



Betreutes Wohnen für Menschen mit HIV/AIDS

*Qualitätshandbuch
der hessischen AIDS-Hilfen*

Inhalt

I. Einleitung	5
II. Besondere Problemlagen unserer KlientInnen.....	8
II.1 Die Krankheitsprogression	8
II.2 Die Stigmatisierung von Menschen mit HIV und AIDS.....	9
II.3 Der Verlust des sozialen Status	9
II.4 Die Sexual- und Partnerschaftsproblematik	10
II.5 Selbstverwirklichungs- und Exzess-Management	10
II.6 Der i.v.-Drogengebrauch	10
II.7 Die materielle Unter- oder Fehlversorgung	11
II.8 Kulturelle Barrieren.....	11
III. Betreuungsziele, Leitbilder und Arbeitsprinzipien	11
IV. Die Sicherung der Entscheidungs-Autonomie und Selbstständigkeit der KlientInnen als besonderes Anliegen der hessischen AIDS-Hilfen	14
IV.1 Hilfen zur Selbsthilfe	14
IV.2 Stellvertretendes Handeln	15
IV.3 Absicherung der Autonomie und Selbstständigkeit von KlientInnen	15
IV.4 Beschwerden von KlientInnen	17
V. Strukturqualität	18
V.1 Vertragliche Grundlage der Leistungserbringung und Personalausstattung	18
V.1.1 Vertragliche Grundlagen der Leistungserbringung.....	18
V.1.2 Stundenumfang und –anteile von Arbeitsplätzen innerhalb der AIDS-Hilfen	19
V.1.3 Tarifliche Eingruppierung der Gehälter	19
V.1.4 Zeitressourcenmanagement im Betreuten Wohnen	19
V.1.5 Berufliche Qualifikation der MitarbeiterInnen.....	20
V.1.5.1 Formale Anforderungen an MitarbeiterInnen.....	20
V.1.5.1.1 Allgemeine Grundanforderungen	20
V.1.5.1.2 Ausbildungsabschluss	20
V.1.5.2 Fachliche Kompetenzen der MitarbeiterInnen	20
V.1.5.3 Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen	21
V.1.5.4 Fortbildung	21
V.1.5.5 Weiterbildung	22
V.2 Strukturelle Vorgaben innerhalb der Geschäftsstellen.....	23
V.2.1 Funktionshierarchien und die Zuweisung von Verantwortlichkeit	23
V.2.1.1 Dienstaufsicht	24

V.2.1.2	Fachaufsicht	24
V.2.1.3	MitarbeiterInnen-Fürsorge durch Dienst- und Fachaufsicht	25
V.2.1.4	Eigenverantwortung und Gestaltungsmöglichkeiten	26
V.2.1.5	Intervision	27
V.2.1.6	Supervision	27
V.2.1.7	Teambesprechungen	27
V.2.2	Räumliche und sächliche Ausstattung der MitarbeiterInnen	28
V.3	Strukturelle Vorgaben außerhalb der Geschäftsstellen	28
V.3.1	Zugangskriterien zum Angebot „Betreutes Wohnen“ als strukturelle Rahmenbedingung	28
V.3.2	Bedarfsgerechte Abdeckung der Versorgungsgebiete	30
V.3.3	Lage, Verkehrsanbindung und Erreichbarkeit der AIDS-Hilfen	31
V.3.4	Kooperationsanforderungen	32
VI	Prozessqualität	33
VI.1	Die Methodik der Betreuung	33
VI.1.1	Das Aufnahmegespräch	33
VI.1.2	Die Hilfeplanung	33
VI.1.3	Die Beziehung von BetreuerIn und KlientIn als Voraussetzung der Prozessqualität	34
VI.1.4	Die Methode der Betreuung im Arbeitsprozess	37
VI.2	Die Inhalte der Angebote	39
VI.2.1	Sicherung der materiellen Lebensgrundlagen, des Wohnraums und der gesundheitlichen Versorgung	40
VI.2.2	Harmreduction und Gesundheitsförderung	40
VI.2.3	Hilfen bei der psychischen Verarbeitung von Problemlagen	41
VI.2.4	Absicherung der unmittelbaren Interessenvertretung	41
VI.2.5	Wahrung und Schaffung von Beschäftigung und eines zeitlich und inhaltlich strukturierten Alltags und Tagesablaufs	42
VI.2.6	„Identitätssupport“	42
VI.2.7	Absicherung der letzten Lebensphase	42
VI.3	Datenschutz	43
VI.4	Zuständigkeits- und Handlungsgrenzen des Betreuten Wohnens	45
VII	Ergebnisqualität	46
VII.1	Institutionelle Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung	46
VII.2	Arbeitserfassung und bewertung	47

I. Einleitung

Das Qualitätshandbuch der hessischen AIDS-Hilfen für das Betreute Wohnen soll BetreuerInnen, Betreuten und der interessierten Öffentlichkeit erläutern, auf welcher Grundlage, nach welchen Prinzipien und nach welchen Regeln hessische AIDS-Hilfen das Betreute Wohnen anbieten.

Das Betreute Wohnen ist ein ambulantes Unterstützungsangebot für behinderte und von Behinderung bedrohte Personen. Seine Leistungen haben - trotz aller Begriffsähnlichkeit - nichts mit der gesetzlichen „Betreuung“ von Personen mit eingeschränkter Geschäftsfähigkeit gemein. Die Angebote des Betreuten Wohnens bewegen sich in den vom § 53 SGB XII i.V. mit § 2 Abs.1 SGB IX vorgegebenen Grenzen. Eine gesetzliche Betreuung tritt ein, wenn eine volljährige Person vorübergehend oder auf Dauer nicht in der Lage ist, ihre rechtlichen Angelegenheiten ganz oder teilweise selbst zu besorgen. Ihre Aufgaben werden durch das Vormundschaftsgericht bestimmt. Demgegenüber sind alle Betreuungsangebote des Betreuten Wohnens darauf ausgerichtet, eine maximale Selbstständigkeit von i.d.R. mündigen Menschen zu gewährleisten bzw. wiederherzustellen. Im besonderen Einzelfall kann diese Betreuung neben einer bestehenden gesetzlichen Betreuung oder eine gesetzliche Betreuung neben einer Betreuung im Rahmen des Betreuten Wohnens notwendig werden. Die Übernahme einer gesetzlichen Betreuung durch BetreuerInnen ist nicht Bestandteil des Betreuten Wohnens.

Das Betreute Wohnen der hessischen AIDS-Hilfen dient also insgesamt Menschen mit HIV und AIDS, die in ihrer eigenen Wohnung leben und einer intensiven Betreuung bedürfen, um ihre Selbstständigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Wohnformen des Betreuten Wohnens sind das Einzelwohnen, Wohnen in Partnerschaft und/oder mit Angehörigen oder das Wohnen in Wohngemeinschaften.

Da HIV/AIDS heute zwar zu den behandelbaren, aber nach wie vor unheilbaren Erkrankungen zählt, ist eine Betreuung in der Regel längerfristig angelegt, in vielen Fällen bis zum Lebensende. Ziel der Betreuung sind die Unterstützung im Leben mit der Infektion sowie die Erhaltung der Gesundheit und der eigenständigen Lebensführung. Ziel des AIDS-Hilfe-Handelns kann keine stetige Zustandsverbesserung, sondern lediglich ein geglücktes Leben unter widrigen Umständen sein.

Zu den wichtigsten Leistungen des Betreuten Wohnens gehört die psychosoziale Beratung und Begleitung sowie die Hilfe bei der Bewältigung praktischer und orga-

nisatorischer Probleme. Diese Unterstützung kann innerhalb und außerhalb der Beratungsstellen und über Hausbesuche geleistet werden.

Hilfen, die selbst nicht gegeben werden können, wie Krankenpflege, Haushaltshilfen, Psychotherapien, werden im Bedarfsfall hinzugezogen oder vermittelt.

Die Grenzen des Betreuten Wohnens sind erreicht, wenn Hilfebedürftige sich gegen diese Hilfeart entscheiden, der Bedarf durch die rechtliche und fachliche Kompetenz des Fachpersonals nicht gedeckt ist oder Hilfebedürftige über keinen festen Wohnsitz verfügen. Grenzen werden auch durch die vertraglichen Grundlagen des Betreuungsvertrages sowie durch ggf. vertragliche Zusatzvereinbarungen mit dem LWV gesetzt.

In der Erstellung dieses Qualitätshandbuches haben wir uns für folgende Strukturierung entschieden¹: Der Darstellung der Personenkreise und Problemlagen, die wir zu betreuen haben, schließt sich die Darstellung unserer Ziele, Leitbilder und Arbeitsprinzipien dieser Betreuungsarbeit an. Daraufhin folgt die Darstellung deren Gewährleistung über die Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Betreuten Wohnens.

Zur Strukturqualität gehören nach Kaltenbach² vier Elemente: Persönliche Elemente (Art, Anzahl, Ausbildung und Qualifikation des Personals), Materielle Elemente (Art und Umfang der materiellen und technischen Ausstattung), Organisatorische Elemente (Organisationsaufbau) und Systemelemente (Einbettung in das gesamte Versorgungssystem).

Die Prozessqualität (auch Ablaufqualität genannt) umfasst sämtliche Maßnahmen (z.B. Durchführung, Art und Umfang einer Betreuung), die im Laufe des Betreuungsprozesses ergriffen werden.

Die Ergebnisqualität wird am Grad der Erreichung eines im Vorhinein festgelegten Zieles und den damit verbundenen erbrachten Dienstleistungen gemessen. Zur Messung bedarf es Indikatoren und Standards, wenn es auch grundsätzlich im Betreuungsbereich keine absolute, objektive Qualitätsmessung geben kann. Denn ebenso

1 Grundlagen und Umsetzung dieses Ansatzes der Strukturierung finden sich in: Ralf Wilczek, Mechthild Stöber, Bernhard Klösel, Waltraud Himmelmann, Albert Frohn & Ute Freisen: Qualitätskonzept für die Sozialarbeit in den psychiatrischen Kliniken, Hg.: Deutscher Verband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V. (DBSH), VVB – Verlag für Wissenschaft und Bildung

2 Kaltenbach, Tobias: Qualitätsmanagement im Krankenhaus, Melsungen : Bibliomed, Med. Verl.-Ges., 1993, 2. Aufl.

wie BetreuerInnen diese nur bedingt objektiv beurteilen können, werden auch die Rückmeldungen von KlientInnen immer subjektiv sein.

Auch wenn im Einzelfall gemeinsame Schnittflächen dieser Qualitätsaspekte und unterschiedliche Meinungen über die Zuordnung von Inhalten dieses Handbuchs zu den Qualitätsaspekten nicht zu vermeiden sind, glauben wir durch die vorgenommene Zuordnung einen guten Überblick zur Arbeitsbeschreibung und -anleitung und letztlich auch zur Fortentwicklung des Qualitätshandbuchs selbst gegeben zu haben. Denn nach unserem Verständnis ist es unabdingbar, im Verlauf der Umsetzung der hier getroffenen Vorgaben alle Möglichkeiten der Weg- und Zielkorrektur zu nutzen.

Die AIDS-Hilfen fördern die Fortschreibung des Qualitätshandbuchs. Sie entsenden dazu je einen MitarbeiterIn ihres Betreuten Wohnens in die Landesarbeitsgemeinschaft Betreutes Wohnen (LAG BeWo) der AIDS-Hilfe Hessen e.V. Die Treffen dieses Qualitätszirkels finden vierteljährlich statt.

Das Qualitätshandbuch wird im Rahmen einer Mitgliederversammlung oder eines Verbandstag verabschiedet und zur Ratifizierung durch die örtlichen Vorstände an die regionalen AIDS-Hilfen verwiesen. Nach erfolgter Ratifizierung sind die hierin enthaltenen Regelungen und Vorgaben für die Arbeit im Betreuten Wohnen verbindlich. Alle zwei Jahre wird die jeweilige Neufassung redaktionell überarbeitet.

II. Besondere Problemlagen unserer KlientInnen

Eine sehr unterschiedliche soziale, kulturelle und subkulturelle Herkunft, verbunden mit der überwiegenden Zugehörigkeit zu sozialen Minderheiten mit hohem Diskriminierungspotential kennzeichnet den Kreis der zu Betreuenden. Zu ihnen gehören neben sozial besser Gestellten besonders viele ökonomisch Unterprivilegierte, Obdachlose, DrogengebraucherInnen, Haftentlassene, schwule Männer, allein erziehende Frauen, männliche und weibliche Prostituierte, MigrantInnen der ersten, zweiten und dritten Generation mit häufig geringen Deutschkenntnissen und insgesamt viele allein stehende Menschen ohne sozialen Rückhalt. Viele Menschen mit HIV sind zusätzlich zu ihrer HIV-Infektion anderen Gesundheitsrisiken (Hepatitis, Krebs, seelische Erkrankungen) ausgesetzt, die die persönlichen Spielräume für die Bewältigung einer HIV-Infektion begrenzen.

Die HIV-Infektion selbst forciert in besonderer Weise den Verlust oder den drohenden Verlust von physischer und psychischer Integrität, von Einkommen, Erwerbsfähigkeit und beruflicher Tätigkeit, von sozialer Einbindung und sozialem Status. Der Verlust oder der drohende Verlust von freier Verfügung über Zeit und Lebensplanung, von Handlungsressourcen und der Möglichkeit zum Einsatz persönlicher Stärken kommen hinzu. Die persönliche Selbstgewissheit und die Realisierung sexueller und partnerschaftlicher Selbstverwirklichung sind massiv in Frage gestellt. Dass häufig mehrere dieser Faktoren für ein- und dieselbe Person zutreffen, führt zu erheblichen Belastungen.

Die zentralen Problemlagen der Menschen, die für das Betreute Wohnen der AIDS-Hilfen in Frage kommen, sind durch die im Folgenden beschriebenen Faktoren wesentlich beeinflusst.

