Bundesteilhabegesetz
Claudia John
- 20 Personenzentrierte Steuerung der**
Eingliederungshilfe in Hessen (PerSEH)
mit Sicht auf das Bundesteilhabegesetz
oder „Was heißt denn hier Steuerung?“
Barbara Oerder
- 22 Gesamt- und Teilhabeplanung im**
Entwurf des Bundesteilhabegesetzes
– Bedeutung und Folgen für die Hilfeplanung
Prof. Dr. Petra Gromann
- 25 Pflegestärkungsgesetz III und**
Bundesteilhabegesetz: Abgrenzungsprobleme
zwischen Eingliederungshilfe und Pflege
Christiane Hasenberg
- 27 Mitglieder News**
- 32 Veranstaltungskalender**

Partnerschaftlich 03/2016

Herausgeber

Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS)
Fachverband der Diakonie Deutschland
Invalidenstr. 29
10115 Berlin
Tel. 030 83001 500
Fax 030 83001 505
gvs@sucht.org
www.sucht.org

Verantwortlich im Sinne des Presserechts

Dr. Theo Wessel
Geschäftsführer

Redaktion

Corinna Mäder-Linke
Referentin für Öffentlichkeitsarbeit
und Weiterbildung GVS
maeder-linke@sucht.org

Layout (angelehnt an)

Sara Zitzmann
SZ Gestaltung, Detmold
sz@sz-gestaltung.de
www.sz-gestaltung.de

Bildnachweise

Titelfoto: Fotolia.com
S. 13/14: Alle Bilder vom „Immanuel
Therapiezentrum Röthof“/®Wolff;
S. 28: Bild „Lukas Suchthilfezentrum“/®Grünberg;
S. 28: Bild „Ausbildende Reha-Zentrum
Krelingen“/®GRZ Krelingen;
S. 29: Bild „Ehepaar Schmidt“/®FSB;
S. 30/31: Alle Grafiken & Logos
zu „blu:prevent“/®BKD;
S. 31: Bild „Blaues Journal 2017“/®Fast;

Portraitbilder sind nach dem Muster ®“Namen“
gekennzeichnet und verweisen jeweils auf
die Rechte des zur Verfügungstellenden

Liebe Leserinnen und Leser,

in Deutschland wird aktuell die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen diskutiert. Ausgelöst wurde dies durch die UN Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), statt Integration bekam der Begriff der Inklusion eine neue Bedeutung. Dies bedeutet die gleichberechtigte Teilhabe aller Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen. Die Forderung besteht darin, dass sich die Gesellschaft und Sozialräume verändern, so dass keine Exklusion bzw. Ausgrenzung entsteht. Das heißt, barrierefreie Strukturen für Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Behinderungen zu schaffen.

Wir im GVS veränderten auch unsere Arbeit in der Struktur der Ausschüsse. So entstand vor Jahren der Fachausschuss Teilhabehilfen. In diesem Fachausschuss treffen sich regelmäßig die Vertreterinnen und Vertreter der ambulanten und stationären komplementären Einrichtungen. Wir definierten die Verhinderung von Teilhabe bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Daraus erarbeiteten wir mögliche Teilhabeleistungen in den Einrichtungen. In einem eintägigen Workshop stellten wir uns 2015 diesen Themen und bündelten die positiven Erfahrungen der Einrichtungen, die insbesondere in den unterschiedlichen Sozialräumen in Deutschland durch übergreifende Teilhabeleistungen Veränderungen erreichten, um die Teilhabe für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu verbessern. So bereiteten wir uns auf mögliche Gesetzesänderungen vor.

Nun wird es zum Ende des Jahres soweit sein, dass das Bundesteilhabegesetz vom Bundestag und Bundesrat beschlossen wird. Ich habe noch keine Gesetzesänderung in Deutschland erlebt, die eine so hohe Beteiligung und zugleich auch hohen Widerstand von den unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen erlebte. Am 07.11.2016 fand eine Anhörung im Bundestag statt. Zeitgleich demonstrierten vor dem Paul-Löbe-Haus mehr als 3.000 Menschen gegen die Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes. Im Vorfeld wurden beim Bundesrat und in verschiedenen Gremien über 100 Forderungen zur Gesetzesänderung eingereicht. Von der Politik kommt die Kritik, die Verbände instrumentalisieren die Menschen mit Beeinträchtigungen, um ihre Interessen insbesondere der großen Einrichtungen durchzusetzen. Dem gegenüber steht aber die Forderung und Regelung, dass Menschen mit Beeinträchtigungen beteiligt werden und auf gleicher Augenhöhe zukünftig die Hilfen personenzentriert und aus einer Hand erbracht werden. Es sollen nicht mehr die Defizite und Diagnosen als kausale Begründung für den Rechtsanspruch der Leistungserbringung im Focus stehen, sondern die Teilhabe in neun Kategorien überprüft werden.

Bleibt auf dieser Grundlage der Zugang zum bewährten Leistungssystem für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung noch erhalten? Wie wird die Finanzierung der strukturellen Rahmen-



bedingungen gestaltet, wenn Grundleistungen und Maßnahmenleistungen in der Finanzierung getrennt sind? Wie wird zukünftig im Zusammenhang mit dem neuen Pflegestärkungsgesetz PSG III die Schnittstelle zur Pflege gestaltet, insbesondere wenn im Bundesteilhabegesetz der Vorrang der Pflegeleistung geregelt ist und die Eingliederungshilfeleistung nicht parallel gewährt wird? Werden dann mehr Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in Pflegeheimen vorrangig Pflegeleistungen statt Eingliederungshilfeleistungen erhalten? War bei der Gesetzeserarbeitung die Gruppe der Menschen mit Suchterkrankungen im Blick oder führt dieses Gesetz zur Exklusion statt zur Inklusion dieser Personengruppe?

Wir sind in den nächsten Jahren bis zum Inkrafttreten des Gesetzes aufgefordert, an der Gestaltung der zukünftigen neuen Rahmenvereinbarungen und Instrumente mit zu arbeiten, so dass die Belange und Bedarfe der unterschiedlichen Personengruppen Berücksichtigung findet.

Ich wünsche Ihnen, dass Sie auf verschiedene Fragen in dieser Ausgabe Antworten und an Hand der Best-Practice-Beispiele Ideen finden, wie Sie Sozialräume verändern können und das Gesetz in den Ausführungen und in der Umsetzung mit gestalten.

Eine interessante Lektüre dieses Heftes wünscht

Ralf Klinghammer

Bereichsleiter Suchthilfe der
Hoffnungstaler Stiftung Lobetal
Sprecher des GVS Fachausschuss „Teilhabehilfen“
und Mitglied des GVS Vorstands

Hinweis: Die männliche Schreibweise im gesamten Heft wurde ausschließlich aus Gründen der besseren Lesbarkeit gewählt.

Bundesteilhabegesetz – im Endspurt?

Von Ruth Coester

Im **PARTNERSchaftlich** Infodienst 1/2015 wurde bereits über das Bundesteilhabegesetz und die damit einhergehende Reform der Eingliederungshilfe nach SGB XII berichtet und ihre Auswirkungen auf die Suchthilfe beleuchtet. Mittlerweile hat sich viel getan: Das Gesetzgebungsverfahren ist weit fortgeschritten und steht nach dem Willen der Bundesregierung kurz vor dem Abschluss. Die erste Lesung im Bundestag fand bereits Ende September statt, die zweite und dritte Lesung sind für Anfang Dezember 2016 geplant. Der Bundesrat – es handelt sich um ein zustimmungspflichtiges Gesetz – wird sich voraussichtlich am 16.12.2016 mit dem Entwurf befassen. Sollte das Gesetz von Bundestag und Bundesrat die Zustimmung erhalten, soll es in Teilen bereits am 01.01.2017 in Kraft treten. Ob dieser Zeitplan tatsächlich eingehalten werden kann, bleibt abzuwarten. Denn das Gesetz ist sehr umstritten und stößt sowohl bei Menschen mit Behinderung und den Verbänden der Behindertenhilfe als auch bei Ländern und Kommunen auf deutliche Kritik, wenn teilweise natürlich auch aus unterschiedlichen Perspektiven und Gründen.

Gesetzentwurf erfährt massive Kritik

Ende April 2016 hatte das zuständige BMAS den lang erwarteten Referentenentwurf „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung“ vorgelegt. Bereits dieser stieß auf ein reges Interesse und teils heftige Kritik der Fachöffentlichkeit und führte zu einer Vielzahl von Stellungnahmen der maßgeblichen Verbände und Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderung, aber auch anderer Akteure.¹

Ende Juni 2016 wurde dann der überarbeitete Gesetzesentwurf der Bundesregierung vom Bundeskabinett verabschiedet und in das parlamentarische Verfahren in Bundestag und Bundesrat eingebracht.² Trotz zahlreicher, auch positiver, Änderungen auf dem Weg vom Referenten- zum Kabinettsentwurf blieben aus Sicht der Verbände der Menschen mit Behinderung die Hauptkritikpunkte bestehen. Einige neu aufgenommene Punkte, wie vor allem die veränderten Regelungen zum Verhältnis und zur Abgrenzung der Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege (hierzu unten mehr) haben sich sogar verschärft und treiben die Verbände und die in ihnen organisierten Menschen mit Behinderung und Leistungserbringer auf die Barrikaden. Befürchtet werden Leistungsverschlechterungen und eine Einengung des Personenkreises, der zukünftig Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe haben soll. Wie ernst aus Sicht der Verbände diese Gefahr ist, zeigen nicht nur

die vielen kritischen Stellungnahmen³, die zahlreichen, teils in großen Bündnissen verbändeübergreifend öffentlich geäußerten Appelle⁴ sondern auch mehrere große Kundgebungen und Demonstrationen, die unter anderem anlässlich der Verbändeanhörung am 07.11.2016 im Reichstag durch den Bundestagausschuss für Arbeit und Soziales stattfanden.⁵

Besondere Empörung ruft vor allem die Tatsache hervor, dass das Gesetz laut der Gesetzesbegründung der Umsetzung der im Jahr 2009 von Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) dienen und Verbesserungen für die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung bringen soll sowie insbesondere das Merkmal der Personenzentrierung, also die passgenaue Erbringung der Bedarfe im Einzelfall, hervorgehoben wird⁶. Ziele, die nach Ansicht vieler mit den geplanten Regelungen nur schwer in Einklang zu bringen sind. So hat sich auch die Monitoringstelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte (DIMR), deren Aufgabe die Beobachtung und Überwachung der Umsetzung der UN-BRK in Deutschland ist, überaus kritisch zu wesentlichen Inhalten des Reformprozesses in Hinblick auf ihre Brauchbarkeit, die Vorgaben der UN-BRK umzusetzen, geäußert und Veränderungen im Gesetzentwurf gefordert.⁷

Nachbesserungen eingefordert

Klar ist: Aus Sicht der Verbände der Menschen mit Behinderung und der Leistungserbringer der Eingliederungshilfe muss das Gesetz an wesentlichen Stellen dringend nachgebessert werden, soll es denn Akzeptanz in der Praxis finden und nicht zu Leistungsverschlechterungen führen.

Was sind nun die geplanten Regelungen, die für eine solche massive Kritik und Besorgnis sorgen? Im Folgenden sollen wesentliche Punkte genannt werden, die insbesondere (auch) für Menschen mit psychischer Erkrankung und Suchterkrankung, die bislang Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, von hoher Relevanz sind. Der Beitrag beschränkt sich dabei auf wichtige Punkte, deren Veränderung dringend notwendig erscheint. Für einen vertieften Rundumblick wird auf die Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zum Gesetzentwurf verwiesen.⁸

1. Der leistungsberechtigte Personenkreis

Nach §§ 53, 54 ff SGB XII haben derzeit Menschen mit Behinderung, bei denen eine so genannte wesentliche Behinderung vorliegt oder eine solche droht, einen Rechtsan-

¹ Das BMAS hat ca. 100 Stellungnahmen gelistet, siehe http://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Bundesteilhabegesetz/Stellungnahmen_BTHG/Stellungnahmen_node.html.

² BR-Drucksache 428/16 und BT-Drs. 18/9522.

³ Z.B. der Fachverbände für Menschen mit Behinderung, <http://www.diefachverbaende.de>.

⁴ Z.B. „Nachbesserung jetzt erst recht! Vom 18.10.2016 <http://beb-ev.de/projekte/bundesteilhabegesetz>.

⁵ Z.B. des BeB zusammen mit dem CBP und dem Bundesverband anthroposophisches Sozialwesen unter dem Motto „Teilhabe jetzt erst Recht“.

⁶ Gesetzesentwurf der Bundesregierung, S.1-3.

⁷ <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/publikationen/show/stellungnahme-bundesteilhabegesetz-bthg-ueberarbeiten/>.

⁸ Siehe Fußnote 3.

spruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Ist diese Schwelle nicht erreicht, also die Behinderung nicht wesentlich, können Leistungen der Eingliederungshilfe als Ermessensleistung gewährt werden.

Dieser Zugang zu den Leistungen soll nach dem Gesetzentwurf künftig anders gestaltet werden (§ 99 SGB IX-E): Es muss eine erhebliche Teilhabebeeinträchtigung vorliegen. Zentral dabei ist, dass hierfür in mindestens fünf von neun Lebensbereichen (in Anlehnung an die ICF⁹, vgl. Formulierung des § 99 Abs.2 SGB IX-E) personeller oder technischer Unterstützungsbedarf bestehen muss.

Auch wenn das zuständige Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im bisherigen Gesetzgebungsprozess stets betont hat, dass mit dieser Neuregelung nicht beabsichtigt sei, den Personenkreis, der künftig Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe hat, zu verkleinern (und auch nicht zu vergrößern), sind weder die Verbände der Behindertenhilfe noch die Kommunen hiervon überzeugt. Während die Kommunen eine Ausweitung des bisherigen Personenkreises befürchten¹⁰, führt diese sogenannte „5 aus 9“-Regelung aus Sicht der Behindertenverbände zu einer nicht hinnehmbaren Einschränkung des Zugangs dahingehend, dass Menschen, die heute zu einem leistungsberechtigten Personenkreis gehören, zukünftig ausgeschlossen sein werden.

Besonders problematisch gestaltet sich dies aus Sicht der Verbände¹¹, insbesondere in Hinblick auf den Personenkreis der seelisch behinderten/chronisch psychisch kranken Menschen, zu denen auch viele Suchtkranke gehören. Zum einen ist dies gerade ein Personenkreis, der oftmals nur in weniger als fünf ICF-Lebensbereichen Unterstützungsbedarf benötigt. Zum anderen wird die Hürde der Erheblichkeit der Teilhabebeeinträchtigung noch dadurch erhöht, dass § 99 Abs. 3 SGB IX-E die **personelle** Unterstützung als regelmäßig wiederkehrende und über einen längeren Zeitraum andauernde Unterstützung durch eine anwesende Person definiert. Bei psychisch kranken Menschen gibt es zum einen jedoch sehr häufig gerade keine solche Regelmäßigkeit, da typischerweise schwankende Verläufe und damit auch ebensolche Unterstützungsbedarfe auftreten. Zum anderen erweist sich auch das Merkmal der „über einen längeren Zeitraum andauernden Unterstützung durch eine anwesende Person“ als problematische gerade für diesen Personenkreis. Die Fachverbände für Menschen mit Behinderung führen hierzu in ihrer Stellungnahme aus: „Es ist nicht untypisch, dass zu Personen mit einer seelischen Behinderung über längere Zeiträume nur telefonisch Kontakt gehalten wird und es nur sporadisch zu persönlichen Kontakten kommt (Erhaltung der Unterstützungssicherheit). Im Fall der kritischen Zuspitzung ist jedoch regelmäßig intensiver personeller Kontakt erforderlich. In der Praxis wird dem heute bereits dadurch Rechnung getragen, dass neben „face-to-face“-Kontakten auch „ear-to-ear“-Kontakte üblich

sind und ein Jahres-Fachleistungsstunden-Budget zur flexiblen Nutzung von den Sozialleistungsträgern zur Verfügung gestellt wird. Es steht zu befürchten, dass diese personenzentrierte Unterstützungsgestaltung durch den Gesetzgebungsvorschlag verunmöglicht wird.“ Die Fachverbände fordern folgerichtig dann auch eine Streichung dieses Absatzes.¹²

Zwar wurde die Vorschrift auf dem Weg vom Referententwurf zum Gesetzentwurf dahingehend ergänzt, dass nun für den Fall, dass eine Unterstützung in weniger als fünf Lebensbereichen notwendig ist, eine Leistungsgewährung in das Ermessen des Leistungsträgers gestellt wird. Dies erscheint angesichts der aufgezeigten Problematik als Korrektiv des eingeschränkten Zugangs jedoch nicht ausreichend, zumal dies mit einem eindeutigen Rechtsanspruch nicht vergleichbar ist und die hohe Zugangsschwelle unangetastet bleibt.

2. Trennung der Leistungen

Im Zusammenhang mit der „Personenzentrierung“, einem Kernstück der Reform, soll es – wie schon lange absehbar¹³ – zur Trennung der Leistungen zur Existenzsicherung von den so genannten Fachleistungen der Eingliederungshilfe kommen, die bislang im stationären Kontext integriert erbracht werden. Damit verbunden ist der Wegfall der leistungsrechtlichen Kategorien „ambulant“ und „stationär“; diese Begrifflichkeiten finden sich konsequent nicht mehr im Gesetz.

Die diesbezüglichen zukünftigen Regelungen, die nach einer Übergangszeit ab 2020 greifen sollen, erscheinen trotz der elementaren Wichtigkeit für Menschen mit Behinderung und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe (auch diejenigen in der Suchthilfe) weitgehend offen und nicht einschätzbar in ihren Folgen und werden daher stark kritisiert. Nach wie vor nicht eindeutig geklärt ist etwa, wie die Zuordnung der einzelnen Leistungen erfolgen soll. Auch die schon lange bestehende Befürchtung, dass manche Leistungen, die dem Bedarf entsprechen und bislang im komplexen System der stationären Eingliederungshilfe miteinander verzahnt waren, zum Nachteil der Menschen mit Behinderung wegfallen bzw. „übersehen“ werden, scheint nicht gebannt, wie Folgendes zeigt:

Die Frage, wie bei der nach wie vor selbstverständlich möglichen und auch zukünftig vorhandenen Kopplung des Wohnens mit der Erbringung von Fachleistungen (wie im bisher stationären Wohnen) künftig die Mehrkosten, die stationäres Wohnen mit sich bringt (z.B. durch Overhead- und Vorhaltekosten, entsprechend landes- und heimrechtlichen Vorgaben wie z.B. Brandschutz), verteilt bzw. aufgefangen werden sollen, soll über den neu eingefügten § 42b SGB XII-E beantwortet werden. Danach wird zwischen verschiedenen Wohnformen unterschieden. Für die Höhe der bewilligungsfähigen Kosten für Unterkunft und Heizung wird da-

⁹ Die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Näheres unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>.

¹⁰ Vgl. Stellungnahme der BAGüS vom 18.05.2016, siehe Fußnote 11.

¹¹ Vgl. etwa Stellungnahme der Fachverbände für Menschen mit Behinderung zum Entwurf der Bundesregierung für ein Gesetz zur Stärkung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung vom 12.09.2016, S.71f.

¹² A.a.O.

¹³ Siehe hierzu die weitergehenden Ausführungen im Beitrag vom **PARTNERSchaftlich** Infodienst 1/2015

nach differenziert, ob Leistungsberechtigte in einer Wohnung oder in anderen Räumlichkeiten leben, bei denen ihnen zusätzliche Räumlichkeiten zur gemeinsamen Nutzung zu Wohnzwecken zur Verfügung stehen. Unschwer zu erkennen ist, dass Letzteres den bisherigen stationären Settings entsprechen bzw. diese (übergangsweise) auffangen soll.

An der jeweiligen Zuordnung der Räumlichkeiten knüpfen dann jeweils unterschiedliche Regelungen für die berücksichtigungsfähige Höhe der Unterkunftskosten an. Für die bisher stationären Wohnformen ist dabei als Referenzgröße die örtlich geltende Warmmiete eines Einpersonenhaushalts maßgeblich (§ 42b Abs.5 SGB XII-E). Diese Regelung birgt jedoch viele Unwägbarkeiten. Zum einen ist bereits nicht nachvollziehbar, dass Kosten im stationären Wohnen mit einem regulären Mietverhältnis auf dem freien Wohnungsmarkt gleichgesetzt werden könnten, da die „Mietkalkulation“ in stationären Einrichtungen ganz anderen Regeln folgt bzw. folgen muss, auf die der Leistungserbringer auch nur zum Teil Einfluss hat bzw. in der Vergangenheit hatte, wie z.B. – teils sogar von den Leistungsträgern in der Vergangenheit verlangte – bestimmte baurechtliche Vorgaben (z.B. Größe der Wohngruppen) oder die Beachtung von heim- und ordnungsrechtlichen Vorgaben die zu entsprechende Mehrkosten führten bzw. immer noch führen.

Dies ist dem Gesetzgeber auch bewusst, da bei Überschreiten der ortsüblichen Miete ein Zuschlag von maximal 25% gewährt werden kann. Diese maximal bewilligungsfähigen Kosten für die Unterkunft werden damit jedoch auf einer Höhe gedeckelt, die aller Voraussicht nach in der Regel nicht ausreichend sein wird, um die tatsächlichen Kosten zu decken.¹⁴ Eine Übernahme der überschießenden Kosten durch den Träger der Eingliederungshilfe (der wegen der Trennung der Leistungen an sich für Unterkunftskosten nicht mehr zuständig sein wird) ist nur übergangsweise vorgesehen und nur solange ein Umzug in ein preisgünstigeres Wohnsetting nicht möglich ist. Eine solche Regelung birgt hohes Streitpotential zwischen den beteiligten Kostenträgern (Eingliederungshilfe und Sozialhilfe bzw. Grundsicherung), die Gefahr, dass Leistungserbringer die Kosten der Unterkunft nicht refinanziert erhalten und dass Menschen mit Behinderung aus ihrer (bisherigen) Wohnumgebung bzw. dem von ihnen gewählten Wohnort herausgedrängt werden oder diesen erst gar nicht erreichen können. Dies wiederum widerspricht auch dem Gedanken der UN-BRK, in der ein Wunsch- und Wahlrecht des Menschen mit Behinderung auch bezüglich des Wohnortes verankert ist.

