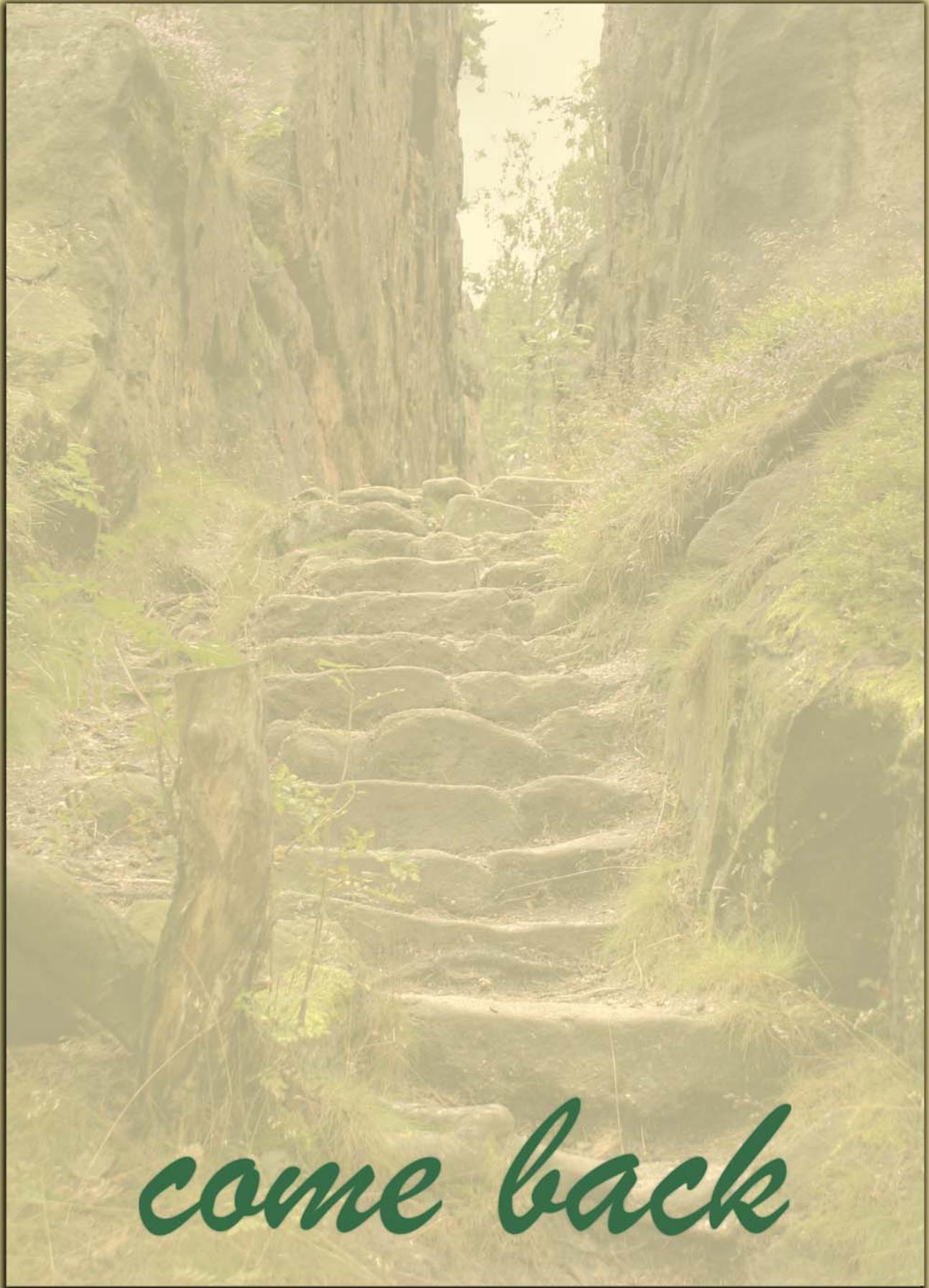


Konzeption

Version vom: 3. Juni 2014

der Sozialtherapeutischen Wohnstätte



come back

EIN WEG

- ...auf dem Freiheit von Abhängigkeit erprobt werden kann
- ...auf dem Schutz und Gemeinschaft erlebt werden soll
- ...auf dem sich die fachliche Begleitung nach dem konkreten individuellen Bedarf richtet
- ...auf dem Schritte durch wahrgenommene und gelebte Eigenverantwortung sicher werden
- ...auf dem der einzelne Mensch als Ebenbild Gottes gewollt und wertvoll ist
- ...auf dem wir Gottes Zusage vertrauen, dass er „Hilfe schafft dem, der sich danach sehnt“ (die Bibel, Psalm 12,6)
- ...der ein sinnerfülltes suchtmittelfreies Leben zum Ziel hat

Vorwort

Jedes Unternehmen - auch jedes soziale Werk - benötigt SEINE Konzeption, benennt seine Leitlinien, beschreibt den Weg und seine Zielgruppe, der letztendlich die Ergebnisse aller Bemühungen dienen soll; so auch diese Ihnen vorliegende Konzeption.

Gewidmet ist sie dem Bewohner unserer Einrichtung, der durch die chronische Entwicklung seiner Abhängigkeitserkrankung an schweren körperlichen, seelischen und sozialen Folgeschäden leidet.

Dem Kostenträger wie auch öffentlichen Aufsichtsgremien z.B. der Heimaufsicht gegenüber sind wir als Einrichtung verpflichtet, unsere Arbeit sowie Leistungen darzustellen und zu begründen. Das soll diese Konzeption ebenso erfüllen.

Für die bisher genannte Zweckbestimmung mag die vorliegende Ausführung der Konzeption in Umfang und Form etwas ungewöhnlich erscheinen. Das begründet sich darin, dass wir dem Mitarbeiter im multiprofessionellen Team unserer Einrichtung gleichzeitig ein Arbeitsmittel in der Art eines Kompendiums in die Hand geben wollen, dass sowohl fachlich fundiert, als auch praxisnah verständlich ist. Mit diesem „Kompendium“ hoffe ich - und das ist auch mein persönliches Anliegen - dass dem Betreuer an der „Basis“ ein Grundverständnis zum Krankheitsbild eines Chronisch Mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA), die wesentlichen Grundlagen und Ansätze der Betreuung vermittelt werden und diese Konzeption auch als Grundlage für konkrete Handlungsanleitungen genutzt wird. Dazu sollen auch die schematischen Darstellungen, die Sie im Anhang finden, dienen. Es ist eine Zusammenstellung ausgewählter Materialien, die über 20 Jahre für Mitarbeiterseminare in der Einrichtung entwickelt wurden und als solche auch weiterhin genutzt werden können.

In den nächsten Jahren wird es ganz sicher neue Erkenntnisse und Entwicklungen geben, Anforderungen werden sich verändern. Ich hoffe sehr, dass diese Arbeitsmaterialien, wie die Konzeption selbst, durch Nutzung, Korrektur und Weiterentwicklung brauchbar bleiben kann. In der Vergangenheit haben wir dazu im sogenannten „Zielfindungsprozess“ in den Teams der Bereiche sowie in den letzten vier Jahren in der „Arbeitsgruppe Amnestisches Syndrom“ gute Erfahrungen gesammelt, wie Mitarbeiter unmittelbar an der Zielentwicklung und besonders am Programm „Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom (AAS)“ mitgewirkt haben. Hierin sind die Mitarbeiter an dieser Konzeption auch direkt beteiligt. Die Mitwirkung der Mitarbeiterschaft erhoffe ich auch für die Zukunft, denn ich möchte diese Konzeption immer noch mit einem "Rohbau" vergleichen, in dem noch manches Detail (z.B. mancher Therapiebaustein) zu vervollständigen ist, Ideen noch auf Erfüllbarkeit warten und Kreativität willkommen ist. Nicht zuletzt hoffe ich, dass unseren Partnern, die an der Betreuung unserer Bewohner in unterschiedlichster Weise beteiligt sind, aber auch Freunden und Wegbegleitern unserer Arbeit, mit der vorliegenden Konzeption ein Einblick in den Hilfebedarf unseres chronisch mehrfachgeschädigten abhängigkeitskranken Bewohners gegeben werden kann.

Allen MitarbeiterInnen, die in irgendeiner Weise, an der Entstehung und Ausfertigung dieser Konzeption mitgewirkt haben, meinen herzlichen Dank!

Zittau, im Januar 2014



Irmgard Ufer

Abkürzungsverzeichnis

AA	Anonyme Alkoholiker. 71
AAS	Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom. 3, 7, 25, 31, 33, 38–40, 49, 51, 58, 59, 62, 64–66, 79
ADL	ADL – Trainingsprogramm (activity of daily living). 67
AWP	ausgelagerte Wohnheimplätze. 64
BAT	Berliner Amnesie Test. 38, 53, 62
CMA	Chronisch Mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskran- ker. 3, 17, 18, 20, 21, 25, 29, 39–42, 44, 46, 52, 57, 60, 61, 64, 73, 79, 81
DW	Diakonisches Werk Sachsen. 75
EKD	Evangelische Kirche in Deutschland. 77
EmK	Evangelisch methodistische Kirche in Deutschland. 9, 13, 21, 23, 75, 76, 80, 113, 115, 116
GSK	Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten. 50, 65
GVS	Gesamtverband für Suchthilfe e.V. - Fachverband der Diakonie Deutschland. 9, 75
HLT	Hirnleistungstraining. 7, 38, 51, 55
KSV	Kommunaler Sozialverband. 11, 62, 75
NVA	Nationale Volksarmee der DDR. 9
SBB	Suchtberatungs- und Behandlungsstelle. 76
SLS	Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren. 9, 75
SMS	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Ver- braucherschutz. 75
VPN	Virtual Private Network. 76
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen. 47, 57, 62, 65, 69, 73

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
1. Einleitung	9
1.1. Der Träger	9
1.2. Die Sozialtherapeutische Wohnstätte	9
2. Allgemeine Rahmenbedingungen und Zielsetzungen	11
2.1. Kostenträger	11
2.2. Zielgruppe	11
2.3. Auftrag/ Kernziele sozialer Rehabilitation	11
3. Grundlagen unserer Sozialtherapeutischen Betreuung	13
3.1. Leitlinien / Selbstverständnis des come back e.V.	13
3.2. Begriffsbestimmung Abhängigkeit und Sucht	13
3.2.1. Suchtverständnis und Krankheitsmodell	13
3.2.2. Diagnosekriterien ICD-10	16
3.2.3. Definition und Merkmale der Chronischen Mehrfachschädigung	16
3.3. Therapeutische Ansätze und Grundannahmen	21
3.3.1. Allgemeine Grundsätze	21
3.3.2. Sozialtherapie	22
3.3.3. Psychotherapeutische Ansätze	24
3.3.4. Bedeutung von Motivation und Sinnfindung	25
4. Kognitive Leistungseinbußen bei CMA	29
4.1. Problemhintergrund	29
4.2. Hirnorganische Veränderungen bei chronischer Alkoholabhängigkeit	29
4.3. Morbus Korsakow – Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom	31
4.4. Förderangebote des come back e.V.	34
4.4.1. Eine Zustandsbeschreibung bei Aufnahme	34
4.4.2. Förderprogramm Kognitiver Funktionen	38
4.4.3. Ziele und Perspektive für Bewohner mit AAS	38
5. Betreuung von jungen Chronisch Mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken	41
6. Soziale Rehabilitation	44
6.1. Unser Betreuungsmodell	44
6.2. Betreuungsschwerpunkte / Ziele und Inhalte	46
6.2.1. Gesundheitspflege und -förderung	46
6.2.2. Abhängigkeitserkrankung	48
6.2.3. Psychosoziales Verhalten	49
6.2.4. Training kognitiver Funktionen – Hirnleistungstraining	51
6.2.5. Beschäftigung	55
6.2.6. Alltagspraxis	57
6.2.7. Freizeitgestaltung	58
6.2.8. Begleitende Sozialarbeit	59

