



KLINIKUM OBERBERG

Psychosomatische Klinik
Bergisch Gladbach

KONZEPT

Besondere Wohnform der Eingliederungshilfe

„Haus Am Birkenbusch“

für Comorbide Drogenabhängige Menschen



Am Birkenbusch 67, 51469 Bergisch Gladbach

Tel. 02202 / 956780 | Fax 02202 / 9567822

alexander.weiss@klinikum-oberberg.de

Internet: <https://www.klinikum-oberberg.de/standorte/psk-psychosomatische-klinik-bergisch-land/behandlung/soziotherapeutisches-wohnheim>

Verfasser:

Alexander Weiss
Fachgesundheits- und
Krankenpfleger für Psychiatrische
Pflege / Stellv. Einrichtungsleitung

Melanie Barndt
Gesundheits- und
Krankenpflegerin /
Praxisanleiterin

Susanne Bernsdorff
Gesundheits- und
Krankenpflegerin

Erstellt: 07.02.2023

Zuletzt Aktualisiert. 07.03.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	4
1.1. Sucht in NRW	4
1.2. Spezifische Situation der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach	4
1.3. Die Soziotherapeutische Einrichtung als Bestandteil des Hilfesystems im Rheinisch- Bergischen Kreis / Vernetzung und Kooperation.....	5
2. Organisatorische Rahmenbedingungen	6
2.1. Was bedeutet besondere Wohnform?.....	6
2.2. Träger der Einrichtung.....	6
2.3 Gesetzliche Grundlagen.....	7
2.3. Personal	7
2.3.1. Stellenschlüssel.....	8
2.3.2. Dienstzeiten Betreuungspersonal	8
2.3.3. Personalauswahl und Qualifikation.....	9
2.3.4. Klärung personeller Zuständigkeiten.....	10
2.4. Platzzahl.....	15
2.5. Gebäudekriterien und Räumlichkeiten	15
3. Zielgruppen.....	16
3.1. Beschreibung der Zielgruppen.....	16
3.2. Motivation für das Leben in der Einrichtung.....	16
3.2.1. Aufnahmekriterien und Aufnahmeverfahren.....	17
3.2.2. Ausschlusskriterien.....	18
4. Grundlagen unserer soziotherapeutische Arbeit	19
4.1. Definition Soziotherapie	19
4.2. Unser Leitbild.....	19
4.3. Definition Bezugspflege.....	20
4.4. Abhängigkeitsverständnis versus Substitution.....	21
5. Ziele	22
5.1. Persönliche Entwicklung.....	22
6. Angebote und Leistungen.....	23
6.1. Soziotherapeutisches Angebot.....	23
6.2. Das Drei-Phasen-Modell	26
6.3. Notfallversorgung (1. Hilfe + Notarzt etc.)	29
6.4. Suchtmittelkontrollen.....	29
6.5. Rückfallgeschehen	30

6.6.	Krisenintervention	31
6.7.	Medizinische Versorgung und Gesundheitsfürsorge	32
6.8.	Auszugsprocedere	32
7.	Qualitätssicherung.....	33
7.1.	Konzepte.....	33
7.2.	Evaluation	33
7.2.1.	Heimbeirat.....	34
8.	Fortschreibung des Konzepts	35
	Literaturverzeichnis	35

1. Ausgangslage

1.1. Sucht in NRW

Sucht ist eine chronische Krankheit mit gravierenden gesundheitlichen und sozialen Folgen für die Suchtkranken selbst aber auch ihr unmittelbares Umfeld.

Sucht ist ein gesamtgesellschaftliches Problem. In NRW gibt es mehr als 4 Millionen Suchtkranke, mehr als 600.000 Menschen weisen einen problematischen Konsum mit illegalen Drogen auf. Die Zahl der Drogentoten stieg zuletzt wieder an. 2021 starben statistisch 3,9 Menschen je 100.000 Einwohnern am Konsum.

Ein wichtiger Baustein des Hilfesystems ist die Substitutionsbehandlung, in NRW gibt es mittlerweile die höchste Dichte an Substitutionspatienten mit 145 pro 100.000 Einwohnern.

Viele Faktoren bestimmen dabei die Entstehung und den Verlauf der Abhängigkeitserkrankung. Daher braucht es vielfältige Ansätze im Hilfesystem.

Für Drogenabhängige, welche aufgrund weiterer psychiatrischer Störungen und/ oder chronischer Mehrfachschädigung einer länger dauernden stationären und betreuten Wohnform bedürfen, wurde am 1.8.2009 die Soziotherapeutische Einrichtung der Psychosomatischen Klinik in Bergisch Gladbach eröffnet.

1.2. Spezifische Situation der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach

Die PSK selbst wurde bereits 1980 gegründet und in Betrieb genommen. Sie hat bis heute eine ungewöhnliche Entwicklung durchlaufen: von der überregional ausgerichteten psychiatrischen Fachklinik zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter hin zu einer suchtpsychiatrischen Klinik mit Versorgungspflicht für alle Abhängigkeitserkrankten der Region einschließlich umfangreicher Behandlungs- und Betreuungsangebote, ambulanter Substitutionsbehandlung sowie komplementärer Hilfsangebote für die von sowohl Sucht als auch allgemeinpsychiatrischen und somatischen Problemen belasteten Patienten.

So bietet die PSK heute:

- 3 Akutstationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger mit insgesamt 51 Betten
- 1 Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger inkl. einer adaptiven Phase mit insgesamt 40 Betten
- 1 Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger mit 40 Betten
- 1 Institutsambulanz
- Einen komplementären Bereich bestehend aus aufsuchendem betreutem Wohnen für Abhängigkeitserkrankte einschließlich comorbider Störungen aus dem Rheinisch- Bergischen Kreis und für Betroffene aus dem Raum Köln, eine Hausgemeinschaft „Haus am Hömel“ in Engelskirchen für Suchtpatienten mit Unterstützungsbedarf im Sinne des aufsuchenden betreuten Wohnens
- 1 Soziotherapeutisches Wohnheim mit 24 Plätzen in Bergisch Gladbach

Im Rahmen des Neubaus (Baustart 2023) wird außerdem eine Alkoholentwöhnungsstation aufgebaut und in das vorhandene Angebot implementiert. So soll die bestehende Versorgungslücke für Alkoholabhängige geschlossen werden.

Die PSK startete mit einer Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger (A- Abteilung).

1981 eröffnete eine zweite Station zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger (D- Abteilung).

Schnell wurde die PSK fester Bestandteil des regionalen Hilfesystems.

1986 startete das Modellprojekt „L- Polamidonsubstitution“ in NRW (bis 1993).

1990 eröffnete die erste Station zur qualifizierten Entzugsbehandlung Drogenabhängiger, zunächst auch als Modellprojekt.

1994 und 1995 konnten zwei weitere Stationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger ihre Arbeit aufnehmen. Damit verbunden war die Übernahme der psychiatrischen Versorgungspflicht für Drogenabhängige aus Bergisch Gladbach, dem Rheinisch- Bergischen Kreis (ohne Burscheid und Leichlingen) sowie der Kölner Stadtteile Nippes und Mühlheim.

Der neue Ansatz der qualifizierten Akut- bzw. Entzugsbehandlung statt bloßer Entgiftung setzte sich als neuer Behandlungsstandard durch und wurde schließlich 1999 auch im Landesprogramm gegen Sucht verankert.

Dieses basiert auf dem Grundgedanken, eine umfangreiche Vernetzung anzubieten, also eine niederschwellige Möglichkeit der Direktaufnahme ohne längere Voranmeldung sowie den nahtlosen Wechsel in eine Anschlussbehandlung zu ermöglichen.

1.3. Die Soziotherapeutische Einrichtung als Bestandteil des Hilfesystems im Rheinisch-Bergischen Kreis / Vernetzung und Kooperation

Die Entwicklung der PSK und damit auch unserer Einrichtung fand stets unter drei Prämissen statt.

1. Hilfe zur Selbsthilfe beginnend von der Überlebenssicherung als wichtigstem Behandlungsziel überhaupt
2. So viel Integration wie möglich und so viel störungsspezifische Angebote wie nötig
3. Aktive konstruktive Kooperation mit allen Akteuren im Hilfesystem, um Schnittstellen zu erleichtern, Übergänge offener zu gestalten, Versorgungslücken und neue Bedarfe zu erkennen und zu deren Überwindung aktiv beizutragen.

Wir arbeiten daher intensiv mit allen Institutionen des regionalen Verbundsystems in Köln und dem Rheinisch- Bergischen Kreis zusammen.

Dazu zählen die Kontakte zu Haus- und Fachärzten, zu substituierenden Ärzten und Krankenhäusern vor Ort, der nahe gelegenen Schloss- Apotheke ebenso wie die Zusammenarbeit mit der PSK und der Institutsambulanz.

Es bestehen außerdem Verbindungen zur Suchtberatung der Caritas, zur Kette e.V. und zur Platte e.V.

Um uns als Einrichtung in diesem Hilfesystem auch zukünftig professionell und verlässlich einbringen zu können, bieten wir uns als Ausbildungsstätte für SchülerInnen der Krankenpflege an. Hierzu arbeiten wir eng mit dem Gesundheits- und Bildungszentrum Oberberg, der Krankenpflegeschule Bensberg sowie der Louise von Marillac- Schule zusammen.

2. Organisatorische Rahmenbedingungen

2.1. Was bedeutet besondere Wohnform?

Das Soziotherapeutische Wohnheim Am Birkenbusch ist eine besondere Wohnform der Eingliederungshilfe.

Die besondere Wohnform ist im neuen Eingliederungshilferecht der Begriff für die ehemalige stationäre Wohnhilfe (ganz früher auch „Wohnheim“). Hier gibt es in der Regel eine umfassende Versorgung aus Assistenzleistungen, Verpflegung und hauswirtschaftlichen Hilfen. Im neuen Eingliederungshilferecht sind Fach- und sogenannte existenzsichernde Leistungen getrennt. Die Fachleistungen sind alle Hilfen, die vom Personal der besonderen Wohnform geleistet werden. Existenzsichernde Leistungen sind Geldleistungen, die ein Mensch ohne oder mit nicht ausreichendem eigenen Einkommen benötigt, um damit seinen Lebensunterhalt sicherzustellen. Das sind insbesondere die Grundsicherungsleistungen.

Um einen Platz in einer besonderen Wohnform zu nutzen, benötigt der Mensch mit Behinderung über die Fachleistung einen Leistungsbescheid vom Träger der Eingliederungshilfe. In dem Wohn- und Betreuungsvertrag zu dem Platz sind alle Leistungen beschrieben, die in der besonderen Wohnform zum Tragen kommen. In der Regel handelt es sich hier um die Wohnraumkosten, ein Verpflegungsangebot und ggf. hauswirtschaftliche Zusatzleistungen (z.B. Wäscheservice). Diese Bestandteile zahlt der Mensch mit Behinderung aus seinem Geld bzw. aus seinen existenzsichernden Leistungen (z.B. Grundsicherung).

[\(https://www.lwl-wohnverbund-dortmund.de/de/fuer-nutzer-angehoerige-gesetzl-betreuer/leistungen-der-sozialen-teilhabe/wohnen-betreuung-einer-besonderen-wohnform/\)](https://www.lwl-wohnverbund-dortmund.de/de/fuer-nutzer-angehoerige-gesetzl-betreuer/leistungen-der-sozialen-teilhabe/wohnen-betreuung-einer-besonderen-wohnform/)

2.2. Träger der Einrichtung

Seit dem 1.1.2020 gibt es aufgrund der Umgestaltungen im Bundesteilhabegesetz für Menschen mit Behinderung viele Veränderungen. Wer bis dahin Hilfe benötigte, hat sie häufig von einer Stelle erhalten. In NRW ist dies in der Regel einer der beiden Landschaftsverbände (Westfalen-Lippe =LWL oder Rheinland = LVR).

Ziel dieser Änderungen ist es, den Betroffenen mehr Selbstständigkeit zu ermöglichen. Man unterscheidet nun zwischen:

- a) der Unterstützung, die eine Person wegen ihrer Behinderung braucht wie zum Beispiel eine persönliche Assistenz. Hierfür erhält die Person Eingliederungshilfe. Für die Hilfe ist weiter der LWL oder LVR zuständig,
- b) der Unterstützung zum Lebensunterhalt für eine Person wie zum Beispiel zum Essen, Wohnen und für Kleidung. Das Sozialamt der Stadt leistet hierfür Unterstützung als Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt.
- c) oder - wenn nur wenig Hilfe für die Miete benötigt wird - hilft die Wohngeldstelle mit einem Zuschuss.