Trotz der gravierenden Systemumstellung für alle Beteiligten ist nicht erkennbar, dass der Gesetzgeber, bevor er die Eingliederungshilfe und die von ihr betreuten Menschen in dieses Abenteuer stürzt, zumindest statistisch relevante Beispielsberechnungen durchgeführt hätte, wie sie einem solchen Vorhaben eigentlich zwingend vorangestellt werden müssten. Völlig unklar ist z.B., woher etwa die Annahme kommt, die 25%-ige Überschreitung würde in der Regel ausreichen, um den Bedarf an Unterkunftskosten zu decken.

Die Regelung des § 43b SGB XII-E muss daher aus Sicht der Behindertenverbände dringend überarbeitet werden. Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) hat zusammen mit den Fachverbänden für Menschen mit Behinderung hierzu konkrete Vorschläge erarbeitet, auf die an dieser Stelle verwiesen wird.¹⁵

3. Pools: Schwächung des Wunsch- und Wahlrechts

Im Gesetzentwurf (§ 116 SGB IX-E) ist zukünftig regelhaft eine gemeinschaftliche Leistungserbringung vorgesehen (sog. Pools). Davon kann nur abgewichen werden, wenn dies unter Zumutbarkeitsgesichtspunkten geboten ist. Eine Zustimmung des Leistungsberechtigten ist dabei nicht vorgesehen. Pools wäre demnach auch gegen den Willen des Leistungsberechtigten regelmäßig möglich, etwa wenn es um die gemeinsame Freizeitgestaltung oder die Assistenz im häuslichen Bereich geht. Was in Bezug auf die gemeinsame Inanspruchnahme eines Fahrdienstes für den Weg von A nach B möglicherweise sinnvoll erscheint, bringt viele Menschen mit Behinderung, wenn es um Assistenzleistungen, insbesondere im häuslichen und privaten Umfeld geht, regelrecht auf die Palme. Konkret bedeutet die im Gesetz geplante Vorgabe z.B.: Muss ich mir im Kino einen Film ansehen, den ich eigentlich nicht sehen möchte, nur weil die Mehrheit der gemeinsam betreuten Gruppe dies möchte? Muss ich dann um 21 Uhr nach Hause, obwohl ich lieber noch länger ausgehen würde, weil mir allein keine Assistenz zur Verfügung steht? Es wird deutlich, wie wenig dies mit der Gewährleistung eines Wunsch- und Wahlrechts und der Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung zu tun hat, das ein erklärtes Ziel des Gesetzgebungsverfahrens (siehe Gesetzestitel!) ist. Auch an dieser Stelle sind dringend Korrekturen notwendig: Um das Wunsch- und Wahlrecht und die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung zu stärken, darf es eine gemeinsame Inanspruchnahme von Leistungen nur mit Zustimmung des Leistungsberechtigten geben.

4. Schnittstelle Eingliederungshilfe und Pflege

Nicht unerwähnt bleiben darf die massiv kritisierte Regelung der Schnittstelle bzw. die Abgrenzung zwischen Leistungen der Pflege und Leistungen der Eingliederungshilfe, die für viele Verbände ein absolutes „No-Go“¹⁶ ist. Sie befindet sich nunmehr allerdings nicht mehr im BTHG, sondern im gleichzeitig auf den Weg gebrachten Pflegestärkungsgesetz III (PSG III). Hier drohen erhebliche Veränderungen der Hilfeleistungen und Kürzungen. Betroffen sind Menschen mit Behinderung, die gleichzeitig auf Leistungen der Eingliederungshilfe sowie auf Leistungen der Pflege angewiesen sind, insbesondere Menschen mit einem hohen pflegerischen Unterstützungsbedarf, die zusätzlich Leistungen der Hilfe zur Pflege nach SGB XII erhalten. Da diese Konstellation im Bereich der Menschen mit Suchterkrankung eine eher untergeordnete Rolle spielt, sei an dieser Stelle auf den breiten Diskurs zu dem Thema verwiesen.¹⁷

¹⁴ Vgl. Fachverbände für Menschen mit Behinderung, a.a.O., S.122-126.

¹⁵ A.a.O.

¹⁶ Z.B. Verbändebündnis „Nachbesserung jetzt erst recht“, siehe Fußnote 4.

¹⁷ Stellungnahme der Fachverbände zur Schnittstelle zwischen den Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege vom 12.10.2016, www.diefach-verbände.de/stellungnahmen.

Ausblick

Im Stand des Gesetzentwurfs der Bundesregierung ist das BTHG für viele Verbände alles andere als ein gutes Gesetz für Menschen mit Behinderung und Leistungserbringer der Eingliederungshilfe, auch wenn es Regelungen beinhaltet, die positiv bewertet werden können, hier jetzt jedoch unerwünscht geblieben sind. Es blieb und bleibt also weiterhin viel zu tun und mit aller Kraft daran zu arbeiten, das BTHG noch zu einem besseren Gesetz zu gestalten, das seinen Namen verdient. Bleiben notwendige Verbesserungen aus, werden die jetzt schon absehbaren Unklarheiten und Unwägbarkeiten auf lange Zeit die Gerichte und voraussichtlich auch den Gesetzgeber beschäftigen.



©Coester

Ruth Coester
Rechtsanwältin

Referentin für Sozialrecht des
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB)
Tel. 030 - 83001-378
coester@beb-ev.de

Mehr möglich machen – weniger behindern. Das Bundesteilhabegesetz

Von Marc Nellen

Mit dem Bundesteilhabegesetz wird eine der großen sozialpolitischen Reformen dieser Legislaturperiode umgesetzt. Damit werden mehr Möglichkeiten und mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen geschaffen. Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) ist ein umfassendes Gesetzespaket, das viele Verbesserungen sowohl im Teilhaberecht des SGB IX, Teil 1 als auch in der Eingliederungshilfe und im Schwerbehindertenrecht vorsieht.

Die folgende Grafik beschreibt die Maßnahmen und Ziele des Bundesteilhabegesetzes und ihre Wirkungen:



- **Frühzeitige Intervention:** Staatliche Stellen müssen früher verhandeln und neue Modellvorhaben sollen Erwerbsunfähigkeit verhindern, damit chronische Erkrankungen gar nicht erst entstehen und Erwerbsfähigkeit erhalten bleibt.
- **Verfahren:** Ein Reha-Antrag reicht zukünftig aus, um Reha-Leistungen bei verschiedenen Trägern zu erhalten, damit die individuelle Unterstützung im Mittelpunkt steht und nicht wer dafür zuständig ist.
- **Beratung:** Unabhängige Beratungsstellen leisten Hilfe zur Selbsthilfe, damit Menschen mit Behinderung in der Lage sind, mehr selbst zu bestimmen.
- **Eingliederungsleistungen:** Z.B. schafft ein Budget für Arbeit neue Übergänge in Arbeit und neue Assistenzleistungen wie im Masterstudium werden geregelt, damit Bildung, Arbeit und soziale Teilhabe besser möglich wird.
- **Schwerbehindertenvertretung:** Mehr Rechte und Ansprüche für Schwerbehindertenvertretungen in Unternehmen und Werkstätten, damit Menschen mit Behinderung mehr mitbestimmen können.
- **Systemwechsel:** Die Eingliederungshilfe wird aus der Sozialhilfe herausgelöst und die Einkommens- und Vermögensrechnung deutlich verbessert, damit mehr vom eigenen Einkommen bleibt und Partner nicht mehr mitbezahlen müssen.
- **Qualitätskontrolle:** Durch bessere Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen sowie Sanktionsmöglichkeiten können Leistungsträger besser gesteuert werden, damit Leistungen auch erbracht und eine gute Qualität sichergestellt werden kann.

Früh handeln. Erwerbsunfähigkeit verhindern.

Das BTHG verpflichtet die Träger von Reha-Maßnahmen (wie z.B. die Bundesagentur für Arbeit oder die gesetzliche Rentenversicherung), frühzeitig drohende Behinderungen zu erkennen und gezielt Maßnahmen noch vor Eintritt der Rehabilitation zu ergreifen, um Zugänge insbesondere aus der Grundsicherung für Arbeitsuchende und der gesetzlichen Rentenversicherung in die Eingliederungshilfe zu verringern. Ziel ist es, bereits vor Eintritt einer chronischen Erkrankung oder Behinderung durch geeignete präventive Maßnahmen entgegenzuwirken und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Konkret bedeutet das: Ein Jobcenter-Mitarbeiter ist bei der Antragsstellung für Arbeitslosengeld II-Leistungen verpflichtet, die zuständigen Reha-Stellen einzuschalten, wenn Hinweise auf eine mögliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegen. Auf diese Weise kann frühzeitig Hilfe angeboten werden.

Zur Unterstützung dieser gesetzlichen Pflicht wird der Bund auf fünf Jahre befristete Modellvorhaben in den Rechtskreisen SGB II und SGB VI fördern. Die Jobcenter sowie Rentenversicherungsträger sollen stärkere Aktivierungsmaßnahmen entfalten, um den Eintritt einer Behinderung oder einer chronischen Krankheit zu vermeiden. Bei den Modellvorhaben sollen Menschen mit (Anzeichen für) psychischen Beeinträchtigun-

gen einschließlich Menschen mit (Anzeichen für) Suchterkrankungen besonders im Fokus stehen.

Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen ist in den letzten 10 Jahren deutlich angestiegen. Für einen bedeutenden Anteil an Fehltagen sind psychische und Verhaltensstörungen durch Suchtmittelkonsum verantwortlich. So standen im Jahr 2014 beispielsweise Alkoholerkrankungen bei Männern mit knapp 7 Prozent an dritter Stelle der häufigsten Ursachen für psychisch bedingte Krankschreibungen. Nicht nur erwerbstätige, sondern insbesondere auch arbeitslose Menschen leiden unter psychischen Störungen und Suchtmittelkonsum. So ist bei mehr als einem Drittel der SGB II-Leistungsbezieher innerhalb eines Jahres mindestens eine psychische Beeinträchtigung festgestellt worden. Alkoholerkrankungen sind nach Depressionen bei Männern der zweithäufigste Grund für eine psychisch bedingte Frührente.

Die Modellvorhaben sollen vor dem Eintritt von Rehabilitationsbedarfen, von Erwerbsminderungsrenten und vor einem Übergang in Werkstätten für behinderte Menschen ansetzen und neue Wege entwickeln und erproben. Die beiden sozialrechtlichen Grundprinzipien „Prävention vor Rehabilitation“ und „Rehabilitation vor Rente“ zur frühzeitigen Vermeidung von Zugängen in die Erwerbsminderungsrente und in die Eingliederungshilfe erfahren damit eine wesentliche Stärkung. Das BTHG zielt also insbesondere auch darauf ab, Erwerbsfähigkeit als wichtigen Zugang zur gesellschaftlichen Teilhabe zu erhalten.

Reha einfach machen. Leistungen wie aus einer Hand.

In Zukunft ist ein einziger Reha-Antrag ausreichend, um ein umfassendes Prüf- und Entscheidungsverfahren in Gang zu setzen, auch wenn Sozialamt, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Unfall-, Kranken- und Pflegekasse für unterschiedliche Leistungen zuständig bleiben. Im Mittelpunkt steht, welche Unterstützung jemand braucht und will – wie es die Träger untereinander organisieren, darum muss sich der behinderte Mensch nicht mehr kümmern.

Denn mit dem Umbau des SGB IX, Teil 1 werden die Regelungen zur Zuständigkeit und zur Einführung eines trägerübergreifenden Teilhabeplanverfahrens für alle Rehabilitationsträger verbindlich und ohne Ausnahme ausgestaltet. Verfahren der Bedarfsermittlung und -feststellung sind künftig für alle Reha-Träger einheitlich vorgeschrieben. Das ist die Grundvoraussetzung für Leistungen wie aus einer Hand. Mit Zustimmung der Leistungsberechtigten werden zukünftig Fallkonferenzen durchgeführt, auf denen der individuelle Unterstützungsbedarf der Antragstellenden beraten wird. Damit stärken wir die Beteiligung der Betroffenen im Verfahren.

Mehr Selbstbestimmung. Unabhängig beraten.

Flankiert wird dies durch ein vom Bund gefördertes leistungsträger- und leistungserbringerunabhängiges Netzwerk von Beratungsstellen für Menschen mit Behinderungen und deren Angehörige. Dort wird insbesondere Beratung von Menschen mit Behinderungen durch Menschen mit Behinderungen angeboten ("Peer Counseling"). Das Angebot setzt auf bestehenden Strukturen auf und wird vom Bund mit rund 60 Mio. Euro jährlich unterstützt. Es ergänzt die bestehenden Beratungsangebote insbesondere der Rehabilitationsträger.

Mehr Teilhabe. Mehr Möglichkeiten.

Teilhabe heißt auch mehr möglich zu machen in allen Lebensbereichen: in der Arbeit, der Bildung und im gesellschaftlichen Leben. Daher werden die Leistungen der Eingliederungshilfe in einem Leistungskatalog konkretisiert und ergänzt sowie durch den Fokus auf den einzelnen Menschen auf den individuellen Bedarf neu ausgerichtet.

Bessere Teilhabe am Arbeitsleben schaffen wir mit mehr Übergängen in Arbeit. Anstelle der Werkstatteleistungen sind künftig auch Lohnkostenzuschüsse und Unterstützung im Betrieb möglich. Dabei haben wir auch die Menschen im Blick, die z.B. aufgrund psychischer Erkrankungen aus dem Berufsleben gerissen wurden und voll erwerbsgemindert daheim bleiben. Für sie gibt es bisher praktisch keine Angebote außerhalb der Werkstätten. Dadurch wird es mehr an der individuellen Leistungsfähigkeit und näher an der betrieblichen Praxis ausgerichtete Beschäftigungsmöglichkeiten geben. Dies kann auch in Kooperation mit privatwirtschaftlichen Betrieben geschehen, sodass das Miteinander von Beschäftigten mit und ohne Behinderungen als inklusive Form der Zusammenarbeit gelebt wird. Mit dem Budget für Arbeit ermöglichen wir dafür passgenaue Modelle für Menschen mit wesentlichen Behinderungen außerhalb von Einrichtungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Arbeitgeber erhalten bei Einstellung von Menschen mit wesentlichen Behinderungen Lohnkostenzuschüsse von in der Regel bis zu 75 Prozent des gezahlten Arbeitsentgeltes. Ergänzend werden die Kosten für die erforderliche Anleitung und Begleitung an der Arbeitsstelle übernommen.

Erstmals wird mit einem eigenen Leistungskapitel im Gesetz klargestellt, dass die Teilhabe an Bildung eine eigene Reha-Leistung ist. Damit werden nun Assistenzleistungen für höhere Studienabschlüsse wie ein Masterstudium oder in bestimmten Fällen auch eine Promotion ermöglicht. Das sah das bisherige Recht regelhaft nicht vor.

Die soziale Teilhabe stärken wir durch eine Neustrukturierung, Ergänzung und Konkretisierung. Der offene Leistungskatalog bleibt dabei bestehen. Das bedeutet, dass mögliche Leistungen nicht abschließend aufgezählt sind, da nicht alle Aspekte des Lebens in einem Gesetz abgebildet werden können. Erstmals wird ein eigener Tatbestand für Elternassistenz geschaffen. Damit erhalten Mütter und Väter mit Behinderungen einen klaren Anspruch auf die erforderlichen Leistungen bei der Versorgung und Betreuung ihrer Kinder. Künftig können auch Assistenzleistungen für ehrenamtliches Engagement erbracht werden. Die Komplexleistung Frühförderung für Kinder wird gesetzlich präziser definiert und als eigenständige Leistung gestärkt. Dies verbessert die Möglichkeiten, frühzeitig miteinander verbundene medizinisch-heilpädagogische Leistungen zu erbringen.

Mehr mitbestimmen. Vertretungsrechte stärken.

Die Mitbestimmung von Menschen mit Behinderungen in den Schwerbehindertenvertretungen der Betriebe wird durch mehr Ansprüche auf Freistellungen und Fortbildungen verbessert. In den Werkstätten für behinderte Menschen erhalten die Werkstatträter mehr Rechte. Daneben wird die Position einer Frauenbeauftragten geschaffen, um geschlechtsspezifischer Diskriminierung besser entgegenzutreten zu können.

Mehr vom Einkommen. Weniger zum Offenlegen.

Mit dem BTHG führen wir die Eingliederungshilfe aus dem „Fürsorgesystem“ der Sozialhilfe heraus und ermöglichen dadurch mehr individuelle Selbstbestimmung. Daher werden die Fachleistungen der Eingliederungshilfe zukünftig klar von den Leistungen zum Lebensunterhalt getrennt und finanziert. Das ist ein kompletter Systemwechsel. Diese Leistungen waren teilweise von der Wohnform (z.B. Wohnung, Wohngemeinschaft oder Einrichtung) abhängig und es musste ein sehr großer Teil des Einkommens und Vermögens von der Person selbst sowie von dessen (Ehe-)Partner eingesetzt werden. Sparen war daher kaum möglich.

Das wird mit dem BTHG anders. Die Einkommens- und Vermögensheranziehung in der Eingliederungshilfe wird spürbar verbessert. Damit geben wir Menschen mit Behinderungen, ihren Ehe- oder Lebenspartnerinnen und -partnern mehr finanziellen Spielraum. Bereits 2017 werden die Freibeträge für Erwerbseinkommen um bis zu 260 Euro monatlich und für Barvermögen von 2.600 um 25.000 Euro auf dann 27.600 Euro deutlich erhöht. In einem weiteren Schritt wird ab 2020 das bisherige System durch ein neues, an das Einkommensteuerrecht anknüpfendes Verfahren ersetzt. Dies führt für die allermeisten zu einer Besserstellung durch eine weiter verbesserte Einkommensanrechnung, eine zusätzliche Barvermögensfreigrenze von rund 50.000 Euro und insbesondere durch den Wegfall der Anrechnung des Partnereinkommens und -vermögens. Damit schaffen wir mehr Freiheit, beseitigen die Regelungen, die von den Betroffenen als „Heiratsverbot“ bezeichnet werden, und stärken die Anreize zur Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit.

Für Menschen, die neben der Eingliederungshilfe auch Leistungen der Hilfe zur Pflege benötigen und die erwerbstätig sind, umfasst die Eingliederungshilfe künftig auch die Leistungen der Hilfe zur Pflege. Damit gelten für sie die günstigeren Heranziehungsregelungen für Einkommen und Vermögen wie in der Eingliederungshilfe ab dem Jahr 2020.

Auch Beschäftigten in Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) wird künftig ein geringerer Teil ihres Arbeitsentgeltes auf die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung angerechnet.

Mehr Leistungs- und Qualitätskontrolle.

Verschiedene Maßnahmen sorgen für eine Stärkung der Steuerungsfunktion der Leistungsträger in der Eingliederungshilfe. Durch Präzisierungen im Vertragsrecht werden bessere Möglichkeiten für effektivere Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen geschaffen. Auch die Sanktionsmöglichkeiten bei Verletzung vertraglicher oder gesetzlicher Pflichten der Anbieter von Leistungen für Betroffene werden erweitert. Damit wird sichergestellt, dass bezahlte Leistungen auch tatsächlich und in der vereinbarten Qualität erbracht werden. Das in der Eingliederungshilfe bereits etablierte Gesamtplanverfahren als Grundlage für die bessere Koordination der Reha-Träger wird weiterentwickelt und mit dem Teilhabeplanverfahren eng verzahnt.

Mit der Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für gemeinschaftliche Leistungserbringung soll es ermöglicht werden, bestimmte Leistungen auch für mehrere Personen gemein-

Das Thema ■■■

schaftlich zu erbringen. Dies erlaubt einen wirtschaftlicheren Einsatz der öffentlichen Mittel insbesondere bei kostenintensiven Leistungen wie Schulassistenten und Fahrdiensten. Dabei ist die gemeinschaftliche Leistungserbringung bisher schon Praxis – allerdings ohne eine rechtliche Grundlage. An dieser Stelle entzündet sich viel Kritik, insbesondere auf Grund der Sorge, dass das Wunsch- und Wahlrecht von Menschen mit Behinderungen eingeschränkt würde. Diese Sorgen nimmt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sehr ernst. Klar ist deshalb: Leistungen sollen nur gemeinschaftlich erbracht werden, wenn dies für den Betroffenen zumutbar ist. Diese Zumutbarkeitsregelung ist bereits heute geltendes Recht.

Weniger Zugänge – Geringere Ausgabendynamik

Die Ausgaben der Eingliederungshilfe sind in den letzten Jahren stark gestiegen. Grund sind nicht steigende Kosten für die erbrachten Leistungen je Leistungsbezieher, sondern die steigenden Zahlen von Leistungsbeziehern. Dies gilt in besondere Weise für die Werkstätten für behinderte Menschen, in denen viele Personen neu aufgenommen werden, die zuvor sozialversicherungspflichtig beschäftigt waren. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, setzt das Bundesteilhabegesetz Schwerpunkte in der frühzeitigen Erkennung von Rehabilitationsbedarfen und sieht die oben genannten Modellvorhaben im Bereich der Jobcenter und der Rentenversicherung vor. Hierdurch soll erreicht werden, dass zukünftig weniger Menschen eine Entwicklung durchlaufen, an deren Ende sie erwerbsunfähig geworden und auf Leistungen der Eingliederungshilfe angewiesen sind.

Ständige Begleitung der Gesetzesumsetzung.

Mit einem Systemwechsel sind stets Unsicherheiten verbunden. Es kann noch keine Erfahrungen geben, wie das künftige Recht in der Praxis angewendet werden wird. Viele Betroffene befürchten, dass die Leistungsträger die Systemumstellung dazu nutzen werden, ihnen künftig Leistungen, die sie heute erhalten, vorzuenthalten. Umgekehrt befürchten die Leistungsträger, namentlich die kommunalen Spitzenverbände, erhebliche Leistungsausweitungen zu Lasten der kommunalen Kassen.