II.1 Die Krankheitsprogression

HIV-Infektionen und AIDS-Erkrankungen sind auch angesichts stetig verbesserter Behandlungsmöglichkeiten gekennzeichnet durch

- ◆ die Auseinandersetzung mit der Diagnose einer unheilbaren und progredienten Erkrankung, und die Konfrontation mit Sterben und Tod, die für das Lebensalter der KlientInnen untypisch sind,

- ◆ einen Krankheitsverlauf mit unterschiedlichen Phasen schwerer oder weniger schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung und die dadurch häufig nötigen Perspektivkorrekturen,
- ◆ die körperliche und psychische Bewältigung einer Behandlung, die hohe Anforderungen an die Therapietreue (Compliance) stellt und gleichzeitig mit schwerwiegenden Nebenwirkungen verbunden sein kann,
- ◆ einen drohenden Verlust an Lebensqualität durch neurologische und psychiatrische Ausfälle und Störungen unterschiedlicher Art. Während in den letzten Jahren Verwirrheitszustände und Orientierungseinschränkungen etwas seltener auftreten, wird allseits ein Anstieg von Anpassungsstörungen, hier vor allem der Depression, berichtet. Vielfach handelt es sich hierbei um Langzeitsymptomaten.

II.2 Die Stigmatisierung von Menschen mit HIV und AIDS

HIV selbst stellt nach wie vor ein schweres Stigma mit hohem Diskriminierungspotential dar. Zusätzlich gehört die Mehrzahl unserer BetreuungsklientInnen gesellschaftlich marginalisierten Bevölkerungsgruppen an; die HIV-Infektion ist im öffentlichen Bewusstsein noch immer eng verbunden mit Sexualität, schwulem Lebensstil, Drogenkonsum und Bereichen der Prostitution. Die hieraus resultierende Marginalisierung und die ökonomische Randständigkeit eines wesentlichen Teils unserer KlientInnen zieht gesellschaftliche Abwehrhaltungen und Schuldzuweisungen nach sich, die bis hinein in die Bereiche der Rechtsstellung, der medizinischen Versorgung und der sozialen Integration Folgen zeitigen. Je stärker sich dies im individuellen Fall auswirkt, desto intensiver muss sich die Betreuungsarbeit mit den hieraus erwachsenden Konsequenzen auseinandersetzen.

II.3 Der Verlust des sozialen Status

Das HIV-positive Testergebnis, Behinderungen mit Auswirkungen z.B. auf die Arbeitsfähigkeit, das äußere Erscheinungsbild, die geringen finanziellen Möglichkeiten und das gesamte Alltagsleben führen häufig und rasch zum Verlust eines bisherigen sozialen Status. Ausgrenzung, Zurückweisung aber auch Protektion und Über-

protektion können zur Schwächung des persönlichen Selbstwertgefühls führen. Gleichzeitig werden vormals gesicherte soziale Positionen und Selbstbilder erinnert und ihr Verlust oftmals nicht verarbeitet. Deshalb muss Hilfe zur Selbsthilfe Menschen mit HIV und AIDS nicht nur zur Einübung neuer Selbstbehauptungs-, Durchsetzungs- und Integrationsstrategien befähigen, sondern auch zur Rekonstruktion ihrer Geschichte vor und nach der HIV-Zäsur.

II.4 Die Sexual- und Partnerschaftsproblematik

Viele Menschen mit HIV und AIDS kämpfen im Stadium schwerer chronischer Erkrankung darum, eine geglückte Sexualität und Partnerschaft in ihrem Alltag aufzubauen. Attraktivität, Erotik, Romantik, sexuelle Lust, Partnerschaftssuche und -bewahrung, Familiengründung und planung sind identitätsstiftende und existenzielle Belange. Betreuungsarbeit muss diese Belange von Menschen mit HIV und AIDS und ihren LebenspartnerInnen reflektieren und thematisieren können.

II.5 Selbstverwirklichungs- und Exzess-Management

Entgrenzung und Enthemmung im sexuellen Erleben, Rausch und Exzess durch Einnahme von psychotropen Substanzen, das Abstreifen der medikamentösen Therapie, die Zeugung eines gemeinsamen Kindes: Mit diesen Wünschen und den damit verbundenen potentiellen Risiken muss sich auch die Beratung und Betreuung im Betreuten Wohnen konfrontieren und auseinandersetzen können.

II.6 Der i.v.-Drogengebrauch

Für i.v.-DrogenkonsumentInnen gelten gleich zwei Anforderungen des Risikomanagements: Safer Use und Safer Sex. Eine Situation der individuellen und sozialen Deprivation sowie der Beeinträchtigungen durch Drogenkonsum und AIDS-spezifische Symptome verschärft diese Anforderungen noch. Eine Betreuung muss sich dieser Tatsache bewusst sein und Unterstützung anbieten können.

II.7 Die materielle Unter- oder Fehlversorgung

Das bestehende Angebotsspektrum bei Behinderung und Pflegebedürftigkeit ist auf eine Kontinuität des Krankheitszustandes ausgerichtet, die der Realität von Menschen mit HIV und AIDS nicht gerecht wird. Außerdem bestimmen häufig der Mangel an adäquatem Wohnraum und das niedrige Einkommen der meisten Menschen mit HIV und AIDS die Arbeitsanforderungen an die Betreuung erheblich mit. Die Ausgrenzung bestimmter Arten des Drogenkonsums in den Bereich der Illegalität ist zusätzlich verelendungs- und krankheitsfördernd.

II.8 Kulturelle Barrieren

Einige Menschen mit HIV und AIDS entstammen fremden Kulturkreisen oder gehören der zweiten oder dritten Generation von MigrantInnen an. So müssen unterschiedliche Wertvorstellungen und Verhaltensnormen sowie bestehende Sprachprobleme in der Betreuungsarbeit Beachtung finden. Häufig belasten divergierende Erwartungen deutscher MitbürgerInnen aber auch von MitbürgerInnen des eigenen Herkunftslandes den Alltag betroffener Menschen zusätzlich. Zum Teil werden solche Konflikte ausgeblendet, obwohl sie als reale Lebensumstände den Alltag weiter bestimmen. Hier sind Empathie sowie Vermittlungs- und Integrationsbemühungen der Betreuenden besonders gefordert.

III. Betreuungsziele, Leitbilder und Arbeitsprinzipien

Unsere Betreuung soll ihren NutzerInnen die Führung eines Lebens ermöglichen, das der Würde des Menschen, ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Lebensweise, ihren Entfaltungsmöglichkeiten und -wünschen sowie ihren Schutzbedürfnissen entspricht. KlientInnen im Betreuten Wohnen sollen soweit als möglich befähigt werden, unabhängig von Hilfe zu leben sowie diejenige Unterstützung erhalten, die ihrer persönlichen Bedarfslage angemessen ist.

AIDS-Hilfe macht es sich im Rahmen der Betreuung zur Aufgabe, Menschen mit HIV und AIDS, die der Hilfe bedürfen, zu helfen. Darüber hinaus gibt sie Menschen das nöti-

ge Handwerkszeug für die Vermeidung von Neuinfektionen. Bei ihrer Aufklärungsarbeit mit und im Umfeld von Betreuten arbeiten sie zielgruppenspezifisch und mit einer offensiven Angebotspolitik. Das bedeutet, Aufklärung muss sowohl unter Betreuten wie unter Nichtbetreuten Angebote bereitstellen, die latente Nachfrage wecken.

Die AIDS-Hilfen orientieren sich in allen Arbeitsbereichen an den Leitbildern der Strukturellen Prävention und der Lebensweisenakzeptanz.

Strukturelle Prävention verlangt, strukturelle Versorgungsmängel und -lücken aufzudecken und nach Möglichkeit zu ihrer Behebung beizutragen. Verhaltens- und Verhältnisprävention sind sowohl in der primären als auch in der sekundären Prävention nicht voneinander zu trennen. Hieraus resultiert die Notwendigkeit, Projekte der Selbsthilfe nachhaltig zu unterstützen und die Lebensverhältnisse zu verändern, die einen adäquaten Umgang mit der Bedrohung durch HIV und AIDS verhindern. Es bedeutet außerdem, den Auf- und Ausbau von Gemeinwesenstrukturen zu fördern, welche den Angehörigen der Hauptbetroffenengruppen Rückhalt und „Empowerment“ gewähren.

Lebensweisenakzeptanz heißt für die AIDS-Hilfen, Personen in der Art und Weise, wie sie ihr Leben gestalten, gelten zu lassen und dabei die Einzelfallhilfe so anzulegen, dass KlientInnen ihre Selbsthilfepotentiale ausschöpfen können. Gleichzeitig ermöglichen AIDS-Hilfen Personen mit Vorurteilen oder irrealen Befürchtungen den Zugang zu Fakten und Gegenentwürfen, die die Veränderung von Denkmustern und erforderliche Einsichten fördern.

Lebensweisenakzeptanz verlangt, Normen und Konventionen zu hinterfragen, die eine Einengung von Lebens- und Wahlmöglichkeiten nach sich ziehen. Sie verlangt für die gesellschaftliche Respektierung und Gleichbehandlung der unterschiedlichen Formen individueller und kollektiver Lebensgestaltung zu werben, soweit diese Lebensweisenwahl nicht die Integrität anderer Personen verletzt.

Lebensweisenakzeptanz bedeutet auch, Partei für Menschen mit HIV- und AIDS zu ergreifen.

Insgesamt trachten AIDS-Hilfen danach, auch in den bedrückendsten Lebensphasen noch einen Gewinn an Lebensqualität zu realisieren. Sie berücksichtigen bei ihrer Hilfeplanung alle berechtigten Interessen der Hilfesuchenden, achten aber gleichzeitig auf ein Höchstmaß an Effektivität und Effizienz, um die Hilfskapazitäten für alle KlientInnen bestmöglich auszuschöpfen.

Die Vorgaben des Qualitätshandbuches stecken für den Betreuungsalltag einen verbindlichen Rahmen ab, innerhalb dessen allerdings das Prinzip der Vereinbarungsfreiheit gilt. Auf welche Betreuungsziele und damit auf welche Ausprägung von Leistungsmerkmalen sich Hilfesuchende und Hilfeleistende im Einzelnen verständigen, bleibt ihnen selbst überlassen.

Dass im Rahmen der Betreuung nötige Kooperations- und Verhandlungspartner sich angenommen fühlen und ihr Engagement die verdiente Anerkennung erfährt, ist für AIDS-Hilfen ein unverzichtbarer Bestandteil effizienter Zusammenarbeit.

Die genannten Leitbilder, die Arbeitsprinzipien und Ziele sollten als Gütekriterien in den weiter unten folgenden Ausführungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gelten.

IV. Die Sicherung der Entscheidungs-Autonomie und Selbstständigkeit der KlientInnen als besonderes Anliegen der hessischen AIDS-Hilfen

Die Absicherung der Entscheidungsautonomie unserer KlientInnen ist für die AIDS-Hilfen von besonderer Bedeutung und muss in der Struktur-, in der Prozess- und in der Ergebnisqualität zum Tragen kommen.

Die AIDS-Hilfen behandeln ihre KlientInnen nicht als passive Leistungsempfänger. Dem entspricht, dass sich der Begriff der Autonomiesicherung wie ein roter Faden durch die im Qualitätshandbuch formulierten Leitlinien zieht.

Im Verlauf einer Betreuung kann sich eine Abhängigkeit der KlientInnen von ihren BetreuerInnen entwickeln. Bemerken BetreuerInnen eine solche Entwicklung, so thematisieren sie dies und vermitteln ihren KlientInnen Ansatzpunkte für die Rückgewinnung von höherer Selbstständigkeit und Entscheidungsautonomie.

Autonomie heißt, dass Betroffene selbst in der Lage sind, zu entscheiden, was sie tun und lassen, was sie erleiden und was sie nicht erleiden wollen. Diese Autonomie ist für Menschen mit Behinderung schwerer zu realisieren als für Menschen ohne Behinderung. Da viele Menschen zusätzlich zu ihrer Behinderung durch die Lebensumstände und –bedingungen behindert werden, gilt es, diese äußeren Behinderungen, die der Autonomie im Wege stehen, soweit möglich zu beseitigen.

IV.1 Hilfen zur Selbsthilfe

Soweit Hilfesuchende nicht um ihre Möglichkeiten autonomen Handelns wissen oder zu ungeübt sind, um Chancen der Selbstbestimmung zu nutzen, müssen ihnen Hilfen zur Selbsthilfe angeboten werden. Dabei gilt es, diese Angebote so zu gestalten, dass sie nicht in eine übervorsorgliche Entmündigung umschlagen. Sie müssen den Ressourcen der Betroffenen entsprechen. KlientInnen sollten stets ihre Selbsthilfekapazitäten in vollem Umfange nutzen und fortentwickeln können. Sie sollten weder überfordert noch überversorgt oder entmündigt werden.

An die Stelle der Hilfe zur Selbsthilfe tritt die stellvertretende Bewältigung von Aufgaben durch die BetreuerInnen, sofern sie nach Maßgabe der Selbstständigkeitseinbußen der KlientInnen und ihrer konkreten Lebensumstände erforderlich ist und

der Weckung, Förderung und Stabilisierung ihrer Selbsthilfepotentiale nicht zuwiderläuft.

IV.2 Stellvertretendes Handeln

Sind KlientInnen bei der selbständigen Bewältigung ihrer Versorgung und Interessenvertretung auf eine Begleitung und Unterstützung durch BetreuerInnen angewiesen, so müssen auch diese als Angebote des Betreuten Wohnens dem Bemühen um die Autonomie und Selbständigkeit der KlientInnen zugerechnet werden können.