In Nordrhein-Westfalen bedeutet dies, dass unterschiedliche Stellen über die einzelnen Hilfen entscheiden. Wie hoch die Leistung ist, hängt davon ab, wie viel eigenes Geld eine Person jeden Monat zur Verfügung hat. Manchmal erhält man dann auch nur eine der Hilfen oder nur wenig Hilfe. Weil verschiedene Leistungs-Träger für eine Person zuständig sind, sollen sie in Zukunft eng zusammen arbeiten. Alle Leistungsträger besprechen gemeinsam, welche Unterstützung eine Person braucht. Das ist das Teilhabe-Plan-Verfahren.

Man unterscheidet für Menschen mit Behinderungen nicht mehr zwischen ambulanten und stationären Wohnangeboten. Welche Unterstützung eine Person bekommt, hängt dann von ihrem Bedarf ab.

Für die Unterstützung zum Lebensunterhalt (SGB XII-Leistungen) ist das Sozialamt am Wohnort vor Einzug in die Einrichtung/ Wohnform (gewöhnlichen Aufenthalt vor Einzug) zuständig.

Für die Beantragung von Wohngeld ist die Wohngeldstelle am aktuellen Aufenthaltsort zuständig.

(https://www.kreis-re.de/inhalte/buergerservice/soziales_und_familie/sgb_xii_leistung_in_besonderen_wohnformen/index.asp)

2.3 Gesetzliche Grundlagen

Eine wichtige gesetzliche Grundlage unserer täglichen Arbeit ist das Sozialgesetzbuch, da das Bundesteilhabegesetz 2016 in den neuen Teil 2 des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX) überführt wurde.

Weitere gesetzliche Grundlagen bilden u.a. das Heimgesetz, die Heimmitwirkungsverordnung sowie die BUB- Richtlinien zur Substitution.

2.3. Personal

Das Multiprofessionelle Team besteht aus einem fachlich qualifizierten, interdisziplinären Team mit Sozialarbeitern/Sozialpädagogen, Ergotherapeuten, Gesundheits- und Krankenpflegekräften, Mitarbeitern der Hauswirtschaft, Assistenzkräften, Genesungsbegleitern, Sporttherapeuten und Kunsttherapeuten, sowie Aushilfskräften im Rahmen der Nachtwachen, die eine 24-stündige Betreuung gewährleisten. Eine durchgängige Betreuung ausschließlich durch Fachpersonal ist insbesondere nachts, als auch am Wochenende ist nicht zwingend erforderlich, da zum einen

eine enge Zusammenarbeit mit der Institutsambulanz der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, den selbst gewählten Hausärzten und den niedergelassenen Fachärzten besteht und für Notfälle der diensthabende Arzt der PSK zur Verfügung steht. Hierdurch ist auch die ärztliche Versorgung stets sichergestellt. Alle hier eingesetzten Mitarbeiter wurden im Rahmen des Einarbeitungskonzeptes systematisch und zielgerichtet eingearbeitet, sodass auf die konkreten Betreuungsbedarfe individuell eingegangen werden kann.

2.3.1. Stellenschlüssel

• Suchtberaterin	1,0
• Genesungsbegleiter	0,75
• Gesundheits- und Krankenpfleger	
• (mit psychiatrischer Erfahrung)	3,75
• Sozialarbeiter / Sozialpädagoge	1,78
• Sporttherapeut	0,5
• Arbeits- und Beschäftigungstherapeut	0,8
• Kunsttherapeut	0,25
• Mitarbeiterin der Hauswirtschaft	1,0
• Aushilfen (sog. Nachtwachen)	
• (Nacht- und Wochenenddienst)	2,5

2.3.2. Dienstzeiten Betreuungspersonal

Neben den gesetzlichen Grundlagen richten sich unsere gültige Arbeitszeitregelung und die Handhabung des Dienstplanes nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Klinikum Oberbergs. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit beträgt bei einer Vollzeitstelle 37,7 Stunden. Die Dienstzeiten sind auf verschiedene Dienste verteilt: Frühdienst, variabler Dienst, Spätdienst und Wochenenddienst.

Die Betreuung der Bewohner wird werktäglich durch hauptamtliche Mitarbeiter (Kernteam) über Früh- und Spätdienste von 7:30 Uhr bis 20:30 Uhr sichergestellt. Von 20:00 Uhr bis 08:00 Uhr übernehmen stud. Aushilfen/Nachtwachen die Betreuung. Hierbei befindet sich der Mitarbeiter Vorort ab 0:30 Uhr bis 06:30 Uhr in einer Schlafbereitschaft. Die gesamte Zeit über befindet sich die „Nachtbereitschaft“ im Gebäude der Einrichtung, sodass den Bewohner*Innen im Bedarfsfall auch nachts ein Ansprechpartner zur Verfügung steht.

- Frühdienst: 07:30 – 15:45
- Variable Dienste: 08:00 – 16:15
08:30 – 16:45
- Zwischendienst: 10:00 – 18:15
- Spätdienst: 12:15 – 20:30
- Wochenenddienst: 08:30 – 14:00
- Nachtdienst: 20:30 – 08:00 (0:30 – 6:30 Schlafbereitschaft)
- Mögliche Rufbereitschaft: 10:00 -18:00 (Eintreffen Vorort nach spätestens 60 Minuten)

Samstags unterstützt von 08:30 Uhr bis 14:00 Uhr ein hauptamtlicher Mitarbeiter die Aushilfen/Nachtwachen welche an Wochenenden die Betreuung gewährleisten, um Freizeitangebote schaffen zu können. Die stud. Aushilfen decken dabei die Betreuungszeiten von 08:30 Uhr bis 20:15 Uhr ab.

Zudem steht für die beschriebenen Zeiträume jederzeit ein ärztlicher Bereitschaftsdienst der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach für Rückfragen zur Verfügung.

Im Notfall wird mit der Heimleitung der Einrichtung telefonisch Rücksprache gehalten. Ein solcher Notfall wird dann nachträglich im Dienstplanprogramm dokumentiert.

Besondere Hochrisikotage, wie Weihnachten und Silvester stellen für die Bewohner*Innen der Einrichtung oft eine besondere Herausforderung dar. Hierzu steht zusätzlich eine Rufbereitschaft zur Verfügung.

Ständige Rufbereitschaften sind aber in der Regel nicht erforderlich, da im Regelfall kein solch konkreter Betreuungsbedarf besteht.

Sollte sich im Vorfeld beispielweise eine Krise abzeichnen, so kann eine Rufbereitschaft aus dem Kernteam für diese Krisenzeiträume installiert werden. Zusätzlich besteht jederzeit die Möglichkeit den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Rufdienst AVD) der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach hinzuziehen.

Die fachliche Kooperation erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach und regionalen psychosozialen und Suchthilfeinstitutionen (Beratungsstellen, Bewährungshilfe etc.). Für Fallkonferenzen und Supervisionen stehen die Fachärzte (Chefarzt, Oberärzte) der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach und insbesondere die Mitarbeiter der Institutsambulanz zur Verfügung. Kontinuierliche Supervisionen durch einen externen Supervisor finden monatlich statt.

2.3.3. Personalauswahl und Qualifikation

Die mit dem Kostenträger vereinbarten Qualifikationen ermöglichen ein effizientes multiprofessionelles Team aus den Berufsgruppen u.a. Dipl. Sozialarbeiter*innen, Sozialarbeiter*innen B.A., Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Fachgesundheits- und Krankenpfleger*innen für Psychiatrische Pflege, Ergotherapeut*innen, Mitarbeiter*innen der Hauswirtschaft, Genesungsbegleiter*innen, Sporttherapeut*innen, Kunsttherapeut*innen. Darüber hinaus werden Assistenzkräfte und stud. Aushilfen vorgehalten.

Bei der eingesetzten Assistenzkraft handelt es sich um eine Mitarbeiterin, die eine Ausbildung zur Zahnmedizinischen Fachangestellten besitzt und eine Fort- und Weiterbildung zur Suchtbegleiterin absolviert.

Alle aktuell hier arbeitende stud. Aushilfen haben durch eine geringe Personalfuktuation einen hohen Erfahrungsschatz in der Arbeit mit dem hier lebenden Klientel. Diese Mitarbeiter besitzen alle entweder eine Ausbildung oder auch ein Studium aus dem pflegerischen, medizinischen, pädagogischen oder sozialem Bereich (Gesundheits- und Krankenpfleger, Sozialarbeit, Medizinstudenten, Sonderpädagogen), oder absolvieren dies derzeit.

Die Mitarbeiterin der Hauswirtschaft verfügt neben ihrer jahrelangen Erfahrung in diesem Bereich über eine Ausbildung als Medizinische Fachangestellte und hat zusätzlich verschiedenste Fort-

und Weiterbildungen im Bereich der Ernährung und Hygiene absolviert. Außerdem steht ihr innerhalb der hiesigen Klinik, der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach eine Mitarbeiterin mit der entsprechenden beruflichen Qualifikation (Staatlich geprüfte Hauswirtschaftsleiterin) beratend zur Seite.

Sekretariats- und Büroarbeiten werden durch die Mitarbeiter*innen des Sozialdienstes sowie des Pflegedienstes übernommen.

Die Einrichtungsleitungen weisen Qualifikationen gemäß fachlichen bzw. gesetzlichen sowie persönlichen Anforderungen auf.

Die Personalauswahl erfolgt nach den gesetzlichen und fachlichen Anforderungen zur Einhaltung der Mindestfachquote nach §21 WTG sowie einer Erstellung eines Anforderungsprofils für die jeweils ausgeschriebene Stelle.

Die konkrete Auswahl erfolgt im Rahmen eines Bewerbungsverfahrens. Die entsprechenden Stellenausschreibungen werden auf den Internetseiten des Klinikum Oberberg geschaltet, gleichzeitig kostenpflichtig auch auf der Internet Plattform Indeed, von wo aus weitere Anbieter die Stellenausschreibung spiegeln. Im Rahmen des Bewerbungsverfahrens werden Lebensläufe, Zeugnisse, Examen bzw. Nachweise zum Führen der Berufsbezeichnung eingereicht und durch die Einrichtungsleitungen geprüft. Daraufhin erfolgt das persönliche Gespräch in der Einrichtung. Dieses Gespräch ist speziell anhand eines Leitfadens auf die zu besetzende Stelle zugeschnitten. Im Einzelfall ergibt sich hieraus eine Hospitation. Infolge des persönlichen Gesprächs sowie ggf. einer Hospitation erfolgt die Personalentscheidung.

Im Rahmen der jährlichen Fort- und Weiterbildungen sind folgende Inhalte für jeden Mitarbeiter in verschiedenen Abständen verpflichtend: Arbeitsschutz, Brandschutz, Hygiene, Herz-Lungen-Wiederbelebung sind jährlich zu absolvieren. Für Mitarbeiter des Pflegedienstes gehört zusätzlich eine jährliche Schulung über den sachgerechten Umgang mit Arzneimitteln und deren Lagerung durch die Vertragsapotheker zur jährlichen Pflichtfortbildung.