Beides wäre mit den Zielen des Bundesteilhabegesetzes nicht vereinbar. Deshalb wurde in der Begründung klargestellt, dass die Anwendung des bisherigen Rechts für die zukünftige Leistungsgewährung zu berücksichtigen ist. Dies gilt sowohl bei der Frage der Zugangskriterien in die Eingliederungshilfe als auch für die Art der Leistungen, insbesondere zu Entscheidungen über die Angemessenheit. Der Kreis der Leistungsberechtigten soll sich durch die neue, nicht mehr auf individuelle Defizite aufbauende Definition nicht verändern. Und eine Leistung, die heute angemessen ist, soll es auch künftig sein. Damit gilt insbesondere, dass eine Gewährung von ambulanten Leistungen der Eingliederungshilfe, die bisher angemessen ist, es auch weiterhin sein wird.

Um dies auch in der Praxis sicherzustellen, enthält der Gesetzestext den klaren Auftrag an die Länder, die Umsetzung des Gesetzes vor Ort genau zu beobachten. Darüber hinaus sieht das Gesetz vor, dass die Gesetzesumsetzung auch von der Bundesebene begleitet wird. Für die Untersuchung der Auswirkungen und der Begleitung der praktischen Umsetzung des

BTHG sind jährlich rund drei Mio. Euro eingeplant. Ziel ist es den Gesetzgeber in die Lage zu versetzen, gegebenenfalls gesetzgeberisch nachsteuern zu können.



©Nellen

Marc Nellen
Ministerialrat

Leiter der Projektgruppe Bundesteilhabegesetz
im Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Tel: 030 - 18527-6832

marc.nellen@bmas.bund.de



Diakonisches Werk der Ev.-luth. Kirchenkreise Hittfeld und Winsen/Luhe

Für unsere Fachstelle für Sucht und Suchtprävention im Landkreis Harburg suchen wir zum 1. Januar 2017

eine/n

Dipl. Sozialpädagoge/Dipl. Sozialarbeiter/BA Soziale Arbeit (m/w, Uni/FH/BA) mit suchtherapeutischer Zusatzausbildung (gem. VDR) als Leitung
(38,5 Stunden/Woche - unbefristet).

Die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention ist Anlaufstelle für Menschen mit stoff- und nichtstoffgebundenen Suchtproblemen. Sie ist als ambulante Behandlungsstelle Suchtkranker von der Deutschen Rentenversicherung und den Krankenkassen anerkannt.

Der Arbeitsplatz umfasst insbesondere folgende Aufgabenbereiche: Teamleitung der Fachstelle, Einzel- und Gruppenberatung von Betroffenen und deren Angehörigen, Durchführung von ambulanter Reha, Kooperation im Therapieverbund und in fachlichen Netzwerken, Sicherung und Weiterentwicklung der fachlichen Standards, Außenvertretung in kirchlichen und kommunalen Gremien.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den TV-L.

Dienstsitz ist Buchholz in der Nordheide. Zur Wahrnehmung regelmäßiger dienstlicher Aufgaben im Landkreis Harburg wird der Einsatz des privaten Pkw gegen Km-Abrechnung erwartet.

Einstellungsvoraussetzung ist die Zugehörigkeit zur ev.-luth. Kirche oder einer Gliedkirche der EKD. Bitte nehmen Sie einen entsprechenden Hinweis über die Mitgliedschaft in die Bewerbungsunterlagen auf. Zu Ausnahmefällen bei Mitgliedschaft in einer ADK-Kirche nehmen Sie bitte Kontakt zu Herrn Burmeister auf.

Der Diakonieverband ist ein vielseitig tätiger und interessanter Dienstgeber in der Metropolregion Hamburg. Wir bieten einen attraktiven Arbeitsplatz mit selbständigem Arbeiten, Teamarbeit und regelmäßiger Supervision.

Bewerbungen (bis zum 19.09.2016, gerne elektronisch) richten Sie bitte an:

Diakonisches Werk der Ev. luth. Kirchenkreise Hittfeld und Winsen, Herr Burmeister
Im Saal 27, 21423 Winsen (Luhe), E-Mail: info@diakonie-hittfeld-winsen.de

Rückfragen beantworten Herr Burmeister (04171 69 26 0) und Herr Nikolaus (04181 40 00).

Der Umwelt zuliebe benutzen Sie bitte keine aufwändigen Bewerbungsmappen, Plastikordner, Prospekthüllen o.ä.

Weitere Informationen über unsere Arbeit und den Diakonieverband finden Sie im Internet unter www.diakonie-hittfeld-winsen.de

Sucht als Symptom – Beeinträchtigungen in der Teilhabe

Von Prof. Dr. Ulrich Streeck

Wenn das Verlangen nach Alkohol, einer Droge oder einer anderen Substanz übermächtig wird und nicht mehr gesteuert werden kann, droht das abhängige Verhalten den Lebensalltag immer mehr zu beherrschen und schließlich so gut wie alle Lebensbereiche zu bestimmen. Die Folgen können bekanntlich verheerend sein: der Betroffene läuft Gefahr, seine wirtschaftliche Existenz zu ruinieren, aus dem gesellschaftlichen Leben herauszufallen und schließlich den eigenen Körper zu zerstören.

Die Frage, weshalb der Gebrauch von Substanzen, die potentiell abhängig machen, bei manchen Menschen in eine Abhängigkeitserkrankung mündet, ist bekanntlich nicht eindeutig zu beantworten. Eine für Abhängigkeitserkrankungen charakteristische Grundpersönlichkeit gibt es nicht. Dass dabei dennoch Faktoren eine erhebliche Rolle spielen, die in der Persönlichkeit verankert sind – genauer gesagt: die im Verlauf der Entwicklung Eingang in die Persönlichkeit gefunden haben, gilt allerdings als sicher.

Wenn von Abhängigkeitserkrankungen gesprochen wird, sollte darüber nicht vergessen werden, dass das übermächtige und nicht zu kontrollierende Verlangen nach einer Droge in vielen Fällen eher als Symptom denn als eigenständige Erkrankung zu verstehen ist. Das gilt zumindest für die Entwicklung der Abhängigkeit so lange, wie sich das süchtige Verlangen nach der Substanz noch nicht verselbständigt hat. Damit ist gemeint, dass die Droge oftmals die Funktion hat, Beeinträchtigungen und Störungen, die in der Struktur der Persönlichkeit verankert sind, zu kompensieren oder zu überdecken.

Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsentwicklung

Nicht wenige Betroffene, die von einer Droge abhängig geworden sind und therapeutische Hilfe benötigen, sind in vernachlässigenden, gewalttätigen, missbräuchlichen und traumatisierenden Verhältnissen aufgewachsen. Andere haben zwar in relativem materiellem Wohlstand gelebt, aber die zwischenmenschlichen Beziehungen vermittelten weder Halt noch Orientierung, waren emotional karg, unbezogen und unzuverlässig. Nicht selten haben derartige Bedingungen die gesamte Entwicklung des Kindes und Jugendlichen begleitet. Das hat in der Folge tiefe Spuren in der Persönlichkeit hinterlassen. Die Betroffenen haben basale psychische und psychosoziale Funktionen und Fähigkeiten, sogenannte Ich-Funktionen, die sich unter ausreichend förderlichen Umweltbedingungen gleichsam wie nebenher ausbilden, nicht oder nur eingeschränkt entwickeln können. Im Erwachsenenalter erscheinen diese Funktionseinschränkungen dann oftmals wie ein Mangel oder Defekt. Tatsächlich bilden sich in den Phänomenen, die bei der erwachsenen Persönlichkeit wie ein Defizit erscheinen mögen, die Auswirkungen der problematischen und belasteten Lebens- und Entwicklungsbedingungen ab, an die sich die Betroffenen in ihrer Kindheit anpassen und mit denen sie irgendwie fertig werden mussten.¹

Das macht verständlich, warum es nicht möglich ist, die psychischen Funktionen mit Hilfe therapeutischer Maßnahmen zu aktivieren. Die Einschränkungen haben sich tief in die Persönlichkeit eingegraben. Anders als das bei Einschränkungen psychischer Funktionen der Fall ist, die grundsätzlich verfügbar sind, von denen aber aufgrund von Konflikten kein Gebrauch gemacht werden kann, stehen den betroffenen Personen psychische und psychosoziale Anpassungs- und Abwehrfunktionen, sogenannte Ich-Funktionen, wie sie für Zwecke der Selbstregulierung, für die Gestaltung und Regulierung interpersoneller Beziehungen und für die Anpassung an äußere Realitätsbedingungen erforderlich sind, dauerhaft nur eingeschränkt zur Verfügung.

In der Psychotherapie spricht man in diesem Fall auch von strukturellen Störungen und bringt damit zum Ausdruck, dass die Beeinträchtigungen in die Struktur der Persönlichkeit Eingang gefunden haben.

Seelische Funktionsstörungen

Das betrifft annähernd regelhaft das Selbsterleben strukturell gestörter Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, das von Leere- und Sinnlosigkeitsgefühlen bestimmt ist. Kaum jemals haben die Betroffenen ein halbwegs sicheres Gefühl dafür, wer sie selbst eigentlich sind (Identitätsgefühl). Sie fühlen sich unnütz und unwert und hassen und verachten sich selbst, auch wenn von außen besehen manchmal das Gegenteil der Fall sein mag. Weil die dafür erforderlichen psychischen Funktionen nicht verfügbar sind, muss die Droge die Funktion übernehmen, solche Leere- und Selbstunwertgefühle zu dämpfen und – zumindest vorübergehend – Gefühle von Sicherheit und relativer Stärke zu vermitteln.

Nicht wenige Abhängigkeitskranke sind von ihren Gefühlen weitgehend wie abgeschnitten und können Gefühle nicht wahrnehmen. Nicht zu merken, was sie fühlen und wie ihnen zumute ist, hat ihnen in ihrer Entwicklung ermöglicht, mit den schwer erträglichen Bedingungen, unter denen sie aufgewachsen sind, fertig zu werden. In drastischen Fällen hat das Nicht-Merken das eigene psychische oder sogar das physische Überleben gesichert. In der Folge steht dem Erwachsenen die Signalfunktion von Gefühlen und deren Funktion für Zwecke der Selbst- und der Beziehungsregulierung nicht zur Verfügung. Nicht immer ist die Funktion der Affektwahrnehmung und Affektsteuerung dermaßen weitgehend eingeschränkt. Andere Betroffene können beispielsweise nur bestimmte Gefühle nicht wahrnehmen, etwa heftige Wut, Hass oder Verachtung. Dann wieder sind freundliche oder als „weich“ erlebte Gefühle – etwa Zärtlichkeit, Traurigkeit oder Sehnsucht – nicht zugänglich, weil die Betroffenen sich vor dem Hintergrund der Bedingungen in ihrer Kindheit damit in unzuträglicher oder gar als bedrohlich erlebter Weise schwach, bedürftig, abhängig und auf Andere angewiesen gefühlt hätten. In diesem Zusammenhang hat das Suchtmittel

¹ Streeck, U., Leichsenring, F. (2015). Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. Behandlung von strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen. 3. überarb. und erw. Auflage. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

oftmals die Funktion, Unlustgefühle und andere Gefühle, die potentiell als bedrohlich erlebt werden, zu unterdrücken oder zu überdecken.

Auch andere seelische und psychosoziale Funktionen haben Abhängigkeitskranke oftmals nur eingeschränkt entwickeln können. So verfügen sie oftmals nur bedingt über die sichere Fähigkeit, die eigene innere wie die äußere Realität genau wahrzunehmen und sich ein differenziertes eigenes Urteil zu bilden. Selbst- und Realitätswahrnehmung vermitteln eher verschwommene Bilder, während vor allem unliebsame Aspekte der Realität der Wahrnehmung entzogen bleiben. Auch damit haben sich die Betroffenen in ihrer Kindheit oftmals vor kaum erträglichen Erfahrungen geschützt – mit der Folge, dass sie als Erwachsene nur schwer in der Lage sind, sich auf die Bedingungen der gegenwärtigen Realität einzustellen. Auch die Fähigkeiten, sich vor Reizen abzuschirmen, Frustrationen zu tolerieren, die Befriedigung von Bedürfnissen aufzuschieben und Impulse zu kontrollieren und zu steuern sind bei vielen Patienten betroffen.

Interpersonelle Störungen

In besonderem Maße manifestieren sich die Auswirkungen der problematischen Bedingungen, die die Jahre der Entwicklung des Kindes und Jugendlichen bestimmt haben, in der sozialen, interpersonellen Lebenswelt der Kranken. Darum werden entwicklungsbedingte strukturelle Störungen auch eine „Beziehungspathologie“ genannt.² So haben Abhängigkeitskranke oftmals große Probleme, sich ein realistisches Bild von anderen Menschen zu machen. Ihre Bilder von anderen Personen sind oftmals schablonenhaft und wenig differenziert, als würden sie Andere nur von außen sehen, nicht aber als Subjekte verstehen können, die aus ihrer je eigenen subjektiven Welt heraus handeln. Andere werden oftmals entweder als nur „gut“ erlebt oder aber als nur „schlecht“ und „böse“, wobei der eben noch „gute Andere“ abrupt zu einem „schlechten Anderen“ werden kann und dann fallengelassen wird. Manchmal haben andere Personen für Abhängigkeitskranke nur so lange eine Bedeutung, wie sie bedürfnisbefriedigende Funktionen erfüllen und idealisiert werden können. Ist das nicht mehr sichergestellt oder verhält die andere Person sich nicht den eigenen Erwartungen gemäß, kann das leicht zu gravierenden Krisen führen oder sogar dazu, dass die andere Person entwertet und fallengelassen wird. Entsprechend sind die zwischenmenschlichen Beziehungen – in der Psychoanalyse spricht man auch von Objektbeziehungen – instabil und wenig verlässlich und folgen immer wieder gleichen starren Mustern. Ausreichend gute Beziehungen, die auf Vertrauen und wechselseitiger Anerkennung gründen, sind eher die Ausnahme als die Regel.

Oftmals haben die Betroffenen kein Gefühl für die Wirkung ihres eigenen Verhaltens auf Andere. Sie sind außerstande, die Perspektive der anderen Person zu übernehmen und sich selbst mit den Augen des Gegenübers zu sehen. Weil sie nicht in der Lage sind zu verstehen, dass andere Menschen die Welt aus ihrem je eigenen Blickwinkel wahrnehmen und erleben, auch wenn sie das rein kognitiv wissen mögen, können Interessenunterschiede und Meinungsverschiedenheiten leicht

in destruktiven Auseinandersetzungen münden. Nicht wenige Betroffene nehmen ihre Mitwelt nur wie aus der Ferne wahr. Sie meiden nähere Kontakte weitgehend und leben zurückgezogen, leiden aber daran, dass es ihnen nicht möglich ist, gute und verlässliche Beziehungen zu gestalten und aufrecht zu erhalten und in befriedigender Weise am sozialen Leben teilzunehmen. Unter Umständen wird das Suchtmittel für die Betroffenen dann zu einer Art „personalem Begleiter“ – jederzeit verfügbar, Spannungszustände mildernd und momentan relatives Wohlbefinden vermittelnd.

Die Droge als „Arznei“

Nicht wenige Betroffene leiden infolge der strukturellen Beeinträchtigungen an weiteren Symptomen wie Ängsten und Phobien, Depressionen, Zwängen, selbstverletzendem Verhalten, chronischer Suizidalität und anderem. Häufiger gewinnt das Suchtmittel dann zusätzlich die Funktion einer Art Arznei in einem Selbstbehandlungsversuch³ insofern, als manche der Symptome mit Hilfe der Droge wirksam, wenn auch nur kurzfristig, gedämpft und unterdrückt werden können – das allerdings mit fatalen Folgen: im Augenblick scheinbar effektiv, längerfristig mit umso gravierenderer Wiederkehr der Symptome.

Ist die Abhängigkeitserkrankung erst einmal chronisch geworden, verliert das Suchtmittel seine spezifischen kompensatorischen Wirkungen. Der Circulus vitiosus nimmt Fahrt auf. Die Abhängigkeit hat sich schließlich verselbständigt. Das Mittel muss ständig von Neuem zugeführt und die Dosis gesteigert werden.



Prof. Dr. med. Ulrich Streeck, MA
Herzberger Landstr. 53
37085 Göttingen
ulrich@streeck.net



² Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J. (1993). Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart, Jena, Gustav Fischer.

³ Krystal, H., Raskin, H. A. (1983). Drogensucht: Aspekte der Ich-Funktion. Göttingen, Verlag für Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.

Eingliederungshilfe in der Suchthilfe – Best Practice

Von Diana Wolff

Unser Wohnheim ist eine Einrichtung im Sinne der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII und möchte suchtkranke Männer und Frauen unterstützen, sich ein eigenverantwortliches und suchtmittelfreies Leben aufzubauen.



Eingebettet in Wiesen und Wälder befinden sich das Wohnheim und das „Gut Röthof“, idyllisch gelegen, fernab vom Trubel der Stadt. Von hier hat man einen herrlichen

Ausblick auf die Fachwerkstadt Schmalkalden und das traumhafte Umland. Menschen, die sich für den Röthof entscheiden, schätzen das Leben in der Natur mit den Tieren im Wechsel der Jahreszeiten.

Unser Wohnheim hat insgesamt 12 Plätze, davon zwei Doppelzimmer und acht Einzelzimmer und bietet daher familiären Charakter. Jedes Zimmer ist mit TV-Anschluss ausgestattet. Den Bewohnern stehen neben zwei Wohnzimmern zusätzlich noch zwei Gemeinschaftsräume, eine Küche, ein Sportraum mit Billardtisch, Tischtennisplatte und Fitnessgeräten und eine Hobbywerkstatt zur Verfügung

Was wir anbieten

- Individuelle Therapieplanung orientiert an Ihren Stärken und Schwächen
- Einzel- und Gruppengesprächstherapie
- Ergotherapie (Kreatives Arbeiten mit den unterschiedlichsten Materialien wie z.B. Holz, Ton, Weidenflechten, Textilgestaltung)
- Training alltagspraktischer Fähigkeiten (Koch- und Backtraining, Einkaufstraining, Wäschepflege ...)
- Arbeitstherapie im Bereich der Landwirtschaft
- Therapeutisches Reiten und Voltigieren
- Therapeutisches Bogenschießen
- Kognitives Training
- Entspannungstraining
- Ohrakupunktur
- Bewegungstraining
- Gerätetraining
- Schwimmen
- Volleyball
- Nordic Walking
- Spezielle Angebote für älter werdende Suchtkranke
- Freizeitangebote
- Bowling, Tischtennis, Dart, Billard
- Wanderungen und Ausflüge
- Regelmäßige Kinobesuche
- Bewohnerurlaube
- Bewohnerbezogene Projekte
- wöchentlicher Verkauf der Bio-Eier auf dem Wochenmarkt
- Hofcafé (Kinderfeste, Feierlichkeiten, Konzerte,...)
- Ponykids

Arbeitstherapie

Innerhalb des gesamten therapeutischen Konzepts im Immanuel Therapiezentrum Röthof fällt der Arbeitstherapie eine tragende Rolle zu. Hierbei bietet sich die Nutzung des „Gutes Röthof“ mit seinen dazugehörigen 52 ha Land natürlich besonders an. Neben der Erhaltung und Instandsetzung der alten Hofgebäude, der Bewirtschaftung der landwirtschaftlichen Flächen steht die Arbeit mit den Tieren im Vordergrund. Täglich müssen 15 Pferde, 150 Hühner, 20 Hasen, 20 Schafe, 10 Ziegen, 25 Gänse und unsere Hofkatzen versorgt werden.



Der Umgang mit all diesen Tieren stellt für unsere Bewohner eine besonders wertvolle Erfahrung dar und ermöglicht Ihnen seit längerem wieder Verantwortung gegenüber der eigenen Arbeit und den zu betreuenden Tieren. Die Bewohner haben durch diese Form der Arbeitstherapie nicht nur die Möglichkeit, handwerkliches Geschick unter Beweis zu erproben und erfolgreich unter Beweis zu stellen, sondern im Umgang mit den Tieren eine zusätzliche und tiefere positive Emotion unter Beweis zu entwickeln und für sich im therapeutischen Prozess zu nutzen.

Da wir den Umgang mit Tieren als besonders wertvoll sehen, ist es möglich, den eigenen Hund oder die eigene Katze mit auf den Röthof zu bringen. Für die Haltung von eigenen Hunden stehen den Bewohnern 3 schöne und großzügige Zwinger unweit vom Wohnheim zur Verfügung. Durch das weitläufige Gelände bieten sich natürlich wunderbare Wanderwege an, den Hund mehrmals täglich auszuführen.

Reittherapie

Seit einigen Jahren etabliert sich die Reittherapie auch in der Suchtkrankenhilfe als therapeutisch unterstützende Maßnahme. Die durch das Pferd unterstützte Therapie erfolgt im Beziehungsdreieck von Pferd, Bewohner und Reittherapeut, wobei das Pferd den therapeutischen Prozess als Co-Therapeut begleitet.



Das Pferd ist hierbei ein annehmender ehrlicher Partner. Die Reittherapie trägt zur Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens bei. Die Nähe zum Pferd, der direkte Körperkontakt, das Gefühl der Körperwärme, der Bewegung wirkt auf die meisten Menschen beruhigend und löst innere Spannungen. Der Kontakt zum Pferd, speziell das Reiten, verlangt vom Be-

Das Thema ■■■

wohner ein hohes Maß an Überwindung und Vertrauen. Der Reiter lernt seine Angst und das Risiko kennen, erkennt eigene Grenzen und erfährt die Fähigkeit der vernünftigen Risikoübernahme. Der Reiter macht schnell die Erfahrung, dass er erst seine eigenen Gefühle wahrnehmen und kontrollieren muss, um später auch den Umgang mit dem Pferd kontrollieren zu können.