Ergänzt werden muss solche Hilfe zur Selbsthilfe durch Interventionen, die Lebensumstände beeinflussen, die der Entfaltung der Betroffenen entgegenstehen. Diese Interventionen müssen aber in Umfang, Art und Abfolge dem Willen der Betroffenen entsprechen und mit ihnen Punkt für Punkt abgesprochen sein.

Immer muss gelten, dass der Respekt gegenüber KlientInnen und ihren Wertsystemen nicht ohne professionelle Selbstbescheidung zu wahren ist. Der Respekt vor der je individuellen Lebensweise eines/r Betreuten gebietet, nicht alles umzusetzen, was in AIDS-Hilfen für fachlich richtig erachtet wird.

IV.3 Absicherung der Autonomie und Selbständigkeit von KlientInnen

Im Einzelnen sollen folgende Regelungen Autonomie und Selbständigkeit von KlientInnen in besonderer Weise absichern:

Die BetreuerInnen klären ihre KlientInnen darüber auf, welchen ihrer Erwartungen und Wünschen im Rahmen des Betreuten Wohnens entsprochen werden kann und welche ihrer Einzelanliegen sie an andere Institutionen adressieren müssen. Sie stimmen gemeinsam Schritt für Schritt ab, wann welche Maßnahmen vollzogen werden. Die getroffenen Absprachen werden von den BetreuerInnen protokolliert. Die KlientInnen haben das Recht, diese Protokollnotizen einzusehen.

Sämtliche Betreuungsleistungen wahren dabei die Entscheidungsautonomie der Klientinnen. Sie werden von den BetreuerInnen in Art, Abfolge und Umfang so strukturiert, dass die KlientInnen stets durchschauen und nachvollziehen können, warum und wann welche Maßnahmen mit welchen Zielen zum Tragen kommen. Das Ergebnis dieses Aushandlungsprozesses bildet sich im Integrierten Hilfeplan (IHP, s. Anlage)

ab (s. auch VI.1.2 Hilfeplanung). Die zu Betreuenden sind darüber zu informieren, dass dieser vorläufig ist, bis in einer Belegungs- und Hilfeplankonferenz und auf Basis der Entscheidung des LWV der IHP diskutiert und akzeptiert worden ist. Die BetreuerInnen machen deutlich, dass eine persönliche Teilnahme an den Hilfeplankonferenzen möglich ist, klären über die formalen Rahmenbedingungen auf und unterstützen die KlientInnen in der selbstbestimmten Wahrnehmung ihrer Interessen in der Hilfeplankonferenz. Der Entfaltung der Wahlfreiheit von KlientInnen dient darüber hinaus, dass ihre BetreuerInnen ihnen das Spektrum alternativer Handlungsangebote vorstellen und Orientierungshilfen geben, die ihnen die Auswahl und Nutzung ergänzender Serviceleistungen erleichtern.

Nach Möglichkeit werden KlientInnen dauerhaft von denselben BetreuerInnen unterstützt. Sollte trotz des Prinzips der Bezugs-Betreuung ein BetreuerInnen-Wechsel unvermeidlich sein, werden die KlientInnen auf diesen Wechsel angemessen vorbereitet. Darüber hinaus werden die KlientInnen darin unterstützt, dauerhafte Beziehungen außerhalb des Betreuten Wohnens aufzubauen, die einen Wechsel in der Betreuung zumindest zum Teil kompensieren können.

Die BetreuerInnen sichern die Selbstbestimmungsmöglichkeiten ihrer KlientInnen darüber hinaus auch dadurch ab, dass sie auf Risiken und Alternativen von Handlungsstrategien hinweisen. So verdeutlichen sie die Risiken, die bestehen, wenn KlientInnen zu Handlungsstrategien greifen, die nach Auffassung ihrer BetreuerInnen nachteilig sind oder sein können. Für die von ihnen aufgewiesenen alternativen Handlungsstrategien bieten sie die erforderliche Unterstützung zur Realisierung dieser Alternativen an.

Im Falle akuter Lebensbedrohung und des Kontrollverlustes von KlientInnen sind Interventionen auch ohne Zustimmung zulässig, soweit sie der Schadensabwendung und der Wiederherstellung von deren Handlungsautonomie dienen. Die AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen informieren ihre Fachaufsicht, falls sie, um eine akute Gefahr abzuwenden, ohne die Zustimmung von KlientInnen tätig werden.

3 Aktuelle Vertragsgrundlage für das Betreute Wohnen für Menschen mit HIV/AIDS ist die Zusatzvereinbarung „Betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderungen“ zum Rahmenvertrag nach § 93 d Abs. 2 BSHG / § 79 Abs. 1 SGB XII für ambulante Einrichtungen, die im Jahr 2004 zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern geschlossen wurde.

IV.4 Beschwerden von KlientInnen

Beschweren sich KlientInnen bei ihren BetreuerInnen über Art, Abfolge oder Umfang der erbrachten Betreuungsleistungen, so informieren die betroffenen BetreuerInnen ihre Fachaufsicht über diese Vorfälle und versuchen mit den KlientInnen Einvernehmen über das künftige Vorgehen herzustellen. Die Rückmeldungen der BetreuerInnen auf die Beschwerden ihrer KlientInnen erfolgen unverzüglich. Jede AIDS-Hilfe muss im Rahmen der Dienst- und Fachaufsicht und der Qualitätssicherung eine Person benennen, die unabhängig von der Beratungszuständigkeit, bei Beschwerden von KlientInnen AnsprechpartnerIn ist. Haben KlientInnen den Eindruck gewonnen, die Reaktion ihrer regionalen AIDS-Hilfe auf die von ihnen vorgebrachten Beschwerden sei unangemessen, so wird ihnen die Gelegenheit eröffnet, sich an den landesweiten Qualitätszirkel (LAG BeWo) und den Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen zu wenden. Vom landesweiten Qualitätszirkel sollte spätestens im Zeitraum von sechs Wochen eine Rückmeldung an KlientInnen erfolgen. Den KlientInnen werden die Anschriften dieser beiden Beschwerdestellen von der sie betreuenden AIDS-Hilfe genannt.

V. Strukturqualität

V.1 Vertragliche Grundlage der Leistungserbringung und Personalausstattung

V.1.1 Vertragliche Grundlagen der Leistungserbringung

Die vertraglichen Grundlagen³ des Betreuten Wohnens versetzen die hessischen AIDS-Hilfen in die Lage, ihren KlientInnen die ihnen gesetzlich garantierten Leistungen der Eingliederungshilfe zur Verfügung zu stellen. In der Erbringung dieser Leistungen orientieren sich die AIDS-Hilfen an den Grundsätzen der Leistungstransparenz, -effizienz und der Wirtschaftlichkeit.

Der Umfang der Leistungserbringung orientiert sich am individuellen Hilfebedarf der KlientInnen, der unter Rückgriff auf den IHP erhoben wird (s. VI.1.2 Die Hilfeplanung). Der IHP ist vorläufig, solange er nicht von einer Belegungs- und Hilfskonferenz akzeptiert und vom LWV genehmigt wurde.

Gemäß den vertraglichen Vorgaben (§ 10 Zusatzvereinbarung) wird zwischen dem Leistungserbringer und der leistungsberechtigten Person ein Betreuungsvertrag geschlossen, der die näheren formalen Regelungen zum Betreuungsverhältnis enthält. Die AIDS-Hilfen orientieren sich hierbei am Musterbetreuungsvertrag Betreutes Wohnen, der von der Parität Hessen erarbeitet wurde (s. Anhang: Musterbetreuungsvertrag) und entwickeln diesen ggf. fort.

Ist es aufgrund der beschränkten personellen Kapazitäten nicht möglich, weitere KlientInnen in das Betreute Wohnen aufzunehmen, so konzentrieren die hessischen AIDS-Hilfen ihre Anstrengungen zunächst darauf, die Hilfesuchenden an andere adäquate Leistungserbringer in ihrem Einzugsbereich zu vermitteln. Scheitert diese Weitervermittlung, so versuchen die hessischen AIDS-Hilfen den Hilfesuchenden im Rahmen ihrer nicht dem Betreuten Wohnen zugehörigen sonstigen Beratungs- und Betreuungskapazitäten die erforderliche Unterstützung zukommen zu lassen. Sie tragen Sorge dafür, dass eine Aufnahme zum nächstmöglichen Zeitpunkt erfolgt. Entsteht eine Warteliste, wird diese sukzessive abgearbeitet, es sei denn, Anfragen in einer akuten Notlage haben Vorrang. Wartet jemand länger als ein halbes Jahr auf die Aufnahme, wird über die Fachaufsicht eine Klärung herbeigeführt.

V.1.2 Stundenumfang und –anteile von Arbeitsplätzen innerhalb der AIDS-Hilfen

Das Betreuungspersonal arbeitet hauptamtlich und entspricht sämtlichen fachlichen Anforderungen. Auf Grundlage der Zusatzvereinbarung (§ 8, Abs. 2) zum Betreuten Wohnen können zusätzlich geeignete Kräfte ohne fachspezifische Ausbildung im Umfang von höchstens 15% der für die jeweilige Person vereinbarten Fachleistungsstunden eingesetzt werden. Es können Voll- oder Teilzeitarbeitsplätze besetzt werden. Arbeitsplätze, deren StelleninhaberInnen mit einem Teil ihrer Arbeitsstelle auch mit anderen Aufgaben der AIDS-Hilfen beauftragt sind, sind möglich.

V.1.3 Tarifliche Eingruppierung der Gehälter

Die tarifliche Eingruppierung der Gehälter für die BetreuerInnen richtet sich nach der fachlichen Qualifikation der MitarbeiterInnen und orientiert sich an den Festlegungen des Überleitungstarifvertrages zum TVÖD.

V.1.4 Zeitressourcenmanagement im Betreuten Wohnen

Eine Kernleistung des Betreuten Wohnens besteht in Beratungs- und Betreuungsgesprächen bei persönlichen Begegnungen.

Die Arbeit mit den KlientInnen muss ergänzt werden durch die Arbeit für die KlientInnen. So ist es zur Absicherung oder Herstellung des Betreuungserfolges regelmäßig erforderlich, mit Behörden, Einrichtungen, ÄrztInnen, Angehörigen und anderen Versorgenden Kontakt aufzunehmen, Konflikte zu klären und das weitere Vorgehen abzusprechen.

Der garantierte Anspruch der KlientInnen auf ein bestimmtes Maß an Fachleistungsstunden innerhalb eines Monats ist als Zeitkonto der KlientInnen zu sehen. Der IHP und die unmittelbaren Absprachen zwischen KlientIn und BetreuerIn bestimmen letztlich, wie viele Stunden des Zeitkontos in einer Woche benötigt werden.

Die Vorgaben der Zusatzvereinbarung sind zu beachten. Bezugnehmend auf die darin festgelegte Berechnungsgrundlage (Jahres-Fachleistungsstundenkontingent) können auch Phasen erhöhten und reduzierten Betreuungsaufwandes innerhalb eines Jahreszeitraumes ausgeglichen werden.

V.1.5 Berufliche Qualifikation der MitarbeiterInnen

V.1.5.1 Formale Anforderungen an MitarbeiterInnen

V.1.5.1.1 Allgemeine Grundanforderungen

Zu den Grundanforderungen an die MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens gehört zunächst eine Aufgabenbewältigung, die dem humanistischen Menschenbild und den Zielsetzungen der AIDS-Hilfen entspricht. Darüber hinaus sind ebenso eine anwendungsbezogene Selbstreflexion, Empathie und Akzeptanz gegenüber den KlientInnen und ihrer Lebenswelt sowie die Wahrung ihrer professionellen Handlungsgrenzen Voraussetzungen der Bewältigung der Betreuungsaufgabe. Weiterhin sind Kooperationsfähigkeit, zielorientiertes Handeln und Arbeitstransparenz notwendige Kompetenzen zur Aufgabenbewältigung. MitarbeiterInnen sollten einen ökonomischen Einsatz ihrer Arbeitskapazität, die kreative Ausgestaltung der Arbeit sowie die Evaluierung der geleisteten Arbeit gewährleisten. Bei der Evaluierung sollte ihnen die Erfassung struktureller Arbeitshemmnisse möglich und ihre Behebungsmöglichkeit ein Anliegen sein. Schließlich ist eine ergebnisorientierte Weiterentwicklung des Arbeitsansatzes fester Bestandteil ihrer Arbeit.

Die AIDS-Hilfen bemühen sich darum, dass den KlientInnen BetreuerInnen zur Verfügung stehen, die ihre Lebenswelt aus eigener Anschauung und Erfahrung kennen.

V.1.5.1.2 Ausbildungsabschluss

Die Mindestqualifikationen der MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens ergeben sich aus den geltenden Zusatzvereinbarungen zwischen dem LWV und den hessischen AIDS-Hilfen (s. Anlage).

V.1.5.2 Fachliche Kompetenzen der MitarbeiterInnen

Die BetreuerInnen sollten auf einschlägige berufliche Erfahrungen in der psychosozialen Betreuung von Menschen mit HIV und AIDS zurückgreifen können.

Sie sind mit einer der in der psychosozialen Arbeit verwandten Gesprächsführungsmethoden vertraut und wissen sie situationsgerecht und souverän anzuwenden. Neben Kenntnissen zu HIV/Aids verfügen sie über Grundkenntnisse bzgl. weite-

rer das Arbeitsfeld tangierender rechtlicher, soziologischer und medizinischer Aspekte (z.B. Strukturen des Sozial-, Straf-, Arbeits-, Ausländer- und Asylrechts und der SchuldnerInnenberatung, grundlegende medizinische und pflegerische Kenntnisse, sowie Kenntnisse bzgl. Sucht- und Devianztheorien). Sie sind fähig, sämtliche im Qualitätshandbuch genannten Angebote des Betreuten Wohnens der AIDS-Hilfen zu realisieren. Sie sind mit den bestehenden Hilfeleistungssystemen und ihren Vernetzungen vertraut und in der Lage, an ihrer Verbesserung mitzuarbeiten.