Darüber hinaus besteht die verpflichtende Teilnahme aller Mitarbeiter an mindestens einer deeskalierenden Fortbildung wie zum Beispiel:

- Motivational Interviewing (Grundmodul / Grundschulung, sowie Auffrischung alle 4 Jahre)
- Deeskalierenden Gesprächstechniken (Alle 3 Jahre)
- Deeskalationstraining (Alle 3 Jahre)
- Gewaltprävention (Alle 3 Jahre)
- Ggf. Fixierungsfortbildung
- Ggf. Fortbildung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen
- Safewards

2.3.4. Klärung personeller Zuständigkeiten

Einrichtungsleitung

- Setzt sich aktuell aus den Berufsgruppen Sozialdienst und Gesundheits- und Krankenpflege zusammen
- Aufnahme-, Belegungs- und Entlass Management
- Einstellung, Führung und Motivation der Mitarbeiter
- Erstellung und Überwachung der Dienst- und Urlaubspläne

- Förderung aller Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und –Sicherung in allen Bereichen der Einrichtung – Erstellung und Fortschreibung von Konzepten bzw. vorhandener Konzepte
- Koordination des gesamten kaufmännischen Bereichs der Einrichtung inklusive Bargeldkassenführung und Abrechnung
- Administration und Organisatorische Tätigkeiten
- Netzwerkarbeit und Repräsentation (Arbeitskreis Akut der PSK, PSAG Sucht, GPV im Rheinisch Bergischen Kreis)
- Verhandlungen und Repräsentation mit den Leistungsträgern (LVR/LWL)
- Enger Austausch und Repräsentation, sowie Verantwortung der Einrichtung gegenüber Aufsichtsbehörden wie der WTG-Behörde, Ordnungsamt (persönliche Haftung)
- Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG)
- Unterstützung der übrigen Berufsgruppen im Bedarfsfall (Medikamentöse Versorgung; Milieugestaltung, Krisen- und Rückfallgespräche, Suchtmittelkontrollen, Unterstützung in der Aufrechterhaltung der Tagesstruktur)
- Leitung der Heimbeiratssitzungen
- Leitung der Großgruppe
- Erstellung von Hilfeplänen (BEI_NRW)
- Sozialraumöffnung
- Bezugspflege
- Enge Zusammenarbeit mit Controlling, Immobilienmanagement, Geschäftsführung, Personalabteilung, Finanzbuchabteilung des Klinikum Oberbergs
- Enge Zusammenarbeit mit Chefärztin/Ärztliche Direktorin der PSK
- Enge Zusammenarbeit und ggf. Vertretung mit der Bereichsleitung der PSK

(Fach-)Gesundheits- und Krankenpfleger (für psychiatrische Pflege):

- Medikamentöse Versorgung
- Ausgabe BTM
- Kontrolle BTM
- Ärztlich-medizinische Begleitung (Krankenhäuser, Fachärzte, Hausärzte, Apotheken, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapeuten etc.)
- Vitalzeichenkontrolle
- Suchtmittelkontrollen (Urinkontrollen, Atemalkoholkontrolle)
- Wundversorgung
- Psychosoziale Betreuung
- Gruppenleitung (Gesprächsgruppen, SKT, Erlebnisgruppe, WGV, Großgruppe, Backgruppe, Pressegruppe, Heimbeirat etc.)
- Bezugspflege
- Unterstützung in der Aufrechterhaltung der Tagesstruktur (Einkaufstraining, Kochtraining, Reinigungs- und Hausdienste etc.)
- Gesundheitsprävention
- Unterstützung bei der aktiven Freizeitgestaltung
- Erstellung von Hilfeplänen (BEI_NRW)
- Praxisanleitung der Auszubildenden
- Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Aufnahmemanagement
- Bewohnerbeobachtung

- Wohngruppenverantwortlichkeit
- Milieugestaltung
- Sozialraumöffnung
- Dokumentation
- NADA II Ohrakupunktur
- Leitung der psychoedukativen Gruppe
- Krisen- und Rückfallgespräche
- Digitalisierung von Befunden, Bescheinigungen, DS, Kostenzusagen, etc. (Scan+Ablage)
- Bestellung Arzneimittel, Sachbedarf und Büromaterial

Soziale Arbeit:

- Korrespondenz mit Ämtern, Institutionen, Kostenträgern, Schuldnerberatungen, Staatsanwaltschaft, gesetzliche Betreuung etc.
- Erstellung von Hilfeplänen (BEI_NRW)
- Bezugspflege
- Unterstützung bei der Klärung finanzieller Angelegenheiten
- Postbearbeitung
- Schuldenregulierung
- Bearbeitung von Antragswesen (Jobcenter, Sozialämter, LVR, LWL (Träger der Eingliederungshilfe) etc.)
- Unterstützung bei der Durchführung der Heimbeiratssitzungen
- Unterstützung beim Aufnahmemanagement
- Unterstützung beim Entlassmanagement
- Unterstützung bei der aktiven Freizeitgestaltung
- Unterstützung in der Aufrechterhaltung der Tagesstruktur (Einkaufstraining, Kochtraining, Reinigungs- und Hausdienste etc.)
- Bewohnerbeobachtung
- Milieugestaltung
- Sozialraumöffnung
- Suchtmittelkontrollen (Urinkontrollen, Atemalkoholkontrolle)
- Dokumentation
- NADA II Ohrakupunktur
- Krisen- und Rückfallgespräche
- Stellvertretend Medikamentöse Versorgung

Suchtberaterin:

- Bezugspflege
- Bestellung Sachbedarf und Büromaterial
- Begleitung zu externen Terminen
- Fahrdienste
- Unterstützung beim Einkaufstraining und Kochtraining
- Wohngruppenverantwortlichkeit
- Suchtmittelkontrollen (Urinkontrollen, Atemalkoholkontrolle)

- Übernahme/Leitung verschiedener Gruppen (Pressegruppe, Entspannung, Gesprächsgruppe etc.)
- Leitung der psychoedukativen Gruppe, der Rückfallprophylaxegruppe
- Entgegennahme von Telefonaten / Telefondienste
- Unterstützung in der Aufrechterhaltung der Tagesstruktur (Einkaufstraining, Kochtraining, Reinigungs- und Hausdienste etc.)
- Unterstützung bei der aktiven Freizeitgestaltung
- Präsenz in der Bewohnerschaft
- Bewohnerbeobachtung
- Milieugestaltung
- Sozialraumöffnung
- Suchtmittelkontrollen (Urinkontrollen, Atemalkoholkontrolle)
- Dokumentation
- Krisen- und Rückfallgespräche
- Digitalisierung von Befunden, Bescheinigungen, DS, Kostenzusagen, etc. (Scan+Ablage)
- Stellvertretend Medikamentöse Versorgung

Genesungsbegleiter:

- Unterstützung in der Aufrechterhaltung der Tagesstruktur (Einkaufstraining, Kochtraining, Reinigungs- und Hausdienste etc.)
- Unterstützung bei der aktiven Freizeitgestaltung
- Präsenz in der Bewohnerschaft
- Leitung der Rückfallprophylaxegruppe
- Bewohnerbeobachtung
- Wohngruppenverantwortlichkeit
- Bezugspflege
- Sozialraumöffnung
- Milieugestaltung
- Suchtmittelkontrollen (Urinkontrollen, Atemalkoholkontrolle)
- Leitung der psychoedukativen Gruppe
- Dokumentation
- Krisen- und Rückfallgespräche
- Stellvertretend Medikamentöse Versorgung

Sporttherapeut:

- Dokumentation
- Milieugestaltung
- Bewohnerbeobachtung
- Einzelgespräche
- Lagerung, Wartung, Instandhaltung, und ggf. Neubestellung von Sportgeräten
- Suchtmittelkontrollen (Urinkontrollen, Atemalkoholkontrolle)
- Leitung der Sporttherapie
- Stellvertretend Medikamentöse Versorgung
- Sozialraumöffnung

Arbeitstherapeut:

- Dokumentation
- Leitung der Sporttherapie
- Milieugestaltung
- Bewohnerbeobachtung
- Bezugspflege
- Sozialraumöffnung
- Krisen- und Rückfallgespräche
- Instandhaltung der Räumlichkeiten und der Außenanlagen
- Begleitung Praktika
- Suchtmittelkontrollen (Urinkontrollen, Atemalkoholkontrolle)
- Stellvertretend Medikamentöse Versorgung

Kunsttherapeutin:

- Milieugestaltung
- Bewohnerbeobachtung
- Leitung der Kunsttherapie
- Unterstützung bei der aktiven Freizeitgestaltung
- Einzelgespräche

Mitarbeiterin der Hauswirtschaft:

- Unterstützung in der Aufrechterhaltung der Tagesstruktur (Einkaufstraining, Kochtraining, Reinigungs- und Hausdienste etc.)
- Unterstützung bei der aktiven Freizeitgestaltung
- Präsenz in der Bewohnerschaft
- Entspannungstherapie
- Bewohnerbeobachtung
- Wohngruppenverantwortlichkeit
- Bezugspflege
- Sozialraumöffnung
- Milieugestaltung
- Suchtmittelkontrollen (Urinkontrollen, Atemalkoholkontrolle)
- Dokumentation
- Ernährungsberatung / Diabetesberatung
- NADA II Ohrakupunktur
- Krisen- und Rückfallgespräche
- Suchtmittelkontrollen (Urinkontrollen, Atemalkoholkontrolle)
- Bestellung Sachbedarf und Büromaterial
- Unterstützung bei medizinischer Versorgung

- Stellvertretend Medikamentöse Versorgung

Stud. Aushilfen:

- Unterstützung in der Aufrechterhaltung der Tagesstruktur (Einkaufstraining, Kochtraining, Reinigungs- und Hausdienste etc.)
- Unterstützung bei der aktiven Freizeitgestaltung
- Präsenz in der Bewohnerschaft
- Bewohnerbeobachtung
- Milieugestaltung
- Suchtmittelkontrollen (Urinkontrollen, Atemalkoholkontrolle)
- Dokumentation
- Krisen- und Rückfallgespräche
- Stellvertretend Medikamentöse Versorgung
- Außen- und Freizeitaktivitäten anbieten und unterstützen

2.4. Platzzahl

Die Einrichtung verfügt über 24 Einzelzimmer. Perspektivisch ist geplant, dass eine Anbindung von Klienten des Betreuten Wohnen Hansen an das soziotherapeutische Angebot der Einrichtung stattfindet.

2.5. Gebäudekriterien und Räumlichkeiten

Das Gebäude wurde unter barrierefreien Gesichtspunkten geplant und 2009 erbaut und fertiggestellt. Alle Bereiche sind für Menschen mit Gehbehinderungen erreichbar. Hierzu dient auch ein vorhandener Aufzug. Ebenso sind die Außenanlagen stufenlos erreichbar.

Die komplette Anlage befindet sich nahe des Ortskerns in Bergisch Gladbach, sodass Apotheken, Post, Banken, Einkaufsmöglichkeiten, Ärzte, Krankenhäuser und Ämter fußläufig oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen sind.

Es handelt sich um ein Gebäude mit drei Wohnetagen zu jeweils 8 Einzelzimmer, wodurch insgesamt 24 Einzelzimmer zur Verfügung stehen. Alle Einzelzimmer sind mit einem TV-Anschluss ausgestattet.

Die Bewohner*Innen teilen sich jeweils zu zweit ein Bad. Die Wohnetagen sind allesamt baugleich errichtet und ausgestattet. Die offen gestalteten Wohnbereiche beherbergen eine große Küche, einen Essbereich und einen Wohnbereich samt Fernseher und zwei internetfähigen PC Arbeitsplätzen. Zusätzlich befinden sich ein Vorratsraum sowie eine große Garderobe auf den Wohnetagen.

Im Erdgeschoss befindet sich der Verwaltungstrakt mit Büroräumen der Mitarbeiter, dem Stützpunkt, dem Team- Raum, einem großen Pflegebad, einer Waschküche, eines Lagers für hauswirtschaftlichen Bedarf und einer Werkstatt. Ebenso befindet sich im Erdgeschoss ein Raucherbereich, sowie der Haupteingang, als auch der Zugang zu den Außenanlagen.

Auf der 3. Etage befinden sich zudem neben der Wohnetage noch ein Entspannungs- und Medienraum, sowie Räumlichkeiten der Kunsttherapie.

Eigentümer des Gebäudes ist die Hausverwaltung van Elst. Sie vermietet das Gebäude an das Klinikum Oberberg als den Betreuungsträger.

3. Zielgruppen

3.1. Beschreibung der Zielgruppen

Aufgenommen werden Menschen, welche die diagnostischen Kriterien des ICD-10 für Alkoholabhängigkeit (F 10.2), Medikamentenabhängigkeit (F 13.0, F 15.0), Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln (F 11.2) oder multiplen Substanzgebrauch (F 19.2) erfüllen und zusätzlich eine weitere psychiatrische Störung und/ oder Mehrfachschädigung haben.

Wir sind eine offene Einrichtung, daher basiert das Leben hier auf Freiwilligkeit, dem Wunsch Teil des Lebens in einer Gemeinschaft zu sein sowie einer getroffenen Abstinenzentscheidung.

Eine Ausnahme bildet der Aufenthalt unter den Bedingungen des § 64 im Strafgesetzbuch.

Weitere Kriterien bilden unsere Zielgruppe ab:

- erwachsene Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, die derzeit nicht in der Lage sind, ihr Leben eigenverantwortlich und suchtmittelfrei zu gestalten (Leistungstyp 17, Landesrahmenvertrag NRW)
- erwachsene Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen und Mehrfachbehinderungen (Leistungstyp 18, Landesrahmenvertrag NRW)
- erwachsene Menschen mit psychischen Behinderungen und einer Abhängigkeitserkrankung (Leistungstyp 16, Landesrahmenvertrag NRW)
- erwachsene Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, die eine Tagesstruktur brauchen.