Bewohnerbezogene Projekte

Im Rahmen unseres therapeutischen Gesamtkonzeptes setzen wir auf dem Röthof neben der klassischen Methoden auf bewohnerbezogene Projekte. Wir möchten unseren Bewohnern realitätsnahe Aufgaben übergeben, die Ihnen die Möglichkeit geben, sich einzubringen von Planung bis Umsetzung, Verantwortung zu übernehmen und dafür wertschätzende Rückmeldung von „ganz normalen Menschen“, fernab des Hilfesystems zu erhalten. Das erste Projekt war der Wochenmarkt in Schmalkalden, hier verkaufen unsere Bewohner die Bio-Eier vom Röthof. Die große Nachfrage und das Lob über die Qualität erfüllen unsere Bewohner mit Stolz. Eingebunden sind hier alle Bewohner von der Versorgung der Hühner über das Ablesen der Eier bis hin zur Abrechnung der Kasse.

Das nächste und bis heute erfolgreichste Bewohnerprojekt ist unser Hofcafé. Da der Röthof so landschaftlich reizvoll liegt und immer wieder Ziel von vielen Wanderern und Familien mit kleinen Kindern ist, wurde 2014 die Idee eines Hofcafés geboren und umgesetzt. Allsonntäglich werden im Hofcafé leckere Torten und Kuchen angeboten, die von unseren Bewohnern gebacken werden, natürlich entsprechend ihren Möglichkeiten. Die einen halten sich lieber im Hintergrund und schälen Äpfel, machen Teige, andere backen vollständig alleine und wiederum andere gehen in der Rolle der Gastgeber hinter dem Tresen auf. Die schöne Atmosphäre und die leckeren Torten sprachen sich schnell rum, so dass zum Hofcafé auch zahlreiche Anfragen für Familienfeiern, Schuleinführungen und Kindergeburtstage hinzukamen.

2015 richteten wir für ca. 3000 Wanderer eine Verpflegungsstation zum MDR-Osterspaziergang aus. Eine Veranstaltung auf die alle mit großem Stolz zurück blicken.



Im Laufe der letzten 2-3 Jahre haben sich weiterhin unsere Kinderfeste und das Sommer-Open-Air-Kino zu festen Veranstaltungsmagneten in Schmalkalden etabliert.

Im September 2015 kamen unsere Ponykids hinzu. Gemeinsam mit unserer Reittherapeutin bringen Bewohner Kindern im Alter von 3-10 Jahren auf spielerische Weise den Umgang mit Pferden näher. Hier geht es nicht vordergründig um klassischen Reitunterricht, sondern vielmehr darum, Kindern Pferde in ihrer Lebenswelt auf dem Röthof näher zu bringen und dazu gehören natürlich das Ausmisten und Striegeln ebenso wie das Longieren und Reiten.



Das zuletzt umgesetzte Projekt war unsere Holzwerkstatt im Frühjahr dieses Jahres. Auf dem Gelände des Röthofs gab es ein altes, nicht mehr genutztes Gebäude. Wir wollten für unsere Bewohner die Therapiebedingungen weiter verbessern und suchten für die Arbeiten im Holzbereich geeignete separate Räumlichkeiten. So wurde die Idee geboren, dieses alte, kleine ungenutzte Häuschen dafür herzurichten. Das Gebäude wurde früher als Backhaus und Schlachthaus genutzt. Bis in die 90er Jahre lebten auf dem Röthof behinderte Menschen, die sich regelrecht autark versorgten. Es gab Kühe für die Milch- und Fleischproduktion, natürlich auch Hühner, Pferde, Hunde und schon immer Katzen, halt ein richtiger Bauernhof! Vielen älteren Menschen (die uns immer mal wieder besuchen und schauen, was aus dem Röthof geworden ist) ist das Geräusch der Glocke vom Röthof, die jeden Mittag das Essen einläutete, in guter Erinnerung. Bei der Entstehung wollten wir von Beginn des Projektes an unsere Bewohner mit einbeziehen. So entrümpelten und entkernten sie das Gebäude, verputzten die Wände neu, strichen Fenster und Türen, gruben einen langen Erdschacht für die elektrische Zuleitung, bauten Regale auf und brachten sich bei der sinnvollen Einrichtung der Werkstatt mit ein. Und nun ist alles geschafft und das „HOLZWERK“ kann in Betrieb gehen!

Die Außenwohngruppe

Ebenfalls auf dem Gelände des Immanuel Therapiezentrum Röthof liegt, nur einen Steinwurf vom Wohnheim entfernt, die Außenwohngruppe. Hier möchten wir suchtkranken Frauen und Männern die Möglichkeit bieten, sich mit weniger Betreuung als im Wohnheim und daraus folgend mit mehr Selbständigkeit auf ein eigenständiges Leben außerhalb des stationären Rahmens vorzubereiten.

Vor diesem Hintergrund legen wir, neben dem bewährten Therapieangebot, in der Außenwohngruppe den Schwerpunkt auf:

- Alltagspraktische Fähigkeiten
- Erhalt einer zufriedenen Abstinenz
- Eigenverantwortliche Lebensführung
- Teilnahme an tagesstrukturierenden Maßnahmen, wie z.B. in der Arbeitstherapie auf dem Gut Röthof, in der Reittherapie sowie in der Gesprächstherapie
- Soziale Integration und Aufbau tragfähiger Beziehungen
- Arbeitserprobung in externen Praktika

Das Thema ■■■

In dem liebevoll sanierten Wohnhaus unweit des Wohnheims können 6 Bewohner leben, wobei jeder sein eigenes individuell gestaltetes Zimmer (inklusive Bad) hat und jeweils 2 Frauen oder Männer in Form einer Wohngemeinschaft sich Küche mit Wohnraum teilen.

Um den Gedanken eines Therapiezentrums gerecht zu werden und die Hilfekette aus ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Angeboten zu komplettieren, haben wir vor einem Jahr ein Ambulant Betreutes Wohnen auf dem Röhthof aufgebaut. Hier können suchtkranke Menschen ihre alltagspraktischen Fähigkeiten realitätsnah mit geringer Unterstützung durch Betreuungskräfte trainieren und sich so auf ein Leben außerhalb der Eingliederungshilfe optimal vorbereiten. Mit dem Wissen um die Notwendigkeit einer sinnvollen Tagesstruktur haben wir die Möglichkeit geschaffen, dass unsere Bewohnerinnen und Bewohner auch nach Auszug aus unserem Wohnheim oder der Außenwohngruppe tagesstrukturierende Maßnahmen in Anspruch nehmen können.



Diana Wolff

Leiterin Immanuel Therapiezentrum Röhthof

Tel: 03683 - 69066010

diana.wolff@cws-schmalkalden.de

Mögliche Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes für chronisch Suchtkranke mit einer wesentlichen seelischen Behinderung

Von Hartmut Klemm

In dem Gesetzentwurf zum Bundesteilhabegesetz (BTHG) steckt unglaublich viel Arbeit und „Herzblut“. Er steht in einer Reihe mit dem Persönlichen Budget und dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz und soll die Selbstbestimmung und Teilhabe von Behinderten stärken – angefangen mit der Neufassung des Behinderten-Begriffs und fortgesetzt mit der Ausrichtung der Personen-Zentriertheit und der Trennung zwischen Lebensunterhalt und Fachleistung. Allerdings machen einige Stellungnahmen von Fachverbänden zum Referententwurf des BTHG deutlich, dass der auf der Definition der UN-Behindertenrechtskonvention basierende neue Behinderebegriff diesen nicht vollständig abbildet.

Zu fragen ist auch, ob der künftige Behinderebegriff, bei welchem zudem eine „erhebliche“ Behinderung anstelle einer „wesentlichen“ Behinderung begutachtet werden muss, Auswirkungen auf die ärztliche Begutachtung und somit auf den Zugang zur benötigten Hilfe hat. Außerdem scheint unklar, mit welchem nicht defizit-orientierten Instrument künftig die Bemessung des Hilfebedarfes stattfinden soll?

Besonderheit des Einzelfalles und vollständige Deckung des Hilfebedarfes

Die Besonderheit des Einzelfalles sowie das Bedarfsdeckungsprinzip sollen weiterhin Maßstäbe sein, was sehr zu begrüßen ist (Teil 2 Besondere Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht), Kap. 2 - Grundsätze der Leistungen, § 104; Gesetzentwurf zum BTHG, S. 70).

Die Personenzentrierung

Das künftig im SGB IX, Teil 2 geregelte Recht der Eingliederungshilfe wird konsequent personenzentriert ausgerichtet. Die

notwendige Unterstützung erwachsener Menschen mit Behinderung wird nicht mehr an einer bestimmten Wohnform, sondern unter ganzheitlicher Perspektive am notwendigen individuellen Bedarf ausgerichtet sein (Gesetzentwurf zum BTHG, S. 3).

Trennung zwischen Lebensunterhalt und Fachleistung

Die Leistungen zum Lebensunterhalt, einschließlich Wohnen, sollen wie bei Menschen ohne Behinderungen nach dem 3. oder 4. Kapitel des SGB XII ... erbracht werden. Die Gliederung nach ambulanten, teilstationären und vollstationären Leistungen wird deshalb für erwachsene Menschen mit Behinderungen aufgegeben (Gesetzentwurf zum BTHG, S. 3).

Bewährte Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden nun nicht mehr explizit genannt. So sind beispielsweise die Leistungen des § 55 SGB IX „Hilfe zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten und Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“ nicht mehr im Leistungskatalog enthalten, ebenso wenig die Leistungen zur Freizeitgestaltung. Diese Leistungen sollen zukünftig anderen Leistungstatbeständen, wie z.B. den Assistenzleistungen oder dem Lebensunterhalt zugeordnet werden. Unklar ist allerdings, nach welchen leistungsrechtlichen Zuordnungskriterien dies erfolgen soll.

Assistenzleistungen

Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags, einschließlich der Tagesstrukturierung, werden Leistungen für Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung, einschließlich sportli-

Das Thema ■■■

cher Aktivitäten, sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen.

Die Leistungen umfassen:

- die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie die Begleitung der Leistungsberechtigten und
- die Befähigung der Leistungsberechtigten zu einer eigenständigen Alltagsbewältigung.

Diese Leistungen werden von Fachkräften als qualifizierte Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere die Anleitungen und Übungen in den Bereichen nach Absatz 1 Satz 2 (SGB IX, Teil 1, Kapitel 13 - § 78 Assistenzleistungen; Gesetzentwurf zum BTHG, S. 59).

Flankierende unterstützende Strukturleistungen

Menschen mit Behinderungen, die in Wohnformen mit 24-stündigen Assistenz- und Unterstützungsleistungen leben, benötigen aufgrund ihrer nicht selten erheblich eingeschränkten Regiekompetenz vielfach Leistungen, z.B. bei der Haushaltsführung, Mobilität, Freizeit, Hausreinigung gemeinschaftlicher Flächen, Wäscheversorgung, Haustechnische Dienste, Fahrdienste. Aufgrund ihrer Zielsetzung und Funktion sollten diese Leistungs- und Strukturkomponenten im Sinne von Teilhabekomplementärleistungen – ohne Mehrkostenvorbehalt – den personenzentrierten Fachleistungen zur Teilhabe zugeordnet werden.

Fazit:

„Personenzentrierung“ ist zu allererst eine Haltung und im Sinne von Carl Rogers dafür maßgeblich, dem Gegenüber mit Achtung, Wertschätzung und Echtheit zu begegnen. Leistungsrechtlich lässt sich daraus nicht die Ausrichtung an einer bestimmten Wohnform ableiten, auch die seit Jahrzehnten erfolgenden Hilfen „aus einer Hand“ können und konnten, ohne Trennung von Lebensunterhalt und Fachleistung, personenzentriert erfolgen, insbesondere wenn sie am notwendigen individuellen Bedarf und gegebenenfalls an der Besonderheit des Einzelfalles ausgerichtet sind bzw. waren. Die bei entsprechend begutachtetem Hilfebedarf erfolgende Vermittlung in eine stationäre Einrichtung hat auch etwas damit zu tun, dass es Menschen mit vergleichbaren Hilfebedarfen gibt. Diese benötigen außer Fachleistungen und Assistenzleistungen flankierend auch unterstützende Strukturleistungen, wie z.B. Bereitschaftsdienste oder eine Präsenz von Fachkräften „rund um die Uhr“.

Wenn für Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage des menschenrechtsbasierten Ansatzes der UN-BRK durch das Leistungsrecht alle Fachleistungen, Assistenzleistungen und flankierende unterstützende Leistungen erbracht werden, die für eine selbstbestimmte und wirksame Teilhabe notwendig sind, dann hätte ein neues Bundesteilhabegesetz meine volle Unterstützung.

Dafür ist es erforderlich, dass diese Hilfen vom zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger bedarfsgerecht gewährt und vergütet werden – inklusive der Anerkennung von Tarifbindung als wirtschaftlich angemessen.

Der Gesetzentwurf zum Bundesteilhabegesetz sieht vor, dass nach § 98 Abs.1 SGB IX für die örtliche Zuständigkeit des Eingliederungshilfeträgers der tatsächliche Aufenthalt des Leistungsberechtigten bestimmend ist, während derzeit für Leistungsberechtigte bei stationärer Unterbringung der letzte gewöhnliche Aufenthalt Grundlage für die Leistungsgewährung ist.

Hier wird ohne Grund und ohne inhaltlichen Bezug zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung ein jahrzehntelang bewährtes Verfahren – das sogenannte Herkunftsprinzip – „über Bord geworfen“. Der Deutsche Verein fordert hierzu in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesteilhabegesetzes (NDV Juni 2016, S. 245): „Der Deutsche Verein hält es für dringend geboten, eine dem bisherigen „Schutz des Einrichtungsortes“ entsprechende Regelung aufzunehmen. Andernfalls käme es für Leistungsträger mit Einrichtungen, die auch von anderen Leistungsträgern belegt werden, zu erheblichen Kostenverschiebungen“.



Hartmut Klemm
Diplom-Pädagoge
Bereichsleiter Christoph-Ulrich-Hahn-Haus
eva Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e.V.
Tel: 0711 - 84880312
Hartmut.Klemm@eva-stuttgart.de

Wir sind dabei – Mitglied werden!

Der Gesamtverband für Suchthilfe e.V. setzt sich seit 60 Jahren für die Anliegen suchtkranker Menschen und ihrer Angehörigen ein. Unsere Mitglieder kommen aus den Bereichen ambulante und (teil-) stationäre Einrichtungen, Beratungsstellen, niedrigschwellige Versorgung, Eingliederungs- und Wohnhilfen für Suchtkranke, Suchtselbsthilfe und Bildung. Denn nur gemeinsam können wir:

- ... politische Ziele erreichen
- ... Wissen austauschen – Kompetenz erweitern
- ... regionale Verbände in der Suchthilfe ausbauen
- ... die Marke „diakonische Suchthilfe“ stärken

Ausführliche Beratung bei Dr. Theo Wessel, 030/ 83001- 500 • wessel@sucht.org • www.sucht.org



Die Auswirkungen des Bundesteilhabegesetzes auf Sozialtherapeutische Einrichtungen für suchtkranke Menschen

Von Aimée Waesche

Vorbemerkung

Der Christophorus-Hof des Wohn- und Betreuungsverbundes für abhängigkeitskranke Menschen ist eine Sozialtherapeutische Einrichtung mit 23 Wohnplätzen für abhängigkeitskranke Menschen mit komorbiden Störungen.

Seit dem Referentenentwurf zum Bundesteilhabegesetz (BTHG) sind verschiedene Sorgen und Gedanken um die Auswirkungen des BTHG für uns als Sozialtherapeutische Einrichtung aber vor allem unserem Klientel gegenüber gewachsen: Das sind Männer und Frauen ab dem 18. Lebensjahr mit einer Suchterkrankung und psychischen oder verhaltensbezogenen Störungen oder manifesten psychiatrischen Erkrankung. Dass es sich dabei um Sorgen bezüglich der von uns betreuten Menschengruppen handelt, betrifft in erster Linie den Zugang zum Hilfesystem im Bereich der Suchthilfe. Die Anzahl der Menschen, die seelisch oder psychisch erkrankt sind, ist deutlich höher als die der tatsächlich registrierten oder statistisch erfassten Menschen oder gar Menschen, die fachlich betreut oder unterstützt werden.

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und/oder psychischen Erkrankungen erfahren gesellschaftlich oftmals eine Außenseiterrolle, sie werden ausgegrenzt und grenzen sich selbst auch aus. Der Konsum von wahrnehmungsverändernden Stoffen ist ritualisiert in allen Bereichen des alltäglichen Lebens angesiedelt. Wird der Konsum allerdings zu einem Problem und führt zu abweichenden Verhaltensweisen, so gilt die allgemeine Toleranz kaum mehr, sondern der Konsum und damit die Person werden verpönt.

Mit dem BTHG sollen Menschen befähigt werden, an allen Bereichen der Gesellschaft teilhaben zu dürfen. Das BTHG soll den betroffenen Menschen die Teilhabe am Leben rechtlich zusichern. Vor dem Hintergrund und im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) werden die Leistungen zum Leben von Menschen mit Behinderungen aus dem Sozialgesetzbuch IX reformiert und aus der Sozialhilfe herausgelöst.

Zugangsbeschränkung zum sozialen Sicherungsnetz

Als ein modernes Teilhaberecht wirkt dieser Punkt bereits sehr exklusiv. Aufgrund der fehlenden kausalen Rechtsgrundlage, Suchterkrankung als seelische Erkrankung anzuerkennen, bedeutet dies für betroffene Menschen eine rechtliche Zugangsbeschränkung zum sozialen Sicherungsnetz. Mit der Herauslösung der Teilhabeleistungen aus der Sozialhilfe werden die Kosten für Menschen in sozialtherapeutischen Einrichtungen nicht mehr aus einer Hand finanziert. Dies wird besonders problematisch, wenn man sich die Lebenssituationen der betroffenen Menschen vor dem Zugang zu Leistungen der Eingliederungshilfe betrachtet. Es wird nicht mehr nur ein Antrag notwendig sein, an dem bereits jetzt viele Menschen scheitern, sich nicht trauen, bereits zuvor in so prekären Lebenssituationen gefangen sind, die Antragsstellungen fast unmöglich machen. Im

günstigen Fall werden die Menschen direkt aus Kliniken unterstützt, im anderen Fall werden die Menschen in ihren Wohnungen oder auf der Straße nicht vermisst, da kaum jemand hinschaut. Der derzeit rechtlich bestehende Anspruch auf 109,08 Euro als Barbetragsleistung im Monat zur eigenen Verfügung ist im BTHG nicht mehr rechtlich legitimiert, ebenso wie die derzeitige Kleidungsprämie von 123 Euro im halben Jahr. Es gibt eine Schnittstellenproblematik zum SGB XI und VIII, welche über Sonderbedarfe bei bestimmten Erkrankungen als Mehrbedarfe entscheidet.

Jeder betroffene Mensch muss mit dem BTHG in der Lage sein, verschiedene Anträge bei verschiedenen Behörden zu stellen. Das ist für Menschen mit seelischen und psychischen Erkrankungen eine Farce, ganz zu schweigen von langen Bearbeitungszeiten, dezentralen Versorgungsstrukturen, Analphabetismus, finanziellen Schwierigkeiten und einem teuren ÖPNV. Gleichzeitig ergeben sich durch die individuelle Finanzierung bei einem festgestellten Unterstützungsbedarf Versorgungslücken, die erst mit Wegfall des Kostensatzes auffallen werden. Beispielsweise stehen Einrichtungen für Menschen unter verschiedenen Auflagen und Ausstattungen, die nun nicht mehr als personenzentrierte Leistungen gedeckt werden können. Ganz typisch ist in diesem Zusammenhang der Brandschutz zu nennen. Es müssen zu Recht Brandmeldeanlagen zum Schutz der Bewohner installiert und regelmäßig gewartet werden. Allerdings ist dies nun eine Kostenfrage, zu wessen Nachteil, benötigt nicht viel Vorstellungskraft.

Verlust des strukturierenden und funktionalen Rahmens

Gänzlich problematisch scheint für das stationäre Setting der Verlust des strukturierenden und funktionalen Rahmens, der mit der Personenzentrierung ebenso wegfällt. Eine 24-stündige Erreichbarkeit von vertrauten Menschen, die Unterstützung, Motivation, Anleiten, Förderung, Reflektion und Entlastung in allen Lebensbereichen anbietet, um Menschen einen geschützten Rahmen zu ermöglichen, sich auf sich selbst wieder zu konzentrieren und dies auch zu dürfen. Die meisten unserer Bewohner und Bewohnerinnen spüren diese „Schutzglocke“ und fühlen sich beschützt, sicher und geborgen, um so zu sein, wie sie sind, auch wenn dieser Schutz manchmal sogar vor sich selbst besteht. Einem Teil unserer Bewohner und Bewohnerinnen wird dies bewilligt, einem anderen Teil nicht. Wie kann das gehen? Besonders für den großen Anteil an Menschen, die gelernt haben, eine Maske zu tragen, angepasst zu sein. Können wir es uns nicht mehr erlauben hinter diese Maske schauen, um die Menschen bei einem fehlenden Schutzrahmen zu beschützen? Die Rahmenbedingungen müssen eher ausfinanziert werden!

Wunsch- und Wahlrecht

Unsere Bewohner und Bewohnerinnen sind ohne Zweifel die Experten für sich selbst. Ein Wunsch- und Wahlrecht besteht bereits und wird größtenteils durch die Leistungsträger berücksichtigt, die Suchtberatungsstellen und weitere Ansprechpart-

Das Thema ■■■

ner im Hilfesystem unterstützen ebenfalls. Die verschärfte Spardynamik untergräbt allerdings qualifizierte Dienste und Einrichtungen. Die Grenze des Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen wird im BTHG an den Kosten gezogen. Es ist von einer weiteren Zugangsbeschränkung aufgrund stark fokussierter Teilhabeberatung auszugehen, da auch hier die Rahmenbedingungen durch finanzielle Grenzen beschränkt werden. An vielen Stellen zeigt sich diese Spardynamik durch die Hervorhebung von (nichtqualifizierte) Assistenzen oder stellvertretenden Ausführungen. Das heißt, es handelt sich um generalisierte Vorgaben ohne Berücksichtigung des individuellen Bedarfes. Gleichzeitig betrifft dies Menschengruppen, die in ambulanten Settings betreut werden und vor der Gefahr der „Stationisierung“ stehen.