7. Betreuungsablauf	61
7.1. Aufnahme	61
7.1.1. Aufnahmebedingungen / Kontraindikationen	61
7.1.2. Aufnahmemodus	62
7.2. Differenzierter Betreuungsdurchlauf in der Einrichtung	62
7.2.1. Zielgruppen der Hauptlinien	62
7.2.2. Zeitlicher Ablauf	64
7.2.3. Ergebniskontrolle der Betreuungsmaßnahmen	66
8. Nachsorge	69
8.1. Ambulant Betreutes Wohnen	69
8.2. Suchtberatungs- und Behandlungsstelle	71
8.3. Selbsthilfegruppen	71
8.4. Angebote der Kirchgemeinde vor Ort zur sozialen Integration	72
9. Kooperation und Vernetzung	73
10. Betriebsorganisation und Kommunikation	75
10.1. Die Organisationsstruktur des come back e.V.	75
10.2. Mitarbeiter	76
10.3. Kommunikation	76
10.4. Verwaltungsstruktur	77
11. Abbildungsverzeichnis	79
12. Literaturverzeichnis	81
Glossar	83
A. Anhang	91
B. come back - eine Einrichtung der Diakonie	115

1. Einleitung

1.1. Der Träger

Der Träger der sozialtherapeutischen Wohnstätte ist der Verein *come back*. Der Verein wurde 1990 aus einer ehrenamtlichen Suchtkrankenarbeit der Evangelisch methodistischen Kirche (EmK) heraus gegründet und ist dieser bis heute strukturell verbunden. Die Leitlinien seiner Arbeit orientieren sich am Grundverständnis evangelischer Diakonie. Der Verein ist Mitglied im Diakonischen Werk Sachsen, im Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS) sowie in der Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (SLS). Ziel des Vereins ist es, durch differenzierte bedarfsgerechte Angebote ein möglichst breites Spektrum suchtgefährdeter und von Sucht betroffener Menschen eingeschlossen ihrer Angehörigen zu erreichen, um ihnen die Gesundung ihrer Gesamtpersönlichkeit, Resozialisierung - damit Teilhabe am Leben - zu ermöglichen. Nach über zwei Jahrzehnten des Bestehens kann der Verein *come back* ein gestaffeltes System von Rehabilitations- und Betreuungseinrichtungen unterschiedlicher Struktur anbieten, welches in diesen Jahren gewachsen ist. Hierzu gehören neben der sozialtherapeutischen Wohnstätte für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke einschließlich ihrer Außenwohngruppen mit anschließender Möglichkeit des Ambulant Betreuten Wohnens verschiedene ambulante Angebote wie Suchtberatungs- und Behandlungsstelle, Beschäftigungs- und Tagesstruktureinrichtung sowie Möglichkeiten für Freizeit und Begegnung.

1.2. Die Sozialtherapeutische Wohnstätte

Im Dezember 1990 übernahm der Verein ein ehemaliges Gebäude der Genztruppen der Nationalen Volksarmee (NVA) in Zittau in der Friedensstraße und baute dieses in eine Wohnstätte mit zwei Wohngruppen (Haus I) um. In diesem Haus leben heute 24 Bewohner in gut ausgestatteten Einzel- und Doppelzimmern. Freundliche Aufenthalts- und Freizeiträume, zwei Speiseräume und ein angrenzender Wintergarten sowie Wirtschafts- und Sanitärräume dienen den Bewohnern dazu, sich in der neuen Umgebung schnell wohl zu fühlen. Alle neu aufgenommenen Bewohner wohnen zunächst in diesem Haus. Auf dem gleichen Grundstück wurde im Juni 1996 ein Neubau (Haus II) fertiggestellt, in dem weitere 22 Bewohner einen Platz finden. In diesem Wohnbereich können auf Grund der Bauweise auch stärker in ihrer Gesundheit beeinträchtigte Bewohner leben. Hier befinden sich freundlich eingerichtete Bewohnerzimmer, Gemeinschaftsbereiche und für jede Wohngruppe eine eigene Etagenküche. Eine Wohngruppe ist auf die besonderen Bedürfnisse von Bewohnern mit Alkoholbedingtem Amnestischem Syndrom abgestimmt.

Das gesamte Objekt Friedensstraße ist weitestgehend behindertengerecht gestaltet.

Auf dem Gelände befindet sich eine weiträumige Gartenanlage mit Tischtennisplatten, einem Volleyballplatz sowie einer Grillecke.

Unsere Einrichtung liegt am Stadtrand von Zittau, unmittelbar im Dreiländereck Polen / Tschechien / Deutschland und bietet vielfältige Möglichkeiten zum Spaziergehen, Wandern und Radfahren. Seit dem Jahr 2000 gibt es einen dritten Wohnbereich mit 15 weiteren Wohnplätzen in einem voll sanierten Altbau mit großer Gartenanlage in der Zittauer Innenstadt (Haus III in der Marschnerstraße). Hier befinden sich auch unsere Außenwohngruppen (AWG) mit 25 Wohnplätzen. In diesem Bereich leben hauptsächlich Bewohner, die sich im therapeutischen Prozess besonders stabilisieren konnten und eine eigenständige Lebensweise anstreben.

Seit dem Jahr 2009 befindet sich zudem eine Außenwohngruppe mit vier Wohnplätzen in Eckartsberg bei Zittau.

2. Allgemeine Rahmenbedingungen und Zielsetzungen

2.1. Kostenträger

Wir sind eine Einrichtung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53ff SGB XII. Eine Übernahme der Heimkosten ist beim zuständigen Sozialamt zu beantragen. In Sachsen ist das der Kommunaler Sozialverband (KSV) mit Sitz in Leipzig. Soll eine Aufnahme aus anderen Bundesländern erfolgen, ist vom dortigen zuständigen Träger der Eingliederungshilfe die Kostenzusage einzuholen. Darüber hinaus können auch Bewohner aufgenommen werden, welche die Heimkosten aus eigenem Vermögen bezahlen (Selbstzahler).

2.2. Zielgruppe

Aufgenommen werden in unsere Einrichtung abhängigkeitskranke Männer in der Regel im Alter von 18 – 60 Jahren, die auf Grund ihrer langjährigen Abhängigkeit von Alkohol und anderen Suchtmitteln und damit verbundenen körperlichen, seelischen und sozialen Einschränkungen nicht mehr selbständig leben können und zur Wiedereingliederung einen längerfristigen und geschützten Lebensraum mit intensiver sozialtherapeutischer Betreuung benötigen.

Krankheitsbedingt sind unsere Bewohner (derzeit) nicht in der Lage, eine medizinische Rehabilitation durchzuführen oder diese hat nicht ausreichende Voraussetzungen für eine soziale Wiedereingliederung erbracht. Die auf Grund ihrer Erkrankung dennoch notwendige Unterstützung erhalten sie durch unser Betreuungsangebot, welches auch die Aufnahme von Personen umfasst, die wegen angeborener oder erworbener Hirnleistungsschwächen eine Entwöhnungsbehandlung („medizinische Rehabilitation“) nicht (mehr) durchführen können.

2.3. Auftrag/ Kernziele sozialer Rehabilitation

Ziel der sozialtherapeutischen Langzeitbetreuung ist der Wiedererwerb sozialer Fähigkeiten, die aktive Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und der Aufbau eines suchtmittelfreien Lebens. Darin inbegriffen ist die seelische, geistige und körperliche Gesundheit des Bewohners. Schwerpunkte der Tagesstruktur bilden das Zusammenleben in der Gemeinschaft und die Beschäftigungstherapie. Konkrete soziale und lebenspraktische Hilfen, begleitet von lösungs- und handlungsorientierten Interventionen einschließlich verhaltenstherapeutischer Ansätze, sollen ein Leben in Abstinenz ermöglichen. Ein intensives und durchgängig gestaltetes Hirnleistungstraining ist Grundlage und Bestandteil des Bemühens um die Wiedererlangung der Selbständigkeit in allen Bereichen.

Unsere Einrichtung ist dabei nicht für eine dauerhafte Beheimatung vorgesehen. Sie bietet vielmehr eine längerfristige, aber stets befristete Aufnahme mit dem Ziel der individuell weitest möglichen selbstverantwortlichen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Für eine gelingende Sozialtherapie empfehlen wir einen Aufenthalt von mindestens zwei Jahren.

3. Grundlagen unserer Sozialtherapeutischen Betreuung

3.1. Leitlinien / Selbstverständnis des come back e.V.

Diakonisches Handeln beruht auf dem Glauben, dass jeder Mensch als Ebenbild Gottes aller Liebe wert ist. Die Liebe Gottes gibt Menschen nicht auf und betrachtet keinen als hoffnungslosen Fall. Den Abhängigen oder Hilfesuchenden sehen wir in erster Linie als Mensch, der von Gott ebenso wie wir gewollt und von ihm geliebt ist.

come back bietet Räume, in denen Freiheit von Abhängigkeiten erprobt, Schutz und Gemeinschaft erfahren werden können. Abhängigkeit ist aus unserer Sicht kein alternativer Lebensentwurf, sondern bedroht die Entwicklung und Bewahrung der Autonomie des Betroffenen. Zentrales Ziel der Hilfe ist es deshalb, dem Abhängigkeitskranken die Möglichkeit eines sinnerfüllten und suchtmittelfreien Lebens aufzuzeigen.

Unsere Konzeptionen leiten sich von einer ganzheitlichen Sicht des Menschen ab. Die Ansatzpunkte bestehen darin, Menschen in ihren körperlichen, psychischen, sozialen und geistlichen Nöten zu helfen.

Bei den Angeboten zur Hilfe orientiert sich die Suchtkrankenarbeit von *come back* am konkreten Bedarf und den konkreten Lebensbedingungen der Betroffenen. Ihnen soll die Möglichkeit gegeben werden, wieder Eigenverantwortung zu übernehmen und diese auch leben zu können.

Entsprechend des sozialen Bekenntnisses der EmK (Siehe A.23 auf Seite 113) nehmen wir als Verein *come back* im Kontext unserer Arbeit auch Verantwortung in unserer Gesellschaft für die Gestaltung der sozialen, ökonomischen und politischen Prozesse wahr.

Kurz zusammengefasst finden Sie das Selbstverständnis unserer Arbeit in „*come back* – EIN WEG“ (Abbildung A.1 auf Seite 91)

3.2. Begriffsbestimmung Abhängigkeit und Sucht

3.2.1. Suchtverständnis und Krankheitsmodell

Abhängigkeitsentwicklung ist ein Geschehen, welches nur komplex und ganzheitlich zu verstehen ist. Auswirkungen auf die Entwicklung einer Abhängigkeit haben genetische, neurobiologische, biochemische, physiologische, soziokulturelle und gesellschaftliche Bedingungen, die jeweils psychotrope Wirkung des Suchtmittels, psychische Eigenschaften, Glaubenssysteme, Einstellungen und Grundhaltungen des Konsumenten, sein sozialer und familiärer Kontext, seine individuelle Lebensgeschichte und Lernerfahrung sowie besondere Lebensereignisse und Situationen.