3.2. Motivation für das Leben in der Einrichtung

Die Gründe und damit die Motivation für das Leben in der Einrichtung sind für jeden Menschen vielfältig und stets individuell. Aus der Erfahrung heraus lässt sich ableiten, dass folgende Aspekte häufiger in Erscheinung treten:

- Veränderung der Wohnsituation
- Gesundheitliche Veränderung
- Wunsch nach Sicherheit in plötzlich auftretenden Notsituationen
- Fehlender Rückhalt im gewohnten Wohnumfeld
- Veränderungswunsch der Lebenssituation
- Soziale Kontaktmöglichkeiten zur Vermeidung von Vereinsamung
- Wunsch nach abstinenter Lebensführung

3.2.1. Aufnahmekriterien und Aufnahmeverfahren

Aufgenommen werden chronisch suchtkranke Menschen die geprägt sind durch lang andauernden, meist exzessiven Suchtmittelmissbrauch mit erheblichen psychischen und sozialen Beeinträchtigungen, die derzeit oder auf Dauer, nicht ohne die Hilfe einer besonderen Wohnform mit Fachleistungsangebot leben können. Den Bewohner*innen soll ein Lebensumfeld geboten werden, in dem sie nach ihren individuellen Ressourcen und Wünschen betreut, versorgt und beraten werden und gleichzeitig, so weit als möglich, in ihrer Selbständigkeit und Selbstverantwortung gefördert werden. Dabei steht eine Förderungsform im Vordergrund, die darauf abzielt, zu fördern und zu unterstützen ohne überfordern. Die Betreuung von suchtkranken Menschen in der besonderen Wohnform mit Fachleistungsangebot zielt grundsätzlich nicht auf lebenslängliche Verwahrung sondern auf Aktivierung und Wiedereingliederung ab und ist für suchtkranke Menschen sinnvoll und erforderlich, um ihnen die Übergänge in die Selbständigkeit zu erleichtern. Wir wollen Menschen annehmen, bei denen eine Abhängigkeit mit illegalen Drogen oder Medikamentenabhängigkeit besteht und die gekennzeichnet sind von der begrenzten oder fehlenden Fähigkeit, eigenständig abstinenz in ihrem bisherigen sozialen Umfeld zu leben. In der Regel haben diese Menschen verschiedenste Behandlungen durchlaufen und unterschiedliche Betreuungsangebote wahrgenommen, sind jedoch immer wieder gescheitert. Bei den Bewohner*innen bestehen Behinderungen in einem oder mehreren wesentlichen Lebensbereichen mit

- Suchterkrankung, und der Unfähigkeit, außerhalb eines beschützten Lebensumfeldes ohne massiven Gebrauch von Suchtmitteln zu leben
- einer wesentlichen Beeinträchtigung bei der Verrichtung der Dinge des täglichen Lebens (Wohnen, Tagesstruktur, Ernährung, Kleidung, Hygiene, soziale Kontakte)
- einer verminderten allgemeinen Belastbarkeit, einer erhöhten Stressanfälligkeit mit Irritierbarkeit und Verletzlichkeit, wie sie insbesondere bei seelisch behinderten Menschen auch ohne aktuellen Suchtmittelkonsum gegeben ist
- Störungen der Orientierung, der Gedächtnisfunktionen und/oder der Intelligenzfunktionen.

Voraussetzung für die Aufnahme ist:

- bestehende Bereitschaft zu grundsätzlicher Distanzierung von der Droge und dem Drogenmilieu mit dem Ziel der psychischen, physischen und psychosozialen Stabilisierung,
- bestehende Kontakte zu Beratungsstellen, sozialpsychiatrischen Diensten, niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegruppen, Institutsambulanz der Psychosomatischen Klinik oder anderen psychosozialen Institutionen sind wünschenswert, jedoch keine Voraussetzung,
- bei substituierten Klienten: die gleichen Voraussetzungen inkl. Drogen-/Beikonsumverzicht sowie gesicherte psychosoziale Betreuung (Substitution gemäß der BUB- bzw. aktuell gültige Richtlinien bzw. dem regionalen AK Substitution).
- Die vorhandene Fähigkeit sich selbständig zu waschen und zu kleiden.

Aufnahmeverfahren

Vor einer möglichen Aufnahme wird ein persönliches Gespräch mit den zukünftigen Bewohner*innen, geführt, in dem die gegenseitigen Vorstellungen und Wünsche und das Konzept des Hauses erläutert werden. Zudem werden die Gegebenheiten sowie die Räumlichkeiten der Einrichtung vorgestellt. Vor einem Vorstellungsgespräch sollten ein ärztliches Gutachten oder Arztbericht und/oder ein Sozialbericht vorliegen. Im Vorstellungsgespräch sollte die Bereitschaft deutlich werden,

das Betreuungs- und Führungskonzept des Hauses zu akzeptieren, zu einer notwendigen psychiatrischen Behandlung bereit zu sein und den grundsätzlichen Willen zu einer abstinenter Lebensführung zu haben.

Eine körperliche Entgiftung ist gegebenenfalls durchzuführen, da eine akute klinische Behandlungsnotwendigkeit zum Aufnahmezeitpunkt nicht vorliegen darf. Zum Aufnahmezeitpunkt sollte die Kostenübernahmeerklärung des Trägers der Eingliederungshilfe mündlich oder schriftlich vorliegen, kann ggf. aber zeitnah nach dem Einzug in die Einrichtung gestellt werden. Es muss abgeklärt sein, wie und durch wen die Leistungen zum Lebensunterhalt und Wohnen finanziert werden.

3.2.2. Ausschlusskriterien

Nicht aufgenommen oder zumindest vorübergehend in andere Institutionen verlegt oder entlassen werden Klienten

- deren psychische Erkrankungen in der aktuellen Ausprägung unter den Bedingungen der Einrichtung nicht angemessen versorgt werden können (z.B. exazerbierte floride, also akute Psychosen, akute Suizidalität etc.)
- Erkennbare Gewaltbereitschaft durch mangelnde Abgrenzungsfähigkeit zu jeglichen Formen der Gewalt
- Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung mit nicht ausreichender Adhärenz
- deren somatische Erkrankungen die Betreuungsmöglichkeiten unserer Einrichtung überschreiten (z.B. fortgeschrittene Krankheitsstadien bei AIDS oder andern Infektionskrankheiten, schwere kardiopulmonale Probleme etc.),
- bei akuter Intoxikation mit Suchtstoffen
- bei fehlender Abstinenzentscheidung
- bei Vorliegen einer Gehbehinderung, durch die ein freies Bewegen im Haus nur mit Hilfsmitteln möglich ist, oder bei der Notwendigkeit intensiver krankenschwägerischer Betreuung
- beim Vorliegen schwerer körperlicher Erkrankungen (Geschwulstleiden, Multiple Sklerose, fortgeschrittener Leberzirrhose mit eingeschränkter Syntheseleistung, ansteckende Erkrankungen)
- beim Vorliegen akuter Suizidgefahr
- bei aktuell behandlungsbedürftiger Abhängigkeit von illegalen Drogen
- wenn eine Behandlung/Betreuung im Maßregelvollzug benötigt wird
- bei hirnorganischen Schädigungen, die eine Orientierung in einer offenen Einrichtung nicht erwarten lassen
- stark eingeschränkte Mobilität, wenn z.B. ständig Unterarmgehstützen, Rollator, Rollstuhl o.ä. zur Fortbewegung erforderlich sind.
- bei Intelligenzdefiziten, die eine Betreuung einer Spezialeinrichtung erfordern.
- Bei dauerhaft fehlender Bereitschaft der eigenen Gesundheitsfürsorge (z.B. Verweigerung notwendiger medizinischer Versorgung wie Verweigerung von Arztbesuchen, eigenständiges Absetzen von verordneter Medikation)
- Pflegebedürftigkeit, die über das Maß einfacher Behandlungspflege (z.B. Versorgung von Diabetes Mellitus, Blutdruck messen) hinaus geht, also im Sinne von z.B. Übernahme oder Unterstützung der Grundpflege, Nahrungsaufnahme, Kleiden, Lagern, Bettlägerigkeit (Maximal Pflegegrad 2).

Sollte eine Schwerstpflegebedürftigkeit oder auch palliative Versorgung während des Aufenthaltes in unsere Einrichtung auftreten und ärztlich festgestellt werden, wird die Einrichtung gemeinsam mit dem Bewohner, Betreuer oder Angehörigen bei der Überleitung in eine geeignete Pflegeeinrichtung unterstützen.

4. Grundlagen unserer soziotherapeutische Arbeit

4.1. Definition Soziotherapie

Was ist Soziotherapie?

Die Soziotherapie stellt eine lebenspraktische Anleitung für schwer psychisch kranke Menschen zur selbstständigen Nutzung ärztlich verordneter, sozialer und therapeutischer Angebote innerhalb der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung dar. Die Idee ist es, sich den besonderen Problembereichen dieser Patientengruppe wie z.B. Kontaktstörungen, dem Verlust sozialer Bezüge, der reduzierten Fähigkeit, den Lebensalltag eigenständig zu bewältigen sowie der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit anzunehmen. Die Soziotherapie will die gesunden Ressourcen des Patienten aktivieren und ihn zur Selbsthilfe anregen, d.h. ihn in möglichst kurzer Zeit befähigen, von fremder Hilfe möglichst unabhängig zu werden. Die soziotherapeutische Betreuung ist kein eigenständiges psychotherapeutisches Konzept, sondern sie übernimmt eine Brücken- bzw. Verteilerfunktion im ambulanten Bereich, indem sie den Patienten an für ihn angemessene Angebote heranführt.

Ziel der Soziotherapie ist es, den Übergang von der medizinischen Behandlung zur gesellschaftlichen Wiedereingliederung (sozialen Reintegration) zu erleichtern sowie durch die direkte Zuführung zu geeigneten Behandlungsformen den Patienten optimal ambulant zu versorgen. Dabei geht es auch darum, dem Patienten ein Leben außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen zu ermöglichen und einen Klinikaufenthalt zu vermeiden bzw. zu verkürzen.

(Fachliche Unterstützung: Prof. Dr. med. Peter Falkai, München (DGPPN) und Prof. Dr. med. A-nita Riecher-Rössler, Basel (SGPP))

[\(https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/soziotherapie/\)](https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/soziotherapie/)

4.2. Unser Leitbild

Wir sind und fühlen uns als wichtiger Bestandteil der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach. Daher sind die dort gültigen Leitgedanken auch Grundlage unserer Arbeit.

Oberstes Ziel ist es dabei Menschen mit Suchtproblemen zu helfen.

„Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen Menschen mit ihrer Lebensgeschichte, ihren Problemen und Stärken, Ressourcen und Erfahrungen und ihrem konkreten Unterstützungsbedarf.“

[\(https://www.klinikum-oberberg.de/standorte/psk-psychosomatische-klinik-bergisch-land/ueber-uns/unsere-leitsaetze/\)](https://www.klinikum-oberberg.de/standorte/psk-psychosomatische-klinik-bergisch-land/ueber-uns/unsere-leitsaetze/)

„Jede Suchterkrankung hat eine Geschichte und nimmt Einfluss auf viele Lebensbereiche, denn der Mensch ist immer eingebettet in seine Umwelt und Beziehungen. Daher streben wir Hilfe zur Selbsthilfe an, denn „wir können nicht für, gegen oder ohne die Betroffenen die unterschiedlichen Probleme lösen“.(<https://www.klinikum-oberberg.de/standorte/psk-psychosomatische-klinik-ber-gisch-land/ueber-uns/unsere-leitsaetze>)

Wir wollen einen wertfreien und zieloffenen Kontakt mit den Betroffenen, um eine Basis für Vertrauen und Veränderungen des Lebensstils zu schaffen.

Wir wünschen uns eine menschenwürdige Perspektive und Teilhabe der suchtkranken Menschen in allen Lebensbereichen statt Ausgrenzung und Diskriminierung. Dies beinhaltet neben den tagesstrukturierenden Maßnahmen auch noch die Förderung der Eigenständigkeit, was eine 24-stündige Präsenzbetreuung durch eine Fachkraft nicht notwendig macht. Nachts und insbesondere an den Wochenenden werden studentische Mitarbeiter eingesetzt, welche zum Teil eine pflegerische Ausbildung, ein Studium der Sozialen Arbeit oder der Medizin z.Zt. absolvieren oder absolviert haben.

Alle Mitarbeiter des Kernteams verfügen über eine fachspezifische Ausbildung oder eine Fort- und Weiterbildung oder ein Studium, somit besteht tagsüber an den Werktagen stets eine konstante fachliche Betreuung.

Wir wollen den Betroffenen helfen, Lebensqualität durch ein möglichst selbstbestimmtes, sinnerfülltes und so möglich abstinentes Leben zu erreichen.

Dafür ist es notwendig, aktiv nach außen mit allen Beteiligten des Hilfesystems zu kooperieren und interdisziplinär, fachlich und engagiert zusammen zu arbeiten.