Anwendung des ICF

Die Vermutung und Befürchtung eines exklusiven Zugangs zu Teilhabeleistungen ist besonders hinsichtlich der Anwendung des ICF brisant. Leistungen zur Teilhabe im Sinne der Eingliederungshilfe wird Menschen mit „erheblicher“ Behinderung (§ 99 Abs. 1 SGB IX) gewährt. Die unvollständige Anwendung des ICF betrifft hauptsächlich Menschen mit seelischen und psychischen Erkrankungen. Der Zugang zu Teilhabeleistungen unterliegt einem sehr ausgedehnten Ermessensspielraum der Leistungsträger durch „Kann“-Leistungen bei einer geringen Einflussmöglichkeit der Betroffenen oder der Leistungsträger. Es wird ein weiteres Machtungleichverhältnis aufgebaut. Seelisch und psychisch kranke Menschen sind aufgrund ihrer Erkrankung selten in der Lage, ihre Bedarfe adäquat zu benennen. Sie sind gekennzeichnet von Selbstwertproblematiken, Traumata, Suchtverlagerung, Wahrnehmungsstörungen, fehlender Kritikfähigkeit, Impulskontrollstörungen, Störung der Antizipationsfähigkeit, Realitätsverlusten, Überschätzung, etc. Neben der Herauslösung der Teilhabeleistungen aus der Sozialhilfe, wird das Recht eines Menschen auf Unterstützungsleistungen zur Teilhabe am Leben für psychisch und seelisch kranke Menschen untergraben. Einschränkungen von Betroffenen finden keine Berücksichtigung, wenn man davon ausgeht, dass auf „Augenhöhe“ über die Leistungen verhandelt wird. Es ist eine Illusion davon auszugehen, die Betroffenen können es schlichtweg nicht – sind oft nicht dazu in der Lage und brauchen Übersetzer und Unterstützer. Diese werden jedoch nicht zugelassen!

Der Mensch im Mittelpunkt

Der Mensch im Mittelpunkt und nicht die Institution ist ohne Zweifel eine wünschenswerte Situation. Seelisch oder psychisch kranke Menschen sind durch dynamische Lebensverläufe gekennzeichnet. Der Bedarf einer geschützten Umgebung kann zu einigen Zeitpunkten überlebenswichtig sein oder aber auch gar nicht notwendig. Es sollten nicht die Kosten der psychosozialen Betreuungsangebote sein, die über das Setting entscheiden. Zum einen ist eine ambulante Betreuung kostengünstiger als eine stationäre, dennoch oftmals nicht zielführend. Genauso wenig muss es nicht immer der stationäre Rahmen sein, um Menschen adäquat zu betreuen. Entscheidend sollte an dieser Stelle sein, dass der Betroffene bedarfsgerecht und nicht nur kostengünstig Betreuung findet und sollte dies stationär sein, dann sollte der Rahmen allerdings auch das hergeben – ein beschützendes Umfeld. Betreuung auch stationär als Fachleistung zu bewilligen und dementsprechend danach zu finanzieren, wird einer stationären Einrichtung mit dem Ziel des Schutzes nicht gerecht. Dabei fehlt es an Refinanzierung von

Kosten. Bei den Bewohnern und Bewohnerinnen betrifft dies die existenzsichernden Leistungen, da diese nicht mehr per se abgedeckt werden, indem der Rechtsanspruch, und das auch für individualisierte Leistungen, entfallen.

Die Menschen, die Hilfe in unserer sozialtherapeutischen Einrichtung suchen, sind an einem Punkt in Ihren Leben, an dem sie einen Neuanfang anstreben, ihre Wohnungen aufgeben müssen, ihr bisheriges Leben. Das ist ein harter und unsicherer Schritt zu einem Zeitpunkt, an dem sie sich kaum vorstellen können, überhaupt noch irgendetwas zu schaffen oder zu leisten. Sie haben sich damit auseinandergesetzt, dass sie es allein nicht schaffen, müssen es nun offen thematisieren, zugeben und zeigen. Ich empfinde dies als eine unheimliche Leistung, die damit allerdings den erlebten Leidensdruck offenbart. Die meisten Menschen in unserer Einrichtung sind nicht allein abhängigkeitskrank, sondern sind durch komorbide Störungen gekennzeichnet. Um den Bedarfen an Unterstützung gerecht zu werden, ist es notwendig professionell zu agieren und zu handeln. Es bedarf an Qualifizierung, professioneller Haltung, Wissen und Verstehen um die Situation, der Möglichkeiten und Grenzen. Eine Kostenabsenkung ins untere Drittel, Leistungsvergleiche mittels Kostenvergleichen und Leistungspauschalen entsprechen dieser Bedarfe nicht. Jeder von uns als Mitarbeitende muss in der Lage sein, qualifiziert mit unseren Bewohnern und Bewohnerinnen zu arbeiten, das kostet Geld zur Fortbildung und Qualifizierung und muss refinanzierbar sein. Kosten können keine adäquate Leistungsmessung sein, genau wie eine Wirkungskontrolle schwer messbar ist, zumal die Leistungsmessung als Solche schwierig ist und ebenso mit Individualität im Zusammenhang steht, wie die Betreuung unserer Bewohner und Bewohnerinnen.



Aimée Waesche

Leiterin Haus Horeb & Christophorus-Hof

Tel: 03338 - 66715

a.waesche@lobetal.de

Das **Krelinger Reha-Zentrum** ist ein Arbeitsbereich des GRZ Krelingen. Zum nächstmöglichen Termin suchen wir eine

Leitung Sozialtherapie (m/w)

Dipl.Päd./Dipl.Soz.päd./Dipl.Soz.arb. o.ä.

Wenn Sie eine durch den Glauben an Jesus Christus motivierte Führungskraft sind und über Erfahrungen in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen verfügen, freuen wir uns auf Ihre Bewerbung!

Sie erwartet eine interessante Tätigkeit in einem engagierten Team.

Ihre aussagekräftige Bewerbung senden Sie bitte an:

GRZ Krelingen • Personalabteilung

Krelingen 37 • 29664 Walsrode

Tel. 05167/970-141 • personal@grz-krelingen.de



www.grz-krelingen.de

Tagesstätte als teilstationäre Eingliederungshilfe für suchtkranke Menschen und die Veränderungen durch das Bundesteilhabegesetz

Von Claudia John

Die Tagesstätte als teilstationäre Eingliederungshilfe

In Wernigerode werden seit August 2002 seelisch behinderte Menschen infolge Sucht, Leistungstyp 15c, teilstationär in der Tagesstätte begleitet. Voraussetzung für die Aufnahme sind die Bereitschaft zur Abstinenzhaltung, eine abgeschlossene Reha-Maßnahme und die Berentung des Tagesstättenbesuchers. Dieses ist konzeptionell festgeschrieben und mit entsprechender Leistungsvereinbarung über Tagessätze mit der Sozialagentur verhandelt worden. In unserer Tagesstätte gibt es verschiedene Beschäftigungsbereiche wie eine Holz- und Metall Werkstatt, einen Kreativbereich, eine Trainingsküche und einen Garten. Die Tagesstättenbesucher können entscheiden, in welchem Bereich sie sich ausprobieren möchten. Der personenzentrierte Ansatz, Ausbau von Ressourcen, Fördern und Begleiten von Fähigkeiten und Fertigkeiten, oder der Erhalt dieser, bilden den Schwerpunkt der Begleitung, ebenso wie die Unterstützung in besonderen Lebenslagen und Krisen.

Herausforderungen durch das Bundesteilhabegesetz

Reichen fünf ITEMS als Zugangsvoraussetzung aus?

Durch das Bundesteilhabegesetz werden wir als teilstationäre Einrichtung vor viele neue Herausforderungen gestellt. Es ist zu befürchten, dass der Zugang für seelisch behinderte Menschen durch die neue Klassifizierung in Anlehnung an die ICF mit mindestens 5 ITEMS als Zugangsvoraussetzung für Tagesstättenbesucher mit klassischen Suchtdiagnosen nicht ausreichen wird. Bei der Bedarfsermittlung sieht § 99 Abs. 2 Teil 2 SGB IX neu vor, dass das ITEM „Umgang mit weiteren psychischen Herausforderungen“ zu ignorieren ist. Gerade diese Einschätzung ist aber für seelisch behinderte Menschen in der Folge sehr wichtig. Hier droht ein Leistungsausschluss und im Umkehrschluss eine Verschlechterung der Versorgung betroffener Personen.

Wie werden die Instrumente der Bedarfsermittlung gewählt?

Auch die Instrumente der Bedarfsermittlung werden länderspezifisch unterschiedlich ausfallen und hier ist sehr zu wünschen, dass Betroffene wie auch Fachleute gemeinsam an einem Tisch sitzen, damit auch seelisch behinderte Menschen mit Suchterkrankungen und ihre besonderen Bedarfe aufgrund der Diagnosen Gehör finden.

Wird der Ausbau der Beratungsangebote beschrieben?

Dem Grundsatz des § 9 SGB IX auf Gewährleistung des Wunsch- und Wahlrechtes der Leistungsberechtigten sollte entsprochen werden – doch hier muss der Leistungsträger in Zukunft genauer differenzieren. Aus der Erfahrung heraus braucht ein betroffener suchtkranker Mensch meist mehrere Anläufe und Motivation, um in das Hilfesystem einzusteigen und tragfähige Beziehungen aufzubauen. Erst dann ist es ihm möglich, Hilfeleistungen und Angebote wahrzunehmen. Ein flächendeckender Ausbau der Beratungsangebote sowie die Sicherstellung der Finanzierung sind noch nicht ausreichend beschrieben.

Gelingt die Anpassung der Unterstützungsbedarfe? In der Begleitung unserer Tagesstättenbesucher erleben wir gerade im

teilstationären Setting oft sehr schwankende Krankheitsverläufe. Die Unterstützungsbedarfe müssen hier immer kontinuierlich und personenbezogen angepasst werden. Das bedeutet, dass in Phasen einer Krise Mehrbedarfe entstehen und wir als Einrichtung flexibel reagieren müssen, was den Personalaufwand angeht. Leistungsträger müssen auch hier unkompliziert handeln können, um diese Bedarfe entsprechend finanziell abzudecken. In der heutigen Praxis ist allein das schon ein Problem. Eine Beantragung von Mehrbedarfen dauert da schon mal bis zu drei Jahre!

Ein hohes Maß an Flexibilität der Mitarbeitenden? Nicht nur das die höhere Flexibilität auch ein höheres Maß an Verwaltungstechnischem Aufwand bedeutet, auch Dienstverträge der Mitarbeiter müssen den möglichen Gegebenheiten angepasst werden. Somit wird auch unseren Arbeitnehmern im teilstationären Bereich in Zukunft ein hohes Maß an Veränderungsbereitschaft abverlangt.

Wie finanzieren wir zukünftig Investitionen? Nach § 125 SGB IX neu werden im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen nur noch Leistungspauschalen vereinbart werden. Der Investitionsbetrag entfällt. Die Leistungspauschale soll dann Leistungsmerkmale, wie z.B. die Ausstattung der Tagesstätte erhalten. Für uns wird wichtig sein, dass hier auch eine Finanzierung wichtiger und notwendiger Investitionen, wie z.B. Renovierungsmaßnahmen, sichergestellt wird.

Last but not least... Wir sehen uns in Zukunft auch weiterhin als Wegbegleiter unserer Tagesstättenbesucher und werden jedem Einzelnen individuelle fachliche Unterstützung und Begleitung auf seinem Weg anbieten. Bleibt zu hoffen, dass die Umstellung auf die personenzentrierte Leistungen gelingt und wir als kleine Teil Einrichtung im bestehenden Verbund Möglichkeiten und Wege finden, den Veränderungsprozess fachlich, inhaltlich und auch mit den notwendigen finanziellen Mitteln umsetzen zu können.



Claudia John

Suchtmedizinisches Zentrum der
Diakonie-Krankenhaus Harz GmbH
Leiterin Ambulant Betreutes Wohnen, Tagesstätte,
Heimleitung „Haus Waldhof“ Blankenburg
Tel: 03943 - 261660
Claudia.John@diako-harz.d

Personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen (PerSEH) mit Sicht auf das Bundesteilhabegesetz oder „Was heißt denn hier Steuerung?“

Von Barbara Oerder

Jeder, der schon einmal auf einem Segelboot unterwegs war, weiß: Wir brauchen ein Ziel, nach dem wir den Kurs ausrichten. Die tatsächliche Route wird dann bestimmt durch geografische Bedingungen, Gesetze der Seefahrt, und Möglichkeiten und Wünsche der Crew und der Passagiere. Manche dieser Bedingungen sind feststehend, manche sind veränderlich. So sieht es auch bei der Steuerung der Eingliederungshilfe aus.

Ein Blick zurück auf die Geschichte von PerSEH

Seit mehr als 10 Jahren hat sich der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV Hessen) als Leistungsträger gemeinsam mit interessierten Leistungserbringern mit der Frage auseinandergesetzt, wie fachliche Ziele einerseits und das Gebot der Dämpfung des Kostenanstiegs in der Eingliederungshilfe andererseits erreicht werden können. Dies führte schließlich zur Entwicklung des Systems der „Personenzentrierten Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen“ (PerSEH).

Leistungserbringer und Leistungsträger waren gemeinsam der Idee gefolgt, dass die Forderung nach mehr Selbständigkeit und Selbstbestimmung von behinderten Menschen, nach mehr individueller Passgenauigkeit, nach mehr Inklusion zu neuen Perspektiven und kreativen Ideen bei der Unterstützung von behinderten Menschen führt. Dem deutlichen Anstieg der Bezieher von Leistungen der Eingliederungshilfe müsste dann nicht begegnet werden mit „immer mehr desselben“.

Beflügelt durch die laufende Fachdiskussion, angespornt durch die Behindertenrechtskonvention der vereinten Nationen (UN-BRK) und die Empfehlungen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) wurde aus einem kleinen Anfang ein System für alle Leistungen der Eingliederungshilfe für erwachsene behinderte Menschen, für die der LWV Hessen zuständig Leistungsträger ist.

Die fachlichen Ziele von PerSEH

- Stärkung von Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe für behinderte Menschen,
- Etablierung einer personenzentrierten Grundhaltung und Leistungserbringung in der Eingliederungshilfe,
- Anreize für flexiblere und sozialräumlich ausgerichtete Unterstützungsmöglichkeiten, sollten ebenso wie die Steuerung durch neue Rahmenbedingungen unterstützt werden,
- Einheitliche Verfahren und Instrumente,
- Stärkung des direkten Kontaktes zwischen Leistungsträger und Leistungsberechtigten,
- eine Vergütungssystematik, die die Umsetzung der fachlichen Ziele unterstützt (zeitbasierte Vergütung),
- Aufbau eines Controllings.

Wesentlich für die Erreichung der fachlichen Ziele ist darüber hinaus die Schärfung des Bewusstseins für das Verständnis von Behinderung im Sinne der UN-BRK.

PerSEH – das Instrument zur Teilhabeplanung

Zur Schärfung dieses Bewusstseins trägt das Instrument zur Teilhabeplanung bei, der Integrierte Teilhabeplan (ITP) Hessen. Er ist kein „Fragebogen“, sondern die strukturierte Dokumentation des Gespräches zur individuellen Teilhabeplanung. Er gibt damit auch einen Kurs für das Gespräch vor. Er fordert die Auseinandersetzung mit den persönlichen Zielen des behinderten Menschen, mit der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF), mit den Fähigkeiten des Leistungsberechtigten und seinen persönlichen Ressourcen sowie den Unterstützungsmöglichkeiten seines Sozialraumes ein. Und er stellt alle diese Aspekte und die Wünsche des Menschen vor die Überlegung, wie viel Unterstützung genau nötig ist und wer sie erbringen soll.

PerSEH – Das Verfahren

Wie in vielen anderen Verfahren der Eingliederungshilfe wurde auch bei PerSEH zunächst auf die gemeinsame Steuerung in einer „Hilfepankonferenz“ gesetzt. Die Beratung findet statt, nachdem der ITP durch einen Leistungserbringer erstellt worden ist. Von externen Experten wurde hier empfohlen, dass die erste Teilhabeplanung nicht mehr durch den Leistungserbringer, sondern durch den Leistungsträger erfolgen sollte. Der Leistungsträger soll damit auf dieser Ebene inhaltlich und kostenwirksam steuern können.

Wie kann das gehen, ohne Leistungen im Einzelfall zu verweigern?

Noch mehr als bisher sollen folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Passgenauigkeit: Noch immer ist die Eingliederungshilfe vielfach angebotszentriert. Durch die Möglichkeit der kleinteiligeren und flexiblen Planung und Vergütung von Maßnahmen erhält jeder die Unterstützung, die für die Teilhabe notwendig ist und eine selbständige Lebensführung ermöglicht.
- Die Inanspruchnahme von Leistungen vorrangig zuständigem Rehabilitationsträger: Diese Leistungen sollen intensiver genutzt werden. Dies bedeutet auch, dass die anderen Sozialleistungsträger stärker in die Pflicht genommen werden sollen, Unterstützungsstrukturen zur Erbringung von Leistungen, die in ihre Zuständigkeit fallen, bedarfsgerecht auszubauen.
- Sozialraumbezug: Der verstärkte Einbezug der persönlichen sozialen Netzwerke, von regionalen Angeboten für alle Bürger über Teilhabe in Vereinen zu ehrenamtliche Aktivitäten und Nachbarschaft, ist ein wirksamer Weg zu echter Inklusion. Er stellt auch einen Beitrag zur Kostendämpfung in der Eingliederungshilfe dar.

Diese Aspekte wirken nicht von heute auf morgen. Die konsequente Einforderung wird aber dazu beitragen, dass der Kurs

Das Thema ■■■

auf das Ziel einer inklusiven Gesellschaft ausgerichtet bleibt, selbst wenn die Route nicht immer geradlinig verlaufen kann.

PerSEH – Sozialplanung und Controlling

Die regionale Sozialplanung ist eine weitere Ebene der Steuerung. Dabei bieten die in PerSEH entwickelten Controlling-Kennzahlen – zusammen mit Informationen über die regionalen Unterstützungsstrukturen – die notwendigen Steuerungsinformationen. Auch Kenngrößen zur Wirkung von Unterstützung sollen in Zukunft dazu gehören. Auf dieser Basis erfolgt die gemeinsame Beratung aller Beteiligten zu Auffälligkeiten, erkennbaren Zusammenhängen sowie kritischen oder gewollten Veränderungen im Unterstützungssystem. Auch hier ist ein gemeinsames Ziel Voraussetzung für die Verständigung über den grundsätzlichen Kurs und die konkrete Route. Nicht zuletzt der offene Umgang mit den Controllingdaten der beteiligten Leistungserbringer und die Gespräche darüber haben in den PerSEH-Projektregionen ein wirkliches Miteinander bewirkt.

Wie passt PerSEH zum Bundesteilhabegesetz?

Da die Entwicklung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) und von PerSEH über einige Jahre parallel verlief, ist es nicht verwunderlich, dass man nicht sehr weit auseinander liegt. Die Vorgaben des BTHG zum Gesamtplanverfahren werden durch das Verfahren PerSEH erfüllt:

- Beteiligung der Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten, beginnend mit der Erstberatung,
- Dokumentation der Wünsche des Leistungsberechtigten zu Ziel und Art der Unterstützung,
- Ermittlung des individuellen Bedarfs durch den Träger der Eingliederungshilfe (im Regelfall aufsuchend im häuslichen Umfeld).

Wesentliche Vorgaben des BTHG, nicht nur zum Instrument der Bedarfsermittlung, sondern auch zum Gesamtplan und zur Teilhabezielvereinbarung, werden durch den ITP erfüllt.

Im PerSEH-Verfahren ist vorgesehen, dass bei Bedarf und auf Wunsch des Leistungsberechtigten in einem „Teilhabegegespräch“ die beteiligten Leistungserbringer vertreten sein können. Wie dies mit der Gesamtplan- bzw. der Teilhabekonferenz des BTHG zur Übereinstimmung kommt, werden die endgültigen Festlegungen im BTHG zeigen.

Mit der in PerSEH vorgesehenen Steuerung und Planung der Strukturen („regionale Sozialplanung“) wird die Vorgabe des BTHG erfüllt, dass der Leistungsträger sicherzustellen hat, dass auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der Gesamtplanung personenzentrierte Unterstützungsstrukturen bedarfsgerecht zur Verfügung stehen.

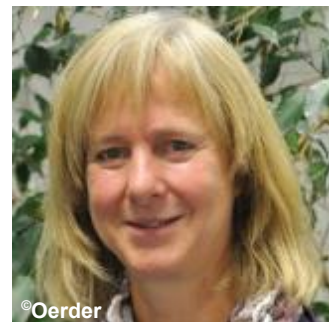
Sind die Ansprüche des Bundesteilhabegesetzes und PerSEH an die Steuerung eine Bedrohung für die Leistungserbringer?

Die Leistungserbringer verfügen über eine differenzierte Fachkompetenz und umfassenden Erfolg in der Unterstützung behinderter Menschen. Insofern sind sie Garanten für eine verlässliche und qualifizierte Leistungserbringung und Sicherstel-

lung entsprechender Strukturen. Dies wird auch nach der Umsetzung des BTHG und nach einer Neuausrichtung des Gesamtplanverfahrens weiterhin so sein. Mit dem BTHG und der Einführung des PerSEH-Verfahrens in Hessen stehen allerdings bisherige Vorgehensweisen, Haltungen und Strukturen zur Diskussion, wenn das Ziel der Personenzentrierung und Inklusion ernst genommen wird.

Auf allen Seiten gibt es einerseits das Streben nach Veränderung, andererseits aber auch Ängste. Wie werden wir die damit verbundenen Herausforderungen bewältigen? Genauso wie für die Leistungserbringer ist diese Frage an den LWV Hessen gestellt. Veränderungen in Abläufen, Strukturen, in Qualifikation und Haltung, etc. stehen an. Nur gemeinsam werden diese Herausforderungen zu bewältigen sein. Das Ansprechen von Ängsten und Bedenken gehört dazu, ebenso aber der Mut, zum Ziel aufzubrechen mit dem Wissen um Unwägbarkeiten der Route.