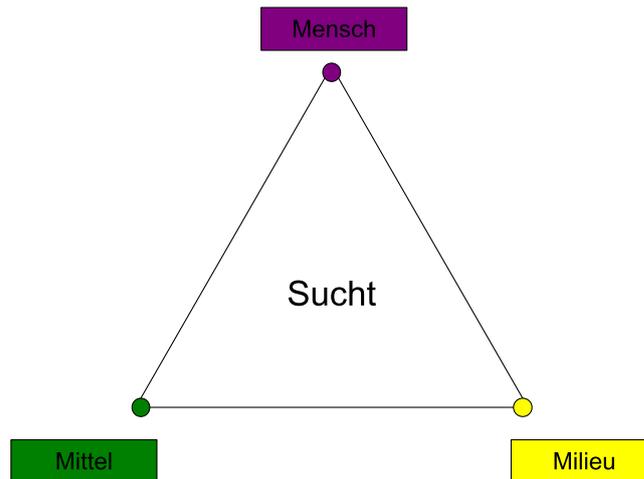


Abbildung 3.1.: Skizze Multifaktorielle Suchtgenese vgl. Abbildung 3.2 auf Seite 15

Bündelt man die multiplen Ursachen und ordnet sie ihrem Wesen nach

dem Individuellen	d.h. der psychischen Dimension
der Umwelt	d.h. der sozialen Dimension
dem Suchtmittel	d.h. der biologischen Dimension

zu, kann man das Suchtgeschehen im sogenannten „MMM - Suchtdreieck“ (3.1 und 3.2) schematisch verdeutlichen, was auch die Grundlage für unser biopsychosoziales Krankheitsmodell bildet.

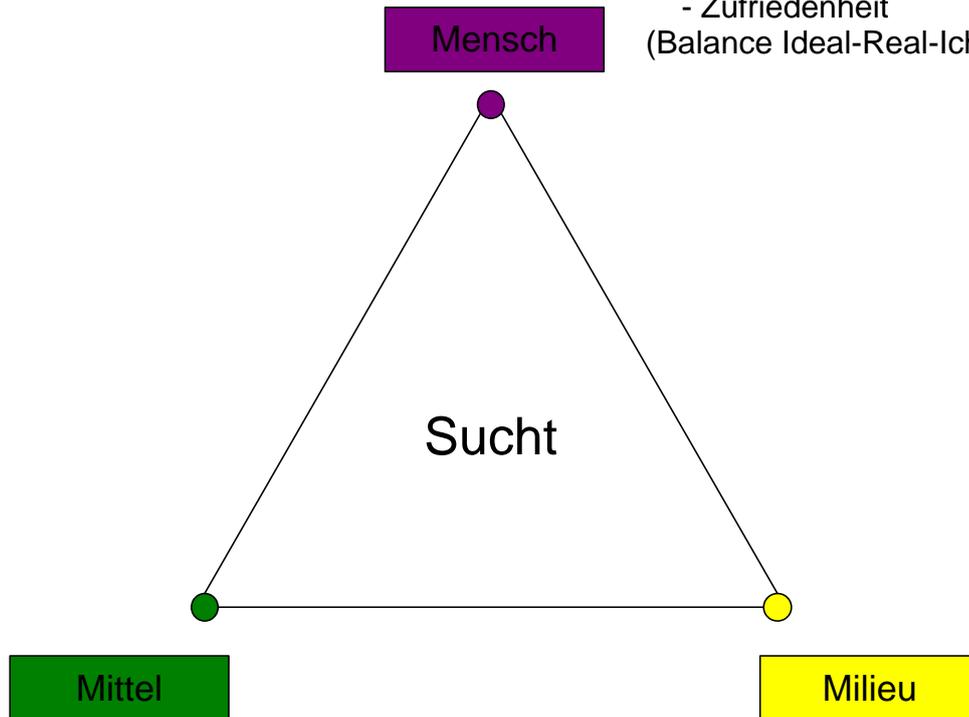
Der Begriff **Biopsychosoziales Krankheitsmodell** wurde durch den amerikanischen Medizinteoretiker G. L. Engel Ende der 70er Jahre geprägt.

Danach sind biologische, psychische und soziale Faktoren für sich genommen und in ihren komplexen Wechselwirkungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten zu berücksichtigen.

Für Erforschung, Diagnostik und Therapiewirksamkeit von chronischen Erkrankungen reicht ein rein biomedizinisch orientiertes Krankheitsverständnis nicht aus. Chronische Erkrankungen lassen sich ebenso nicht auf einen somatogenen oder psychogenen Kern oder eine bloße Addition somatischer und psychogener Faktoren reduzieren.

Multifaktorielle Sucht - Genese

- genetische Disposition
- Lebensgeschichte
- psychische Festigkeitsfaktoren
 - z.B.
 - Problemlösefähigkeit
 - Sinnbezug
 - Zufriedenheit
 (Balance Ideal-Real-Ich)



- Suchtpotenz
- Dosis
- Griffnähe
- Form und Häufigkeit des Gebrauchs

mikro + makrosoziale Umwelt

- Beruf
- Gesellschaftliche Normen/Akzeptanz
- Familie
- Werbung
- Peer-Gruppe
- Struktur-Bedingungen

Bio – psycho – soziales Krankheits- / Gesundheitsmodell

Abbildung 3.2.: Multifaktorielle Suchtgenese modifiziert und ergänzt nach [Feu96]

3.2.2. Diagnosekriterien ICD-10

Die Diagnosekriterien für das Vorliegen einer Abhängigkeit sind im ICD-10 von der Weltgesundheitsorganisation festgelegt und wie folgt beschrieben:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- Nachweis einer Toleranz
Um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen. Anhaltender Substanzgebrauch trotz Nachweises eindeutig schädlicher Folgen körperlicher, psychischer oder sozialer Art.

Dabei manifestiert sich Abhängigkeit / Sucht meist über ein durch längere Zeiträume entwickeltes und gelerntes Verhalten, vom „einfachen“ zum „problematischen“ Suchtmittelmissbrauch bis zur schweren Abhängigkeit mit entsprechenden Folgeschäden in allen Lebensbezügen.

3.2.3. Definition und Merkmale der Chronischen Mehrfachschädigung bei Abhängigkeitserkrankung (CMA)

"Chronisch mehrfachgeschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol- bzw. anderer Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (inclusive Comorbidität) sowie zu überdurchschnittlicher bzw. fortschreitender sozialer Desintegration geführt hat bzw. führt, so dass er seine Lebensgrundlagen nicht mehr in eigener Initiative herstellen kann und ihm auch nicht genügend familiäre oder andere personelle Hilfe zur Verfügung steht, wobei er auf institutionelle Hilfe angewiesen ist."

Definition gültig für Sachsen, [BHLM99]

Ist für eine Person diese Definition zutreffend, wird die **Eingliederungshilfe für behinderte Menschen nach §§ 53ff SGB XII wirksam**, in dem es wie folgt lautet:

“§ 53 Leistungsberechtigte und Aufgabe

(1) **Personen**, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2, Abs. 1 Satz 1 des neunten Buches [Sozialgesetzbuch] wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, . . .

(3) **Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe** ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufes oder einer sonstigen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.“

Welche Merkmale kennzeichnen einen Chronisch Mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken (CMA)?

Die Sächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren hat 1995 Kriterien benannt, bei denen mehrere, nicht unbedingt alle, für diese Personengruppe zutreffend sind:

- langjähriger intensiver Suchtmittelmissbrauch
- mehrfache erfolglose stationäre Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen
- fehlende Krankheitseinsicht, Therapieresistenz, mangelnde Therapiebereitschaft
- vielfache gravierende körperliche Folgeschäden und Behinderungen
- ausgeprägte Folgeschäden im psychischen Bereich, wie z. B. Persönlichkeitsveränderungen, parapsychotische und / oder neurotische Verhaltensmuster, Depressionen, Korsakow-Syndrom, erhöhte Suizidalität
- besonders schwierige soziale Situation wie Wohnungslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, soziale Isolation (Vereinsamung), sozialer Abstieg, Armut, Frühberentung, Verlust familiärer Bezüge
- Zugehörigkeit zu einer sozial benachteiligten Randgruppe (hoher Anteil unter sogenannten „Stadtstreichern“ und „Nichtsesshaften“)
- vielfache Kontakte mit Ordnungs- und Strafrecht
- weitgehender Verlust sozialer Kompetenzen bei stark eingeschränkter oder verllorener Fähigkeit zur selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung.

Suchtfolgeschäden / ein komplexer – Ursachen - und Wirkungszusammenhang

Das Krankheitsbild CMA ist gekennzeichnet durch multiple somato – psycho -soziale Schädigungen, wobei die einzelnen Schädigungen untereinander in einem komplexen Ursachen- und Wirkungszusammenhang stehen, welche die Suchterkrankung aufrechterhalten und ihr Fortbestehen begünstigen.

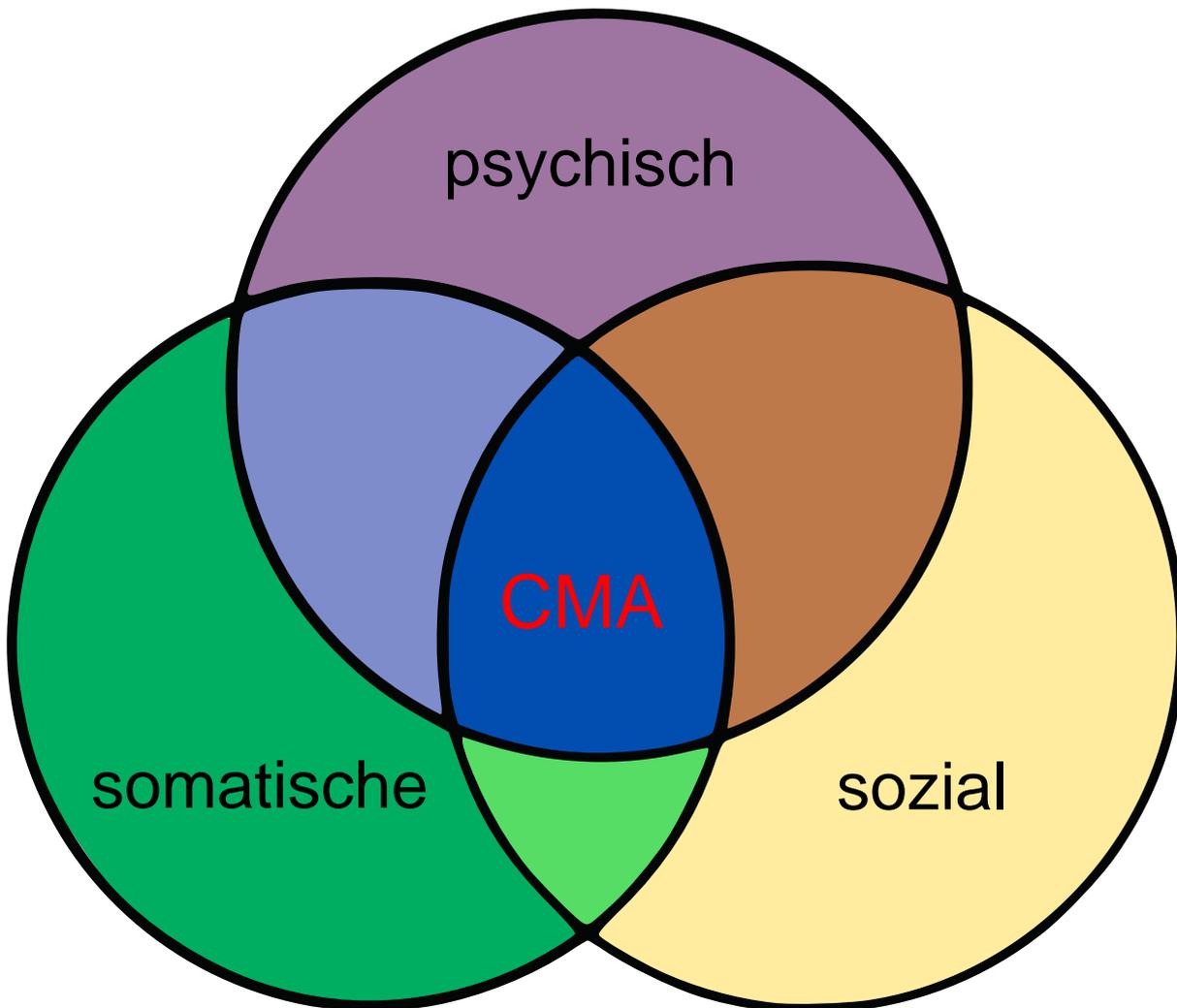


Abbildung 3.3.: Skizze komplexer Ursachen- und Wirkungszusammenhang vgl. Abbildung 3.4 auf Seite 19

Je nach individuellen Bedingungen der Suchtentwicklung bilden sich unterschiedliche Schweregrade, Restitutionsneigung- und dauer der einzelnen Störungen aus, so dass ein breites Spektrum von Schädigungen entsteht. Primäre, zunächst suchtunabhängige Erkrankungen und Beeinträchtigungen in diesen drei Bereichen können auf die Suchtentwicklung prädisponierend sowie verstärkend wirken. Sogenannte Doppeldiagnosen (Suchterkrankung / endogene Psychose) erfordern besondere diagnostische und therapeutische Maßnahmen.