Wir wünschen uns einen offenen, ehrlichen und wertschätzenden Umgang miteinander- als Kollegen ebenso wie mit BewohnerInnen.

Wir lehnen jegliche Form der Gewalt konsequent ab.

4.3. Definition Bezugspflege

Einen wichtigen Baustein unserer täglichen Arbeit bildet die Bezugspflege. Sie soll einen Beitrag zur Professionalisierung und Qualität und somit auch zur Zufriedenheit unserer BewohnerInnen leisten.

Bezugspflege bedeutet, dass jeder Bewohner/ jede Bewohnerin eine hauptverantwortliche Bezugsperson sowie eine Stellvertretung ab dem Zeitpunkt des Einzugs bis zum Auszug erhält.

Diese trägt die umfassende Verantwortung für den Pflegeprozess, für die Koordination von Maßnahmen, die Kooperation mit anderen Beteiligten und die Reflexion. So kann Kontinuität im Entwicklungsprozess des Bewohners/ der Bewohnerin erreicht werden, da alle relevanten Informationen bei der Bezugsperson zusammenlaufen.

Dabei arbeiten wir patientenorientiert und kommunizieren aktiv mit anderen Berufsgruppen, Angehörigen und Institutionen.

Durch die Bezugspflege werden die Milieubedingungen für die Bewohner verbessert, da eine Vertrauensperson für alle Anliegen und Belange zur Verfügung steht. Dies fördert die ganzheitliche

Wahrnehmung und fördert die Planung von Maßnahmen. Darüber hinaus wird der Bewohner/ die Bewohnerin aktiver Bestandteil einer zwischenmenschlichen Beziehung, welche er/sie mitgestalten kann.

Der Mitarbeiter wird außerdem stärker in die Planung und Durchführung des Behandlungsprozesses eingebunden und das Leben in der Einrichtung stärker bewohnerbezogen ausgerichtet

4.4. Abhängigkeitsverständnis versus Substitution

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Abhängigkeit als einen seelischen, eventuell auch körperlichen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass ein Mensch trotz körperlicher, seelischer oder sozialer Nachteile ein unüberwindbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz oder einem bestimmten Verhalten empfindet, das er nicht mehr steuern kann und von dem er beherrscht wird. Durch zunehmende Gewöhnung an das Suchtmittel besteht die Tendenz, die Dosis zu steigern. Einer Abhängigkeit liegt der Drang zugrunde, die psychischen Wirkungen des Suchtmittels zu erfahren, zunehmend auch das Bedürfnis, unangenehme Auswirkungen ihres Fehlens (Entzugerscheinungen wie Unruhe, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Angstzustände, Schweißausbrüche) zu vermeiden. Abhängigkeit wird heute als Krankheit angesehen. (https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8554)

Abhängigkeit ist nach unserem Verständnis und unseren Erfahrungen ein komplexes Krankheitsbild, welches alle Lebensbereiche und Beziehungen des Betroffenen beeinflusst.

Im Zentrum unserer Arbeit stehen daher Menschen mit ihrer Lebensgeschichte, ihren Problemen und Stärken, Ressourcen und Erfahrungen und ihrem konkreten Unterstützungsbedarf. (Leitbild PSK)

Ziel ist es, Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten, denn jeder Betroffene bringt vielfältige Ressourcen und Lebenserfahrungen mit. Gemeinsam wollen wir den Entwicklungsprozess gestalten, um die Lebensqualität jedes Einzelnen zu verbessern.

Auf diesem Weg ist die Substitutionsbehandlung ein möglicher Baustein, um den physischen und psychischen Zustand der Suchterkrankten zu stabilisieren. Denn nur so können die Rahmenbedingungen für weitere Ziele wie Abstinenz, berufliche Rehabilitation oder soziale Integration geschaffen und letztendlich die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden. In Deutschland gibt es derzeit 81.300 substitutionsgestützte Behandlungen (Stand 2020 https://www.bfarm.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Bundesopiumstelle/SubstitReg/Subst_Bericht2021.pdf;jsessionid=8D86DAAB411EA6399600162A2A6A369D.2_cid329?__blob=publicationFile&v=9)

Abstinenz steht für uns also nicht an erster Stelle, denn Studien zeigen, dass 60 bis 90% der Erkrankten nach einer Abstinenzbehandlung rückfällig werden. (<https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/1999/daz-42-1999/uid-1793>)

Die substitutionsgestützte Behandlung ist also Überlebenshilfe und mindert zudem die Folgen einer Abhängigkeitserkrankung.

Gleichzeitig braucht die Substitutionsbehandlung aber aus unserer Sicht eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten im Hilfesystem: den Kontakt zu Beratungsstellen, die ärztliche Begleitung und eine intensive psychosoziale Betreuung. Nur so kann der Betroffene

beispielsweise alternative Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Stress, Problemen und Suchtdruck kennenlernen. Die Substitutionsbehandlung kann also den Weg hin zu einer dauerhaften Abstinenz ebnen, schafft Abstand zum Drogenmilieu, verhindert Beschaffungskriminalität und rettet letzten Endes Leben.

5. Ziele

Ziel des Betreuungsangebotes ist das Erreichen bzw. die Wiederherstellung der Fähigkeit zu möglichst eigenverantwortlichem Leben und stabiler psychosozialer Integration bei Überwindung der manifesten Suchtkrankheit. Dabei sollen neue Lebensperspektiven entwickelt werden. Aufgrund der individuell unterschiedlichen Problemstellungen und Eingangsvoraussetzungen ist sowohl eine zeitlich begrenzte als auch langfristige Aufnahme in die Einrichtung möglich, welche sich am tatsächlichen Hilfebedarf, welcher anhand des BEI_NRW's erhoben wurde orientiert.

In dem individuellen Wochenplan werden notwendige Maßnahmen gemeinsam anhand der im Hilfeplan herausgearbeiteten persönlichen Ziele vereinbart. Als übergeordnete Perspektiven gelten stets die Leitgedanken:

- Motivation und Hilfe zu möglichst langen Abstinenzphasen
- Versöhnung mit dem Schicksal
- Finden von Heimat und Zufriedenheit
- Unterstützung der Selbstbestimmung und Verantwortungsübernahme
- Entwicklung und Verfolgung von Perspektiven für die zukünftige Lebensgestaltung

5.1. Persönliche Entwicklung

Unsere Arbeit baut grundsätzlich auf den Ressourcen auf, welche jeder Bewohner/ jede Bewohnerin mitbringt. Ziel ist es, den BewohnerInnen wieder ein Grundvertrauen in ihre eigenen Kräfte und Fähigkeiten zu vermitteln und diese im Rahmen unserer soziotherapeutischen Einrichtung auszuprobieren.

Darüber hinaus ist die Entwicklung eines gesunden Lebensstils von zentraler Bedeutung. Dieser beinhaltet auch das Erlernen und Anwenden von Bewältigungsstrategien sowie die Fähigkeit Hilfe überhaupt annehmen zu können. Insgesamt geht es um die Entwicklung einer realistischen Lebensperspektive, welche den Wünschen und Zielen des Bewohners/ der Bewohnerin entspricht.

Wir bieten im Rahmen dieses Entwicklungsprozesses Hilfe zur Selbsthilfe an. So sollen die BewohnerInnen dazu in der Lage sein, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, für ihre physische und psychische Gesundheit Sorge zu tragen.

Daraus lassen sich folgende Ziele ableiten:

- Kompensation der Beeinträchtigungen, welche durch die psychischen Erkrankungen entstehen
- Psychische Stabilisierung und Entwicklung der Persönlichkeit
- Aufnahme und Aufrechterhaltung tragfähiger sozialer Beziehungen
- Selbstständige Haushaltsführung und Versorgung
- Eine zufriedenstellende Tages- und Freizeitgestaltung

6. Angebote und Leistungen

6.1. Soziotherapeutisches Angebot

Unser differenziertes soziotherapeutisches Angebot, festgehalten in einem individuell für jeden Einzelnen gestalteten Therapieplan, zielt darauf ab die BewohnerInnen dauerhaft auf ein möglichst selbstbestimmtes und eigenverantwortliches abstinentes Leben vorzubereiten.

Training sozialer Kompetenzen:

Viele BewohnerInnen haben ein sehr negatives Selbstbild. Außerdem können sie häufig ihre persönlichen Interessen und berechnete Forderungen nicht durchsetzen. Grenzen setzen oder aber auch gesetzte Grenzen zu akzeptieren fällt ihnen ebenfalls schwer. Im „Training sozialer Kompetenzen“ werden besonders diese eben genannten Fähigkeiten vermittelt, aber auch Themen wie Beziehungsgestaltung, Entwicklung von Selbstsicherheit und die adäquate Äußerung von Gefühlen werden behandelt.

Ziel dieser Therapieeinheit ist es, dass die BewohnerInnen selbstsicheres, sozial kompetentes Verhalten erlernen und durch kontinuierliche Übung dieses in Gewohnheit umwandeln. Dies soll schließlich eine Umstrukturierung der Gesamtpersönlichkeit bewirken.

Dies findet im Rahmen einer Gruppentherapie statt. Häufig werden festgesetzte Verhaltensmuster durch Rollenspiele dargestellt und im Anschluss besprochen. Die Möglichkeit sich im Rahmen von Belastungserprobungen innerhalb des sozialen Umfeldes auszuprobieren, besteht ebenfalls nach Absprache.

Erlebnisgruppe:

Im Verlauf der letzten Jahre wurde festgestellt, dass sich viele Bewohner immer mehr zurückziehen und die Einrichtung aus eigenem Antrieb kaum noch verlassen.

Häufig sind Verhaltensauffälligkeiten wie Aggressivität, Depressivität, Hyperaktivität, Antriebsarmut, geringe Frustrationstoleranz, Konzentrationsstörungen und/oder geringe Anpassungsfähigkeit zu beobachten. Aufgrund der häufigen Ängste gesellschaftlich ausgeschlossen zu sein, scheuen viele Bewohner den Besuch von Sportvereinen und auch Fitnessstudios oder anderen Vereinen. Daraus folgt oftmals erneute Frustration und eine verhängnisvolle Spirale von Versagensgefühlen sowie gesellschaftlicher Isolation.

Bei einem Teil der Bewohnerschaft in der Einrichtung wird deutlich, dass ihnen selbst einfache Bewegungsabläufe äußerst schwer fallen. Koordination und Körperbeherrschung sind aufgrund des jahrelangen Konsums von verschiedenen Suchtmitteln unterentwickelt.

Das Ziel dieser Erlebnis – Gruppe ist es, den Bewohnern neue Handlungsstrategien aufzuzeigen und durch Reflexion der Erlebnisse einen Transfer dieser in den Alltag zu gewährleisten. Zusätzlich werden soziale Kompetenzen wie Teamfähigkeit, Kommunikation, Reflektions- und Kritikfähigkeit gefördert.

Backgruppe:

Durch ihre in der Konsumzeit häufig veränderte Tagesstrukturen, haben einige BewohnerInnen Schwierigkeiten bei der Verrichtung von Alltagstätigkeiten. An der Backgruppe nehmen für gewöhnlich 2-4 BewohnerInnen teil. Ziel der Gruppe ist es, die Selbstständigkeit zu fördern. Ebenso

sollen wieder Tätigkeiten des alltäglichen Lebens gefestigt oder auch neu erlernt werden. Zusätzlich erfahren die Teilnehmer der Gruppe positive Bestärkung, indem sie selbst etwas erschaffen. Dies wiederum führt zu einem Gruppenzugehörigkeitsgefühl und mehr Selbstbewusstsein.

Einkaufstraining:

Innerhalb des Einkaufstrainings werden die BewohnerInnen innerhalb ihrer Wohngruppen in 2er Teams eingeteilt. Diese wechseln alle 4 Wochen. Innerhalb der wöchentlichen Wohngruppenversammlungen besprechen die „Einkäufer“ geleitet durch Mitarbeiter der Einrichtung unter anderem, was für die jeweilige Woche an Lebensmitteln benötigt wird. Die BewohnerInnen strukturieren sich während des Einkaufs überwiegend selbst und müssen mit vorhandenem Budget selbstständig haushalten. Der zuständige Mitarbeiter hat hauptsächlich einen Beobachtungsauftrag und greift nur bei Überforderung und Unsicherheiten ein.

Wohngruppenversammlung:

Während der wöchentlichen Wohngruppenversammlungen haben die Bewohner, gelenkt durch einen Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams, die Möglichkeit anfallende Schwierigkeiten, Probleme und Anregungen im gemeinsamen Zusammenleben zu thematisieren und gemeinsam Lösungen zu finden. Außerdem werden dort die Ordnungsdienste (Küchendienst, Wohnraum reinigen, Müll entsorgen etc.) eingeteilt.