V.1.5.3 Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen

Die AIDS-Hilfen gewährleisten bei der Arbeitsaufnahme eine detaillierte Stellenbeschreibung, die Bereitstellung dieses Qualitätshandbuches sowie die Begleitung durch eine/n erfahrene MitarbeiterIn des Betreuten Wohnens. Die Einarbeitung erfolgt über die fachliche Begleitung, die Einweisung in Kooperationsnetze und an Hand der vorliegenden Formblätter.

Im Bedarfsfall kann zur Einarbeitung von MitarbeiterInnen auf das Personal anderer AIDS-Hilfen zurückgegriffen werden. Ebenfalls im Bedarfsfall organisiert der landesweite Qualitätszirkel (LAG BeWo) eine Einführungsveranstaltung zur Handhabung des vorliegenden Handbuches.

Diese inhaltliche Einarbeitung erfährt ihre Ergänzung durch eine institutionelle Einweisung seitens der Dienst- und Fachaufsicht.

Nach einem halben Jahr der Einarbeitung befindet die Fachaufsicht darüber, ob die Einarbeitung erfolgreich war und teilt ihre Einschätzung dem für Personalfragen zuständigen Entscheidungsgremium, i.d.R. dem Vereinsvorstand, mit.

V.1.5.4 Fortbildung

Die fachlichen Qualifikationen der BetreuerInnen erfahren eine kontinuierliche Absicherung und Erweiterung durch Fortbildungsmaßnahmen. Diese Fortbildungsmaßnahmen tragen der Entwicklung des AIDS-Geschehens, der Innovation von Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten, den Änderungen rechtlicher Rahmenseetzungen sowie dem Wandel zielgruppenspezifischer Handlungsansätze Rechnung. Nur von geeigneten Fortbildungsinstituten durchgeführte Bildungsmaßnahmen

können als Fortbildung anerkannt werden. Bei der Entscheidung der einzelnen AIDS-Hilfen über die Genehmigung einer Fortbildungsmaßnahme stellen diese sicher, dass keine dem humanitären Menschbild der AIDS-Hilfen zuwiderlaufenden Inhalte und keine ineffizienten Maßnahmen zum Tragen kommen.

BetreuerInnen haben das Recht und die Pflicht sich fortzubilden. Ihnen sollten mindestens 5 Arbeitstage jährlich zu Fortbildungszwecken zur Verfügung stehen. Ihre Fortbildung können sie mit Genehmigung ihrer Fach- und Dienstaufsicht auch binnen 2 Jahren in Form von 10 Fortbildungstagen absolvieren. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung durch ihre Fach- und Dienstaufsicht. Die regionalen AIDS-Hilfen stellen die finanziellen und zeitlichen Voraussetzungen sicher (Kostenübernahme, Freistellungen), um BetreuerInnen die Inanspruchnahme von Fortbildungsmaßnahmen zu ermöglichen. Es gelten jeweils mindestens die Regelungen des Tarifvertrages an dem sich die Entgeltung der MitarbeiterInnen orientiert.

Der Nutzen durch Fortbildungen wird auch an das Gesamtteam weitergegeben.

Die Fachaufsicht der regionalen AIDS-Hilfen entwickelt gemeinsam mit den MitarbeiterInnen ein Fortbildungskonzept, das den Bildungsbelangen der einzelnen BetreuerInnen, aber auch dem Qualifikationsprofil des gesamten Teams Rechnung trägt. Das Fortbildungskonzept regt an, welche Fortbildungsmaßnahmen mit welcher Zielsetzung und in welcher Zeitabfolge die AIDS-Hilfen für ihre BetreuerInnen erschließen oder organisieren.

Es wird kontinuierlich ausgewertet, welchen Ertrag die Fortbildungsmaßnahmen erbracht haben und welche Änderungen der Fortbildungsplanung sinnvoll erscheinen.

V.1.5.5 Weiterbildung

BetreuerInnen haben das Recht, sich weiterzubilden. Eine Pflicht zur Weiterbildung besteht nicht.

Die Weiterbildungsmaßnahmen der BetreuerInnen dienen ihrer persönlichen Profilierung und Kompetenzerweiterung. Sie sollen zugleich zur Abrundung des Hilfeangebots ihrer AIDS-Hilfen beitragen. Geeignete Weiterbildungsinhalte sind beispielsweise die anerkannten psychotherapeutischen Ansätze, SchuldnerInnenberatung oder Mediation.

Weiterbildungsinhalte, die dem humanitären Menschbild der AIDS-Hilfen zuwiderlaufen, sowie Angebote von Trägern, die von der DAH oder dem Landesverband der hessischen Aids-Hilfen als bedenklich erachtet werden, sind grundsätzlich nicht genehmigungsfähig.

Sämtliche Weiterbildungsmaßnahmen bedürfen der Genehmigung durch die Fach- und Dienstaufsicht der BetreuerInnen. Diese stellen sicher, dass der Arbeitsablauf in AIDS-Hilfen hierdurch nicht beeinträchtigt wird. Geeignete Maßnahmen der Weiterbildung erfahren im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten der AIDS-Hilfen Unterstützung. Im Vorfeld wird ggf. abgeklärt, welche Verpflichtung für die Einrichtung der MitarbeiterInnen mit einer Weiterbildung verbunden ist und welche Rückerstattungsansprüche ggf. in Frage kommen. Die Ergebnisse dieser Absprachen werden als schriftliche Vereinbarungen fixiert.

Die regionalen AIDS-Hilfen dokumentieren, welche Weiterbildungsmaßnahmen mit welcher Zielsetzung sie für ihre BetreuerInnen erschließen. Sie stellen das Spektrum ihrer Weiterbildungsmaßnahmen im landesweiten Qualitätszirkel (LAG BeWo) vor.

V.2 Strukturelle Vorgaben innerhalb der Geschäftsstellen

V.2.1 Funktionshierarchien und die Zuweisung von Verantwortlichkeit

Die hessischen AIDS-Hilfen sind arbeitsteilig organisierte Institutionen. Sie sind gegenüber ihren Auftraggebern zu einer ordnungsgemäßen Mittelbewirtschaftung und zu einer auf Effektivität und Effizienz abgestellten Aufgabenerledigung verpflichtet. Diese Außenverantwortung setzt sich via Verantwortungsdelegation nach innen fort. Notwendig ist hierbei, dass Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten immer transparent bleiben.

Deshalb ist es unverzichtbar, unterschiedlichen FunktionsträgerInnen durch Aufgaben- und Stellenbeschreibungen spezifische Kompetenzen, Rechte und Pflichten zuzuordnen. Das beinhaltet, dass Aufgaben der Fach- und Dienstaufsicht nicht auf anonyme Kollektive abgewälzt werden, sondern konkret benannten Personen mit entsprechender Eignung zugewiesen werden.

V.2.1.1 Dienstaufsicht

Die jeweiligen Geschäftsordnungen der regionalen AIDS-Hilfen geben darüber Auskunft, welche Person sie mit der Dienstaufsicht über das Betreute Wohnen beauftragt haben. Den InhaberInnen der Dienstaufsicht werden durch detaillierte Aufgaben- und Stellenbeschreibungen spezifische Kompetenzen, Rechte und Pflichten zugeordnet.

Die Dienstaufsicht begleitet die inhaltliche Einarbeitung neuer MitarbeiterInnen. Sie leistet gemeinsam mit der Fachaufsicht deren institutionelle Einweisung.

Sie zeichnet verantwortlich für Beurteilungen, Dienstanweisungen, Planungen und die Regelung administrativ-organisatorischer Belange. Über eine enge Abstimmung mit der jeweiligen Fachaufsicht stellt sie die inhaltliche Tragfähigkeit ihrer Entscheidungen und Vorgaben sicher.

Die Dienstaufsicht kontrolliert die Einhaltung der betrieblichen Ordnung und der internen Zuständigkeitsverteilung.

Die Dienstaufsicht achtet darauf, dass die BetreuerInnen ihre Tätigkeiten entsprechend der Arbeitssicherheits- und Unfallverhütungsvorschriften ausführen.

Sie wacht darüber, dass die BetreuerInnen ihre Arbeitszeiten einhalten und ihren übrigen Dienstobliegenheiten nachkommen. Sie entscheidet über die zeitliche Freistellung von BetreuerInnen für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Die Dienstaufsicht stellt eine tragfähige Dienstplangestaltung und Urlaubsplanung sicher. Näheres regelt die Geschäftsordnung der jeweiligen AIDS-Hilfe.

V.2.1.2 Fachaufsicht

Grundsätzlich können nur Personen mit der Fachaufsicht über das Personal des Betreuten Wohnens beauftragt werden, die den Grundanforderungen an hauptamtliche AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen genügen, über ein abgeschlossenes Studium der Sozialpädagogik oder der Sozialarbeit verfügen sowie auf eine mindestens 2-jährige Berufserfahrung zurückgreifen können. Ausnahmen müssen eine entsprechende Qualifikation gewährleisten.

Die Geschäftsordnungen der regionalen AIDS-Hilfen geben darüber Auskunft, welche Person sie mit der Fachaufsicht über das Betreute Wohnen beauftragt haben. Den

InhaberInnen der Fachaufsicht werden durch detaillierte Aufgabenbeschreibungen spezifische Kompetenzen, Rechte und Pflichten zugeordnet.

Die Fachaufsicht steht in den Fällen, die im Qualitätshandbuch an anderer Stelle Erwähnung finden, für eine Konsultation durch die BetreuerInnen bereit. Sie führt mit ihren verbindlichen Stellungnahmen eine Klärung strittiger fachlicher Fragen herbei.

Die Fachaufsicht soll die betriebliche Fort- und Weiterbildung planen und deren Durchführung sicherstellen. Sie leistet zu gegebener Zeit (Zeugnisse, Konfliktfälle, Ende der Probezeit) die inhaltliche Beurteilung der BetreuerInnen.

V.2.1.3 MitarbeiterInnen-Fürsorge durch Dienst- und Fachaufsicht

Die AIDS-Hilfen nehmen die MitarbeiterInnen-Fürsorge ernst. Dienst- und Fachaufsicht obliegen wesentliche Bereiche der MitarbeiterInnen-Fürsorge. Eine klar strukturierte Fach- und Dienstaufsicht erhöht die Sicherheit, Durchschaubarkeit und Verbindlichkeit aller Abstimmungsprozesse. Sie dient der Entlastung von MitarbeiterInnen und bildet ein wichtiges Element der MitarbeiterInnen-Fürsorge.

Zwar ist jede Fach- und Dienstaufsicht sanktionsbewehrt und beinhaltet hierarchische Eingriffsrechte. Ihr sind jedoch Grenzen gesetzt, die garantieren, dass sie sich auf das fachlich und sachlich Erforderliche beschränkt, dass sie der Entlastung von MitarbeiterInnen und nicht ihrer Bevormundung dient.

Adäquate Fach- und Dienstaufsicht erschöpft sich nicht in Aufsichtsfunktionen, sondern dient der Personalentwicklung. Die Fachaufsicht führt gemeinsam mit der Dienstaufsicht mindestens einmal jährlich Personalentwicklungsgespräche durch.

Arbeitsplatzsicherheit ist ein zentrales Fürsorge-Gut und muss bei der Bedarfs- und Platzkalkulation berücksichtigt werden.

Gerade in Strukturen, die von klaren Verantwortlichkeiten geprägt sind, bedarf es bestimmter Schutzzräume, in welchen BetreuerInnen „ins Unreine reden“, Zweifel äußern und die eigene Arbeit kritisch hinterfragen können, ohne Gefahr zu laufen, sich mit diesen offenen Äußerungen bloß zu stellen. Deshalb ist es ein wichtiges Gebot der MitarbeiterInnen-Fürsorge, eigenständige Kollegialorgane ohne Vorgesetztenpräsenz einzurichten.

Die BetreuerInnen werden bei ihrer Einstellung über gesundheitliche Risiken ihrer Tätigkeit (Infektion mit Hepatitis B und Tuberkulose) aufgeklärt und über Möglich-

keiten der Prävention informiert. Im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten übernehmen die regionalen AIDS-Hilfen die Kosten einer Hepatitis-Schutzimpfung.

V.2.1.4 Eigenverantwortung und Gestaltungsmöglichkeiten

Arbeit muss persönliche Entfaltungsmöglichkeiten bieten. Die AIDS-Hilfen leisten die erforderliche Burnout-Prophylaxe, indem sie ihren BetreuerInnen Gestaltungsfreiräume lassen und so dafür sorgen, dass ihre Arbeit nicht in Routine erstarbt.

Die BetreuerInnen entscheiden eigenverantwortlich, welche konkreten Maßnahmen des Betreuten Wohnens sie zu welchem Zeitpunkt durchführen. Bei der Wahrnehmung ihrer Eigenverantwortung unterliegen sie der fachlichen Sorgfaltspflicht. Sie evaluieren ihre Arbeit selbst und leiten die Ergebnisse dieser Auswertung regelmäßig an ihre Fachaufsicht weiter. Eine ständige Außenkontrolle und Überwachung der BetreuerInnen findet nicht statt. Die BetreuerInnen kooperieren von sich aus eng mit ihrer Fachaufsicht und informieren sie von sich aus über alle weiteren wichtigen Arbeitsvorfälle.

Um Rollenunklarheiten und Irritationen zu vermeiden, sind eindeutige Stellenbeschreibungen und klare Zuständigkeitsverteilungen ein geeignetes Mittel. AIDS-Hilfen setzen es allerdings mit Rücksicht darauf ein, dass es nicht in bürokratische Überreglementierung umschlägt. Die Zuweisung von Eigenverantwortung, klare organisatorische Strukturen und die erforderliche Fürsorge stärken MitarbeiterInnen.

MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens sind zum wechselseitigen fachlichen Austausch mit KollegInnen ihres Arbeitsbereiches angehalten. Sie nehmen regelmäßig an den Teambesprechungen sowie den Inter- und Supervisionsangeboten ihrer AIDS-Hilfe teil. Sie stimmen ihren Arbeitsbereich mit anderen Projektbereichen der örtlichen AIDS-Hilfe ab.

Die BetreuerInnen werden durch ihre Vorgesetzten dazu angeregt, konzeptionelle Überlegungen, Vorschläge und Verbesserungsideen in ihr Arbeitsteam einzubringen. Diese Anregungen werden von den zuständigen Personen und Gremien auf ihre Umsetzbarkeit hin geprüft. Sind Entscheidungen hinsichtlich einzelner Vorschläge gefallen, so werden die BetreuerInnen, von denen die Initiative ursprünglich ausging, über das Beratungsergebnis informiert.

V.2.1.5 Intervision

Der kollegialen Intervision dienen Fallbesprechungen mit exemplarischen eigenen Betreuungsfällen im Reih-um-Verfahren, um einen Austausch darüber herzustellen, wie sich bestimmte Betreuungssituationen fachlich adäquat bewältigen lassen. Sie finden mindestens einmal im Quartal statt. Die Hinzuziehung der Fachaufsicht kann notwendig und sinnvoll sein. Hierzu geben Einzelregelungen Auskunft. Bei Bedarf können MitarbeiterInnen an der Intervision anderer AIDS-Hilfen teilnehmen. Bei der Präsentation ihrer Betreuungsfälle lassen die BetreuerInnen alle personenbezogenen KlientInnen-Daten beiseite, die für das Fall-Verständnis unerheblich sind.

Bei Bedarf werden externe ExpertInnen zur Intervision hinzugezogen. Lässt sich eine Frage vor Ort nicht klären, so wird sie in den landesweiten Qualitätszirkel (LAG BeWo) eingebracht.

Die regionalen AIDS-Hilfen stellen ihr Intervisionskonzept im landesweiten Qualitätszirkel (LAG BeWo) vor, gleichen ihre Konzepte gegeneinander ab und nutzen diesen Abgleich, um aus positiven Beispielen ihrer Partnerorganisationen zu lernen.

V.2.1.6 Supervision

Die AIDS-Hilfen bieten Fall- und Teamsupervision an. MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens muss die Supervision ihrer Arbeit ermöglicht werden. Die Supervision wird von externen SupervisorInnen moderiert und angeleitet, die über eine entsprechende psychologische Ausbildung und Kompetenz verfügen. Die Fachaufsicht kann in die Supervision einbezogen werden. Bei der Präsentation ihrer Konfliktfälle lassen die BetreuerInnen alle personenbezogenen KlientInnen-Daten beiseite, die für das Fall-Verständnis unerheblich sind. Die Supervisionstermine finden mindestens monatlich statt.

Die regionalen AIDS-Hilfen tauschen sich über die Regelungen der jeweiligen Supervision im landesweiten Qualitätszirkel (LAG BeWo) aus.

V.2.1.7 Teambesprechungen

Teambesprechungen sind Dienstbesprechungen. Sie dienen dem Informationsaustausch, der organisatorischen Abstimmung und der Verzahnung des Betreuten

Wohnens mit anderen AIDS-Hilfe-Projekten. Sie finden in der Regel wöchentlich statt. Besteht kein hauptamtliches Team wird einE hauptamtlicheR MitarbeiterIn in das Gesamtteam ihrer AIDS-Hilfe intensiv miteinbezogen.

V.2.2 Räumliche und sächliche Ausstattung der MitarbeiterInnen

Die Beratungs- und Büroräume sind bedarfsgerecht ausgestattet. Sanitäreinrichtungen stehen zur Verfügung. Die Räume werden regelmäßig instand gesetzt und gereinigt. Die Beratungs- und Büroräume der MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens sollten gegen Lärmquellen abgesichert sein und so schalldicht, dass Gesprächsinhalte nicht nach draußen dringen können. Sie genügen sämtlichen Anforderungen der Arbeitssicherheit und des Unfallschutzes. Das ist durch externe Prüfung belegt. Die KlientInnen-Akten sind in abschließbaren Containern bzw. Büroschränken untergebracht. Den BetreuerInnen stehen Rückzugsräume für Team-Besprechungen zur Verfügung. Eine kleine Küchenausstattung ist bereitzustellen.

Alle MitarbeiterInnen haben im jeweils benötigten Umfang Zugang zu angemessenen ausgerüsteten und gewarteten EDV- und Telefonanlagen. Die MitarbeiterInnen können auf alle benötigten Betriebsmittel, Verbrauchsmaterialien und auf die nötige Fachliteratur in dem Umfang zurückgreifen, der ihrer Tätigkeit angemessen ist. Fahrzeuge der AIDS-Hilfen sind auf ihre Fahrtüchtigkeit geprüft. Soweit BetreuerInnen private Fahrzeuge für Dienstreisen benutzen, werden mögliche Schäden Dritter über die betriebliche Haftpflichtversicherung abgedeckt.

V.3 Strukturelle Vorgaben außerhalb der Geschäftsstellen

V.3.1 Zugangskriterien zum Angebot „Betreutes Wohnen“ als strukturelle Rahmenbedingung

Der Zugang zum Betreuten Wohnen für Menschen mit HIV und AIDS wird durch die Regelungen des § 53 SGB XII und durch die „Vereinbarung zwischen dem Hessischen Sozialministerium und dem Hessischen Landkreistag, dem Hessischen Städte- und dem Landeswohlfahrtsverband Hessen über die Zuständigkeit, die Finanzierung und den landesweit gleichmäßigen Ausbau von Angeboten im Bereich des ‚Betreuten Wohnens für behinderte Menschen‘ im Lande Hessen bis zum 31. Dezem-

ber 2008“, sowie ergänzend durch die Zusatzvereinbarung „Betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderungen zum Rahmenvertrag nach § 93 d Abs. 2 BSHG / § 79 Abs. 1 SGB XII für ambulante Einrichtungen geregelt“.

§ 53 SGB XII bildet Rechtsgrundlage des hessischen Gesamtprogramms des Betreuten Wohnens. § 53 SGB XII befasst sich mit den „Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderung“ und enthält folgende Ausführungen zur Frage der Hilfeberechtigung:

Eingliederungshilfe ist Personen zu gewähren, die nicht nur vorübergehend wesentlich behindert sind und die von einer Behinderung bedroht sind, welche sich durch Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitshilfe und der Krankenhilfe nicht abwenden lässt.

AIDS ist eine chronisch progrediente, unheilbare Krankheit. Wer sich mit dem HI-Virus infiziert hat, unterliegt - trotz aller medizinischen Fortschritte – einer drohenden Behinderung. Diese Infektion muss somit als Minimalvoraussetzung für die Zulassung zum Betreuten Wohnen gelten. Zielsetzung des Betreuten Wohnens sind Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention zur Steigerung von Lebensqualität und zur Vermeidung zunehmender Behinderung und Unselbstständigkeit. Dabei spielt stets das Grundmotiv des Programms Betreutes Wohnen: „ambulant vor stationär“, also die Absicherung des selbstständigen Wohnens in eigenen Räumlichkeiten, auch für die AIDS-Hilfen eine tragende Rolle.

Der Verwaltungsausschuss des LWV-Hessen hat einer analogen Anwendung der Vereinbarung zum Betreuten Wohnen für Menschen mit HIV / AIDS bereits im Jahr 1992 zugestimmt. Diese Zusage wurde zuletzt aktualisiert durch die „Ergänzung der Zugangskriterien zum Betreuten Wohnen für Menschen mit HIV/AIDS-Erkrankung“, die im Jahr 2003 durch die zuständigen Gremien der kommunalen Spitzenverbände und des LWV beschlossen wurde. Demnach kommt

- a) Hilfesuchenden mit einer HIV-Infektion ab dem Krankheitsstadium BII (CDC-Klassifikation) eine Zugangsberechtigung zum Betreuten Wohnen unter folgenden Voraussetzungen zu:
 - ◆ Die nachfragende Person muss einer dauerhaften psychosozialen Begleitung bedürfen und/oder hinsichtlich der Inanspruchnahme von medizinischen, psychologischen, sozialen, pflegerischen und juristischen Leistungen wiederholt auf eine institutionelle Vermittlung und persönliche Begleitung angewie-

sen sein. Dies ist zum Beispiel dann gegeben, wenn sie bei der selbständigen Wahrnehmung ihrer Interessen gegenüber Ämtern, Behörden und Dienstleistungseinrichtungen fortlaufend der institutionellen Unterstützung und professionellen Hilfe bedarf.

- ◆ Die Voraussetzung für eine Aufnahme ins Betreute Wohnen ist darüber hinaus dann gegeben, wenn die Komm-Fähigkeit von HIV-positiven Menschen nicht in vollem Umfange erhalten ist.
- b) Hilfesuchenden mit einer HIV-Infektion ab Krankheitsstadium AI (CDC-Klassifikation) eine Zugangsberechtigung zum Betreuten Wohnen zu, wenn sie der unter a) erster Spiegelstrich bezeichneten psychosozialen Unterstützung bedürfen und Ihre Lebenssituation zusätzlich durch eines der folgende Merkmale gekennzeichnet ist:
 - ◆ Das Vorliegen einer antiretroviralen Therapie (HAART), wobei die/der KlientIn durch die körperlichen bzw. psychischen Folgen der Erkrankung und ihrer Behandlung in ihrer/seiner Lebensführung und ihrem/seinem Gesundheitsmanagement stark beeinträchtigt ist.
 - ◆ Das Vorliegen einer Substitutionsbehandlung.
 - ◆ Das Vorliegen einer Hepatitis C – Koinfektion.

In den Fällen, in denen das Krankheitsstadium CDC BII noch nicht erreicht ist, soll eine Einzelfallprüfung erfolgen. Die Entscheidung hierüber, wie auch über die Hinzuziehung weiterer Fachleute aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich, liegt bei der/dem jeweiligen Ärztin/Arzt des Gesundheitsamtes.

V.3.2 Bedarfsgerechte Abdeckung der Versorgungsgebiete

Die Planungen des LWV Hessen zielen auf eine flächendeckende Sicherstellung des „Betreuten Wohnens für Menschen mit HIV und AIDS“ ab. In der Regel hat der LWV Hessen die Durchführung der Betreuungsmaßnahmen in einer Region mit nur einem Leistungserbringer vereinbart. Diese Funktion nehmen bis auf die Gebietskörperschaft Frankfurt (wo auch die Caritas und der Christliche AIDS-Hilfsdienst (CAH) e.V. Träger dieses Angebots sind) die hessischen AIDS-Hilfen wahr. Absprachen zwischen den jeweiligen Kreisen und Städten zur optimalen Ausnutzung der Platzkapa-

zitäten bestehen oder werden angestrebt. Verteilt sich das Platzkontingent eines Trägers auf verschiedenen Gebietskörperschaften, können zu diesem Zweck befristete Umwidmungen von Betreuungsplätzen vereinbart werden.

Da die Umfeldbedingungen für Menschen mit HIV und AIDS (z.B. die medizinische und pflegerischen Angebote) große Unterschiede aufweisen, bemühen sich die AIDS-Hilfen, wo es nötig ist, um Strukturverbesserungen sowie um die Vernetzung von Versorgungsangeboten und Selbsthilfeanstrengungen. Hierzu gehören auch Aufgaben von BetreuerInnen zur Weiterentwicklung der regionalen Infrastruktur des Betreuten Wohnens, die die Mitwirkung von AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen in Steuerungs- und Koordinierungsgremien erforderlich machen.

Um bei großen Entfernungen einer „Landflucht“ zu begegnen, kommen Vor-Ort-Besuche bei KlientInnen auch dann in Betracht, wenn sie in der Lage wären, die AIDS-Hilfe aufzusuchen. Ein optimales Verhältnis von Fahr- und Betreuungszeiten ist in jedem Fall, gerade aber bei weit entfernt von der AIDS-Hilfe wohnenden KlientInnen, zu beachten. Entsprechende Regelungen sind mit KlientInnen abzuklären.

Um den bestehenden Bedürfnissen nach Betreutem Wohnen gerecht zu werden, sorgen die AIDS-Hilfen für die Bekanntheit des Angebots und informieren durch ihre institutionellen Vernetzungen in Stadt und Region über vorhandene freie Betreuungsplätze.

Manche Betreuten sind an ihre Herkunftsszenen sehr gebunden, andere möchten sich von ihnen separieren und suchen nach alternativen Sozialzusammenhängen. Die AIDS-Hilfen unterstützen den jeweiligen Bedarf ihrer Betreuten durch ergänzende Leistungsangebote in Form von Beratung, eigenen Veranstaltungen und Kooperationen mit anderen Einrichtungen.

Tendenzen der Ausgrenzung der von ihnen Betreuten innerhalb und außerhalb von Szenen und Subkulturen wirken sie durch ihre Arbeit gegen Vorurteile und Denkblockaden entgegen, wo immer diese in Erscheinung treten. Sie fördern in vielfältiger Weise akzeptanzverstärkende Gemeinwesenstrukturen.

V.3.3 Lage, Verkehrsanbindung und Erreichbarkeit der AIDS-Hilfen

Die AIDS-Hilfen und ihre Beratungsräume sind in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet für alle Betreuten durch den ÖPNV oder mit dem PKW gut erreichbar. Der Standort

sollte ein diskretes Aufsuchen ermöglichen und für Angehörige von Hauptbetroffengruppen akzeptabel sein.

Die Betreuungs- und Beratungszentren haben feste Sprech- und Bürozeiten, die Empfangsfunktion in den AIDS-Hilfen wird von qualifizierten MitarbeiterInnen wahrgenommen. Über Anrufbeantworter kann auch außerhalb der Präsenzzeit Kontakt aufgenommen werden.