CMA – multiple Suchtfolgeschäden

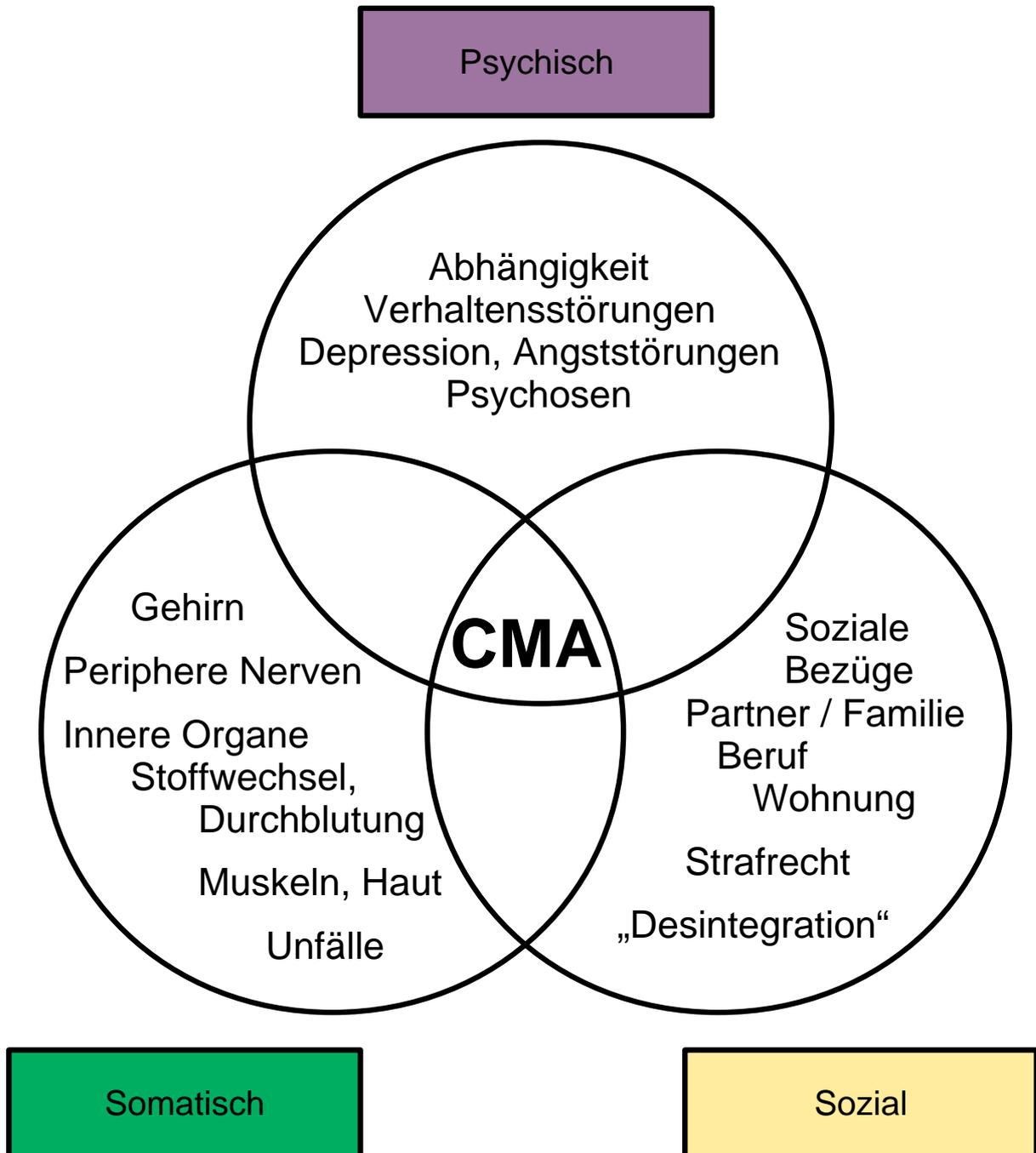


Abbildung 3.4.: Komplexer Ursachen- und Wirkungszusammenhang

Die Behandlungsgrundsätze ergeben sich aus der **Individualität, Komplexität und dem Ursachen - und Wirkungszusammenhang** des Krankheitsbildes der CMA und müssen deshalb

- individuell
- in kleinen definierbaren Schritten
- langfristig

alle Schädigungskomplexe erfassen.

Eine Übersicht über Alkoholbedingte somatische Suchtfolgeschäden finden Sie unter Abbildung A.2 auf Seite 92.

Um eine effiziente, zielorientierte Betreuung gewähren zu können, ist auf Grund der Vielfältigkeit des Erscheinungsbildes von CMA eine gewisse Differenzierung der Angebote und damit der Zielgruppe notwendig. **Ein Schwerpunkt unserer Betreuung sind die kognitiven Leistungseinbußen bei CMA, denen wir mit zielgerichteten Angeboten – siehe Kapitel 4.4 auf Seite 34, begegnen wollen.**

3.3. Therapeutische Ansätze und Grundannahmen

3.3.1. Allgemeine Grundsätze

Ausgehend von den Leitlinien der Arbeit von *come back* haben wir uns für die Betreuung von CMA in der Sozialtherapeutischen Wohnstätte folgende Grundsätze gestellt:

Wir wollen unseren Bewohnern vorübergehend oder längerfristig ein **Zuhause** bieten, in dem sie Respekt, Wertschätzung, Geborgenheit und Unterstützung erfahren lässt.

Durch Sicherung eines **suchtmittelfreien Raumes** und Rahmenbedingungen, die Veränderungsbereitschaft, **aktives Denken und Handeln** fördern, wollen wir den Bewohnern günstige Entwicklungsbedingungen schaffen, in denen sie Kompetenzen erwerben und ausprobieren können. Dabei muss dem Prinzip „**Herausforderung ohne Überforderung**“ Beachtung geschenkt werden.

Jeder, der zu uns kommt, ist ein einzigartiger Mensch. Für uns gibt es nicht „den Trinker“ . Aufgrund der oben beschriebenen persönlichen Unterschiede, die sich ebenso sehr in unterschiedlichen Schädigungsbildern, Restitutionsverlauf und entsprechender bzw. schlussfolgernder Lebensperspektive widerspiegeln, braucht jeder Bewohner **individuelle Behandlungsansätze** und Inhalte.

Die Arbeit mit unseren Bewohnern erfordert ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz, Erfahrung, persönlichem Engagement und Belastungsfähigkeit. Die persönliche und fachliche Entwicklung unserer Mitarbeiter ist uns wichtig.

Besonders schwierig ist die Erfahrung, dass ein Teil unserer Bewohner - trotz hohem fachlichem Engagement und intensiver Begleitung unsererseits - eine mitunter nur geringe positive Entwicklung in ihrer Sozialtherapie erlebt, dass der Behandlungsprozess stagniert oder gar Rückschritte auftreten. Die Ursachen dafür können vielfältig sein, etwa aufgrund einer neu hinzutretenden schweren Erkrankung, wie z.B. einem Krebsleiden oder aufgrund sich verschlechternder geistiger Zustände (z.B. Entwicklung einer Demenz). Manchmal birgt auch das schwere Beeinträchtigungsbild, welches bereits bei der Aufnahme vorhanden ist, wenig Spielraum für positive Entwicklungen. Diese besonders beeinträchtigten Bewohner benötigen aber umso mehr unsere respektvolle und wertschätzende Annahme und Begleitung bei weitestgehender Ausschöpfung der individuellen Ressourcen..

Für die soziale Wiedereingliederung ist die Einbindung in das gesellschaftliche Umfeld eine wesentliche Grundlage. Ein guter Kontakt zur Nachbarschaft, die Kooperation mit Anbietern im psychosozialen Bereich, die Integration in die Ortsgemeinde und Kirchengemeinde der EmK, in der wir mit den Bewohnern leben und arbeiten, ist für uns eine Aufgabe, die es gilt, immerwährend zu gestalten.

3.3.2. Sozialtherapie

Grundprinzip sozialtherapeutischen Arbeitens ist „lebendiges Lernen“ an der Normalität des Alltagslebens. (Jones 1976).

„ In dem Maße, in dem ein Patient in unbestimmten, in allgemeinen d.h. auch in informellen Situationen seine Reaktionen auf Anforderungen aus dem Alltag, auf Regeln, auf Normales, Banales kennen und überprüfen lernen kann, in dem Maße findet Soziotherapie statt“

Zitat: [Dör78]

Für Dörner und Plog bedeutet **krank sein „Weltverlust“**, das heißt aus der Normalität ausgeschlossen sein, Verlust von sozialer Aktivität, welche die Teilnahme an dieser Normalität erst erschließt. Sozialtherapie ist ein **Lernprozess**, wobei es Aufgabe des Sozialtherapeuten ist, den Patienten unter Anknüpfung früher vorhandener Kompetenzen, unter Nutzung seiner aktuell aktivierbaren Potentiale und Ressourcen, zum Handeln und Mitmachen zu animieren. Sozialtherapie muss letztendlich als Hineinwachsen in den Alltag und Bewältigung von Alltäglichem außerhalb jeder Betreuungsstruktur verstanden werden.¹ Bei Patienten bzw. unseren Bewohnern mit schweren geistigen und psychischen Beeinträchtigungen kann das natürlich nur in abgestuften Schritten geschehen.²

Kurzgefasst: Ziel ist immer soviel Selbständigkeit und Eigenverantwortung wie möglich, dann sehen wir unseren Auftrag als erfüllt an, auch wenn individuelle Grenzen akzeptiert werden müssen.