**A ship in harbor is safe,
but that is not what ships are built for.**
John Augustus Shedd (1859 – 1928)



Barbara Oerder
Funktionsbereichsleitung
Landeswohlfahrtsverband Hessen
Dezernat 200, FuB 202.0
Tel: 0561 - 10042698
barbara.oerder@lwv-hessen.de

Menschen motivieren, sich zu verändern

GVS-Inhouse-Schulung „Motivational Interviewing“

Miller & Rollnick haben das „Motivational Interviewing“ (MI) mit dem Ziel entwickelt, die Änderungsbereitschaft bei Menschen, insbesondere mit Sucht- und psychischen Problemen, zu fördern und zu stärken. Diese Methode betont die persönliche Entscheidungsfähigkeit und geht davon aus, dass Menschen gegenüber Veränderungsanforderungen nicht unmotiviert oder uneinsichtig sind, sondern ambivalent.

Das klientenzentrierte und direkte Vorgehen im MI ermöglicht es, ambivalente Gefühle der Klienten offenzulegen; es stützt so die Entwicklung von Eigenmotivation. Eine große Anzahl von Studien belegt die Wirksamkeit dieser gesprächs- und kommunikationspsychologischen Methode.

Die GVS-Inhouse-Schulung wird in Absprache mit Trägern und/oder Einrichtungen vor Ort mit dem erfahrenen MI-Trainer Dr. Theo Wessel (Mitglied MINT Inc.) durchgeführt. Neben der Wissensvermittlung wird in der Schulung viel Wert auf Übungen und Rollenspiele gelegt.

Die Teilnehmer/innen können Basishaltungen und spezifische MI-Gesprächstechniken ausprobieren, um mehr Sicherheit im eigenen Vorgehen zu erlangen. Auch der konstruktive Umgang mit Gesprächsblockaden und Defensivstrategien (z.B. Bagatellisierung) wird erlernt.

Ziel des Kurses ist es, die Teilnehmer/innen zu befähigen, MI selbst anzuwenden. Dazu erhalten sie ein differenziertes und persönliches Feedback, indem ein in der Alltagspraxis durchgeführtes Beratungsgespräch im MI-Stil mit Hilfe eines dafür entwickelten Auswertungsinstrumentes (z.B. MITI) ausgewertet wird. Auf dieser Grundlage können sie das Zertifikat „MI-Praktiker/in“ erwerben.

Theo Wessel

Information/Anmeldung: GVS Fort- und Weiterbildung
Kerstin Thorith, Tel. 030 – 83001-503, thorith@sucht.org

Gesamt- und Teilhabeplanung im Entwurf des Bundesteilhabegesetzes – Bedeutung und Folgen für die Hilfeplanung

Von Prof. Dr. Petra Gromann

Vorbemerkung

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und dauerhaften funktionellen Einschränkungen werden weiter auch Eingliederungshilfe – Hilfen zur Teilhabe – erhalten. Von besonderer Bedeutung ist jedoch, dass voraussichtlich nicht mehr die Erkrankung „an sich“ Leistungsansprüche begründet, sondern das Ausmaß der funktionellen Einschränkungen. So soll im Zusammenhang mit der Antragstellung geprüft werden, ob in mindestens fünf der folgenden neun Kategorien der Teilhabe nach der „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF)

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktionen
- Bedeutende Lebensbereiche
- Gesellschaftliches, staatsbürgerliches und religiöses Leben

eine deutliche Beeinträchtigung gegeben ist bzw. in drei eine besonders schwere Beeinträchtigung vorliegt.

Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass nicht mehr nur eine Diagnose Hilfen zur Teilhabe auslöst. Aus der ICF jedoch lediglich eine Domäne – die Einschränkungen der Partizipation/Teilhabe – herauszugreifen, verkürzt erneut ein ganzheitliches Verständnis.

Bedarfe entstehen aus einem Zusammenwirken von körperlichen und mentalen Strukturen und Funktionen, Beeinträchtigungen und Fähigkeiten bei Aktivitäten, den Optionen der Teilhabe an der Gesellschaft, sowie Umwelt- / sozialen Umfeldfaktoren und den personenbezogenen Faktoren.

Teilhabe ist deshalb als ein Prozess und nicht als eine Norm zu verstehen, gelingende Teilhabe setzt Barrierefreiheit und Unterstützung für Menschen mit dauerhaften Beeinträchtigungen voraus. Teilhabe hat – und das ist im Kontext des Arbeitsfeldes von besonderer Bedeutung – neben objektiven Faktoren (Arbeit, Wohnen) wichtige subjektive Dimensionen: was bedeutet für diesen Menschen gelingende Teilhabe, was ist sein Lebensstil, seine Motivation, seine besondere Lage?

Gesamtplan als Schlüsselprozess für abgestimmte Teilhabeleistungen

Personenzentrierung bedeutet, Unterstützungsleistungen auf die individuellen wie sozialräumlichen Bedingungen und die individuellen Lebensziele/Teilhabeziele von Menschen mit Beeinträchtigungen auszurichten.

Dabei wird im BTHG-E (Bundesteilhabegesetz im Entwurf) nicht mehr nach Zielgruppen – das heißt unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Eingliederungshilfe – unterschieden. Bisher war die Bedarfsfeststellung als „Eintrittskarte“ für Leistungen der Eingliederungshilfe überwiegend an ein sozialmedizinisches Gutachten geknüpft. Sinnvollerweise soll dies jetzt mit einer Planung von Unterstützungs- bzw. Assistenzleistungen verbunden werden.

Die Individuelle Bedarfsermittlung soll sich an der ICF ausrichten und ist neu als „Gesamtplan“ zu verstehen. Diese wird vom Träger der Eingliederungshilfe erstellt. Diese Zuständigkeiten sind je nach Bundesland verschieden – es können jeweils örtliche überörtliche oder landesweite Eingliederungshilfeträger zuständig sein. Der Gesamtplan soll dann Ausgangspunkt für eine trägerübergreifende Zusammenarbeit aller Leistungsträger werden (z.B. Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherung, Krankenkassen ...). Der Gesamtplan wird als Schlüsselprozess für abgestimmte Teilhabeleistungen aller Kosten/Leistungsträger verstanden.

Nach § 117 BTHG-E muss ein Gesamtplan Folgendes enthalten:

- die Dokumentation der Wünsche des Leistungsberechtigten,
- eine Orientierung an den ICF-Kriterien sowie
- die Ermittlung des individuellen Bedarfs und wie des Beratungsbedarfes.

Abstimmung der Leistungen im Gesamtplanverfahren

Die Abstimmung der Leistungen nach Inhalt, Umfang und Dauer (in der Regel 2 Jahre) kann in einer Gesamtplankonferenz erfolgen. Mit dieser klaren Festlegung der Planungsverantwortung und -durchführung auf den Kostenträger/Leistungsträger sollen eine Steuerung im Einzelfall, eine Wirkungskontrolle und die Dokumentation des Teilhabeprozesses erfolgen. Der Eingliederungshilfeträger soll dabei die/den Leistungsberechtigten und eine von ihr/ihm auszuwählende Person des Vertrauens und gegebenenfalls noch, neben den intern verantwortlichen Personen zur Grundsicherung, auch medizinische Experten, das Jugendamt bzw. die Bundesagentur für Arbeit beteiligen. Im Gesetzentwurf wird dabei nicht festgelegt, wo diese Gesamtplankonferenz stattfindet. Hier wird es besonders wichtig sein, das „vor-Ort-Prinzip“ für Betroffene und den Lebensweltkontakt der BehördenvertreterInnen in regionalen Durchführungsrichtlinien zu verankern. Im Rahmen des Gesamtplanverfahrens kann zur Umsetzung der Mindestinhalte (oder eines Teils davon) eine Teilhabezielvereinbarung abgeschlossen werden, diese soll unter Berücksichtigung der Wünsche der Antragsberechtigten erfolgen.

Das Gesamtplanverfahren soll unter Beachtung der Kriterien

- transparent,
- trägerübergreifend,

- interdisziplinär,
- konsensorientiert,
- individuell,
- lebensweltbezogen,
- sozialraumorientiert und
- zielorientiert

durchgeführt werden.

Diese Kriterien machen deutlich, dass die wohl weiter unterschiedlichen Verfahren der Hilfeplanung in den Bundesländern künftig stärker vereinheitlicht werden und einheitlichen Kriterien genügen sollten.

Der Teilhabeplan

An die Gesamtplanung kann sich ein Teilhabeplanverfahren nach BTHG-E anschließen, das heißt eine Abstimmung aller Leistungsträger/Kostenträger.

Dieser Plan heißt dann Teilhabeplan. Zukünftig ist der Teilhabebedarf einer Person nach dem SGB IX sowohl als verschiedene Leistungen eines Kostenträgers (z.B. Unterstützung beim Wohnen/beim Arbeiten in der Eingliederungshilfe) wie als verschiedene Leistungen mehrerer Leistungsträger (z.B. Unterstützung beim Wohnen = Eingliederungshilfe, Unterstützung beim Arbeiten = Bundesagentur für Arbeit) zu verstehen.

Bisher gibt es in einigen Bundesländern schon einen eingeführten zielgruppenübergreifenden „Integrierten Teilhabeplan“ (z.B. den ITP Hessen, den ITP Thüringen, den ITP Rostock) und den „Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ (IBRP) für Menschen mit psychischen und Suchterkrankungen. Diese sind und waren als Prozessinstrumente zu verstehen, die die Vereinbarung von Unterstützungsleistungen als Abstimmung aller Beteiligten verstanden haben und dabei neben Mitarbeitern der Eingliederungshilfe auch Mitarbeiter der Leistungserbringer – den Einrichtungen und Diensten vor Ort – wie kommunale Vertreter einbezogen haben.

Diese Prozessinstrumente für Teilhabeleistungen (IBRP, ITP) dokumentieren die langfristigen Ziele der Person, die abgestimmten Arbeitsziele mit den Leistungserbringern für die Unterstützungsleistungen in den Lebensbereichen und legen auch die Dauer (meist 1 Jahr) fest. Von besonderer Bedeutung dabei ist, dass nicht aus den Beeinträchtigungen Art und Ziele der Hilfen festgelegt werden, sondern ausgehend von der subjektiven Teilhabe und den persönlichen Zielen Beeinträchtigungen und Ressourcen auch des Sozialraums eingeschätzt und bei der Planung der konkreten Hilfen einbezogen werden (auf ICF-Basis).

Diese Planungsinstrumente haben einen deutlichen Schwerpunkt darauf, arbeitsteiliges Vorgehen (und nicht nur die Finanzierung) zu planen. Wesentlich ist auch, dass Zeitbedarfe für diese Unterstützungsleistungen eingeschätzt und geplant werden – so kann auch eine abgestimmte Finanzierung erfolgen.

Prozessorientierte Hilfeplanungsverfahren wie ITP und IBRP sind folglich wesentlich inhaltsreicher als der Entwurf des Bundesteilhabeplans fordert, erfüllen jedoch dessen Mindestvoraussetzungen.

Ziele in der Gesamtplanung

Von Bedeutung für Gesamtplanverfahren sind dabei folgende Ebenen:

- Die Bedarfsfeststellung sollte mit dem ICF-Konzept erst nach der Einschätzung der Ausgangslage und der Erarbeitung der Ziele mit dem Klienten/Antragsteller erfolgen: weil das Einschätzen der Fähigkeiten und Beeinträchtigungen eines Menschen mit Beeinträchtigungen von den Wechselwirkungen zwischen Person und Umfeld abhängt. So hat z.B. die Tatsache, derzeit keinen festen Wohnort zu haben, gravierende Auswirkungen auf das Ausmaß von Beeinträchtigungen der Person.
- Wenn zukünftig Gesamtpläne neben Zielvereinbarungen nur Leistungen und ihr Volumen enthalten müssen (§ 125/104 des Entwurfes), müssen auch Vereinbarungen mit den Betroffenen getroffen werden, die Dienstleistungen/Arbeitsanteile von Einrichtungen und Diensten, privaten wie ehrenamtlichen Anbietern enthalten, damit auch sozialräumliche Hilfen mit entwickelt und unterstützt werden können. Nur auf einer solchen Basis sind sinnvolle Abstimmungen von Unterstützungsleistungen zwischen Teams, kommunalen Hilfen und verschiedenen Angebotsbereichen (Wohnen/Arbeiten/Bildung/Pflege/Therapie und Behandlung) zu erreichen. Insgesamt ist vor allem zu bedenken, dass auf einer personenbezogenen Basis die Hilfen zur Pflege integriert werden und nicht starre Vereinbarungen (ambulantes Wohnen = Vorrang von Pflege vor Teilhabe oder ab 65 Jahren nur noch Anspruch auf Pflege) personenbezogene und individuelle Lösungen verhindern.

Zielorientierung von Hilfen gilt weltweit als Königsweg erfolgreicher psychosozialer Unterstützungsleistungen.¹

Wenn im Rahmen von Gesamtplanung jedoch Ziele „gesetzt“ werden, das heißt nur von Fachkräften der Eingliederungshilfe definiert werden und deshalb oft inhaltsleer bleiben (z.B.: „soll selbständig werden“), wird Beteiligung von Betroffenen an ihren Teilhabeprozessen als Chance vertan. Motivierend sind nur eigene Lebensziele und ihre Umsetzung in Teilhabeanzeigen (Woran würde die Person erkennen, dass Sie ihrem Ziel näher kommt?).

Die Verwaltungsvorgabe, nur nach SMART-Kriterien (spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch, terminiert) vorzugehen, schränkt personenbezogene Beteiligung und „Übersetzung“ erfahrungsgemäß ein, weil auf zwei Jahre (im BTHG-E vorgehener Geltungszeitraum) weder von Fachkräften noch von Betroffenen konkrete und messbare wie realistische Ziele zu formulieren sind.

¹ Vgl. dazu: Riedel-Heller, Steffi, Weinmann, Stefan, Becker, Thomas: S3 Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen, Heidelberg, Springer 2015 S. 104 ff.

Das Thema ■■■

Motivierende Zielvereinbarungen zur Teilhabe mit Betroffenen zu erarbeiten, ist eine professionell hoch anspruchsvolle Aufgabe und benötigt parteiliche Assistenz für Betroffene – die Festlegung des Gesetzentwurfes, dass dies wesentlich nur von Mitarbeitern der Eingliederungshilfe mit in der Regel wenig verfügbarer Zeit für den Einzelfall erfolgen soll, widerspricht dem Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen.

Gesamtpläne, die keine inhaltlich angemessene zeitbezogene Abstimmung des Vorgehens bei Unterstützungsleistungen enthalten, sind weder für Betroffene transparent (Wer macht denn was?), noch können Sie über den Einzelfall hinaus eine regionale/kommunale Abstimmung von Bedarfen leisten.

Es geht bei Hilfeplanung um die konkrete Ausgestaltung der Leistungserbringung – und nicht nur um die Bedarfsfeststellung, Bescheiderteilung und Abstimmung unter den Leistungsträgern.

Das BTHG-E bestärkt die Illusion, gelingende Teilhabe sei im Einzelfall ökonomisch durch den Träger der EGH zu steuern. Finanziell und teilhabeorientiert kann aber nur gemeinsam und regional in der Organisationsverantwortung der Eingliederungshilfeträger gesteuert werden und zwar

- mit den Betroffenen (Ziele: Beteiligung, passgenaue und flexible Hilfen für ihre Person),
- mit den Sorgetragenden (Ziele: Unterstützung privater Hilfen, Einbeziehen der gesetzlichen Betreuer und der Angehörigen),
- mit den Leistungserbringern (Ziele: flexible Hilfen, Umsteuerung des versäulten Systems der Angebote) und den kommunalen/regionalen Sozialräumen.

Die Frage nach der dialogischen Beteiligung der Beteiligten

Die grundsätzliche Frage, die das BTHG-E stellt ist folglich nur: Gelingt ein Interessenabgleich der Leistungsträger unseres Sozialsystems insgesamt in der Verantwortung der örtlichen wie überregionalen Träger der Eingliederungshilfe? Dies wäre das Prinzip des Vorrangs des Dialogs mit den Menschen mit Beeinträchtigung nicht zur Berücksichtigung von Wünschen – sondern diese um eine konsensorientierte Beteiligung von Sorgetragenden, Leistungserbringern und den kommunal Verantwortlichen zu erweitern. Von hoher Bedeutung ist das BTHG-E hier, weil es den Eingliederungshilfeträgern allein die Sicherung und Verantwortung personenzentrierter Qualitätsstandards für den Einzelfall überträgt. Faktisch wird dies wohl zu einem deutlichen Stellenausbau führen müssen, um diesen Aufgabenzuwachs zu bewältigen. Die Schulung von multiprofessionellen Fachkräfte bei den Eingliederungshilfeträgern ist im Gesetzentwurf entsprechend vorgesehen.

Wesentlich für eine Verbesserung der Qualität von Teilhabeleistungen ist die Frage der Zugänglichkeit einer trägerunabhängigen Beratung (BTHG §106 ff). Zu begrüßen ist, dass der Gesetzentwurf erstmals auch die Beratungs- und Koordinationsleistungen berücksichtigt. Eine verantwortlich „sorgetragende“ Beratungsperson, die mit Klienten Zielplanung für einen festgelegten Zeitraum erarbeitet, wird jedoch koordinierend auch bei der Begleitung und Dokumentation des Teilhabeprozesses benötigt (Casemanagement). Diese Leistung

wird aber wohl weiter nur durch engagierte Leistungserbringer umgesetzt, die dies im Rahmen ihres Konzepts verfolgen.

Das Spannungsfeld „Selbsteinschätzung - Fremdeinschätzung“ bei der Hilfeplanung bewegt sich weg von der Frage „Sichert die Hilfeplanung mit dem Betroffenen meine eigene Stelle/meine Organisation auch ab?“ und bewegt sich voraussichtlich hin zum Spannungsfeld „Bewegt sich die von mir als Eingliederungshilfemitarbeiter festgelegte Gesamtplanung im Einzelfall noch im Finanzrahmen?“.

Meiner Einschätzung nach wird dies jedoch am Alltag der Angebote/Arbeitskonzepte von Diensten und Einrichtungen nicht viel ändern. Die Anforderung, deutlich individuellere Dienstleistungen zu erbringen, wird im Rahmen eher allgemeiner Gesamtpläne untergehen, große Leistungserbringer werden potentielle Leistungskürzungen im Einzelfall im Rahmen ihrer bisherigen Routine auffangen können, Anreize für die Erbringung flexibler und abgestimmter Leistungen bestehen nicht. Weiterhin werden für Betroffene – deren persönliche Netzwerke meist sehr klein sind – die im BTHG-E benannten Vertrauenspersonen meist doch Mitarbeiter der Leistungserbringer sein – nur diese Personen sind als häufig langjährige Bezugspersonen verlässlich bei den Erbringern abgesichert.

Für die fachliche Arbeit sind im Dialog mit Betroffenen erarbeitete Teilhabepläne für die Abstimmung der konkreten Unterstützungsleistungen als Kern der „Personenzentrierung“ in den letzten Jahren besonders wichtig geworden. Wenn sie bei der Erstellung von Gesamtplänen und der Finanzierung von Leistungen scheinbar nicht mehr gebraucht werden, weil aus Zeiteinsparungsgründen nur noch die Festlegung des Ziels, und die Mitteilung des Leistungsvolumens übermittelt wird, wäre dies ein erheblicher Verlust.

Das neue BTHG-E bietet folglich Chancen (aber auch Gefährdungen für die Praxis) von dialogischer Beteiligung Betroffener und flexiblen, personenzentrierten Leistungen.



©Gromann

Prof. Dr. Petra Gromann
Fachbereich Sozialwesen

Institut personenzentrierte Hilfen an der Hochschule

Tel: 0661 - 9640226

petra.gromann@sw.hs-fulda.de

www.eltern-sucht.de
Information und Vernetzung
für Betroffene und Fachkräfte

Pflegestärkungsgesetz III und Bundesteilhabegesetz: Abgrenzungsprobleme zwischen Eingliederungshilfe und Pflege

Von Christiane Hasenberg

Zurzeit sind zwei große Gesetzesänderungen im Gesetzgebungsverfahren bei Bundestag und Bundesrat: Zum einen handelt es sich um das Dritte Pflegestärkungsgesetz (PSG III), das neben dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch weitere mit dem Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) verbundene Änderungen auf das Recht der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII übertragen soll. Zum anderen sind mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) auch in der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen weitreichende Änderungen zu erwarten. Im Nachfolgenden sollen wesentliche Änderungen in Bezug auf die Abgrenzung von Eingliederungshilfe und Pflege aufgezeigt werden.

Leistungen im „häuslichen Umfeld“

Nach heutigem Recht stehen Pflegeleistungen und Leistungen der Eingliederungshilfe gleichrangig nebeneinander, wenn der Mensch mit Behinderung nicht in einer stationären Einrichtung lebt. Diese Ausnahme zum eigentlich gemäß § 2 SGB XII geltenden Nachranggrundsatz hat zur Folge, dass Menschen mit Behinderung, die nicht in einer stationären Einrichtung leben, beide Leistungen parallel in Anspruch nehmen können. Die Kostenträger können daher nicht auf eine vorrangige Leistung verweisen und die andere verwehren. Kurz gesagt: vor allem Pflegegeld und Pflegedienst können neben der ambulanten pädagogischen Betreuung in Anspruch genommen werden.

Dies könnte sich nun zumindest teilweise ändern, denn der Gesetzgeber beabsichtigt, die Gleichstellung der Leistungen aufzuheben. Im Entwurf des PSG III soll dies nach Ansicht des Bundestages dadurch erfolgen, dass im häuslichen Umfeld die Leistungen der Pflegeversicherung den Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen vorgehen, es sei denn, bei der Leistungserbringung steht die Erfüllung der Aufgaben der Eingliederungshilfe im Vordergrund.