Ohne Terminabsprache finden Gespräche in Notsituationen und persönlichen Krisen auch spontan statt. Diese Gespräche dürfen die sonstige Arbeitsorganisation nicht in gravierender Weise stören. Bei Wartezeiten von Betreuten wird über die Gründe und die Dauer der Wartezeit informiert.

Wo es möglich und nötig ist, nutzen die AIDS-Hilfen Räumlichkeiten anderer Einrichtungen, um die Erreichbarkeit zu erhöhen.

V.3.4 Kooperationsanforderungen

Die hessischen AIDS-Hilfen vernetzen ihr Betreutes Wohnen mit den Leistungsangeboten anderer Ämter und Einrichtungen der Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Kulturbereiche auf der Basis der Gleichberechtigung zur Optimierung ihrer Arbeitsergebnisse. Sie tragen zur Verbesserung der Vernetzungen bei und wirken aktiv in lokalen Koordinierungsgremien mit. Sie prüfen regelmäßig, ob Aufgaben in ihren oder – ganz oder teilweise – in den Zuständigkeitsbereich anderer Dienste fallen. Die partnerschaftliche Kooperation der AIDS-Hilfen mit anderen Leistungserbringern, Ämtern und Behörden orientiert sich an den Grundsätzen der Zuverlässigkeit, Durchschaubarkeit und Nachhaltigkeit.

Zwischen dem LWV und den AIDS-Hilfen finden regelmäßige Gespräche zur Abstimmung statt. Der LWV akzeptiert, dass der Weitergabe von Daten auf Grund von Datenschutzverpflichtungen der AIDS-Hilfen enge Grenzen gesetzt sind. Im Übrigen wird dem Transparenzgebot vollständig entsprochen.

In welchen Vor-Ort-Gremien die regionalen AIDS-Hilfen im Einzelnen mitwirken, wird von ihnen an den landesweiten Qualitätszirkel (LAG BeWo) übermittelt. In diesem Qualitätszirkel wird ausgewertet, welche Kooperationsmodelle und -strukturen sich besonders bewährt haben. Diese Auswertung wird allen regionalen AIDS-Hilfen zugänglich gemacht.

VI. Prozessqualität

VI.1 Die Methodik der Betreuung

VI.1.1 Das Aufnahmegespräch

In der Beratung vor der Aufnahme in das Betreute Wohnen werden Betreuungswünsche und -notwendigkeiten geklärt. Hierzu dienen die fachliche Bewertung der Angaben zur Situation und Lebensgeschichte der Hilfesuchenden, die Beobachtung und die Deutung ihrer Interaktion. Die Indikationsstellung für das Betreute Wohnen bzw. alternative Angebote und Vermittlungsmöglichkeiten stehen vor der genaueren Auftragsabklärung, der Hilfeplanung und der Erstellung eines Stammblasses.

Die BetreuerInnen verdeutlichen ihren KlientInnen, dass die geplante Beziehung eine Arbeitsbeziehung und kein privates Verhältnis sein wird. Sie bringen zur Geltung, dass die Verlässlichkeit ihrer Unterstützungsbereitschaft via Vereinbarung durchgängig gesichert ist.

Im Kontext der Aufnahme von KlientInnen in das Betreute Wohnen sollten die AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen einen Hausbesuch durchführen, um sich ein Bild von den konkreten Lebensumständen ihrer künftigen KlientInnen zu machen.

VI.1.2 Die Hilfeplanung

Die Planung der erforderlichen Hilfen erfolgt in kontinuierlicher enger Abstimmung zwischen der Betreuerin / dem Betreuer und der leistungsberechtigten Person. Sie zielt ab auf sachgerechte Vereinbarungen und Arbeitsbündnisse mit übersichtlichen und für beide Seiten transparenten Verantwortungsbereichen. Die getroffenen Vereinbarungen greifen die Interessen und Realitätswahrnehmungen der KlientInnen auf, bringen sie aber mit den fachlichen Einschätzungen der BetreuerInnen zum Ausgleich. Die BetreuerInnen gewährleisten, dass die Autonomie der KlientInnen zu jedem Zeitpunkt gewahrt bleibt (s. IV.3 Absicherung der Autonomie und Selbständigkeit von KlientInnen). Aspekte der zur Verfügung stehenden Zeit sowie der fachlichen Beurteilung bestimmen mit, wie breit der Korridor der Umsetzungsbereitschaft ist.

Im Rahmen einer ausführlichen Anamnese in der ersten Phase der Betreuung wird eine gemeinsame Einschätzung der Gesamtsituation vorgenommen. Hierbei greifen die BetreuerInnen auf den IHP zurück und vervollständigen gleichzeitig die Erfassung

der für die Betreuung erforderlichen Daten der Klientin / des Klienten. Diese übernimmt die Betreuerin/der Betreuer in das KlientInnen-Stammbblatt (s. Anlage). Die hierin aufgeführten Daten stehen anderen BetreuerInnen im Falle einer Vertretung zur Verfügung und sind eine wichtige Grundlage für die Gewährleistung einer kontinuierlichen Betreuung.

Der IHP dient der standardisierten Erfassung und Fortschreibung des Hilfebedarfs, der Ziele der Betreuung und des vereinbarten Vorgehens (s. auch VII.2 Arbeitserfassung und bewertung). Er dient gleichzeitig als Grundlage für die Bearbeitung des Betreuungsanliegens durch den Kostenträger und die Besprechung in der Hilfeplankonferenz.

Das Dokument gliedert sich in

- a) einen nicht anonymisierten Teil (Vorblatt), das ausschließlich dem zuständigen Sachbearbeiterin des LWV und der Koordinationsstelle des örtlichen Sozialhilfeträgers zugeht. Dieser enthält den Namen und die Adresse der Klientin/des Klienten und eine Kennung, die eine Zuordnung zum Mantelbogen ermöglicht. Und
- b) einen anonymisierten Teil (Mantelbogen und Einlegeblatt), der die Grundlage der Erörterung auch in der Hilfeplankonferenz darstellt.

Hierdurch wurden die notwendigen formalen Voraussetzungen für die Wahrung der Anonymität des Verfahrens geschaffen.

Die MitarbeiterInnen der AIDS-Hilfe setzen sich dafür ein, dass die Geschäftsordnungen der Hilfeplankonferenzen und die dort geübte Praxis den Erfordernissen Rechnung trägt, die aus den spezifischen Problemlagen unserer KlientInnen – insbesondere der gesellschaftlichen Stigmatisierung der Betroffenen – resultieren.

VI.1.3 Die Beziehung von BetreuerIn und KlientIn als Voraussetzung der Prozessqualität

Während der Betreuung stehen die BetreuerInnen den KlientInnen dauerhaft als AnsprechpartnerInnen zur Seite.

Eine strukturierte Betreuung bedarf eines klaren und verbindlichen Settings. Die Einhaltung eines solchen Settings ist nur möglich, wenn KlientInnen den folgenden Erwartungen entsprechen:

- ◆ Sie sollten den Rhythmus der mit ihren BetreuerInnen vereinbarten Termine einhalten, solange keine besonderen Krisen oder Notsituationen vorliegen.
- ◆ Sie sollten bei vereinbarten Terminen Pünktlichkeit einhalten. Nach 15 Minuten des Wartens können sich BetreuerInnen anderen Aufgaben zuwenden.
- ◆ Sie sollten während Terminen mit ihrer/m BetreuerIn nicht derart unter der Einwirkung psychotroper Substanzen (illegalisierte Drogen, Alkohol, Medikamente) stehen, dass das Betreuungsgeschehen an ihnen vorbei geht oder sie es mit deplaziertem Verhalten stören.
- ◆ Sie üben keinerlei körperliche Gewalt gegenüber den in der Beratungsstelle anwesenden Personen aus und verzichten auf jede Gewaltandrohung.

Erwartungen an KlientInnen müssen eindeutig formuliert, angemessen und entwicklungsorientiert sein. Konsequenzen schwerwiegender Verstöße gegen diese Regeln durch KlientInnen können der Abbruch einzelner Gesprächstermine, aber auch die Beendigung der gesamten Betreuung sein. Auf diesen Umstand werden die KlientInnen von ihren BetreuerInnen zu Beginn der Arbeitsbeziehung in geeigneter Form hingewiesen. Können KlientInnen nicht sofort die genannten Erwartungen erfüllen, sollte das Problem bei der nächstpassenden Gelegenheit thematisiert werden.

Sehen sich BetreuerInnen genötigt, Gesprächstermine wiederholt abubrechen, oder ziehen sie den Abbruch der gesamten Betreuung in Erwägung, so informieren sie hierüber ihre Fachaufsicht. Eine endgültige Entscheidung über die Fortführung oder Beendigung der Betreuung treffen sie nach Rücksprache mit der Fachaufsicht.

In jedem Fall bedarf die Zusammenarbeit von KlientInnen und BetreuerInnen des wechselseitigen Vertrauens. Dieses Vertrauen rechtfertigen die BetreuerInnen, indem sie ihren KlientInnen mit positiver Wertschätzung begegnen, deren Anliegen als wichtige Handlungsvorgaben respektieren, alle getroffenen Vereinbarungen strikt einhalten und die informationelle Selbstbestimmung ihrer KlientInnen aktiv mittragen.

Für KlientInnen besteht keine Pflicht zur Offenlegung sämtlicher materieller Lebensumstände. Die BetreuerInnen werden jedoch nur in dem Umfang für Hilfesuchende tätig, wie es ihrer Einsicht in deren tatsächliche Belange und Lebensumstände entspricht. Ein Handeln auf der Basis unzureichender Information unterbleibt.

Die MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens treten parteilich für die Interessen ihrer KlientInnen ein. Sie unterstützen Leistungsbegehren ihrer KlientInnen jedoch nur soweit diese sachlich gerechtfertigt sind.

Erhalten BetreuerInnen davon Kenntnis, dass KlientInnen Leistungen in Anspruch nehmen, die ihnen von Rechts wegen nicht zustehen, so behandeln sie diese Informationen vertraulich entsprechend ihrer Schweigepflicht und dem Vertrauensschutz. BetreuerInnen fordern jedoch diese KlientInnen auf, ihre Betrugsversuche einzustellen und unterstützen sie bei Handlungskorrekturen. Weigern sich KlientInnen, ihre Betrugsversuche aufzugeben oder versuchen sie, BetreuerInnen zur unwillentlichen Beteiligung an Betrugsversuchen zu veranlassen, kann das ein Ende der Betreuung bedeuten. BetreuerInnen halten vor ihrer Entscheidung mit der Fachaufsicht Rücksprache.

Die Arbeitsbeziehung zwischen BetreuerInnen und KlientInnen bedarf klarer Grenzen nach innen und außen. Deshalb sind für die Struktur und Art von professionellen Betreuungsbeziehungen einige weitere Regeln unabdingbar:

BetreuerInnen

- ◆ betreiben, soweit es die Ressourcen der lokalen AIDS-Hilfe erlauben, keine Personen, zu denen bereits vor Beginn der Betreuung eine private Beziehung bestand,
- ◆ halten ihre Privatsphäre und ihren Betreuungsalltag getrennt,
- ◆ sprechen nicht mit KlientInnen über Betreuungsinhalte anderer KlientInnen,
- ◆ nehmen keine Geschenke über 10,00 EURO an
- ◆ und verleihen noch verschenken privates Geld an KlientInnen.

KlientInnen des Betreuten Wohnens können mit Ausnahme der Vorstandarbeit ehrenamtlichen Tätigkeiten für die AIDS-Hilfen nachgehen. Ein Vorstandmitglied kann somit nicht im Betreuten Wohnen betreut werden. Die Arbeitsbeziehung zwi-

schen BetreuerInnen und ehrenamtlich für die hessischen AIDS-Hilfen tätigen KlientInnen wird von den Betreuungskontakten klar abgegrenzt. Betreuer/innen und Betreute sollten auch im Ehrenamt in keinem unmittelbaren Vorgesetztenverhältnis zueinander stehen.

Entsteht im Verlauf der Betreuungsbeziehung eine private Beziehung zwischen BetreuerInnen und ihren KlientInnen bzw. gibt es Angebote, die Betreuungsbeziehung auf eine andere Ebene zu verlagern, werden solche Gefühle und Entwicklungen grundsätzlich in der Supervision thematisiert. Für den Fall, dass eine Fortsetzung der Betreuung nicht angezeigt ist, wird die Übertragung der Aufgabenbewältigung an andere MitarbeiterInnen des Betreuten Wohnens der AIDS-Hilfe, die Vermittlung der KlientInnen an einen anderen Träger des Betreuten Wohnens oder die ersatzlose Beendigung der institutionellen Betreuung eingeleitet. Ähnliches gilt für Beziehungen, die durch unauflösbare aggressive Spannungen geprägt sind. Auch in diesem Fall informieren die BetreuerInnen ihre Fachaufsicht unverzüglich über die jeweilige Entwicklung und suchen zum Schutz von Betreuten und Betreuer/innen nach neuen Lösungen.

Die Beziehungsgestaltung der Betreuung orientiert sich an den Entwicklungsmöglichkeiten der KlientInnen. Sind KlientInnen beziehungs- und orientierungsfähig, so ist, an Stelle einer palliativ-fürsorglichen Betreuungshaltung, eine rehabilitativ-fördernde und -fordernde Einstellung der BetreuerInnen gefragt. Unterliegen KlientInnen in Folge psychiatrischer Erkrankungen hingegen Beziehungsstörungen, so bedarf es einer stützenden Betreuung, die die KlientInnen vor dem Herausfallen aus den Betreuungsbezügen schützt.