Sozialtherapeutisches Milieu

Für eine zielführende Sozialtherapie unserer Bewohner sind das Milieu und der Alltag in unserer Einrichtung wesentliche und wirksame therapeutische Faktoren und Lernfelder. Deshalb orientiert sich der Tagesablauf *„...eng am realen Leben und schafft so als Alternativentwurf eine Normalität ohne Suchtmittel.“*³ Dazu zählen ein angemessener Schlaf- und Wachrhythmus, regelmäßige Mahlzeiten, Teilnahme an der Arbeits- und Beschäftigungstherapie, Körperpflege, Zimmerreinigung, Wäschepflege, Übernahme von Verantwortung und Verhaltensweisen wie Respekt, Toleranz, Rücksichtnahme aber auch Rituale und Feste, Wohnqualität, Essensqualität und vieles mehr. Diese plausiblen und nachvollziehbaren Grundlagen der Sozialtherapie begünstigen und fördern Entwicklung und Veränderung, sie erleichtern die Akzeptanz des Heimes als vorübergehendes oder auch dauerhaftes Zuhause.⁴

¹vgl. [Bos67]

²vgl. [SS00]

³vgl. [SS00] Seite 23

⁴vgl. [SS00] Seite 23

Damit abstinentes Leben gelingt, müssen bestimmte Rahmenbedingungen geschaffen werden, die eine gewisse künstliche Realität abbilden, die nicht immer den Vorstellungen eines Zuhauses entsprechen. Unsere Bewohner befähigt dieser Schutzrahmen sowie weitere therapeutische Regularien jedoch dahingehend, wieder in die Gesellschaft integriert zu werden und allmählich Selbständigkeit und Verantwortung für sich zu trainieren. Die Realität des Heimalltages, welche Einschränkungen beinhaltet, ist ein Aushandlungsprozess mit dem Hilfesuchenden und dient der sozialen Rehabilitation. Auch in der weitgehenden Eigenständigkeit, z.B. im selbständigen Wohnen, benötigen unsere Betreuten einen die Abstinenz stützenden Sozialraum. Der Inklusionsgedanke fordert hier eine kritische Auseinandersetzung.

Wir ermöglichen es unseren Bewohnern nach Absprache, ihren Wohnheimplatz mit persönlichen Gegenständen wie Bildern, Erinnerungsstücken oder Eigenkreationen aus der Arbeits- und Beschäftigungstherapie zu verschönern. Das schafft einen persönlichen Raum, Behaglichkeit und Lebensqualität. Um unseren Bewohnern eine breite gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen, pflegen wir Kontakte zur Nachbarschaft und zu regionalen Partnern (z.B. zu einer befreundeten Selbsthilfegruppe in Luban / Polen). Im Stadtgebiet haben unsere Bewohner Zugang zu verschiedenen kirchlichen, kulturellen, sportlichen und sonstigen Angeboten und Gruppen. Die Einrichtung lädt wiederum ein zum Jahresfest, zu Gottesdiensten und zu anderen Veranstaltungen – zum Teil auch in Kooperation mit der örtlichen EmK – Gemeinde. In der Einrichtung werden für unsere Bewohner mit einer umfangreichen Gartenanlage, Grillplätzen, Sport- und Spielangeboten, Tischtennisplatten viele Möglichkeiten bereitgehalten, die eigene freie Zeit sinnvoll zu gestalten.

3.3.3. Psychotherapeutische Ansätze

Erscheinungsformen der Abhängigkeit - und noch mehr der chronischen Verlaufsformen - sind aufgrund des multidimensionalen Bedingungsgefüges so vielfältig wie die Menschen, denen wir in der Betreuungssituation begegnen. Deshalb kann es weder im Konkreten ein einheitliches Therapieziel, noch *den* einzig richtigen Weg oder *die* richtige Methode geben. Ziele und Angebote müssen sich nach den individuellen Gegebenheiten und Notwendigkeiten des einzelnen Klienten richten. Unser Behandlungsansatz ist **methoden- und therapieschulenübergreifend**. Bei gegebenen individuellen Voraussetzungen des Bewohners finden insbesondere in den Bereichen Abhängigkeit und psychosoziales Verhalten psychotherapeutische, vor allem verhaltenstherapeutische Interventionen Anwendung. Auch systemisch familientherapeutische Methoden können ergänzend zur Verhaltenstherapie hier eingebunden werden (Bei therapeutischer Zusatzausbildung unserer Mitarbeiter bevorzugen wir diese Ausbildungen).

Wissenschaftliche Untersuchungen zur Effektivität von Psychotherapien bei Suchterkrankungen haben belegt, dass verhaltenstherapeutische Interventionen in sämtlichen Meta-Analysen zu den wirksamsten Verfahren gehören. Insbesondere bei schwer beeinträchtigten Abhängigen gilt das „**CRA - Modell**“ (**Community - Reinforcement - Ansatz**) gegenüber Kontrollbedingungen als hoch wirksam. CRA kombiniert als Breitbandverfahren klassische Verhaltenstherapie mit Verhaltensverträgen, Paartherapie, sozialem Kompetenztraining, Emotionsregulation, Motivationsförderung und kontrollierter Disulfiramvergabe.⁵ Wir sehen uns in unserem therapeutischen Verständnis durch die Aussagen dieser Untersuchungsergebnisse bestätigt, Psychotherapie als ein „Puzzle“ in das Gesamtbild der Sozialtherapie einzuordnen. Dabei wenden wir einige Elemente des CRA-Ansatzes an.

Nach [GDB94] sind für eine erfolgreiche Therapie folgende „Wirkprinzipien“ zu beachten:

- Therapeutische Beziehung
- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Motivationale Klärung
- Problembewältigung

Wesentliches Ziel aller verhaltens- und sozialtherapeutischen Interventionen ist die aktive Unterstützung unserer Bewohner, ihre Schwierigkeiten und Probleme selbst zu bewältigen. Dadurch werden Problemlösungen, Handlungsstrategien und Verhaltensoptionen real erlebbar. Mit therapeutischer Unterstützung soll so der Bewohner für sich adäquate Lösungen suchen und finden. Durch diese Bewältigungserfahrung wächst die Selbstsicherheit und Selbstwirksamkeitserwartung. Dabei arbeiten wir grundsätzlich ressourcenorientiert, um so die noch vorhandenen Potenziale der Bewohner für sich selbst erfahrbar zu machen.

⁵vgl. [Bis10]

Begrenzung und Möglichkeiten bei Bewohnern mit AAS

Insbesondere für die Arbeit mit Bewohnern mit dem AAS ist von den Betreuern ein hohes Maß an Empathie, Stabilität, Respekt, Erfahrung und Geduld erforderlich. [SS00] weist darauf hin, dass viele dieser Bewohner über verbale therapeutische Interventionen schlecht zu erreichen seien, sie erlebten aber über die konkrete Unterstützung und Hilfe Geborgenheit, Sicherheit und Wertschätzung.⁶ Nach unserer Erfahrung sind „einfache“, dem Klientel angepasste verhaltenstherapeutische Methoden bei unseren Bewohnern erfolgreich anwendbar und zeigen, dass Lernen durch Konditionierung bei diesem Krankheitsbild langfristig gesehen Erfolge bringt.

3.3.4. Bedeutung von Motivation und Sinnfindung

Der Begriff „Motivation“ leitet sich ab vom lateinischen Wort „motivum“, welches im ursprünglichen Wortsinn „Antrieb“ oder „Beweggrund“ bedeutet. William R. Miller beschreibt Motivation als *„... die Wahrscheinlichkeit..., mit der eine Person eine spezifische Veränderungsstrategie ergreift und daran festhält.“*⁷

In Anlehnung an das von Prochaska und DiClemente entwickelte Phasenmodell der Veränderung sehen wir in unserer Arbeit mit den Bewohnern Motivationsarbeit als einen Prozess an, der angepasst an die individuellen Voraussetzungen der Person stattfindet.⁸ Uns ist dabei bewusst, dass aufgrund der chronischen Mehrfachschädigung viele unserer Bewohner keine intrinsische Krankheitseinsicht entwickeln können und Veränderungsmotivation eher auf kleine und realistische Teilziele fokussiert bleibt. Dabei ist es wichtig, Motivationshürden zu erkennen und nach Möglichkeit abzubauen. Nach Lindenmeyer ist Motivation vor allem ein interaktioneller Prozess: *„...Ob und wie sich die Behandlungsmotivation eines Patienten entwickelt, ist somit untrennbar mit dem Verhalten des Therapeuten und der Beziehung zwischen beiden Beteiligten verwoben.“*

⁹ Es geht darum, „...die Veränderungsschritte so attraktiv und einfach wie möglich zu gestalten, und den Patienten bei ihrer Bewältigung so viel Unterstützung wie möglich zu geben.“¹⁰

Motivationsarbeit ist somit für den Betreuer eine immerwährende Aufgabe und Herausforderung.

CMA weisen aufgrund ihrer langwierigen Abhängigkeitsgeschichte, der erfolglosen Selbstheilungsversuche und der häufig zahllosen Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen wenig positive Therapieerfahrung, geschweige denn Abstinenzzuversicht auf. Oftmals befinden sie sich geradezu in einem Zustand des „*existentiellen Vakuums*“ wie es die Logotherapie bezeichnet. Dieser Zustand, der von einem Gefühl der Leere, Sinn- und Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet ist, bietet keine Grundlage für Motivation. Umso wichtiger ist es, dass der Bewohner Hoffnung wiedergewinnen kann, was eng mit Sinnfindung verknüpft ist. Viktor Frankl, der Begründer der Logotherapie, sieht in der **Suche nach dem Sinn die wichtigste Antriebskraft der menschlichen Existenz** und die Sinnfrage als Herzstück seiner therapeutischen Sichtweise. Diese Sichtweise berührt hierin unser christliches Menschenbild, welches Teil unseres Leitbildes

⁶vgl. [SS00] Seite 23

⁷vgl. [MR99] Seite 35)

⁸vgl. [MR99] Seite 31 ff.

⁹vgl. [Lin03]

¹⁰vgl. [Lin03] Seite 136

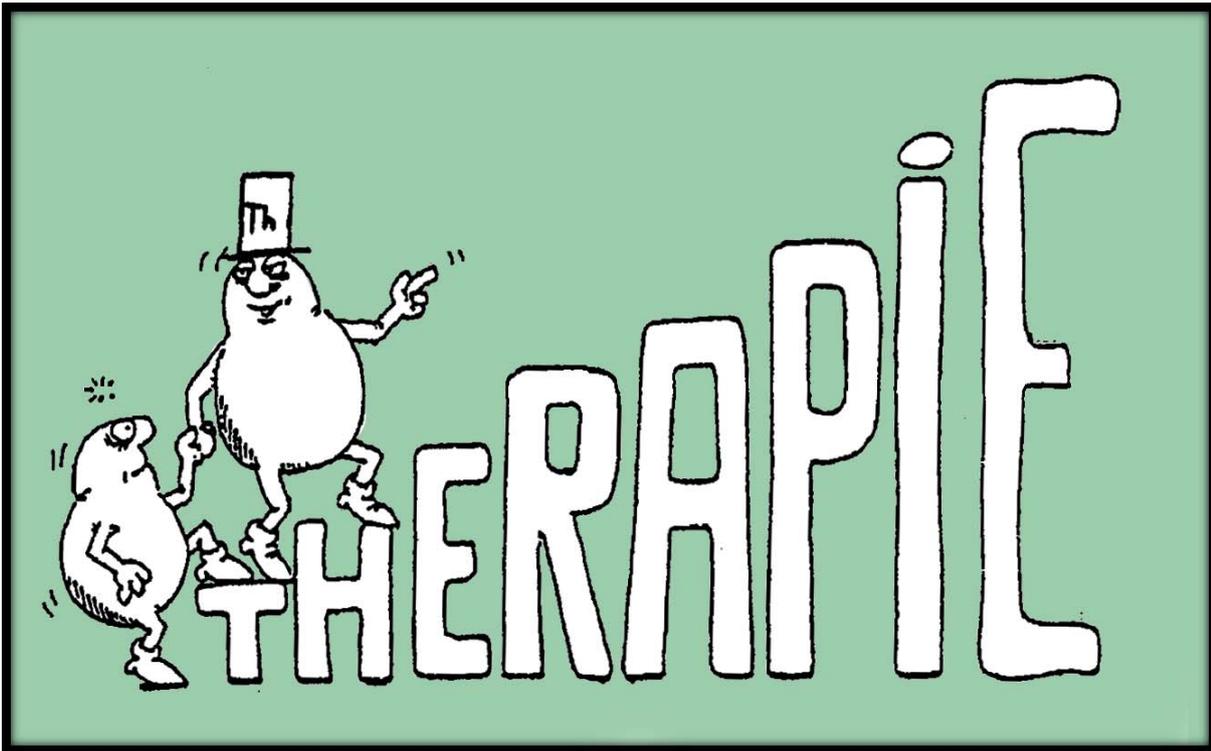


Abbildung 3.5.: Optimierung des Therapieprozesses unter motivationalen Gesichtspunkten nach [Lin03]

ist. Frankl geht aufgrund seines persönlichen Erlebens im KZ Auschwitz soweit, dass er sagt: „*Der Mensch kann nur überleben, wenn er auf etwas hin lebt.*“¹¹