Ebenso werden die Kochpläne und daraus resultierend die Einkaufslisten für den wöchentlichen Einkauf gemeinsam erstellt.

Außen- bzw. Freizeitaktivitäten:

Durch häufig lange Konsumzeiten haben viele BewohnerInnen kaum cleane Sozialkontakte und häufig ein Beschäftigungsdefizit. Um dem entgegen zu wirken, werden unterschiedliche Freizeitaktivitäten angeboten. Beispiele für diese Aktivitäten könnten Minigolf, Kinobesuche, Schwimmbadbesuche, Besuche von Weihnachtsmärkten oder Freizeitparks, Museen etc. sein und richten sich individuell nach den Interessengebieten der jeweiligen BewohnerInnen. Durch Teilnahme an solchen Aktivitäten soll die Teilhabe am sozialen Leben eingeübt, verbessert oder wiederhergestellt werden. Außerdem können sie auch zum Ablenken vom Krankheitsgeschehen und zu Erleben von Normalität führen.

Innerhalb dieser Maßnahmen steht ebenso die Beziehungsgestaltung zwischen BewohnerInnen und Personal im Vordergrund.

Entspannungstherapie:

Häufig haben die BewohnerInnen Schwierigkeiten sich von Krankheitsgeschehen, Anspannung und/oder Suchtdruck abzulenken. Dies führt dann häufig zur Rückfälligkeit in alte Verhaltensmuster (bspw. Isolation oder Konsum von illegalen Substanzen, Alkohol etc.). Um dem vorzubeugen wird 2x pro Woche die Entspannungstherapie in einer Gruppe von 4-5 BewohnerInnen oder nach Bedarf Ohrakupunktur nach NADA in Einzelsitzungen angeboten.

Ziel dieser Therapieangebote ist das Kennenlernen von alternativen Entspannungsmöglichkeiten, die Sensibilisierung für eigene Anspannung, die Reduktion von Nervosität, Stress und Schlafstörungen sowie die Wahrnehmung von Entspannungsgefühlen im eigenen Körper.

Sporttherapie:

Um die BewohnerInnen schrittweise an eine regelmäßige körperliche, sportliche Aktivität heranzuführen, finden an 3 Tagen in der Woche verschiedene Sporteinheiten statt. Je nach Wetterlage werden Fußball, Tischtennis, Volleyball, Klettern, Bogenschießen, Walken, Joggen, Schwimmen, Kanufahren, Cross-Golf und Mountainbike fahren angeboten. Die Sporttherapie soll dabei helfen physische, psychische und soziale Beeinträchtigungen zu überwinden. Die körperliche Leistungsfähigkeit soll wiedererlangt und/ oder verbessert werden. Zusätzlich soll die Eigen- und Fremdwahrnehmung sowie die Frustrationstoleranz gesteigert werden. Außerdem erlernen die BewohnerInnen zunehmend mehr Verantwortung für sich selbst und andere zu übernehmen und werden in ihrer Kommunikationsfähigkeit gestärkt.

Arbeitstherapie:

Dieses Therapieangebot wird in unterschiedliche Arbeitsbereiche unterteilt, um den BewohnerInnen ein möglichst breitgefächertes Spektrum an Arbeitsmöglichkeiten anbieten zu können. Diese Bereiche gliedern sich in Holzwerkstatt, Fahrradwerkstatt, Konzentrationstraining, Garten und Hausmeisterei auf. Der Arbeitstherapeut beurteilt jede/n Bewohner/in individuell nach eigenen Fähigkeiten und teilt ihn in den für ihn angemessenen Arbeitsbereich, ein. Die Teilnahme an der Arbeitstherapie ist verpflichtend für jede/n Bewohner/in.

Innerhalb dieses Therapieangebotes werden die BewohnerInnen an die Grundarbeitsfähigkeiten herangeführt, können diese verbessern oder neue Interessengebiete für sich entdecken. Es wird Frustrationstoleranz erlernt und die realistische Selbsteinschätzung der eigenen Belastbarkeit und Flexibilität gesteigert.

Zusätzlich werden Fähigkeiten wie Konzentration, Kommunikation, Durchhaltevermögen und Ausdauer gefördert.

Kunsttherapie:

Diese Therapieeinheit dient dazu, die BewohnerInnen an kreative, alternative Beschäftigungsmöglichkeiten heranzuführen. Ferner sollen die BewohnerInnen ihre Frustrationstoleranz, Durchhaltevermögen und Konzentrationsfähigkeit trainieren. Zusätzlich werden die TeilnehmerInnen durch Erfolgserlebnisse positiv bestärkt.

Innerhalb des Therapieangebots geht die Therapeutin auf jeden Bewohner individuell ein. Sie bespricht im Vorfeld mit den einzelnen TeilnehmerInnen, welche Materialien benötigt werden und wofür das Interesse besteht.

Die Kunsttherapie findet überwiegend innerhalb einer Gruppe von 4-5 Bewohnern statt. Nach vorheriger Rücksprache und Bedarfsabfrage ist jedoch ebenfalls eine Einzelsitzung möglich.

Psychoedukative Gruppe:

Dieses Gruppenangebot findet ein Mal pro Woche mit ca. 4-5 BewohnerInnen statt. Diese Gruppe dient insbesondere dazu, dass die BewohnerInnen Informationen über ihre entsprechende Erkrankung erhalten und einen gesunden Umgang damit erlernen. Themen können beispielsweise Entstehungsfaktoren, Symptomatik und Behandlungsmöglichkeiten sein. Außerdem haben die BewohnerInnen die Möglichkeit, innerhalb dieser Therapieeinheit Erlebtes zu thematisieren und somit zu verarbeiten.

Zusätzlich wird das Gruppengefühl, die Eigen- und Fremdreiflexion und Kommunikationsfähigkeit gestärkt.

Gesprächsgruppe:

Die Gesprächsgruppe findet 1x pro Woche wohngruppenintern statt. Dort haben die BewohnerInnen die Möglichkeit Schwierigkeiten und Probleme auf zwischenmenschlicher Ebene zu kommunizieren und Lösungsansätze zu erarbeiten. Außerdem werden dort entstandene Rückfälle thematisiert und bearbeitet. Individuell werden ansonsten auf die entsprechende Wohngruppe zutreffende Gruppenthemen besprochen. Solche Themen könnten bspw. Probleme mit Sozialkontakten, Umgang mit Suchtdruck, Schwierigkeiten auf der Arbeit etc. sein.

Innerhalb dieser Gruppen wird der Umgang mit Kritik, sowohl positive als auch negative, gefördert. Zusätzlich soll das Gruppengefühl gestärkt und ein wertfreier Raum geschaffen werden.

Großgruppe:

Innerhalb der wöchentlichen Großgruppen mit allen BewohnerInnen werden allgemeine Informationen weitergegeben. Außerdem werden mögliche Freizeitaktivitäten besprochen und gemeinsam geplant.

Zusätzlich werden Rückfälle kurz thematisiert, um dies für die Bewohnerschaft transparent zu machen. Bearbeitet werden diese innerhalb der wohngruppeninternen Gesprächsgruppen.

Rückfallprophylaxegruppe:

Diese Therapieeinheit findet in einer Kleingruppe von 3 – 5 Bewohnern statt und wird vom hier angestellten Genesungsbegleiter (EX-IN) geleitet. Durch die eigene Suchterfahrung kann er den Teilnehmer*innen immer wieder Mut und Hoffnung zusprechen und ihnen an oft schwierigen und für sie noch unerreichbaren Stellen gute Kompensations- und Copingstrategien anbieten und lehren. Um eine effiziente Mitarbeit der Teilnehmer*innen zu erreichen, wird zu Beginn des Kurses eine Befindlichkeitsrunde durchgeführt, die sehr oft schon Thematiken mitbringt, die in das jeweilige Modulthema passen. So wird aus der „Theorie“ des Moduls ein lebendiger Austausch spürbar und der Sinn von Prophylaxe wird bei den meisten Teilnehmer*innen deutlich.

Themen der Module:

1. Strategien und Risikosituationen
2. Drogenabhängigkeit und Alkoholkonsum
3. Kriminalität und Rückfälligkeit
4. Kriminalität und materielle Sicherheit
5. Risikobereitschaft und Rückfallgeschehen
6. Angehörige und Rückfallgeschehen
7. Komorbide Störungen und Rückfall 1 – Zusammenhang der Erkrankung
8. Komorbide Störungen und Rückfall 2 – Funktion der Substanzen
9. Identitätsentwicklung und Rückfall 1 – Die 5 Säulen der Identität
10. Identitätsentwicklung und Rückfall 2 – Vorbilder, Werte, Lebensstil
11. Identitätsentwicklung und Rückfall 3 – Gruppenzugehörigkeit
12. Zukunftsentwurf und Rückfall, Perspektiven, Visionen und Hoffnung.

6.2. Das Drei-Phasen-Modell

Der Aufenthalt der Klienten in der Einrichtung vollzieht sich in zwei bis drei Phasen, deren konkrete Ausgestaltung und zeitliche Dauer vom jeweiligen Einzelfall abhängt. Grundsätzlich gestalten sich die Phasen wie folgt:

Eingewöhnungsphase (bis zu acht Wochen):

- In dieser Phase sind alle Bewohner*innen, die neu in die Einrichtung eingezogen sind und sich an die Bewohnergruppe, die Einrichtung, die Mitarbeiter, die Strukturen etc. gewöhnen und zum Teil noch an den Abschied von ihrer bisherigen Situation (z.B. Obdachlosigkeit, Zustand nach Entwöhnungsbehandlung etc.) gewöhnen müssen. Zur Unterstützung in dieser vulnerablen Phase werden von einzelnen Bewohner*innen Patenschaften übernommen, die diese Phase bereits abgeschlossen haben. Die Patenschaften dienen der besseren Integration und Orientierungshilfe für die neuen Bewohner*innen, um zum einen gerade in der ersten Phase konkrete Ansprechpartner zu haben und zum anderen für vielfältige Fragen auch sachgerechte Orientierungshilfen zu bekommen.
- Bei Aufnahme wird neuen Bewohner*innen ein Teammitglied als dauerhafte Bezugsperson zugeteilt.
- Durch gemeinsame Gruppen, alle Bewohner*innen betreffende Aufgaben im Haus, die tagesstrukturierenden Maßnahmen, sowie den Kontakt mit den Mitarbeitern wird die Integration in die gesamte Gruppe unterstützt.
- In den ersten Wochen werden mit den Bewohner*innen individuelle Ausgangsregelungen besprochen und vereinbart.
- Planung der anstehenden Förderschritte mittels dem BEI_NRW (Erfassung des Hilfebedarfs) mit dem Bewohner*in, und ggf. seiner/ihrer gesetzlichen Betreuungsperson (Zielvereinbarungen fixieren, ausführliches Aufnahmegespräch)
- Abklärung der Verfahrensweise bei Rückfällen
- Bekanntmachen mit den Hausregeln/der Hausordnung (z.B. Suchtmittelkontrollen, Abstinenzgebot)
- Heranführung und Einbindung in alltagspraktische Tätigkeiten im unmittelbaren Wohnumfeld
- Gemeinsames Erstellen eines individuellen Therapieplans
- Heranführung an arbeitstherapeutische Angebote in Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern
- Teilnahme an den Tagesstrukturierenden Maßnahmen (nach ärztlicher Verordnung)
- Teilnahme an Sport- und Bewegungsangeboten. Heranführung an aktive Freizeitgestaltung.
- Vorstellung innerhalb der wohngruppeninternen Gesprächsgruppen sowie der Großgruppe

Die Wohn- und Betreuungsphase (unbefristet):

- Nach Abschluss der Eingewöhnungsphase, welche bis zu acht Wochen dauern kann, ist der neue Bewohner*innen in der Regel weitgehend in die Gesamtgruppe integriert, mit der Übernahme von Eigen- und Gruppenverantwortung vertraut und in der Lage, weitestgehend selbstständig im gesicherten Umfeld zu leben und eigenständige Beziehungen aufzubauen. Die Auseinandersetzung mit den Folgeschäden des vorherigen drogenorientierten Lebensstils, also des häufig exzessiven Suchtmittelkonsums, die Auseinandersetzung mit den eigenen psychiatrischen und somatischen Störungsmustern und die Bereitschaft zur Übernahme neuer Verhaltensmuster in konfliktbelasteten, rückfallnahen und spannungsgeladenen Situationen stehen im Vordergrund.
- Die Wohngruppen sind auf unterschiedlichen Etagen untergebracht. Sie bilden jeweils eigenständige Einheiten, in denen das tägliche Leben stattfindet und persönliche Schwierigkeiten und gemeinsame Freizeit besprochen werden können.
- In der WGV (Wohngruppenversammlung) erfolgt, unter Begleitung eines Mitarbeiters, wöchentlich die Verteilung der verschiedenen Aufgaben (Einkauf, Kochen, Reinigungsaufgaben etc.). Der Tagesablauf des einzelnen Bewohners wird dann im individuellen Wochen-

plan festgelegt. Darüber hinaus sind dem Plan die Zeiten der tagesstrukturierenden Maßnahmen und Veranstaltungen, die die gesamte Bewohnerschaft betreffen, zu entnehmen und verbindlich festgelegt.