Die Fragen nach der Abgrenzung liegen damit genauso auf der Hand wie die Gefahr, dass immer weniger Menschen Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten. Denn das Gesetz selbst enthält zum Beispiel keine Definition des „häuslichen Umfelds“ und der Blick in die Begründung des PSG III verspricht nur wenig Klarheit für die Praxis. Zum anderen ist die Frage, wann denn die Aufgabe der Eingliederungshilfe im Vordergrund steht, alles andere als eindeutig beantwortet. So heißt es in der Gesetzesbegründung:

„Bei Leistungen im häuslichen Umfeld, die grundsätzlich im engen sachlichen und zeitlichen Zusammenhang mit der Erfüllung von Aufgaben der Eingliederungshilfe stehen, sind diese abweichend vom Grundsatz des Vorrangs der Pflege insgesamt der Eingliederungshilfe zuzuordnen. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn eine Maßnahme integraler Bestandteil von Leistungen der Eingliederungshilfe ist oder in unmittelbarem Zusammenhang damit steht, diese im Interesse der Betroffenen sachgerecht erbringen zu können. Davon ist

auch auszugehen, wenn die Leistung der Eingliederungshilfe schwerpunktmäßig außerhalb des häuslichen Umfelds angesiedelt ist, aber in das häusliche Umfeld hineinreicht (wie etwa bei der Unterstützung bei einem Toilettengang, wenn der Betroffene zum Freizeitausflug von zu Hause abgeholt wird). Des Weiteren kann auch die jeweilige fachliche Qualifikation, die benötigt wird, um die jeweilige Leistung sachgerecht erbringen zu können, ein wichtiges Zuordnungskriterium sein. Sind für die Leistungserbringung vor allem pflegfachliche Kenntnisse erforderlich, so ist die Leistungserbringung in der Regel der Leistungssphäre der Pflegeversicherung zuzuordnen. Sind hingegen teilhabeorientierte Fachkenntnisse, beispielsweise pädagogische oder psychosoziale Kenntnisse erforderlich, ist die Leistungserbringung in der Regel der Sphäre der Eingliederungshilfe zuzuordnen.“

Nach der oben zitierten Gesetzesbegründung mutet möglicherweise eine Bewertung desjenigen Teilhabebedarfs, der im Vordergrund stehen soll, einfach an, dürfte in der Praxis aber alles andere als einfach werden. Denn die Abgrenzungsprobleme verschärfen sich noch, richtet man den Blick auf die neuen Kriterien der Pflegebedürftigkeit. Denn diese haben per se schon Überschneidungen mit Begriffen der Teilhabe.

Ein Beispiel:

Zukünftig soll die Zuordnung zu einem der fünf Pflegegrade von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in sechs Bereichen abhängen, zu denen unter anderen zählen: *„kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch.“*

Mit den gleichen Begriffen könnte aber auch eine Behinderung und eine damit verbundene Teilhabe einschränkung umschrieben werden.

Die Risiken sind also offensichtlich: Wenn das Gesetz so verabschiedet wird, wird es zu Einzelfallentscheidungen kommen, bei denen zu befürchten steht, dass Verschiebungen in die Zuständigkeit der Pflegeversicherung zu Lasten der Teilhabe stattfinden werden.

Und was sagt der Bundestag dazu?

Zwischenzeitlich beschäftigt sich auch der Bundestag mit den Gesetzesentwürfen. Er hat die Problematik erkannt und unterbreitet einen anderen Vorschlag: Zwar bleibt er dabei, dass die versicherungsrechtlichen Leistungen der Pflegeversicherung gegenüber den Leistungen der Eingliederungshilfe vorrangig

sein sollen. Um im Sinne von „Hilfe aus einer Hand“ für die leistungsberechtigte Person nur einen leistungsverpflichteten Kostenträger zu haben, soll der Träger der Eingliederungshilfe dieser gegenüber aber der einzige Leistungspflichtige sein. Im Innenverhältnis hätte der Träger der Eingliederungshilfe einen Erstattungsanspruch gegen die zuständigen Pflegekassen.

Zum Verhältnis der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (Sozialhilfe) zur Eingliederungshilfe schlägt der Bundesrat wiederum eine ganz andere Abgrenzung vor: Pflegebedürftige behinderte Menschen, die vor dem Erreichen der Regelaltersgrenze Leistungen der Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege benötigen, sollen demnach bis zu ihrem Lebensende einen vorrangigen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben. Der Anspruch auf Leistungen der Hilfe zur Pflege soll dann nur die Tatbestände umfassen, für die das Eingliederungshilferecht dem Grunde nach keine Leistungen vorsieht – zum Beispiel Pflegegeld für nicht versicherte Menschen.

Zur Umsetzung des Grundsatzes „Hilfe aus einer Hand“ soll die Eingliederungshilfe alle im Einzelfall erforderlichen und qualitätsgesicherten pflegerischen Leistungen beinhalten.

Wenn allerdings pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen erstmals nach Erreichen der Regelaltersgrenze Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe haben, so soll ein vorrangiger Anspruch auf Hilfe zur Pflege bestehen, sich das Rangverhältnisses also umkehren. Der Anspruch auf Eingliederungshilfe bestünde in diesem Fall nur nachrangig, sofern Bedarfe nicht im Rahmen der Hilfe zur Pflege gedeckt werden können – zum Beispiel Leistungen zur Mobilität.

Die Antwort des Bundestages auf diesen Vorschlag lautet bislang:

„Die Bundesregierung wird den Vorschlag insoweit prüfen, als im Kern das Verhältnis von Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe betroffen ist.“

Und bei Leistungen in Einrichtungen?

Nach der Vorstellung des Bundestages soll es im Wesentlichen bei der heutigen Rechtslage bleiben: die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen den Leistungen der Pflegeversicherung vorgehen und die notwendige Hilfe in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe einschließlich der Pflegeleistungen gewährt werden. Zur Abgeltung der Pflegeleistungen übernimmt die Pflegekasse einen (kleinen) gedeckelten Betrag.

Ein Blick auf den Regierungsentwurf des Bundesteilhabegesetzes offenbart aber auch hier Klärungsbedarf. Denn im zukünftigen Recht der Teilhabe soll nicht mehr nach ambulanter und stationärer Leistungserbringung unterschieden werden. Daher spricht der Gesetzesentwurf im BTHG auch nicht mehr von „stationären Einrichtungen“. Stattdessen wählt er den Begriff „Räumlichkeit“ und unterscheidet allein genutzte Wohnungen von einer Wohngemeinschaft und wiederum von einer anderen Wohnform, bei der persönlicher Wohnraum und zusätzliche Räumlichkeiten zur gemeinschaftlichen Nutzung zur Verfügung stehen. Die Frage, welches genau dann aber eine „Häuslichkeit“ ist, in der die Pflege grundsätzlich Vorrang haben soll, wird damit umso schwerer zu beantworten. Nicht zuletzt kann man mit guten Argumenten auch den Standpunkt

vertreten, dass auch die „stationäre Einrichtung“ eine Häuslichkeit ist, wenn man sich dort vielleicht schon seit vielen Jahren „einfach zu Hause fühlt“.

Auch hier hat der Bundesrat andere Vorstellungen als der Bundestag: Er kritisiert – wie schon seit Jahren auch viele Verbände – die Ungleichbehandlung von Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen, da ihnen der Zugang zu wesentlichen Teilen der Pflegeversicherungsleistungen nur deshalb abgeschnitten wird, weil sie in Einrichtungen der Eingliederungshilfe leben – obwohl viele von Ihnen Beiträge zur Pflegeversicherung zahlen. Und so äußert sich der Bundesrat dann auch:

„Der Bundesrat fordert die Bundesregierung daher auf, pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung den uneingeschränkten Zugang zu Leistungen der sozialen Pflegeversicherung zu ermöglichen.“

Fazit:

Die skizzierten Fragen zur Abgrenzung von Pflege- und Teilhabeleistung lassen sich noch um viele Details erweitern, machen aber schon so die Probleme deutlich. Es steht zu hoffen, dass im Gesetzgebungsverfahren noch Nachbesserungen erfolgen!



Christiane Hasenberg

Rechtsanwältin, Fachanwältin für Sozialrecht
Curacon Weidlich Rechtsanwalts-gesellschaft mbH
Tel: 04331 - 77004850
christiane.hasenberg@curacon-recht.de

Diakonie
Fulda

Das Diakonische Werk des Evangelischen Kirchenkreises Fulda sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für die ambulante Rehabilitation innerhalb der Fachstelle Sucht

eine/n **Psychologische/n Psychotherapeut/in**
approbiert oder in Weiterbildung
in Teilzeit (50 % der Regelarbeitszeit) oder auf Honorarbasis.

Das Aufgabenfeld umfasst insbesondere psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche sowie suchtspezifische Gruppenangebote.

Für die Stelle ist Erfahrung im Umgang mit suchtmittelabhängigen Menschen oder die Bereitschaft, sich darin einzuarbeiten, notwendig.
Darüber hinaus erwarten wir die Bereitschaft zur kreativen Mitarbeit im bestehenden Team und die Mitgliedschaft in der ev. Kirche.

Der Vergütungsrahmen bemisst sich nach TV-L Entgeltstufe 13.

Wenn Sie an dieser Aufgabe interessiert sind, senden Sie bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an:

Diakonisches Werk Fulda
Herrn Pfarrer Lars Rilke
Heinrich-von-Bibra-Platz 14
36037 Fulda

Neues Projekt für Fach- und Führungskräfte der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung und der Wohnungslosenhilfe beim Diakonischen Werk

Das ESF-geförderte Projekt „Potentiale vernetzen – Inklusion stärken: Personal- und Organisationsentwicklung in der Eingliederungs- und Wohnungslosenhilfe“ des Diakonischen Werks Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz wird in den kommenden drei Jahren Workshops für Fach- und Führungskräfte der beiden Arbeitsfelder anbieten.

Hintergrund

Träger, Einrichtungen und Mitarbeitende beider Arbeitsfelder stehen gegenwärtig vor vielfältigen Herausforderungen: Wie gestalten wir unsere Versorgungsangebote, um die Vielfalt der Nutzer- und Nutzerinnengruppen angemessen zu erreichen? Was bedeutet Inklusion in unserem Arbeitsfeld? Wie wollen wir Partizipation in unseren Einrichtungen umsetzen? Welche Konsequenzen hat die Reform der Eingliederungshilfe (EGH)? Wie steht es um Kooperation und Zusammenarbeit an den Schnittstellen zwischen EGH und Wohnungslosenhilfe (WLH)? Wie schaffen wir es, unsere Fachkräfte und Organisationsstrukturen weiterzuentwickeln?

Fachkraftakquise, Selbstfürsorge am Arbeitsplatz, Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Möglichkeiten für Entwicklung und Aufstieg sind weitere Fragen, die sich Träger und Fachkräfte gleichermaßen stellen.

Ziele und Inhalte des Projektes

Das Projekt richtet sich verbandsübergreifend und bundesweit an Träger und deren Führungs- und Fachkräfte aus der EGH für Menschen mit seelischer Behinderung und der WLH. Eine Besonderheit des Projektes ist es, dass die Teilnehmer arbeitsfeldübergreifend an aktuellen Themen arbeiten.

Die folgenden Ziele werden verfolgt:

- Weiterentwicklung fachlicher und personaler Kompetenzen zur Bewältigung aktueller und zukünftiger Anforderungen
- Vermittlung innovativer Konzepte aus den Bereichen Inklusion, Diversity und Partizipation
- Befähigung von Führungskräften zu langfristigen Personalstrategien
- Initiierung und fachliche Begleitung von Organisationsentwicklung (OE) in den teilnehmenden Einrichtungen und Diensten
- Förderung von Frauen in Führungspositionen
- Gewinnung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund

Hierzu wird es Angebote für 100 Fach- und 50 Führungskräfte geben. Den Fachkräften wird ein Basis- und Aufbauworkshop (je vier Tage) zu folgenden Schwerpunkten angeboten:

- Herausforderungen und Schnittstellen in der EGH und der WLH
- Eigene Ressourcen und Entwicklungspotentiale

- Inklusion, Partizipation und Sozialraumorientierung in der EGH und WHL
- Junge Menschen zwischen den Hilfesystemen
- Bundesteilhabegesetz
- Diversity-Training
- Selbstfürsorge und Gesundheit am Arbeitsplatz
- Deeskalationstraining

Bei den Führungskräften liegt der Fokus auf der fachlichen Begleitung von Prozessen der Organisationsentwicklung. Die Basis- und Aufbau-Workshops (je 3 Tage) beinhalten folgende Themenschwerpunkte:

- Grundlagen der Organisations- und Personalentwicklung
- Konzepte, Strategien und Methoden zur Stärkung von Inklusion, Partizipation, Gleichstellung und Diversity Management
- Betriebliches Gesundheitsmanagement/ Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Öffentlichkeitsarbeit
- Bundesteilhabegesetz
- Bedarfsanalyse der eigenen Organisation

Darauf aufbauend wird ein zweitägiger Praxisworkshop Organisationsentwicklung durchgeführt. Ziel ist die Bedarfsermittlung und Planung einer konkreten OE-Maßnahme in der eigenen Einrichtung. Der Praxistransfer wird zusätzlich durch Beratung, Coaching und Inhouse-Schulungen vor Ort unterstützt.

Das Förderprogramm des Europäischen Sozialfonds

Das Projekt wird aus dem ESF-Programm „rückenwind – Für die Beschäftigten und Unternehmen in der Sozialwirtschaft“ gefördert. Das Förderprogramm zur Personal- und Organisationsentwicklung in der gemeinnützigen Sozialwirtschaft verfolgt das Ziel, die Anpassungs- und Beschäftigungsfähigkeit von Fach- und Führungskräften in der Sozialwirtschaft sowie die Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen in den Einrichtungen, Diensten und Verbänden zu verbessern.

Weitere Informationen: www.potentiale-vernetzen-inklusion.de.

Mitteilung von:
Diakonisches Werk
Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz
Frank Rosenbach/Projektleitung
Tel: 030 - 82097114
rosenbach.f@dwbo.de
Sebastian Kukla
Projektmitarbeit Organisationsentwicklung
Tel: 030 - 82097305
kukla.s@dwbo.de

Lukas Suchthilfezentrum wurde zertifiziert

Das Lukas Suchthilfezentrum erhält eine erfolgreiche Zertifizierung für die Beratung und ambulante Behandlung von suchtkranken Menschen.

In der Einrichtung wurde ein Qualitätsmanagementsystem entwickelt und die Arbeit auf den Prüfstand gestellt. „Es ist ge-

„schafft!“, freut sich die Qualitätsbeauftragte im Lukas Suchthilfezentrum, Heike Harder, über die erfolgreiche Zertifizierung nach der DIN ISO.



©Barbara Grünberg
Frank Craemer, Leiter vom Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West mit Heike Harder, Dipl.-Psychologin, Qualitätsbeauftragte im Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West

„Der Einrichtung wurde durch die Zertifizierungsstelle CERT iQ GmbH eine hervorragende Arbeit bescheinigt“, so Frank Craemer, Leiter vom Lukas Suchthilfezentrum.

„Wir gewährleisten eine hohe Qualität der Arbeit und überprüfen diese fortlaufend. Ein anerkanntes und gelebtes Qualitätsmanagementsystem trägt viel dazu bei, dass unsere Arbeit stetig verbessert und mögliche Fehler vermieden werden. Das gibt den Suchtkranken, die zu uns kommen, den Mitarbeitenden, dem Träger und den Kostenträgern der Einrichtung ein hohes Maß an Sicherheit“, so Frank Craemer.

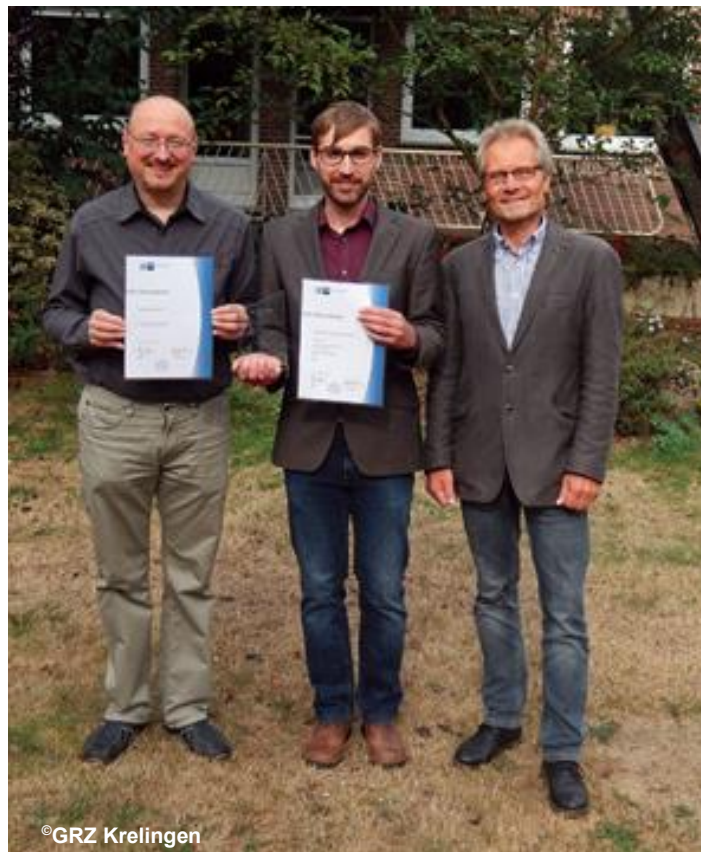
Begleitet wird das Qualitätsmanagement durch die Qualitätsbeauftragte unter Einbezug aller Mitarbeitenden. „Die Tätigkeit kostet einerseits Zeit. Wir erzielen dafür eine hohe Professionalität und erhalten viel Zufriedenheit in der Arbeit“, so Heike Harder. In einer Kaffeepause wurde die Zertifizierung mit einer besonderen Torte gefeiert.

Mitteilung von:
Lukas Suchthilfezentrum Hamburg-West
Tel: 040 - 970770
lukas.suchthilfezentrum@diakonie-hhsh.de
www.lukas-suchthilfezentrum.de

Ausgezeichnete Leistungen Auszubildende des Krelinger Reha-Zentrums erhalten Auszeichnung

Krelingen. Bereits zum wiederholten Mal wurden Auszubildende des Krelinger Reha-Zentrums für ihre Leistungen ausgezeichnet. Im Rahmen der Bestenennung der IHK Lüneburg-Wolfsburg erhielt Johannes Stehr, Auszubildender im Berufsfeld Bürokaufmann, eine Urkunde und einen Preis für herausragende Leistungen. Gleichzeitig wurde die Überbetriebliche Ausbildungsstätte (ÜBA) im Krelinger Reha-Zentrum für besondere Ausbildungsleistungen ausgezeichnet.

Zuvor durfte sich Marcel Kretzschmann, Auszubildender aus dem Berufsfeld Tischler (Holzwerkstatt Krelingen), über einen Geldpreis freuen. Sein Gesellenstück – ein massiver Couchtisch aus Eiche – wurde zusammen mit anderen Gesellenstücken in der Kreissparkasse Bad Fallingbostal ausgestellt und im Rahmen eines Wettbewerbs zur gelungensten Abschlussarbeit gewählt.



©GRZ Krelingen

Freuen sich über die Auszeichnungen: Ausbilder Thomas Bahnmüller, Auszubildender Johannes Stehr, ÜBA-Leiter Matthias Döbel

„Viele unserer Teilnehmenden zeigen ein hohes Maß an Leistungsbereitschaft und Motivation. Es ist für sie hilfreich, dass sie hier in Krelingen in Wohngemeinschaften leben und bei Problemen zeitnah mit Pädagogen und Therapeuten ins Gespräch kommen können. Dann haben sie den Kopf wieder frei für die Ausbildung“, hebt Matthias Döbel, Leiter der ÜBA, die Besonderheiten der begleiteten Ausbildung in Krelingen hervor.

Die Überbetriebliche Ausbildungsstätte im Krelinger Reha-Zentrum ist eine zertifizierte Einrichtung, die im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben anbietet. Rund 30 Frauen und Männer mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankung können in den Berufsfeldern Bürokaufmann/Bürokommunikation, Hauswirtschaft, Floristik und Tischler berufsvorbereitende und Ausbildungsmaßnahmen absolvieren.

Mitteilung von:
GRZ Krelingen
Tel: 05167 - 9700
info@grz-krelingen.de
www.grz-krelingen.de

Rolf Schmidt, Ehrenvorsitzender des Bundesverbands der Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe, erhielt das Verdienstkreuz Erster Klasse

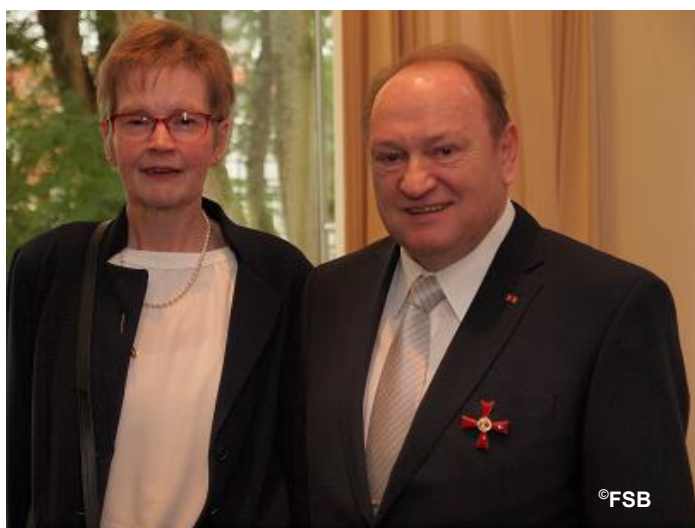
Auf Vorschlag von Hannelore Kraft, Ministerpräsidentin in NRW, wurde Rolf Schmidt aus Blomberg das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland am Freitag (21. Oktober 2016) in den Räumen der Bezirksregierung in Detmold überreicht.

Regierungspräsidentin Marianne Thomann-Stahl führte in ihrer Rede aus, dass Rolf Schmidt, dem bereits im April 2000 das Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland verliehen wurde, diese höhere Einstufung zugesprochen wurde, weil er auch über das Jahr 2000 hinaus weiterhin sehr intensiv für die Sucht-Selbsthilfe ehrenamtlich tätig war und ist.