In der Vorstellung einer Erhebung zur Wirksamkeit des „Kohärenzsinn“ im VRA e.V. berufen sich die Autoren auf eine Studie von Antonovsky über den Gesundheitszustand israelischer Frauen. Bedeutsam war bei dieser, dass ein erheblicher Teil der Frauen dieser Stichprobe den Weltkrieg in Konzentrationslagern überstanden hatte.¹²

Der von Antonovsky eingeführte Begriff „*Sense of Coherence*“ (Kohärenzsinn/ Kohärenzerleben) versteht sich als „...eine globale Orientierung, die zum Ausdruck bringt, in welchem Umfang man in den äußeren und inneren Ereignissen und Sachverhalten einen 'Sinn', eine erkennbare Bedeutung erkennt...“.¹³ Das Vorliegen einer solchen generellen Einstellung und Orientierung dem Leben gegenüber wird als eine **dispositionelle Bewältigungsressource** betrachtet und soll unter bestimmten Bedingungen Menschen widerstandsfähiger gegenüber unsicheren, riskanten, stressreichen Situationen machen.¹⁴ Antonovsky sieht in der **Ausbildung des Kohärenzgefühles** eine wesentliche individuelle Ressource für Motivation in dem Ausmaß, „... in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet.“¹⁵

Helmut Dessecker folgert: „*Sinn kann nicht verschrieben werden – wie ein Medikament –, sondern Sinn kann nur beschrieben werden und als Ergebnis einer Suchbewegung gefunden wer-*

¹¹zitiert nach [Des98] Seite 8

¹²vgl. [LM10]Seite 64

¹³vgl. [LM10]

¹⁴vgl. [LM10]

¹⁵vgl. [LM10] Seite 65

den – die Aufgabe des Arztes oder Therapeuten besteht dann im Anregen und Begleiten dieser Suchbewegung.“¹⁶

Wie kann ein Mensch aus diesem Zustand des „existentiellen Vakuums“ herausfinden, Hoffnung gewinnen und sich auf Sinnsuche begeben ?

Die sogenannte „Integrative Therapie“ beschreibt „*Vier Wege der Heilung*“:

Der **erste Weg**: Einen Zugang zur eigenen Geschichte herstellen

Der **zweite Weg**: Vertrauen vertiefen beziehungsweise wieder aufbauen

Der **dritte Weg**: Kreative Fähigkeiten aktivieren, Ausdrucksvermögen und Beziehungsfähigkeit fördern

Der **vierte Weg**: Solidarität, Mitmenschlichkeit und Gemeinschaft erfahren¹⁷

Die Angebote zum christlichen Glauben in unserer Einrichtung, die jedem offen stehen, der sich darauf einlassen möchte, können in diesen vier genannten Bereichen wirksame Wegbegleiter sein.

¹⁶zitiert nach [Des98] Seite 8

¹⁷vgl. [Pet89] Seite 42ff und [Des98] Seite 6

4. Kognitive Leistungseinbußen bei CMA – eine Herausforderung

4.1. Problemhintergrund

Die Wiedererlangung der Fähigkeit zu selbständiger Lebensführung ist das Kern- und Leitziel unseres Auftrages der sozialen Rehabilitation von CMA. Als begrenzenden Faktor erleben wir aber in unserer sozialtherapeutischen Einrichtung zunehmend die unzureichende kognitive Leistungsfähigkeit der Bewohner für eine reale Chance, dieses Ziel erreichen zu können. Ebenso zunehmend sind unsere Zugänge an Personen mit stärkeren kognitiven Beeinträchtigungen. Als Einrichtung haben wir uns das Ziel gesetzt, diesem Sachstand zum einen durch inhaltliche und strukturelle Konzeptkorrektur und zum anderen durch ein effizientes Hirnleistungstraining entgegen zu wirken.

4.2. Hirnorganische Veränderungen bei chronischer Alkoholabhängigkeit

Chronischer Alkoholmissbrauch verursacht direkt - alkoholtoxische und indirekte hirnorganische Folgeschäden, die diffuse und spezifische Veränderungen des Nervensystems bewirken. Mittelbare Folgeerkrankungen umfassen Vitamin- und andere Mangelzustände (z.B. Thiamin-Mangel beim Wernicke-Korsakow-Syndrom), hypoxische und hypoglykämische Episoden sowie Schädel-Hirn-Traumen während des Alkoholrausches, Schlagereien u.a. Die rein hirnorganisch bedingten kognitiven Funktionsstörungen stehen im Wechselspiel und werden verstärkt durch möglicherweise bestehende (z.T. auch unerkannte) Erkrankungen wie Psychosen, Persönlichkeitsstörungen oder zusätzliche Intelligenzminderung.¹ In dieser Summation muss man vom Vorliegen einer mittelschweren Hirnschädigung bei Chronisch Mehrfachgeschädigten Alkoholkranken ausgehen.²

Neuropathologisch finden sich nach langjährigem Alkoholmissbrauch neben diffusen zerebralen atrophischen Prozessen mit Vergrößerung der Hirnkammern und Erweiterung der Hirnfurchen vor allem Läsionen und Degeneration diencephaler und limbischer Strukturen. Darüber hinaus zeigen sich Beeinträchtigungen des Frontalhirnes. Außerdem gibt es Hinweise für eine stärkere Beeinträchtigung rechts-hemisphärischer Strukturen. Die hirnorganischen Veränderungen gehen mit den unterschiedlichsten kognitiven Leistungseinbußen einher, wie zeitliche und örtliche Orientierungsschwäche, Störungen des Gedächtnisses, der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit und

¹vgl. [SP04]

²vgl. [KL07]

Konzentration, Ausdauer und Ablenkbarkeit sowie der Handlungsplanung und Problemlösefähigkeit.³

Zwischenhirn (Diencephalon) und alkoholinduzierte differente Gedächtnisstörung

Für die erheblichen Gedächtnisstörungen sind vor allem Läsionen in diencephalen Strukturen verantwortlich. Es gibt jedoch kein einheitliches Schädigungsmuster. Anterograde Gedächtnisfunktionen wie das deklarative Gedächtnis, welches das für Erlernen neuer Gedächtnisinhalte zuständig ist, und räumlich-visuelle Gedächtnisfunktionen sind stärker beeinträchtigt. Andererseits bleiben die Kurzzeitgedächtnisspanne (Verstehen), das semantische (damit auch lexikarisches Wissen) sowie das *prozedurale Gedächtnis* weitgehend unbeeinträchtigt. (siehe Abbildung A.4 auf Seite 94)

Hemisphärische Beeinträchtigung

Bei Alkoholkranken nimmt man eine stärkere rechtshemisphärische Beeinträchtigung an. Grund dafür sind deutliche Minderleistungen bei visomotorischen Aufgaben, räumlich-visueller Wahrnehmungsorganisation sowie Gesichter erkennen. Verbale Fähigkeiten sind dagegen meist gut erhalten⁴. (siehe Abbildung A.3 auf Seite 93)

Frontaler Cortex und exekutive Funktionsstörungen

Der frontale Cortex hat eine Leitungs- und Steuerfunktion („exekutive“ Funktion), die für das Planen, Ausführen und Kontrollieren von Handlungen wesentlich ist. Zusätzlich zu Störungen in diesen Bereichen kann es zu Persönlichkeits- und Wesensveränderungen kommen. Häufig zeigt sich Verlust von Initiative, Gleichgültigkeit, Verlangsamung, aber auch Störungen der Impulskontrolle sowie mangelnde Umstellfähigkeit. Diese Störungen wirken sich in der Alltagspraxis vor allem beim Problemlösen und planerischen Denken aus, unzureichende Strategiebildung, mangelnde Flexibilität, mangelnde Kontrolle und Unfähigkeit zur Korrektur von Handlungsschritten. Durch die zunächst stärker imponierenden Störungen der Orientierung und Merkfähigkeit werden exekutive Funktionsstörungen in Klinik und Heimalltag oft übersehen und unterschätzt⁵. Das Planerische Denken und damit verbundene Problemlösefähigkeit spielen aber für die soziale (Re-) Integration eine außerordentliche Rolle⁶. Diese Funktion ist entscheidender Indikator und zugleich begrenzender Faktor für die Perspektive einer selbständigen Lebensführung!

³vgl. [Ste94] und [Ste04]

⁴vgl. [Ste04]

⁵vgl. [Ste04]

⁶vgl. [MHK08]

4.3. Morbus Korsakow – Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom

Anterograde Gedächtnisstörungen gibt es bei chronisch Alkoholkranken in jedem Ausprägungsgrad, von leichten bis hin zu schweren und persistierenden Störungen. Letztere werden im ICD-10 als Amnestisches Syndrom bezeichnet. Dieses wird meistens durch einen akuten Thiaminmangel im Gehirn verursacht (z.B. in einem Entzugsdelir). Im akuten Stadium wird von einem Wernicke-Korsakow-Syndrom gesprochen, welches unerkant oder nicht rechtzeitig adäquat behandelt in ein Korsakow-Syndrom überleiten kann. Die Begrifflichkeiten sind dazu in der Literatur uneinheitlich, meistens meint man bei „Korsakow“ Merkfähigkeits- und schwere Orientierungsstörungen oder auch Alkoholische Demenz, was aber mit Amnestischem Syndrom nicht gleichzusetzen ist.

Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom - Entstehung



Abbildung 4.1.: Entstehung des Alkoholbedingten Amnestischen Syndroms

Korsakow-Syndrom oder auch „Amnestisches Syndrom“ nach ICD-10 beschreiben lediglich die Spitze eines Eisberges (siehe dazu schematische Abbildung 4.2 auf Seite 33). Die Leistungseinbußen sind jedoch wesentlich differenzierter und gleichsam komplex. Das Kernsymptom „anterograde Amnesie“ kommt nur selten isoliert vor. Auch eine retrograde Amnesie ist möglich, allerdings in ganz unterschiedlichen Schweregraden. Da der akute Thiamin-Mangel auf ein i.d.R. bereits vielfältig chronisch geschädigtes Gehirn trifft, findet man außer der amnestischen Störung auch Defizite der selektiven Aufmerksamkeit, verlangsamte Reaktionsfähigkeit, Störungen der exekutiven Funktionen ...wie in Kapitel 4.2 auf Seite 29 beschrieben. Aber: Das prozedurale Gedächtnis und die Kurzzeitgedächtnisspanne (auch Arbeitsgedächtnis) sind erhalten. Dies ist wichtig für das Lernen durch Konditionieren! (siehe Übersicht auf Abbildungen A.4 S. 94 und A.5 S. 95)

Wichtig: Es gibt nicht DEN "Korsakow" oder DAS "Amnestische Syndrom", sondern es liegt immer ein ganz individuelles komplexes Störungsbild im Gesamtkontext der Suchterkrankung vor.