- Neben der Arbeit in Gruppen, die von den Mitarbeitern stets begleitet sind, werden auch regelmäßig Einzelgespräche geführt. Frequenz und Dauer der Einzelgespräche sind vom Einzelfall abhängig.
- Es wurde eine tragfähige Arbeitsbeziehung zwischen der Bezugsperson und dem Bewohner*innen, aufgebaut.
- Die Länge dieser Phase hängt entscheidend von den persönlichen Voraussetzungen des Bewohner*innen im Hinblick auf Lernerfahrungen, Motivation, Therapieerfahrungen ggf. Chronifizierung sowie der Persönlichkeitsstruktur ab.
- Stabilisierung durch die Erprobung neuer Handlungsstrategien

Ablösephase:

- Diejenigen Bewohner*innen, die sich entscheiden, die Einrichtung wieder zu verlassen und sich eine neue Wohnung, offenere Wohnform oder andere Wohnform suchen, da sie dieser intensiven Betreuungsform nicht mehr bedürfen, nutzen die Ablösungsphase, um sich schrittweise mit zielgerichteter Unterstützung vom Haus zu lösen, sich zunehmend auf das soziale Leben außerhalb des Hauses zu orientieren unter Vermeidung destabilisierender Brüche. Wesentlich ist dabei die konkrete Unterstützung zur Bewältigung erforderlicher Behördengänge, bei der Wohnungssuche bis zum Finden eines Arbeitsplatzes einschließlich Praktika in Firmen der Region.
- Mit dieser zielgerichteten Unterstützung sollen die Bewohner*innen befähigt werden, ihre Ressourcen zu nutzen und weiterzuentwickeln, um in der realen sozialen Umwelt und Arbeitswelt zu bestehen.
- Bei sich abzeichnender Überforderung, zunehmender Rückfallgefahr oder auch eintretenden Rückfällen ist grundsätzlich der Wiedereinstieg in die vorherige Wohnphase möglich, um einem erneuten Abgleiten mit manifestem Suchtmittelkonsum entgegenzuwirken. Die Dauer dieser Phase ist abhängig von der Perspektive, welche zur Außenorientierung geführt hat und dem bisherigen Betreuungsprozess und der Dauer des Aufenthalts. Die intensive Kooperation mit nachbetreuenden Institutionen, vor allem der Institutsambulanz der Psychosomatischen Klinik, Sozialhilfeämtern, dem aufsuchenden betreuten Wohnen und den umliegenden Beratungsstellen ist für die Aufrechterhaltung des Behandlungs- und Betreuungserfolgs von hoher Bedeutung.
- Bewohner*innen, die wesentliche Regeln des Zusammenlebens phasenweise nicht einhalten (Rückfälle, Verweigerungshaltung gegenüber dem Angebot, fehlende Verantwortungsübernahme betreffend der eigenen Gesundheit etc.) werden nicht automatisch entlassen. Entschieden wird im Einzelfall.
- Ziel jeder Krisenintervention ist die Überwindung der Krise und die Reintegration der Bewohner*innen in die Gruppe. Inwiefern die Erreichung dieses Ziels durch Wiederaufnahme eines Bewohners, der z.B. zur stationären Krisenintervention in die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach verlegt werden musste, möglich ist, hängt von den Bedingungen des Einzelfalls und der Gesamtsituation der Einrichtung ab.
- Eine enge Zusammenarbeit mit entsprechenden Heimen und anderen komplementären Einrichtungen in der Region ist an dieser Stelle unerlässlich. Auch die Frage, inwieweit

der/die Betreffende im Rahmen der Eingliederungshilfe weiterhin betreut werden will oder sollte bzw. ob ggf. ein Wechsel in eine Pflegeeinrichtung sinnvoll erscheint, wird spätestens in dieser Phase entschieden. Grundsätzlich ist das Angebot nicht als Dauerwohnplatz konzipiert. Es muss jedoch möglich sein, bei Bedarf den Betreffenden langfristig einen Wohn- und Betreuungsplatz anzubieten und ein entsprechendes Komplementärangebot aufzubauen.

6.3. Notfallversorgung (1. Hilfe + Notarzt etc.)

Somatische Notfälle:

Im Falle eines somatischen Notfalls (Bspw. Atemstillstand) sind sofort Erste-Hilfe-Maßnahmen einzuleiten und der Notruf muss abgesetzt werden.

Alle Mitarbeiter/innen der Soziotherapeutischen Einrichtung sind dazu verpflichtet 1x jährlich an Schulungen zur Herz-, Lungen- Wiederbelebung teilzunehmen. Die Teilnahme wird von den jeweiligen Abteilungsleitern überprüft.

Psychiatrische Notfälle:

Bei psychiatrischen Notfällen sollte dem Bewohner mit Geduld begegnet werden und gegenüber seinen Verhaltensauffälligkeiten soll eine hohe Akzeptanz aufgebracht werden.

Gegenüber aggressiven Patienten ist ein sicheres Auftreten sinnvoll, ohne zu provozieren oder auf Provokationen zu reagieren.

Bei allen Interventionen ist die Sicherheit des Notfallpatienten wie auch die des Personals zu berücksichtigen.

Es ist wichtig eine klare Ansprechstruktur zu realisieren und auch desorientierten, verwirrten und akut psychotischen Patienten das Vorgehen zu erklären um ihm das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln.

Innerhalb des Klinikum Oberbergs werden unterschiedliche Fortbildungen zur deeskalierenden Kommunikation für alle Mitarbeiter angeboten. Diese können z.B. Motivierende Gesprächsführung, Safewards oder Deeskalationstraining sein. Alle Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams sollen nacheinander an mindestens einer dieser Fortbildungen teilnehmen.

In jedem Fall ist Kontakt zu dem diensthabenden Psychiater der PSK aufzunehmen und das weitere Procedere mit ihm zu besprechen. Gegebenenfalls ist dann zwecks einer Krisenintervention eine Verlegung auf die Akutstation der PSK zu berücksichtigen und durchzuführen.

Bei drohender Eskalation müssen sofort Polizei und Rettungsdienst hinzugezogen werden.

6.4. Suchtmittelkontrollen

Um die BewohnerInnen in ihrem Abstinenzwunsch zu unterstützen werden unregelmäßig Urinkontrollen unter Sicht durch Teamer durchgeführt.

Um 8 Uhr werden die Kontrollen für den Tag angekündigt und sollen dann bis spätestens 13 Uhr erfolgen. In Absprache mit dem Team kann im begründeten Einzelfall auch später eine Urinkontrolle erfolgen.

Bei unbegründeter Nichtabgabe besteht der Verdacht auf eine Verzögerungstaktik. Daher erhält der Bewohner/ die Bewohnerin eine Ausgangsbeschränkung für den nächsten Tag. Sollte der Bewohner/ die Bewohnerin intoxiziert erscheinen, so ist eine Verlegung auf die Akutstation der PSK zwingend erforderlich.

Nach Ausgängen, welche länger als vier Stunden dauern, ist ebenfalls eine Urinprobe unter Sicht abzugeben.

Sollten Bewohner Besuch erhalten, so ist dieser aufgefordert zunächst Kontakt mit einem Teammitglied aufzunehmen. Sollte der Besucher/ die Besucherin intoxikiert erscheinen, so wird der Zutritt zur Einrichtung untersagt. Sollte ein Verdacht auf Suchtmittelkonsum bestehen, so hat der Besucher die Möglichkeit eine Urinprobe unter Sicht abzugeben bzw. eine Atemalkoholkontrolle durchführen zu lassen.

Sollte der Verdacht auf Beikonsum bestehen, oder ein bereits ein Rückfall geschehen sein, so können Zimmerkontrollen auf Suchtmittel und gefährliche Gegenstände durchgeführt werden. Diese erfolgen durch zwei Teamer immer im Beisein des jeweiligen Bewohners/ der jeweiligen Bewohnerin.

Im Detail erfolgt die Durchsuchung des Zimmers folgendermaßen:

Nach einem Rückfall oder bei Verdacht auf Rückfälligkeit wird das Zimmer des/der betroffenen BewohnerIn auf illegale Substanzen, Medikamente oder Alkohol durchsucht. Dies geschieht zum Schutz des Bewohners, der Mitbewohner und des Personals. Die Einwilligungserklärung unterschreiben die Bewohner bei Einzug mit dem Mietvertrag.

Eine Zimmerdurchsuchung ist für viele BewohnerInnen ein großer Einschnitt in die Persönlichkeit, sodass diese wenn möglich von zwei Vertrauenspersonen vollzogen wird. Zusätzlich muss dem Bewohner die Möglichkeit gegeben werden daran teilzunehmen.

Durchsuchung des Zimmers:

- Zimmer im Beisein des Bewohners kontrollieren.
- Sämtliche Kleidungsstücke untersuchen, besonders Nähte, offene und versteckte Taschen.
- Papiere auseinander falten, Bücher durchblättern. Hygieneartikel auf Unversehrtheit prüfen, z.B. Tubenfalz der Zahnpasta. Hohlräume in Verschlussdeckeln beachten.
- Bodenabdeckungen von Koffern und Sporttaschen anheben. Schuhe genau kontrollieren.
- Aufschrauben der Verschlüsse von Toilettenartikeln.
- Kontrolle von Batteriefachabdeckungen Wecker und aller Elektronischen Geräte.

Es ist wichtig, dass die Durchsuchung nicht zwischendurch unterbrochen wird und der jeweilige Mitarbeiter sich nicht ablenken lässt.

Wenn illegale Substanzen, Medikamente oder Alkohol gefunden werden, werden diese unter Anwesenheit von mindestens 2 Mitarbeitern entsorgt. Dies muss bei Vivendi dokumentiert werden. Zusätzlich gibt es für Betäubungsmittel ein sogenanntes Vernichtungsprotokoll. Dies muss ordnungsgemäß ausgefüllt werden. Die Beachtung des Betäubungsmittelgesetzes ist zwingend erforderlich.

6.5. Rückfallgeschehen

Der Suchtmittelkonsum gilt dann als sehr wahrscheinlich, wenn ein BAC von über 0,0 Promille gemessen wird oder das Drogenscreening ein positives Ergebnis erbracht hat,

unabhängig davon, wie die/der BewohnerIn das Ergebnis erklärt. Allerdings sind falsch positive Werte grundsätzlich möglich. Um ein differenzierteres Ergebnis im Drogenscreening zu erzielen, besteht die Möglichkeit die vorhandene Urinprobe in das MVZ Labor Dessau zu schicken. Dort kann eine Analyse auf die konkreten Substanzen und Stoffe stattfinden.

Es muss immer auf Rückfälle reagiert werden. Die Spannbreite der Reaktionsmöglichkeiten sowie Hilfestellungen bezüglich der Entscheidung hinsichtlich unterschiedlicher Reaktionen kann individuell im multiprofessionellen Team entschieden werden.

Bei akuter Intoxikation ist die/der Betroffene, nach Rücksprache mit dem diensthabenden Arzt bzw. dem leitenden Oberarzt der angegliederten Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, sofort auf die Akutstation zu verlegen, um zum einen weiteren Schaden abzuwenden und zum anderen die restliche Bewohnergruppe vor einem möglichen Triggern zu schützen.

Wenn der Rückfall durch ein positives Drogenscreening auffällt und keine akute Intoxikation vorliegt, muss mit der Bezugspflegeperson und der (Stellvertr.) Einrichtungsleitung ein Reflektionsgespräch geführt werden. Innerhalb dieses Gesprächs kann gemeinsam erörtert werden, ob und inwieweit sich der Betroffene in einer Krise befindet. Zeigt sich die/der BewohnerIn reflektiert und erreichbar, ist eine therapeutische Erarbeitung innerhalb der Einrichtung oftmals effektiver. Besteht jedoch die akute Gefahr eines erneuten Rückfalls sollte die Akutstation zur Krisenintervention hinzugezogen werden. Ebenfalls wird innerhalb dieses Gesprächs eine individuelle Ausgangsregelung für die nächsten Wochen gemeinsam erarbeitet. Diese soll dazu dienen, dass zum einen die mögliche vulnerable Phase sicher überwunden werden kann und zum anderen eine effektive Auseinandersetzung mit dem Rückfall und seinen Begleitumständen sowie dem Umgang damit erfolgen kann.