VI.1.4 Die Methode der Betreuung im Arbeitsprozess

Die Betreuung erfolgt auf der kognitiven, emotionalen und operationalen Ebene:

Die kognitive Ebene lässt Stärken und Entwicklungspotenziale entdecken und zeigt persönliche Entwicklungshindernisse und Selbstblockaden auf. Sie befähigt zu größerer Einflussnahme und Lösungsstrategien bezüglich innerer und äußerer Probleme und steigert die Fähigkeit, eigenes Handeln zu beurteilen.

Zur emotionalen Ebene gehören die Gewähr einer dauerhaften Betreuungsbeziehung und die Unterstützung dabei, eigene Stärken und Erfolgserlebnisse zu genie-

ßen. Das innere Erleben zu aktualisieren, zu verbalisieren und neu auszubalancieren oder auch die Suche nach Möglichkeiten, Aspekte und Zusammenhänge neu zu erleben, können ebenso Aufgaben dieser Ebene sein wie die Fortentwicklung der Frustrationstoleranz und Leidensfähigkeit zu Aspekten der Selbstkongruenz.

Zur Arbeit auf der operationalen Ebene gehört es, dass die BetreuerInnen KlientInnen dabei unterstützen, Selbsthilfeaktivitäten zu entfalten, zu strukturieren und zu Ende zu führen. Darüber hinaus hat Betreuung die Aufgabe, zu versuchen, zwischen KlientInnen und Dritten auftretende Fragen und Konflikte zu klären sowie Arbeiten zu erledigen, deren Bewältigung die KlientInnen überfordert. Bei der Strukturierung von Hilfsangeboten ist stets die nötige Transparenz für KlientInnen herzustellen und auf die Vorrangigkeit der Selbsthilfepotentiale zu achten. KlientInnen dürfen weder überfordert noch überversorgt oder entmündigt werden.

Eine Kernleistung des Betreuten Wohnens besteht in persönlichen Beratungs- und Betreuungsgesprächen. Telefonische Gespräche sind als ergänzende Betreuungsleistungen zu werten.

Betreuungsgespräche werden sowohl in den Räumen der Betreuungszentren als auch in der Wohnung von KlientInnen geführt. Insbesondere bei eingeschränkter oder fehlender Kommfähigkeit von KlientInnen erfolgen sie in Form aufsuchender Arbeit. Die Strukturierung der Termine orientiert sich an den Lebensumständen der KlientInnen (Kommfähigkeit, Wohnsituation), am gemeinsam erarbeiteten Hilfeplan, an den zu erledigenden Aufgaben und an den Zielen der AIDS-Hilfe Arbeit (Eigenressourcen aktivieren und weiterentwickeln).

Die aufsuchende Betreuung im Haushalt von KlientInnen wird ergänzt durch Besuche im Krankenhaus und anderen Versorgungseinrichtungen. Erforderlichenfalls werden im Anschluss an längere stationäre Aufenthalte Betreuungskontakte angeboten, um die Kontinuität der Arbeitsbeziehung zu sichern, wenn zwischenzeitlich ein Ausscheiden aus dem Betreuten Wohnen nötig war.

Die BetreuerInnen und ihre KlientInnen vereinbaren ihre Gesprächs- und Besuchstermine bedarfs- und ressourcenorientiert. Nach jeweils einer Betreuungssequenz im Sinne des Hilfeplans werden weitere gemeinsame Hilfen zwischen KlientInnen und BetreuerInnen abgesprochen. Kann eine Hilfe nicht im vorgesehenen Zeitraum umgesetzt werden, prüfen BetreuerInnen die Ursache und stimmen Konsequenzen mit den KlientInnen ab.

Im Fall einer Überforderung von KlientInnen in einer persönlichen Krise, die ihnen Entscheidungs- und Handlungsautonomie raubt und starke Kontrollverluste bis hin zur Selbst- und Fremdgefährdung verursachen kann, ist eine Krisenintervention geboten. Die Konfliktsituation zwischen Selbstermächtigung von Betreuung und unterlassener Hilfeleistung beim Verzicht auf eine Krisenintervention muss KlientInnen dargelegt werden. Bei einer Ansprechbarkeit wird eine Handlungsvollmacht eingeholt. Soweit BeraterInnen zur Abwehr einer konkreten Gefahr für Leib und Leben tätig werden, ohne von ihren KlientInnen hierzu beauftragt worden zu sein, oder sofern sie dem erklärten Willen von KlientInnen zuwider handeln, handeln sie im Rahmen ihres begrenzten professionellen Auftrages. So weit möglich besprechen sie sich vorher mit KollegInnen und informieren ihre Fachaufsicht hierüber. In jedem Fall findet eine Auswertung des Krisenmanagements in der folgenden Teamsitzung statt. Ziel ist es, mit „gefährdeten Klient/innen“ verbindlich Interventionsstrategien zu vereinbaren, die in zukünftigen Krisensituationen zum Einsatz kommen sollen.

Die Krisensituation muss von den BetreuerInnen in ihren komplexen Zusammenhängen und Konsequenzen betrachtet werden. Der Betrachtung muss eine Prioritätensetzung der Interventionen folgen, die den KlientInnen eine möglichst rasche und umfassende Wiederaneignung ihrer Entscheidungs- und Handlungsautonomie gestattet.

Ein nachhaltiger Erfolg von Kriseninterventionen kann nur eintreten, wenn die vorgenommenen Eingriffe den künftigen Konfliktbewältigungsstrategien des Klienten/der Klientin nicht grundsätzlich zuwiderlaufen, sondern wenn es ihm/ihr möglich ist, sich diese Eingriffe zumindest nachträglich produktiv anzueignen.

VI.2 Die Inhalte der Angebote

Ziel der psychosozialen Betreuung ist es, das Handlungsspektrum von KlientInnen trotz deren dauerhafter Beeinträchtigung aufrecht zu erhalten, abzusichern und zu erweitern. Die BetreuerInnen nutzen dazu sämtliche Chancen der Verselbständigung, Eingliederung und Rehabilitation. Sie streben in allen Phasen sistierender und fortschreitender Behinderung ein Höchstmaß an erreichbarer Lebensqualität für die KlientInnen an.

Betreutes Wohnen hat dabei die Aufgabe, KlientInnen so lange wie möglich ein Leben außerhalb von Versorgungsinstitutionen zu ermöglichen.

VI.2.1 Sicherung der materiellen Lebensgrundlagen, des Wohnraums und der gesundheitlichen Versorgung

Sicherung der materiellen Lebensgrundlagen, des Wohnraums und der gesundheitlichen Versorgung kommt im Gesamtangebot des Betreuten Wohnens eine besondere Priorität zu. Dieses Angebot beinhaltet zunächst die Hilfe bzw. die Hilfe zur Selbsthilfe bei Zuständigkeiten von Ämtern, Kranken- und Pflegekassen, Rentenanstalten, Arbeitgebern, Unterhaltspflichtigen, Stiftungen und anderen Hilfseinrichtungen in allen materiellen Belangen. Die Beschaffung, Vermittlung und Sicherung von Wohnraum und seiner Bewirtschaftung sowie die Sicherstellung der nötigen medizinischen, pflegerischen und rehabilitativen Maßnahmen im ambulanten und stationären Bereich sind gleichwertige zentrale Aufgaben der Betreuung. Auch hier gilt es, allen Möglichkeiten der Selbsthilfe Vorrang einzuräumen.

VI.2.2 Harmreduction und Gesundheitsförderung

Harmreduction und Gesundheitsförderung dienen insbesondere der Gesundheitsanamnese und -förderung durch Stärkung der relevanten Ressourcen und Kompetenzen der KlientInnen. Die stetige Beobachtung der gesundheitlichen Verfassung der KlientInnen sollte für die Auseinandersetzung mit ihrer gesundheitlichen Selbsteinschätzung, ihren Umgang mit gesundheitlichen Risiken und ihren Selbsthilfeeinteressen in diesem Bereich genutzt werden. Informationsbeschaffung und Hilfen bei der Interessenwahrnehmung können nötig werden, sollten aber der Eigeninitiative nicht zuwiderlaufen.

Hilfen zur Gesundheitsförderung können auch Gruppenangebote und die beratende Begleitung von Personen des unmittelbaren Umfeldes darstellen.

VI.2.3 Hilfen bei der psychischen Verarbeitung von Problemlagen

Hilfen bei der psychischen Verarbeitung von Problemlagen müssen die Bedeutung der Infektion und/oder Erkrankung im Rahmen der Lebensgeschichte, des sexuellen Lebensstils sowie der Partnerschafts- und Familienplanung beachten.

Veränderungen der Zeit- und Handlungsperspektive in ökonomischer, rechtlicher und sozialer Hinsicht sowie hinsichtlich der Beziehungssituation sind meist gravierend. Fragen zum Risikomanagement bei Safer Sex und Safer Use und bei Rausch- und Suchtmitteln können den Alltag bestimmen. Das Zurechtkommen mit der Krankheitsentwicklung, mit Therapien und Folgen von Therapien, mit Attraktivitätsverlust, zerebralen Veränderungen oder anderen körperlichen Behinderungen, sowie mit Tod, Sterben und Hinterlassenschaft sind häufig ebenfalls Gegenstand von Beratung und Unterstützung.

Die Information über eigene Hilfen und die anderer Institutionen, Aktivierung von Selbsthilfe, Gruppenteilnahme und Psychotherapievermittlung gehören in diesen Bereichen der Hilfe zum festen Angebot des Betreuten Wohnens. Denn Betreuung ist ein wichtiges Hilfeangebot, aber nicht immer das einzig Richtige. Wenn Betreuung auf der Stelle tritt oder nicht die Ergebnisse erzielt, die eigentlich erstrebenswert und machbar sind, dann kann das unter Umständen daran liegen, dass versäumt wurde, rechtzeitig auf andere Hilfeangebote zurückzugreifen.

BetreuerInnen sollten den Bedarf an Psychotherapie erkennen können. Sie sollten Psychotherapie als Stärkung und Absicherung vorhandener psychischer Gesundheit begreifen und den KlientInnen vermitteln. Die Vermittlung einer Therapie kann nur ein Angebot sein, ihre Dringlichkeit ist aber im Bedarfsfall zu betonen. Dabei sollten BetreuerInnen über die verschiedenen Therapiemethoden und -richtungen sowie deren Finanzierungsmöglichkeiten informieren. Auf die Möglichkeit probatorischer Sitzungen sollte hingewiesen werden. Bei der Suche nach geeigneten Therapieplätzen sind KlientInnen zu unterstützen.

VI.2.4 Absicherung der unmittelbaren Interessenvertretung

Der Absicherung der unmittelbaren Interessenvertretung der KlientInnen dient zunächst insgesamt die Kooperation und Interessenabstimmung sowie ggf. das Konfliktmanagement gegenüber Ämtern und anderen Institutionen. Die Hilfe bei der

Suche nach geeigneten Anwälten bei Zusammenhängen von Rechtsfragen und Betreuungsnotwendigkeiten kann sich als nötig erweisen. Eine Behandlung rechtlicher Fragen, die einem Verstoß gegen das Rechtsberatungsmisbrauchsgesetz gleichkommt, ist unzulässig und unterbleibt.

VI.2.5 Wahrung und Schaffung von Beschäftigung und eines zeitlich und inhaltlich strukturierten Alltags und Tagesablaufs

Beratung und Unterstützung dienen auch der Wahrung und Schaffung von Beschäftigung und eines zeitlich und inhaltlich strukturierten Alltags und Tagesablaufs. Hierzu kann auch die Vermittlung in Gruppen-, Kurs- und Selbsthilfeangebote gehören. Soweit es die Arbeitskraft und Erwerbsfähigkeit der KlientInnen zulassen, gehören die Beobachtung und Förderung geeigneter Kompetenzen sowie motivierende und vermittelnde Hilfen zur Aufnahme einer Beschäftigung und zur Integration in die Arbeitswelt zum Arbeitsinhalt der Betreuung. Im Bereich der Freizeitgestaltung ist für eine sinnvolle Alltagsgestaltung der Bedarf ebenso zu beachten wie die Möglichkeiten, an den Angeboten der AIDS-Hilfen effektiv auch teilnehmen zu können. Begleitungen können hier geboten sein.

VI.2.6 „Identitätssupport“

Bei der Förderung des persönlichen Wohlergehens, der Entwicklung von Lebenssinn und neuen Wertvorstellungen sowie bei Integrationshilfen in die Arbeitswelt und das soziale Umfeld leistet unsere Betreuung „Identitätssupport“.

VI.2.7 Absicherung der letzten Lebensphase

Zur Absicherung der letzten Lebensphase gehört es, KlientInnen beizustehen und ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen. Hierzu kann eine Sterbebegleitung ebenso gehören wie die Vorbereitung und Formulierung rechtlicher Angelegenheiten (Testament, Patienten-/Betreuungsverfügung, Vollmachten etc.), die (Wieder-) Herstellung von Kontakten sowie die Organisation und Koordination bei geäußerten Wünschen nach Beistand.

Die Erfassung von Wünschen zur Bestattung und Trauerfeierlichkeiten, der nötigen Formalitäten sowie unterstützende Angebote an Personen des sozialen Umfeldes nach dem eingetretenen Tod gehören ebenso zur Aufgabe des Betreuten Wohnens.

VI.3 Datenschutz

Die BetreuerInnen sind zum Schutz der Privatsphäre ihrer KlientInnen verpflichtet. Sie halten alle KlientInnen-Akten in Containern bzw. Büroschränken unter Verschluss, sichern ihre elektronischen Aufzeichnungen per Passwort gegen einen unbefugten Zugriff durch Dritte und beachten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Gegen Zugriffsversuche aus dem Internet ist Vorsorge zu treffen.

Alle Daten der KlientInnen sind ihr Eigentum. Die KlientInnen haben deshalb das Recht, in alle von ihren BetreuerInnen angelegten Akten und verfassten Berichte Einblick zu nehmen. Auf dieses Recht werden sie zu Beginn ihrer Betreuung hingewiesen.