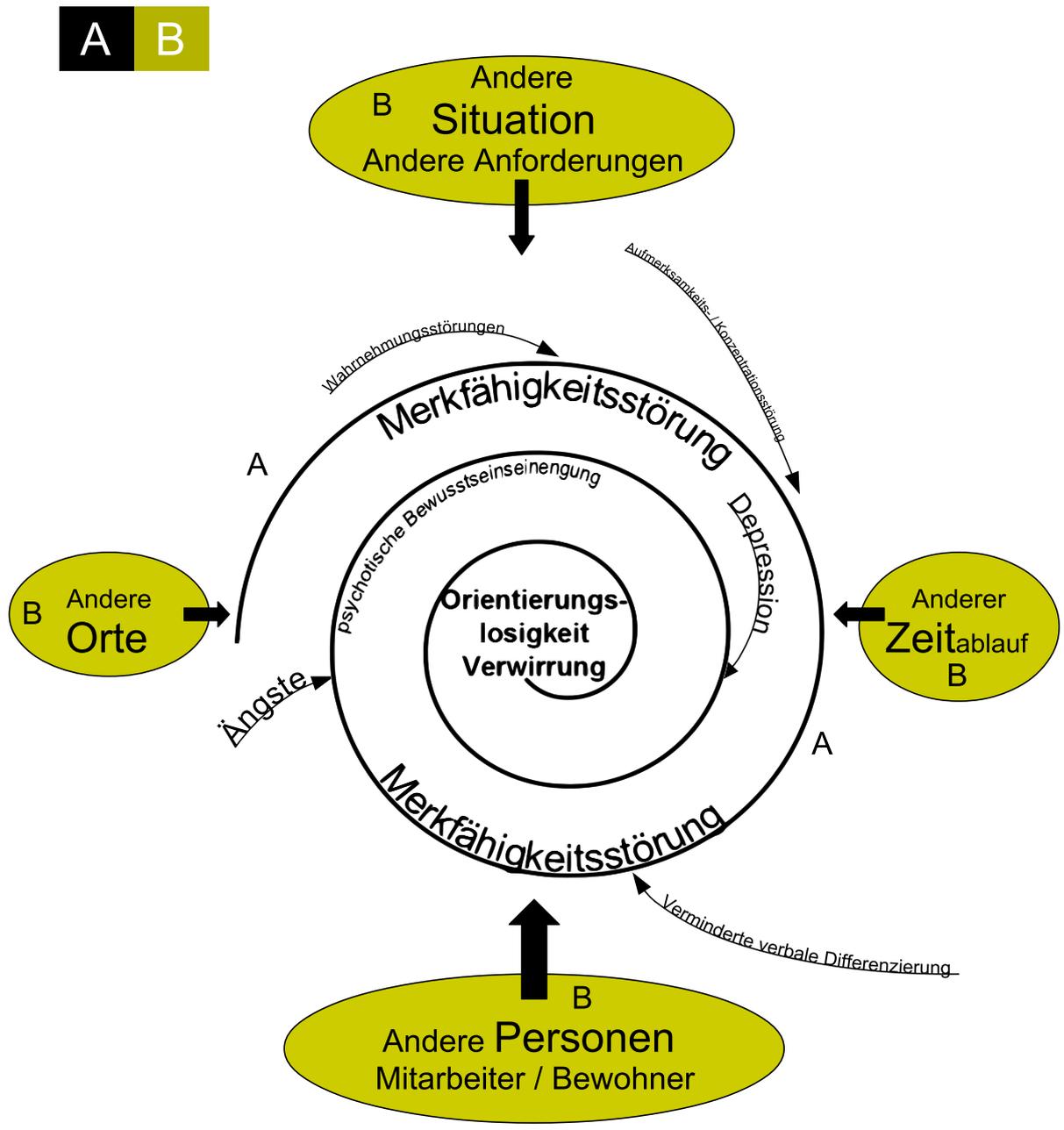
Abbildung 4.2.: CMA - Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom (AAS)

4.4. Förderangebote des come back e.V.

4.4.1. Eine Zustandsbeschreibung bei Aufnahme

Wie begegnen wir diesen Störungen? Zunächst ist es wichtig, dass dem Mitarbeiter /der Mitarbeiterin bewusst ist, in welchem Zustand sich ein aufzunehmender Bewohner befindet. Die grafische Darstellung will einen solchen Zustand verdeutlichen:

- (A) Das Kardinalsymptom **Merkfähigkeitsstörung** (anterograde amnestische Störung) - *dick gezeichnete Spirale* - führt in Richtung des Sogs in die Tiefe der **Orientierungslosigkeit** und **Verwirrung**. Verstärkung bekommt sie durch die bereits oben beschriebenen Störungen. Dieser „Strudel“ ist eine Metapher für den inneren Zustand des neuen Bewohners.
- (B) Durch die Aufnahmesituation kommt es zusätzlich zu Druck von außen, bildlich gesprochen aus allen vier Himmelsrichtungen: **Ort, Zeit, Situation, Personen**. Die bei der Aufnahme zwangsläufige umfassende Änderung in allen diesen Bereichen betrifft gerade die Schwachstellen der Orientierung mit dem Ergebnis: **Unsicherheit, Druck, Hilflosigkeit**.



UNSICHERHEIT

Abbildung 4.3.: Schema Störungsbild bei Aufnahme zu Punkten AB

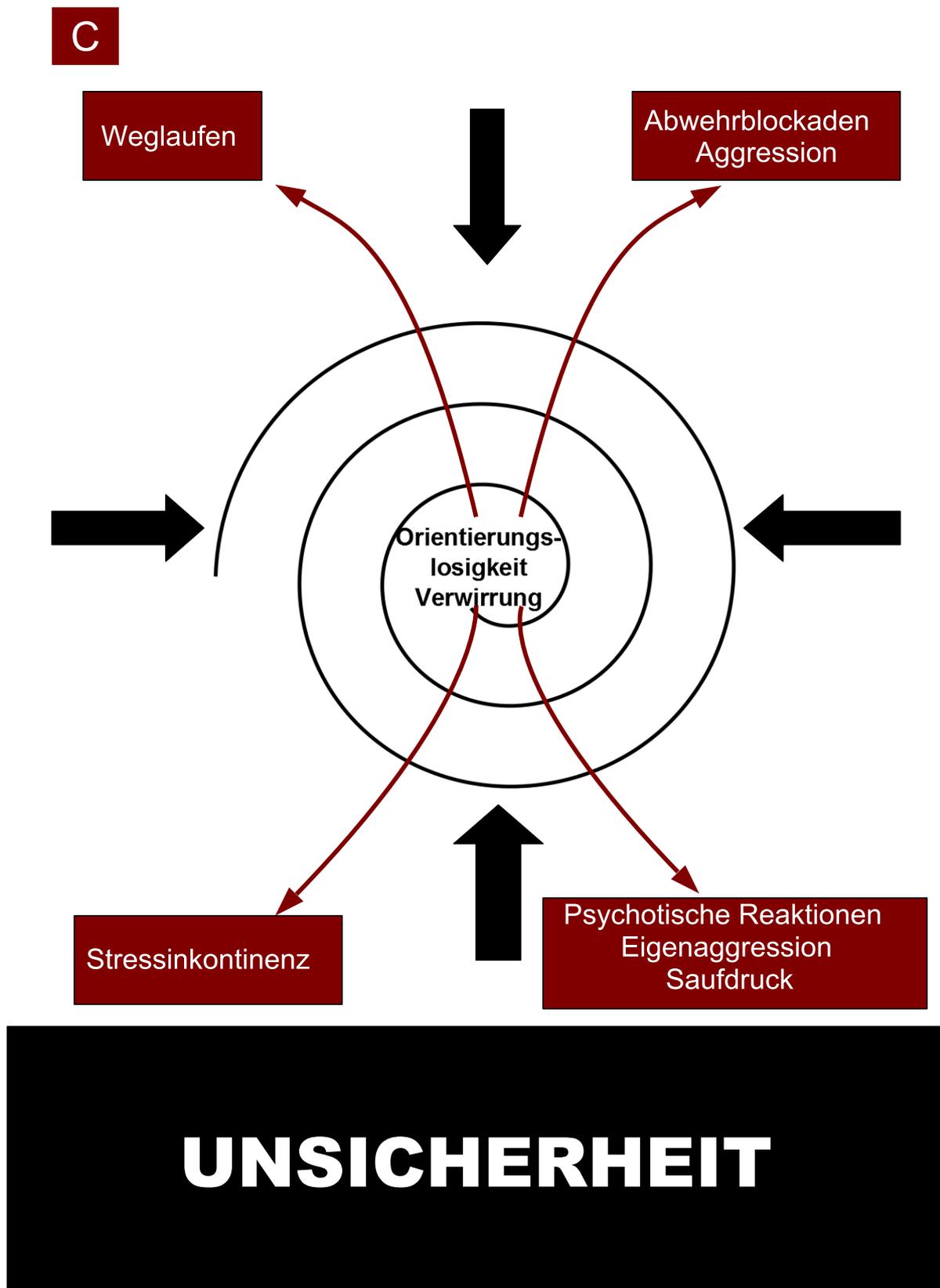


Abbildung 4.4.: Schema Störungsbild bei Aufnahme zu Punkt C

(C) Mögliche spontane **Auswegreaktionen** des Bewohners können sein:

extrovertierte Reaktionen: **Weglaufen, Aggression, Abwehrblockade**

introvertierte Reaktionen: **Stressinkontinenz, „Saufdruck“,**

psychotische Reaktionen

Zu beachten ist, dass vergleichbare Situationen auch im Verlauf der Betreuung bei jeder Änderung von Ort, Zeit, Situation und Person auftreten können. (z.B. Umzug in eine neue Wohngruppe, neuer Beschäftigungsplatz usw.)

Schlussfolgernd ist die erste, grundsätzliche und immer währende Anforderung an den Mitarbeiter/in ein freundlicher, wertschätzender Umgang mit dem Bewohner, der Ruhe und Sicherheit vermittelt und Druck wegnimmt.

Weitere allgemeine Regeln, die „5 K's“, finden Sie im Anhang unter Abbildung A.6 auf Seite 96

4.4.2. Förderprogramm Kognitiver Funktionen

Die grundsätzliche Struktur unseres Förderprogramms dient jedem Bewohner der Einrichtung, gleich welchem Ausprägungsgrad der kognitiven Störung. Für die stärker von der anterograden Gedächtnisstörung Betroffenen (*wir nennen sie aus praktikablen Gründen Bewohner mit AS*) haben wir innerhalb des Gesamtprogrammes spezifische Angebote, was Rahmenbedingungen, insbesondere Nutzung von Hilfsmitteln, Therapieablauf und Inhalte anbelangt. Siehe dazu Abbildungen A.13 bis A.17 auf den Seiten 103-107

Eine Übersicht zu den Inhalten des Förderprogramms finden Sie auf der Gegenseite in Abbildung (4.5). Wie es möglich gemacht werden kann, dem allgegenwärtigen kognitiven Problem in der täglichen Arbeit Rechnung zu tragen, soll diese Darstellung zeigen. Die zentrale „Säule“ des Förderprogramms ist die **Alltagspraxis**. Hier Sicherheit, Kompetenz und weitestmöglich Selbständigkeit zu erreichen ist auch das zentrale Ziel aller Bemühungen.

Sie wird flankiert von adäquaten **Rahmenbedingungen** und **Hirnleistungstraining (HLT)**, die diesem Ziel ebenso dienen.