Die Regierungspräsidentin führte aus, dass Rolf Schmidt bereits in 1981 eine Selbsthilfegruppe gegen Suchtgefahren in Blomberg gründete, die sich 1984 den Freundeskreisen für Suchtkrankenhilfe anschloss. Bis 2015 war er Vorsitzender des Freundeskreises. Schwerpunktmäßig lag ihm hier besonders die Arbeit mit jungen Menschen am Herzen. Mit dem Freundeskreis betrieb er über Jahre ein Jugendcafé in Blomberg, das 2004 auf Initiative von Rolf Schmidt in die Verantwortung der Drogenberatung überging.

Seit 1985 wirkte er im Landesverband Nordrhein-Westfalen mit. Von 1990 bis 2002 war er dort Vorsitzender. Seit 1988 war er Delegierter für den Bundesverband. Hier wurde er 1997 zum Vorsitzenden gewählt und seit 2012 ist er der Ehrenvorsitzende des Bundesverbands.

Seit 2006 ist er zudem Vorsitzender des Trägervereins von Gut Dörenhof, einer Einrichtung für chronisch mehrfach abhängige Menschen in Ostwestfalen-Lippe. Hier ist er gerade dabei, die Finanzierung für den Neubau eines Wohnheims sicherzustellen.



Ehepaar Rolf und Siegrid Schmidt

Rolf Schmidt stellte und stellt immer noch die Menschen in den Mittelpunkt seines Handelns. Den Menschen, die als Abhängige oder Familienmitglieder von einer Sucht betroffen sind, gab und gibt er eine Stimme.

Aus dieser Haltung heraus sind im Bundesverband sehr viele bedeutende Arbeitsschwerpunkte umgesetzt worden.

Hier nur einige Beispiele:

- Die Erarbeitung eines eigenen Leitbilds für die „Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe“.
- Die Entwicklung der Freundeskreisarbeit in Ostdeutschland. Er ist Mitbegründer des Landesverbands Sachsen.
- Drei Bundeskongresse fielen in seine Amtszeit, mit jeweils etwa 800 Teilnehmenden.
- Die Vertretung der Freundeskreise bei den Deutschen Evangelischen Kirchentagen und beim ersten Ökumenischen Kirchentag in Berlin.
- Die Beteiligung an Stellungnahmen in den Gremien der Suchthilfe.
- Er arbeitete bei der Durchführung von Projekten mit, die dem Verband auch heute noch ein besonderes Profil verleihen, z.B. „Kindern von Suchtkranken Halt geben“ und setzte sich ein für die
- Konzeption einer modernen Verbandszeitschrift. Das „Freundeskreis-Journal“ erfreut sich nach wie vor einer großen Akzeptanz.

Die Mitglieder des geschäftsführenden Vorstands und die Mitarbeiterinnen in der Geschäftsstelle des Bundesverbands gratulieren Rolf Schmidt sehr herzlich zu dieser Auszeichnung.

Mitteilung von:
Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe
Bundesverband e.V.
Tel: 0561 - 780413
mail@freundeskreise-sucht.de
www.freundeskreise-sucht.de

Das **GRZ Krelingen** ist ein freies Werk innerhalb der Ev.-Luth. Landeskirche Hannovers und Mitglied im Diakonischen Werk. Zu den Arbeitsbereichen gehören ein theologisches Studienzentrum, ein Freizeit- und Tagungszentrum sowie ein Reha-Zentrum für Menschen mit psychischen Erkrankungen und ggf. auch Suchthintergrund (Sozialtherapie und berufliche Rehabilitation). Für den Bereich Sozialtherapie suchen wir zum nächst möglichen Termin als Nachfolger/in des jetzigen Stelleninhabers eine

Leitung des Rehabilitationsbereichs Sozialtherapie/Eingliederungshilfe (inkl. Heimleitung)

(Dipl.Päd./Dipl.Soz.päd./Dipl.Soz.arb. o.ä.)

Das **Krelinger Reha-Zentrum** versteht sich als Netzwerk von miteinander kooperierenden Fachbereichen der Sozialtherapie (38 Plätze) und beruflichen Rehabilitation (30 Plätze).

Wir bieten:

Eine Vollzeitstelle in einer staatlich anerkannten Einrichtung • ein engagiertes Team • Fortbildung und Supervision • Vergütung in Anlehnung an AVR • Unterstützung bei der Wohnungssuche.

Wir erwarten:

Eine durch den Glauben an Jesus Christus motivierte Führungskraft mit kommunikativen, kooperativen und konzeptionellen Fähigkeiten (Weiterentwicklung der Arbeit nach BTHG). Erfahrungen in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen sowie im Umgang mit Behörden und Kooperationspartnern sind erwünscht. Die Mitgliedschaft in einer christlichen Kirche ist Voraussetzung.

Interessiert? Dann senden Sie Ihre Bewerbung an:

GRZ Krelingen e.V.
Personalabteilung
Krelingen 37 • 29664 Walsrode
Tel. 05167/970-141 • personal@grz-krelingen.de

GRZKRELINGEN
MENSCH SEIN - GOTT BEGEGNEN

www.grz-krelingen.de

Neu! Die App von blu:prevent Kostenlose Suchtpräventions-App für Jugendliche ab 22. November in den App-Stores




Ab dem 22. November steht die neu App von blu:prevent (Suchtpräventionsarbeit des Blauen Kreuzes in Deutschland) zum kostenlosen Download (für IOS und Android, Smartphones und Tablets) zur Verfügung.

Wir freuen uns sehr, dass wir nun das Ergebnis dieses intensiven viermonatigen Projekts präsentieren können. Mit der App ist die Hoffnung verbunden, das Thema „Sucht“ adäquat und modern in die Lebens- und Kommunikationswelt der Jugendlichen zu transportieren.

Im Folgenden soll die App ausführlich vorgestellt und gleichzeitig dafür geworben werden, dass sie an so viele Jugendliche wie möglich weiterempfohlen wird. Auf drei Dinge, die für Jugendliche sehr wichtig sind, wurde maßgeblich geachtet: Selbstwirksamkeit, Unterhaltungswert und Anonymität. Daher reicht die Bandbreite von sehr niederschweligen und einfach verständlichen Informationen/Inhalten bis hin zu konkreten Chat- und Beratungsangeboten. Für die Jugendlichen soll sie wie ein Coach sein, den man in der Tasche hat und bei Bedarf verwenden kann.

Die App ist so aufgebaut, dass sie permanent aufgefrischt und upgedatet werden kann. In den nächsten Monaten wird sie neue Tools/Features (Inhalte/Funktionen) bekommen und für weitere Projekte erweiterbar sein. Auch wird sie zweisprachig (deutsch und englisch) entwickelt, damit sowohl Jugendliche in Deutschland mit Migrationshintergrund als auch das internationale Publikum erreicht werden können. Finanziell wurde die Entwicklung der App von der DAK im großen Rahmen unterstützt.

<https://www.facebook.com/bluprevent/>



<https://www.youtube.com/channel/UCH35bbGHeSW6RIZdcmhv04g>



©Facebook
©YouTube

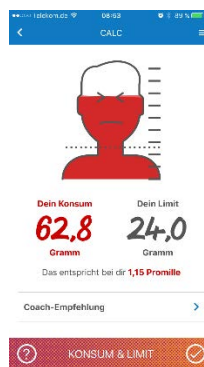
Nun aber hinein ins Vergnügen. Hier kommt eine Kurzvorstellung der Funktionen (Features):

CHECK

Nachdem der Benutzer (User) sein Alter und Geschlecht eingegeben hat, wird er im Bereich „CHECK“ durch 15 interessante Fragen rund um seine persönliche Situation, sein Befinden, Umfeld und Konsumverhalten geführt. Die Antworten können durch

unterschiedliche Symbole ausgewählt werden. Am Ende erstellt die App ein individuelles Profil, damit der User eine realistische Einschätzung bekommt. Mit dabei: eine Coach-Empfehlung, was als nächster Schritt empfohlen wird. Danach kann sich der User überlegen, ob er sich auf dem blu:prevent-YouTube-Channel Clips anschaut, die Homepage besucht, die Chatfunktion [HELP] nutzt oder in den Bereich FACTS wechselt, wo es weitere Informationen zur Sucht gibt.

CALC



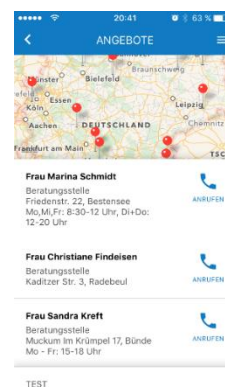
Um eine gesunde Einschätzung zu bekommen, wie viel reinen Alkohol man beim Konsum von alkoholischen Getränken aufnimmt, dient die Funktion „CALC“ (Abkürzung für Kalkulation). Auch hier spielt das Alter und Geschlecht eine wesentliche Rolle. Der Ansatz ist hier, den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol, Grenzen und Limits kennenzulernen und zu verstehen, wie der eigene Körper mit Alkohol umgeht. Nach einigen Angaben gibt es auch hier ein abschließendes Profil, welches dem User den eigenen Konsum widerspiegelt. Eine Promilleangabe wird auch angezeigt. Für das entsprechende Alter werden dann Empfehlungen weitergegeben.

FACTS

Bei „FACTS“ handelt es sich um eine Datenbank für viele Informationen rund um das Thema „Sucht“. Ähnlich wie auf einer Homepage kann der User unterschiedliche Fragen zu „Alkohol“, „Cannabis“, „Rauchen“, „Zocken“, „Porno“ und „Smartphone“ beantwortet bekommen. Bei den einzelnen Resorts handelt es sich anfänglich um jeweils 3-5 fünf Fragen. Zudem werden vorab zehn „Facts (Fakten) des Monats“ angezeigt, die auf unterhaltsame Art und Weise neue Entdeckungen versprechen. Diese werden ständig aktualisiert und monatlich per Push-Nachricht (das bedeutet, dass sie automatisch auf dem Display des Smartphones



erscheinen) ausgeworfen. Zusätzlich wird auf unsere Online-Angebote aufmerksam gemacht.



HELP

Bei „HELP“ darf es gerne persönlich werden. Hier wollen wir sehr stark von der Infrastruktur des Blauen Kreuzes und der großen Anzahl an qualifizierten Mitarbeitern und Einrichtungen profitieren. Der User kann zwischen drei Möglichkeiten wählen:

1. **CHAT:** Zu bestimmten Zeiten steht eine Auswahl von Mitarbeitern zur Verfügung, die Beratungen bei Chat (ähnlich wie beim Messenger WhatsApp) anbieten. Vorerst anonym, später auf Wunsch auch mit Kontaktdatenaustausch.

- KONTAKT:** Über eine Ortungsfunktion oder die Eingabe der PLZ kann der User Hilfeangebote des Blauen Kreuzes oder externer Partner/Anbieter finden. Dies betrifft: Jugendangebote, Selbsthilfeangebote für Jugendliche, Beratungsstellen, Kliniken usw. Auf einer Deutschlandkarte werden alle Kontaktstellen mit bunten Punkten angezeigt.
- NOTRUF:** Für ganz akute Situationen gibt es die Funktion des NOTRUFs. Hier sind unterschiedliche Hotlines und Beratungsangebote (auch E-Mail-Beratung) aufgelistet. Je nach Thema und Dringlichkeit.



Für die Zukunft gehen konkrete Planungen in die Richtung, eine App speziell für den Schulunterricht zu entwickeln und auch die Themenbereiche zu erweitern.

Natürlich möchten wir, dass so viele Jugendliche wie möglich diese App nutzen.

Unter der Email-Adresse zentrale@blaues-kreuz.de können dafür optisch ansprechende Flyer im „Smartphone-Look“ angefordert werden. Diese können in den Beratungsstellen, Schulen, Jugendclubs, Diskotheken, Kneipen, Kliniken, Behörden etc. ausgelegt werden. Wir brauchen jede Unterstützung!

Und nun viel Spaß mit der neuen App.



Mitteilung von:

Benjamin Becker

Koordinator blu:prevent

Blaukreuz-Referent für Suchtprevention

Tel: 0160 - 3802392

b.becker@blaues-kreuz.de

www.bluprevent.de

Blau Kreuz startet Kampagne

„Dein Leben. Dein Traum. Deine Entscheidung.“ lautet der Titel der Kampagne des Blauen Kreuzes in Deutschland, die am 15. November 2016 startet. Mit der Kampagne, die von der DAK-Gesundheit finanziert wird, möchte das Blaue Kreuz auf das Problem Sucht aufmerksam machen – und das direkt und ohne Samthandschuhe. Mit fünf Kurzfilmen, die sich um verschiedene Suchtmittel beziehungsweise Süchte drehen, möchte das Blaue Kreuz unterschiedliche Zielgruppen ansprechen und von Sucht betroffenen sowie suchtgefährdeten Menschen Mut machen, ihre Träume nicht zu vergessen und ihr Leben wieder selbst in die Hand zu nehmen, anstatt es von Sucht bestimmen zu lassen. Denn jeder Mensch hat die Wahl: Für oder gegen ein selbstbestimmtes Leben. Darüber hinaus möchte das Blaue Kreuz mit der Kampagne in der Öffentlichkeit auf sich aufmerksam machen. Großplakate in drei Städten Deutschlands (Berlin, München, Wuppertal) werden ab Dezember auf die Kampagne hinweisen.

Weitere Infos zu „Dein Leben. Dein Traum. Deine Entscheidung.“ gibt es auf der Kampagnen-Homepage: www.deine-entscheidung.com.

Videoclipserie von blu:prevent auf Youtube



Seit dem 1. August ist blu:prevent auf Youtube dabei mit einer eigenentwickelten Videoclip-Reihe. „Auf der Rückbank mit ...“ lautet der Aufhänger der Clips, in denen Jaan T. aus Kiel auf humorvolle Weise Teenagern und Jugendlichen unterschiedliche Themen rund um die Sucht näherbringt. Sechs Videoclips sind bereits fertig, einfach mal reinschauen und gerne liken oder teilen.

Zur Videoclipserie auf Youtube:

<https://www.youtube.com/channel/UCH35bbGHeSW6RIZdcmhv04g>.

Neuaufgabe des „Familienkalenders“ mit neuem Titel „Blaues Journal“

Der altbekannte und bewährte Familienkalender des Blauen Kreuzes in Deutschland wurde überarbeitet und erscheint im Herbst dieses Jahres erstmalig mit neuem Titel und verändertem Inhalt. Unter dem Titel „Blaues Journal“ möchte der Nachfolger des Familienkalenders inhaltliche Impulse fürs Jahr geben. Die anregenden Artikel zu Sucht-, Lebens- und Glaubenthemen wurden mit Impulsfragen und Notizseiten versehen, die der Leser für sich selbst nutzen kann, die aber auch gut als Arbeitsmittel in der Gruppenstunde einsetzbar sind. Nach wie vor beinhaltet das Blaue Journal ein Kalendarium für Termine, Rezepte für alkoholfreie Mixgetränke, einen Fragebogen, um das eigene Trinkverhalten zu hinterfragen, und weitere Infos rund ums Thema Sucht. Das Blaue Journal ist sowohl als Ringbuch als auch mit Klebebindung beim Blaukreuz-Verlag Lüdenscheid erhältlich.



Gebunden 6,95 €
Bestellnummer: 180600
als Ringbuch 9,95 €
Bestellnummer: 180660

Kontakt:

Blaukreuz-Verlag und
Versandbuchhandlung
Sonderfelderweg 15,
58513 Lüdenscheid
Tel: 02351 - 4324943

bkv@blaukreuz.de
www.blaukreuz.de

Mitteilung von:

Evelyn Fast

Blau Kreuz in Deutschland e. V.

Tel: 0202 - 6200342

redaktion@blaues-kreuz.de

www.blaues-kreuz.de

Veranstaltungen

12. Berliner Suchtgespräch „Wir brauchen alle an Bord!“

Datum: 24.11.2016

Ort: Berlin

Weiterbildung „Motivational Interviewing“

Datum: 20./21.02.2017 und 08.05.2017

Ort: Berlin

Weiterbildung „Motivational Interviewing für Fortgeschrittene“

Datum: 16./17.10.2017

Ort: Berlin

GVS Weiterbildungen zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten

Verhaltenstherapeutisch:

Gruppe 72/VT: Start: 28.11.2016, München

Gruppe 73/VT: Start: 28.11.2016, Berlin

Psychoanalytisch:

Gruppe 28/BLN: Start: 05.12.2016, Berlin

Informationen und Anmeldung:

GVS Fort- und Weiterbildung

Kerstin Thorith und Corinna Mäder-Linke

Tel. 030 - 83001-503 / Fax 030 - 83001-505

thorith@sucht.org

corinna.maeder-linke@sucht.org

www.suchttherapeut.sucht.org

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!

Evangelische Suchtkrankenhilfe Mecklenburg-Vorpommern gGmbH

Wir vereinen in unserer Trägerschaft 15 Einrichtungen aus verschiedensten Bereichen der Suchtarbeit in Mecklenburg-Vorpommern.

Für die Einrichtungsleitung und soziale Betreuung unserer Klienten in unserem Haus „SAMARITAS“ Stralsund suchen wir zum 01.11.2016, einen

Einrichtungsleiter (m/w) mit Erfahrungen / Qualifikationen in der Sozialarbeit

Im Haus „SAMARITAS“ werden 22 Klienten (m/w) stationär betreut. Wir bieten suchtmittelabhängigen Frauen und Männern ein breit gefächertes sozialtherapeutisches Angebot an.

Ihre aussagekräftige und vollständige Bewerbung mit Angabe Ihrer Gehaltsvorstellungen und des möglichen Dienstbeginns richten Sie bitte (gern auch per Mail) an die:

Evangelische Suchtkrankenhilfe MV gGmbH
z.Hd. Frau Kuphal / Frau Sparr
Körnerstraße 7, 19055 Schwerin
Tel.: 0385 / 5006 177 - Email: k.sparr@suchthilfe-mv.de - www.suchthilfe-mv.de



Suchtberatung für suchtkranke Eltern zur Förderung des Kindeswohls

EIN LEITFADEN | Überarbeitete Neuauflage, Oktober 2014

BESTELLUNGEN über gvs@sucht.org (Schutzgebühr 5,- € zzgl. Versand)



Serrahner Diakoniewerk gemeinnützige GmbH

Wir sind eine Rehabilitationsklinik, primär für alkoholabhängige Patienten, auch mit Gebrauch von illegalen Drogen. Ein Großteil der Patienten leidet unter zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen. Die Klinik hat 36 Betten und liegt im landschaftlich reizvollen Mecklenburg-Vorpommern. Die Universitätsstadt Rostock ist 50 km entfernt. Das Serrahner Diakoniewerk (SDW) bildet die gesamte Therapiekette ab. Die Behandlung ist psychiatrisch-verhaltenstherapeutisch ausgerichtet.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt zur Übernahme der Bezugstherapeutenfunktion

einen approbierten **PSYCHOLOGISCHEN PSYCHOTHERAPEUTEN (m/w)** oder

einen **PSYCHOLOGEN (m/w)** bzw. **SOZIALARBEITER/SOZIALPÄDAGOGEN (m/w)**

mit anerkannter suchtttherapeutischer Zusatzqualifikation.

Die Vergütung erfolgt entsprechend AVR und beinhaltet eine Zusatz-Altersversorgung.

Wenn Sie Einsatzbereitschaft und Teamfähigkeit mitbringen und gewillt sind, auch Ihnen bisher unbekannte Aufgaben zu übernehmen, dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung - gerne auch per E-Mail - an:

Serrahner Diakoniewerk gGmbH

Geschäftsführer Peter Grosch

Am Pfarrhof 1

18292 Kuchelmiß/Serrahn

Tel. 038456-62515

E-Mail: info@serrahner-dw.de

www.rehaklinik-serrahn.de

Die Neue Rhön Fachklinik für Suchterkrankungen ist zum 1. Januar 2016 aus dem Zusammenschluss zweier renommierter Fachkliniken im Landkreis Fulda entstanden. Sie liegt im landschaftlich reizvollen Umfeld am Rande des Biosphärenreservats der Rhön in unmittelbarer Nähe zu Burghaun und Hünfeld sowie in 15 Autominuten von Fulda entfernt. Sie führt Suchtrehabilitation in der Regel über einen Zeitraum von 12-15 Wochen bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit, Cannabisabhängigkeit und Beigebrauch von Drogen durch. Der Anteil an Patientinnen und Patienten mit komorbiden psychischen Störungen ist hoch, insbesondere bei den Patientinnen haben wir eine jahrzehntelange Erfahrung in der Behandlung von Frauen mit Traumatisierungen und den entsprechenden Folgeerkrankungen.



Die Klinik verfügt derzeit über 55 Plätze mit geschlechtsspezifischen Therapieangeboten. Paarbehandlungen und die Mitnahme von Kindern sind möglich. Eine Kindertagesstätte betreiben wir in Kooperation mit einem Jugendhilfeträger auf dem eigenen Gelände. Die Erweiterung der Fachklinik auf 80 Plätze ist innerhalb der kommenden zwei Jahre geplant, ebenso der Ausbau unserer Fachambulanz und weiterer ergänzender Angebote.

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt suchen wir zur Unterstützung und Weiterentwicklung unserer Arbeit

eine/n Psychologische/n Psychotherapeuten/in

(approbiert oder in Weiterbildung)

in Vollzeit.

Für die Stelle ist die Erfahrung im Umgang mit suchtmittelabhängigen Menschen oder die Bereitschaft sich darin einzuarbeiten, notwendig.

Das Aufgabenfeld umfasst insbesondere klinisch-psychologische Testdiagnostik, psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche sowie suchtspezifische Gruppenangebote.

Die Stelle ist angemessen und leistungsorientiert dotiert, eine zusätzliche Altersversorgung und eine Unterstützung bei Fort- und Weiterbildungen sagen wir Ihnen ebenso zu wie die Unterstützung bei der Wohnraumsuche.

Wenn Sie die Ausschreibung anspricht und Sie sich vorstellen können mit uns zusammen zu arbeiten, freuen wir uns auf Ihre aussagefähige Bewerbung.

Bitte richten Sie Ihre aussagekräftige Bewerbung an den Ltd. Psychologen der Fachklinik „Neue Rhön“, 36149 Burghaun, gerne auch per Mail: t.spieckermann@neue-rhoen.de. Für Rückfragen steht dieser Ihnen auch telefonisch unter der Rufnummer 06652/991-235 zur Verfügung.