Jede Offenbarung von personenbezogenen Angaben setzt die Einwilligung der KlientInnen voraus. Ohne diese Zustimmung ist die Informationsweitergabe an andere AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen und an das Personal anderer Leistungserbringer oder der Kostenträger grundsätzlich unzulässig. Die BetreuerInnen entsprechen in vollem Umfang der geltenden Rechtslage, die besagt, dass die Weitergabe klientInnenbezogener Daten ohne Einverständnis untersagt ist. Seitens des LWV wurde den hessischen AIDS-Hilfen mit Schreiben vom 03.07.2006 zugesichert, dass die schutzwürdigen Belange der Betreuten Beachtung durch entsprechende Vorkehrungen in der Bearbeitungspraxis finden. Einschränkend verweist der LWV in diesem Zusammenhang darauf, dass einzelne geforderte Dokumentationen, z.B. im Rahmen einer Prüfung, nicht anonym behandelt werden können. Solche Prüfungen finden jedoch nicht regelhaft, sondern in gebotenen Einzelfällen statt.

Wenn KlientInnen die erforderlichen Daten nicht weitergeben möchten, die für Genehmigungs- und Prüfungsverfahren durch den LWV erforderlich sind, kann dies allerdings die Beendigung des Betreuungsverhältnisses im Rahmen des Betreuten Wohnens nach sich ziehen. Die KlientInnen werden darauf hingewiesen.

Da die Erfordernisse der Betreuungskontinuität eine Datenweitergabe an andere AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen unumgänglich machen, werden KlientInnen auf diese

partielle Eingriffsnotwendigkeit in ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung bei Betreuungsbeginn hingewiesen und darauf, dass ein Widerspruch nicht mit einer Betreuung durch das Betreute Wohnen vereinbar wäre.

KlientInnen werden über die Notwendigkeit von Inter- und Supervision informiert und darüber, dass auch bei diesen Anlässen dem Datenschutz Rechnung getragen wird (s. auch die Kapitel „Intervision“ und „Supervision“).

Soweit zur Durchsetzung von Hilfebelangen der KlientInnen eine Weitergabe personenbezogener Daten an externe Stellen erforderlich ist, wird den KlientInnen dies erläutert und ihre Einwilligung zur Datenweitergabe eingeholt. Die Einverständniserklärungen zur Datenweitergabe und anderen stellvertretenden Handlungen sind formlose, von den KlientInnen gegengezeichnete Feststellungen. Sie werden zu den Akten genommen. Die BetreuerInnen und die AIDS-Hilfen als Ganzes wirken darauf hin, dass externe Stellen, an die personenbezogene Daten weitergegeben werden müssen, Vorkehrungen treffen, die sicherstellen, dass die Datennutzung den Belangen der informationellen Selbstbestimmung der AIDS-Hilfe-KlientInnen in vollem Umfang gerecht wird. Zugleich weisen die BetreuerInnen ihre KlientInnen darauf hin, dass eine Verweigerung der Einwilligung zur Datenweitergabe der Durchführung entsprechender Unterstützungsmaßnahmen die Basis entzieht und zur Folge hat, dass sie diese Einzelbelange aus eigener Kraft bewältigen müssen.

Bei der Erstellung von Klientelübersichten, Arbeitsdokumentationen und Leistungsstatistiken über den Bereich des Betreuten Wohnens hinaus verwerten die AIDS-Hilfen persönliche Angaben von KlientInnen nur insoweit, als hierdurch kein Risiko ihrer De-Anonymisierung entsteht. Vor der Veröffentlichung entsprechender Unterlagen werden diese nochmals eingehend daraufhin geprüft, ob sie die Anonymität aller KlientInnen garantieren.

Die KlientInnen werden von ihren BetreuerInnen situationsgerecht darauf hingewiesen, dass ein gesichertes Zeugnisverweigerungsrecht für BetreuerInnen derzeit nicht besteht.

Um dem Vertrauensschutz der KlientInnen in vollem Umfang Rechnung tragen zu können, müsste allerdings ein unzweifelhaftes und gerichtsfestes Zeugnisverweigerungsrecht für BetreuerInnen hergestellt werden. Die hessischen AIDS-Hilfen setzen sich für eine entsprechende Klarstellung innerhalb der einschlägigen rechtlichen Regelungen ein.

VI.4 Zuständigkeits- und Handlungsgrenzen des Betreuten Wohnens

Zielvisionen ohne Begrenzungen suggerieren einen Wunscherfüllungsautomatismus, dem die hessischen AIDS-Hilfen bei der Realisierung des Betreuten Wohnens weder entsprechen können noch wollen.

Der zeitliche Rahmen für die Arbeitsbewältigung des Betreuten Wohnens ergibt sich aus dem mit dem LWV vereinbarten jährlichen Fachleistungsstundenkontingent.

Die inhaltlichen Grenzen des Betreuten Wohnens ergeben sich aus den Zugangsvoraussetzungen zu diesem Angebot und dem Spektrum der bereitgestellten Angebote.

Eine Überversorgung, die vorhandene und latente Selbsthilfepotenziale von KlientInnen lahm legt, unterbleibt. Die AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen stellen sicher, dass der Befähigung der KlientInnen zu selbständigem Handeln Vorrang vor dem stellvertretenden Handeln durch die BetreuerInnen eingeräumt wird. Dem Interventionsbedarf der KlientInnen wird lediglich in dem Umfang durch stellvertretendes Handeln entsprochen, wie es angesichts ihrer individuellen Lage, der sachlichen Notwendigkeiten und der konkreten Handlungsumstände erforderlich ist. Stellvertretendes Handeln muss in jedem Fall dem mit den KlientInnen vereinbarten Handlungsauftrag entsprechen.

Die hessischen AIDS-Hilfen beanspruchen keine Alleinzuständigkeit für die Problembewältigung ihrer KlientInnen. Sie machen sich die Möglichkeiten einer konstruktiven Arbeitsteilung mit anderen Leistungserbringern, Stellen und Behörden konsequent zu Eigen. Soweit andere Einrichtungen über eine fachliche Kompetenz oder inhaltliche Zuständigkeit verfügen, die sich für die KlientInnen mit Gewinn nutzen lässt, mobilisieren die AIDS-Hilfen entsprechende Hilfen und stellen Eigenleistungen zurück. An Stelle eigentlich zuständiger Einrichtungen, Stellen und Behörden handeln die AIDS-Hilfen nur, falls ihren KlientInnen sonst erhebliche Nachteile drohen.

Wenn im Rahmen des Betreuten Wohnens deutlich wird, dass dieses Angebot die Erfordernisse des Einzelfalls überschreitet, dieses Angebot den Erfordernissen nicht genügt, andere Hilfen ergänzend geleistet werden müssen oder ein Wechsel der Hilfeart angezeigt ist, wird die Leistungsvermittlung bzw. der Hilfewechsel in Abstimmung mit den KlientInnen vollzogen.

VII. Ergebnisqualität

VII.1 Institutionelle Maßnahmen der Qualitätssicherung und -entwicklung

Zur Sicherung des Erfolgs und der Effizienz dienen insbesondere Maßnahmen der Qualitätssicherung und der Ablauforganisation. Zu ihnen gehören die Durchführung von Fallbesprechungen im Rahmen kollegialer Intervention, die Supervision der BetreuerInnen, die Fortbildung der BetreuerInnen, die Regelung der Fach- und Dienstaufsicht und die fortlaufende Dokumentation der Betreuungsmaßnahmen.

Weiterhin gehören zur Qualitätssicherung und zur Ablauforganisation die Evaluation des Betreuungserfolges im Einzelfall, die kontinuierliche Tauglichkeitsprüfung und Fortentwicklung der vorgegebenen Erfolgsindikatoren der Betreuungsarbeit, die Erfassung von strukturellen Möglichkeiten der Betreuungsverbesserung sowie deren Umsetzung. Schließlich gehören auch die Umsetzungskontrolle auf Grundlage des IHP und der getroffenen Vereinbarungen mit KlientInnen und die Regelung von Vertretungsfragen zur Qualitätssicherung.

Die Informationen und Übersichtsdaten, die aus der Auswertung der Dokumentationshilfen gewonnen werden, nutzen die zuständigen Leitungsgremien der AIDS-Hilfen für die institutionelle Arbeitserfassung und -bewertung, um die verwendeten Erfolgsindikatoren kritisch zu reflektieren und zu präzisieren. Sie eruieren daraufhin strukturelle Arbeitshemmnisse und ihre Behebungsmöglichkeiten und ermitteln Anhaltspunkte für Notwendigkeiten ihrer Fortentwicklung in Design, Konzeption und Umsetzung des Betreuten Wohnens zu ermitteln.

Entwickeln und verwenden örtliche AIDS-Hilfen Erfassungsalternativen, so informieren sie den landesweiten Qualitätszirkel (LAG BeWo) hierüber.

Beschwerden von KlientInnen und die auf sie hin erfolgten Maßnahmen werden systematisch erfasst und von der in der jeweiligen Geschäftsordnung benannten Person einer zielgerichteten Auswertung unterzogen.

Sämtliche Vorschläge und Ideen der MitarbeiterInnen zur Optimierung der Arbeitsausrichtung, -organisation und -umsetzung werden von den zuständigen Personen und Gremien fortlaufend auf ihre Umsetzbarkeit hin geprüft. Sie werden kritisch reflektiert und für die Optimierung des Vorschlagswesens genutzt (s. auch Kapitel IV.4 Beschwerden von KlientInnen).

VII.2 Arbeitserfassung und bewertung

Die unmittelbare Arbeit mit den Betreuten erfordert Respekt, Einfühlungsvermögen, Kontaktbereitschaft, Konfliktfähigkeit und Verantwortungsgefühl. Kreativität und die Fähigkeit zu konzeptionellem Denken und zu kluger Interessenwahrnehmung erleichtern das „richtige“ Tun der „richtigen“ Dinge. Es ist somit von Fähigkeiten und Fertigkeiten abhängig, die sich selbst nur schwer messen lassen, deshalb aber keineswegs zweitrangig sind.

Die Arbeitsschritte der Erfassung von Anliegen, der gemeinsamen Formulierung von Zielvereinbarungen und der Dokumentation der Arbeitsergebnisse werden schriftlich fixiert. Nur die schriftliche Fixierung der Ursprungs-Anliegen von KlientInnen und die Überprüfung, ob und in wieweit die in der Hilfeplanung dokumentierten Betreuungsmaßnahmen und ihre Ergebnisse die Ursprungs-Anliegen der KlientInnen widerspiegeln oder ob sie sich völlig von diesen gelöst haben, ermöglichen die Bewertung der Ergebnisqualität.

Hierfür wird zum einen die Fortschreibung des IHP genutzt, der auf Grundlage der neu vorliegenden Anliegen und der daraus resultierenden Betreuungsmaßnahmen aktualisiert wird. Im Rahmen dieser Fortschreibung ist auch die Ergebnisqualität der Betreuung jeweils gemeinsam mit den KlientInnen neu zu bewerten.

Nicht alle Abläufe eignen sich jedoch für eine Dokumentation in Form von Formblättern. Macht die Formblatt-Nutzung keinen Sinn, so halten die BetreuerInnen in ihren Notizen „Signalsätze“ fest, an denen sich ablesen lässt, was die KlientInnen in einzelnen Betreuungsphasen beschäftigt hat und welchen Verlauf das Betreuungsgeschehen genommen hat.

Die Verpflichtung zu regelmäßigen Ist-/Soll-Vergleichen stellt sicher, dass eine Arbeitsevaluierung erfolgt, die aufdeckt, welche Entwicklungspotentiale zu nutzen und welche Planungs- und Umsetzungsschwächen der Arbeitsbewältigung zu beseitigen sind. Dreh- und Angelpunkt unserer Regelungen ist also die Verpflichtung, die Übereinstimmung bzw. Differenz zwischen den aus dem Einzelfall abgeleiteten Handlungszielen und den erreichten Ergebnissen zu erfassen. An diese Verpflichtung schließt sich der Auftrag an die AIDS-Hilfe-MitarbeiterInnen an, aus diesem „Ist/Soll“-Vergleich Konsequenzen zu ziehen und nach Möglichkeiten einer weiteren Leistungsoptimierung zu suchen. Wichtigste Arbeitsgrundlage dieser Vergleiche ist der IHP.

Entsprechen die geleisteten Interventionen dem vereinbarten Handlungsauftrag (IHP: „Vorgehen“), so ist dies ein erstes Indiz dafür, dass die „richtigen“ Dinge getan wurden. Haben sie noch dazu das anvisierte Ergebnis (IHP: „Ziel“) bewirkt, so spricht einiges für die „Richtigkeit“ der unternommenen Maßnahmen. Decken sich die erreichten Ergebnisse mit den Zielvorgaben, weichen die einzelnen Maßnahmen aber vom Handlungsauftrag ab, so war die Auftragsbeschreibung offenkundig defizitär. Ist eine Übereinstimmung von Handlungsauftrag und vollzogenen Maßnahmen gegeben, das Ergebnis aber ungenügend, so krankt es entweder an den Handlungsvorgaben (Effektivitätsdefizit) oder der Art ihrer Umsetzung (Effizienzdefizit).

Die AIDS-Hilfen beobachten aufmerksam, wie ihre Arbeit von ihren institutionellen Kooperationspartnern und Geldgebern bewertet wird. Kritische Reaktionen und/oder Verbesserungsvorschläge werden konsequent zum Gegenstand der internen Qualitätsentwicklung gemacht. Erfolgen daraufhin Veränderungen, wird dies den Kooperationspartnern mitgeteilt.

Anhang:

- ◆ Zusatzvereinbarung
- ◆ IHP
- ◆ KlientInnen-Stammblatt
- ◆ Muster eines Betreuungsvertrages