In jedem Falle muss eine Rücksprache bezüglich des weiteren Procederes mit dem substituierenden Arzt getroffen werden. Dies erfolgt in aller Regel telefonisch oder per E-Mail. Dieser entscheidet dann über eine Einschränkung der Take-Home – Gabe

6.6. Krisenintervention

Tritt im Rahmen des Aufenthalts innerhalb der Einrichtung ein Rückfall mit Suchtmitteln oder eine andere Krise (bspw. Suizidalität, Psychose, Suchtdruck ..) auf, die eine geschütztere vollstationäre Akutbehandlung nötig macht, so wird der/die betroffene Bewohner*in auf die entsprechende Station verlegt. Dies kann einmal die Akutstation der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach sein oder aber auch eine akutpsychiatrische, allgemeinspsychiatrische Station innerhalb des Einzugsgebietes. Dies wird nach Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater oder (sollte dieser nicht erreichbar sein) mit dem diensthabenden Arzt der PSK entschieden.

Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung sind in jedem Fall Polizei und Notarzt hinzuzuziehen. Diese entscheiden dann über eine Einleitung einer geschlossenen Unterbringung (Psych KG, BTG..).

Solange die betroffenen Bewohner*innen sich glaubhaft absprachefähig zeigen, können sie mit einer gemeinsam erarbeiteten Ausgangsregelung vorerst ohne stationären Aufenthalt auskommen.

Eine Information sollte auf jeden Fall zeitnah per E-Mail oder telefonisch an den behandelnden Facharzt sowie ggf. an die rechtliche Betreuung erfolgen.

6.7. Medizinische Versorgung und Gesundheitsfürsorge

Die examinierten Pflegekräfte unterstützen die Bewohner*Innen in Kooperation mit den niedergelassenen behandelnden Hausärzten, Fachärzten und substituierten Ärzten/Institutsambulanzen in allen gesundheitlichen Belangen. Oftmals haben die Bewohner*innen massive Schwierigkeiten Sorge für ihre eigene Gesundheit zu tragen und bedürfen viel motivierender Zuwendung um entsprechende Reaktionen wie nötige Arztkontakte, Vorsorgeuntersuchungen, Beschaffung von notwendigen Rezepten/Medikamenten anzuregen. Somit soll die Verantwortungsübernahme erprobt, neu erlernt und/oder gefördert werden.

6.8. Auszugsprocedere

Reguläre Entlassung

Der Bewohner muss seine Kündigung schriftlich vier Wochen zum Monatsende einreichen. Grundsätzlich sollen alle Maßnahmen, die während des Aufenthaltes in der Einrichtung eingesetzt werden, den Bewohner*innen, auf dem Weg hin zum Auszug in eine eigene Wohnung und der Verselbstständigung dienlich sein.

Sind Bewohner*in, Mitarbeiter*innen der Einrichtung einig, dass ein Leben in der Einrichtung nicht mehr erforderlich ist, wird der Bewohner*in, bei der Suche nach einer geeigneten Wohnform unterstützt. Dies wird anhand der gemeinsam formulierten Ziele im BEI_NRW mindestens alle zwei Jahre überprüft und reflektiert.

Damit der Auszug möglichst risikoarm und erfolgreich verläuft, sind zudem die fachliche Einschätzung des multiprofessionellen Betreuerteams sowie die interdisziplinäre Kooperation von Fachkräften unabdingbar. Nur so kann sichergestellt werden, dass sämtliche Fähigkeitsbereiche bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden und ein umfassendes Bild über die vorhandenen Ressourcen, aber auch über die Problembereiche der Bewohner*innen gegeben ist. Nichts desto trotz hat jeder Bewohner, jede Bewohnerin natürlich auch die Möglichkeit, unsere Einrichtung entgegen der Einschätzung unseres multiprofessionellen Teams zu verlassen.

Dabei werden die Bewohner*innen sowohl in der konkreten Wohnungssuche, beim Antragswesen, als auch beim Umzug selbst begleitet.

Es kann eine Anbindung an das Bewo „Hansen“ oder anderer Bewo Anbieter installiert werden, sodass nach dem Auszug in eine eigene Wohnung eine nahtlose Betreuung gewährleistet werden kann.

Am Tag des Auszugs erhält der Bewohner*in seine gewünschten hier für ihn aufbewahrten Unterlagen sowie Medikamente ausgehändigt. Außerdem wird das Zimmer besenrein übergeben. Alle Schlüssel sind der Einrichtung zu übergeben.

Disziplinarische Entlassung

Grundsätzlich wird immer eine reguläre Entlassung angestrebt, dennoch kann es zu Situationen in der eine sofortige Entlassung unumgänglich ist. Natürlich betrachten wir in jedem Einzelfall die individuelle Situation der Bewohner*innen und entscheiden nicht nach einem strikten Muster, aber

eine normalerweise sinnvolle Haltung existiert schon. Folgende Aspekte können zur disziplinarischen Entlassung führen:

- Androhung und Ausführung tätlicher Gewalt gegenüber Bewohner*innen sowie mit Mitarbeiter*innen
- Übermäßige Suchtmittel-Rückfälle
- Fehlende oder verloren gegangene Abstinenzentscheidung
- „Dealen“ innerhalb der Einrichtung
- Diebstahl
- Auf Dauer fehlende Compliance (Gesundheitsfürsorge, Regelwerk, Teilnahme an den tagestrukturierenden Maßnahmen)

Auch bei einer disziplinarischen Entlassung wird ein geregelter Auszug angestrebt.

7. Qualitätssicherung

Im Rahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements hat die Einrichtung zu folgenden Themen Konzepte und Verfahrensanweisungen verfasst. Die damit verbundenen Arbeitsweisen und Prozesse werden ständig überprüft und weiterentwickelt und in einem Qualitätshandbuch dokumentiert.

7.1. Konzepte

- Gewaltprävention
- Beschwerdemanagement
- Sterbebegleitung
- Vermeidung freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen
- Fort- und Weiterbildung der Beschäftigten
- Begleitung dementiell veränderter Menschen
- Palliative Care
- Ärztliche Versorgung
- Umgang mit Arzneimitteln
- Soziale Betreuung
- Hauswirtschaftliche Versorgung
- Teilhabe

7.2. Evaluation

Die Arbeitsweisen und Prozesse werden ständig überprüft und weiterentwickelt und in einem Qualitätshandbuch dokumentiert. Es werden Besprechungsroutinen und Gremienarbeit umgesetzt. Konkrete Qualitätssicherung findet statt in:

- Mitarbeitergesprächen
- Multiprofessionellen Teams / Übergaben
- Arbeitskreis Akut
- PSAG Sucht
- Supervision
- Chefarztvisite der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach
- Abteilungsleitersitzung der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach
- Fortbildungen (Intern und Extern)
- Heimbeirat

7.2.1. Heimbeirat

„(1) Die Bewohnerinnen und Bewohner wirken durch einen Heimbeirat in Angelegenheiten des Heimbetriebs wie Unterkunft, Betreuung, Aufenthaltsbedingungen, Heimordnung, Verpflegung und Freizeitgestaltung mit. Die Mitwirkung bezieht sich auch auf die Sicherung einer angemessenen Qualität der Betreuung im Heim und auf die Leistungs-, Vergütungs-, Qualitäts- und Prüfungsvereinbarungen nach § 7 Abs. 4 und 5. Sie ist auf die Verwaltung sowie die Geschäfts- und Wirtschaftsführung des Heims zu erstrecken, wenn Leistungen im Sinne des § 14 Abs. 2 Nr. 3 erbracht worden sind. Der Heimbeirat kann bei der Wahrnehmung seiner Aufgaben und Rechte fach- und sachkundige Personen seines Vertrauens hinzuziehen. Diese sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.“ (http://www.gesetze-im-internet.de/heimg/_10.html)

Durch das Heimgesetz (HeimG) wird pflegebedürftigen oder behinderten volljährigen Mitbürgern und MitbürgerInnen, die in einer Einrichtung leben, ein Mitwirkungsrecht in Angelegenheiten des Heimbetriebs garantiert.

Laut §10 des Heimgesetzes ist der Heimbeirat das zentrale Mitwirkungsorgan und Interessenvertretung für die BewohnerInnen. Im Heimgesetz und in der Heimmitwirkungsverordnung sind die dafür notwendigen gesetzlichen Grundlagen geregelt.

Durch ihn haben sie die Möglichkeit auf Angelegenheiten wie beispielsweise Aufenthaltsbedingungen, Verpflegung, Freizeitgestaltung oder die Heimordnung Einfluss zu nehmen.

Darüber hinaus betrifft dieses Mitwirkungsrecht auch Maßnahmen, die der Qualitätssicherung dienen sowie Vereinbarungen, welche die Einrichtung mit Pflegekassen und Sozialhilfeträgern treffen.

Des Weiteren nimmt der Heimbeirat Anregungen und Beschwerden von BewohnerInnen entgegen und wirkt auf deren Bearbeitung hin.

Der Heimbeirat wird alle 2 Jahre von den BewohnerInnen **gewählt**. Heimbeiräte können nicht nur **BewohnerInnen** der Einrichtung sein, sondern auch **externe Personen** aus dem Kreis der Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen, Mitglieder von örtlichen Senioren- und Behindertenorganisationen sowie von der Heimaufsicht vorgeschlagene Personen.

Die Gesamtzahl der Heimbeiratsmitglieder, die zu wählen sind, richtet sich nach der Größe der Einrichtung, d.h. nach der Anzahl der BewohnerInnen. Bei Einrichtungen bis 50 BewohnerInnen müssen drei Mitglieder gewählt werden.

Der Heimbeirat wird in gleicher, geheimer und unmittelbarer Wahl gewählt.

Zur Wahl des Heimbeirates können die Wahlberechtigten Wahlvorschläge machen.

Bei Stimmgleichheit, wenn beide BewerberInnen in der Einrichtung leben, entscheidet das Los.

Der Heimbeirat kommt alle vier Wochen zusammen. An diesen Treffen nimmt ebenfalls die Einrichtungsleitung teil.

8. Fortschreibung des Konzepts

Eine Fortschreibung des Konzeptes erfolgt auf Basis der Lebensumstände und der Individualität der Bewohner*innen sowie der gesellschaftlichen und sozialen Entwicklungen und Veränderungen. Ebenso unter Berücksichtigung der rechtlichen sowie fachlichen Aspekte.

Literaturverzeichnis

- *Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII)*. (o. D.). destatis - Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 24. Januar 2023, von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/Glossar/einliederungshilfe-behinderte-menschen.html>
- *Soziotherapie » Therapie » Psychiatrie, Psychosomatik & Psychotherapie » Neurologen und Psychiater im Netz »*. (o. D.). Abgerufen am 24. Januar 2023, von <https://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/therapie/soziotherapie/>
- *Wohnen & Betreuung in einer besonderen Wohnform*. (o. D.-a). LWL-Wohnverbund Dortmund. Abgerufen am 24. Januar 2023, von <https://www.lwl-wohnverbund-dortmund.de/de/fuer-nutzer-angehoerige-gesetzl-betreuer/leistungen-der-sozialen-teilhabe/wohnen-betreuung-einer-besonderen-wohnform/>
- *PSK: Suchtprobleme? Menschen mit Suchterkrankung zu helfen ist unser Ziel. Ihre PSK*. Klinikum-Oberberg. (o. D.). Abgerufen am 6. Februar 2023, von <https://www.klinikum-oberberg.de/standorte/psk-psychosomatische-klinik-bergisch-land/ueber-uns/unere-leitsaetze>
- *Abhängigkeit*. (o. D.). Gesundheitsberichterstattung des Bundes [Gesundheit, Statistik, GBE]. Abgerufen am 6. Februar 2023, von <https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc abr test logon?p uid=gast>
- *Drogensucht: Substitution als Grundlage der Abstinenz*. (2019, 21. August). DAZ.online. Abgerufen am 6. Februar 2023, von <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/daz-az/1999/daz-42-1999/uid-1793>
- *§ 10 HeimG - Einzelnorm*. (o. D.). Bundesministerium der Justiz. Abgerufen am 6. Februar 2023, von http://www.gesetze-im-internet.de/heimg/_10.html