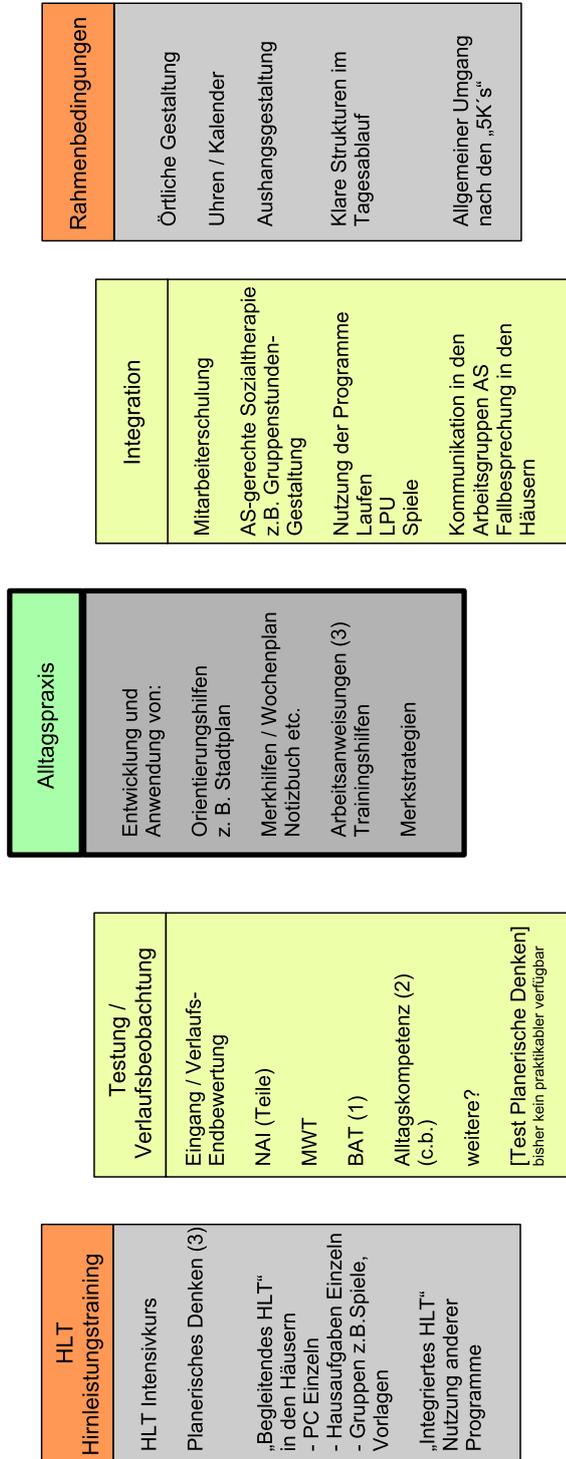
„**Verlaufsbeobachtung**“ und „**Integration**“ haben stützende Funktion.

Die **Arbeitsgruppe „AS-Alltagspraxis“**, in der Mitarbeiter aus allen Bereichen mitwirken, hat sich die Rahmenbedingungen ins Visier genommen und entwickelt vor allem Orientierungs- und Merkhilfen, Arbeitsanweisungen und Trainingshilfen, die den Störungen und der Lebenswelt unserer Zielgruppe entsprechen.

4.4.3. Ziele und Perspektive für Bewohner mit Alkoholbedingtem Amnestischem Syndrom:

Das Ziel unserer Betreuung ist es, Bewohner mit einer leichten und mittelschweren anterograden Amnesie (lt. Berliner Amnesie Test (BAT)) – vorausgesetzt andere Alkoholfolgeerkrankungen stehen nicht dagegen – so weit zu fördern, dass sie eine Werkstatt für behinderte Menschen besuchen und in Zukunft in einer weitest möglichen selbständigen Wohnform leben können (z.B. Ambulant Betreutes Gruppenwohnen, in Ausnahme Betreutes Einzelwohnen). Das Erreichen einer voll-selbständigen Lebensform ist aufgrund der in der Regel persistierenden anterograden Gedächtnisstörung als unrealistisch anzunehmen. Der Grad der Selbständigkeit in den alltagsrelevanten Bezügen ist davon abhängig, wie weit der Betroffene persönliche Ressourcen aus anderen kognitiven sowie psychosozialen Bereichen mobilisieren kann, um angemessene eigene Bewältigungsstrategien zu erlernen, insbesondere persönliche Orientierungs- und Merkhilfen nutzen kann. Da das prozedurale Gedächtnis bei einem Bewohner mit AAS nicht gestört ist, kann er es zum Erlernen durch Konditionierung nutzen. Er ist aber nicht in der Lage, das Trainierte in eine andere Situation unter anderen Rahmenbedingungen ohne weiteres zu transformieren. Diese Begrenzung muss man unbedingt beachten und sie schließlich auch als endgültig akzeptieren.

Der Gebrauch von externen Gedächtnishilfen macht den Betroffenen unabhängiger von fremder Hilfe und wirkt sich positiv auf Selbstwertgefühl und Zufriedenheit aus. Wichtig ist auch die zeitliche Orientierung im Alltag. Wochenpläne und strukturierte Tagesabläufe können hier hilfreich sein. Siehe dazu im Anhang Abbildung A.15 bis A.17 auf den Seiten 105 bis 107.



Schwerpunkte der Arbeitsgruppe Amnestisches Syndrom:
 (1) In der Erprobung
 (2) In der Entwicklung
 (3) Fortlaufende Entwicklung und Erprobung

Stand November 2013

Abbildung 4.5.: Förderprogramm kognitiver Funktionen bei CMA insbesondere AAS

CMA mit Alkoholbedingtem Amnestischem Syndrom

haben eine **Chance**,

1. These
wenn sie Wertschätzung und Sicherheit erfahren.
2. These
wenn sie entsprechend ihrer Beeinträchtigung angemessene Strukturen,
Rahmenbedingungen sowie passende Lebensräume für
ihre Förderung zur Verfügung haben.
3. These
wenn ihre Bezugspersonen ihre kognitiven Störungen akzeptieren,
verstehen und danach handeln.
4. These
wenn sie ausreichende somatische und psychosoziale Ressourcen
zurückgewinnen können.
5. These
wenn sie gezielte kognitive Förderung erhalten.
6. These
wenn sie Merk- und Orientierungshilfen gebrauchen und nutzen können.
7. These
wenn sie selbst und alle an ihrer Betreuung Beteiligten
"an einem Strang ziehen".



Dipl. - Med. I.Ufer. Abschluss-Thesen zum Fachtag Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom, come back in Zittau am 14.11.12

Abbildung 4.6.: CMA mit AAS haben eine Chance...

5. Betreuung von jungen Chronisch Mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken und CMA mit Konsumerfahrungen psychotroper Substanzen

Junge CMA

Unter „jungen CMA“ verstehen wir 18-30 jährige Bewohner, welche ein besonderes Betreuungssetting benötigen, um die Ziele der Wiedereingliederung zu erreichen. Die bisherigen Erfahrungen mit dieser Personengruppe haben gezeigt, dass der normale Betreuungsschlüssel nicht ausreichend ist, um dem enormen Nachreifungsbedarf in allen Lebensbereichen dieser jungen Erwachsenen angemessen zu begegnen.

CMA mit polytoxikomanem Konsum

In begrenztem Ausmaß steht unsere Einrichtung auch für männliche CMA offen, die in Kombination mit Alkohol Erfahrungen mit anderen psychotropen Substanzen gemacht haben oder durch deren Konsum nicht mehr fähig sind, ein eigenverantwortliches Leben zu führen. (Polytoxikomanie)

Für beide Zielgruppen sind folgende sozialtherapeutischen Inhalte wichtig:

Die Bewohner sind über den gesamten Zeitraum ihrer Sozialtherapie sehr engmaschig zu begleiten, da aufgrund des frühen Beginns der Suchterkrankung, die notwendigen Reifungsprozesse und das Erlernen der für die Teilhabe wesentlichen Normen und Regeln zum größten Teil in der Entwicklung zum Erwachsensein nicht stattgefunden haben. Diese Bewohner haben deshalb einen signifikant höheren Betreuungsbedarf.

Diese intensive Betreuung schließt klare und enge Absprachen zur gemeinsamen Gestaltung des Lebens in der Wohngruppe, zu Fragen der Geldeinteilung, zur verbindlichen Freizeitgestaltung, zur eigenen Mediennutzung sowie zu geplanten Abwesenheitszeiten (Urlaubsfahrten) ein.

Wöchentliche Einzelgespräche sowie tägliche Kurzkontakte mit dem zuständigen Bezugsbetreuer sollen die Therapiemotivation der Bewohner stärken und kontinuierlich verbessern. Damit wollen wir auch der gehemmten bzw. fehlenden Kontaktaufnahme der betreffenden Bewohner gegenüber dem Betreuungspersonal entgegenzutreten. Gleichzeitig sollen und können dadurch die Gründe für problematisches Sozialverhalten erkannt und bearbeitet werden. Diese liegen

im wesentlichen in der Angst vor Konsequenzen, in Selbstunsicherheit sowie geringer Selbstwirksamkeitserwartung. Methodisch arbeiten wir dabei u.a. mit dem Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten (2007). Weiterhin werden diese Bewohner in unsere verschiedenen sozial- und verhaltenstherapeutischen Indikationsgruppen integriert. Wichtige Schwerpunkte sehen wir auch im Aufbau sinnvoller Handlungsstrategien für die Bewältigung alltägliche Ereignisse - ohne Alkohol und der Anwendung psychotroper Substanzen -, sowie im Aufbau einer tragfähigen Zukunftsperspektive unter abstinenter Rahmenbedingungen. Zur Sicherstellung einer abstinenten Lebensweise und Bestätigung bisheriger Therapieerfolge werden regelmäßige Atemalkoholkontrollen sowie angekündigte und unangekündigte Drogentests bei den betreffenden Bewohnern durchgeführt.

Junge drogenabhängige Menschen

In den nächsten Jahren wird auch der Bedarf an Wohnangeboten für junge Abhängigkeitskranke - vor allem Konsumenten **synthetischer Drogen und mit polytoxikomanem Gebrauch** - mit wesentlichen Teilhabe Einschränkungen signifikant steigen. Bisher werden diese Personen entweder nicht versorgt oder sie befinden sich deplatziert in Sozialtherapeutischen Wohnstätten für CMA oder chronisch psychisch kranken Menschen (wenn beispielsweise eine drogeninduzierte Psychose vorliegt) oder in intensiv-pädagogischen Wohnstrukturen der Eingliederungshilfe. Bei diesen jungen Menschen ist eine durch die Rentenversicherung bzw. Krankenversicherung finanzierte Entwöhnungsbehandlung mit anschließender Nachsorge nicht ausreichend und auch Ambulant Betreutes Wohnen im Anschluss zunächst nicht zielführend und problemlösend. Es geht hier um Personen, die aufgrund ihrer suchtbedingten somato-psycho-sozialen Mehrfachschädigung von einer Chronifizierung dieser bedroht sind, bzw. sich in einem frühem Stadium befinden. Im Frühstadium der Chronifizierung bestehen bei gezielten Interventionen noch Chancen für eine spätere gesellschaftliche Wiedereingliederung und die Vermeidung langjähriger Betreuungsformen. Auch wenn die Integration Einzelner in der Vergangenheit gelungen zu sein scheint, fehlt es an adäquaten längerfristigen Wohnangeboten für junge Abhängigkeitskranke.

Ziel ist deshalb in den nächsten Jahren gemeinsam mit dem Sächsischen Ministerium für Soziales und Gesundheit, Kommunen und Kostenträgern eine tragfähige Struktur für junge drogenabhängige Menschen aufzubauen. Um den genauen Förderungsbedarf für die hier genannte Zielgruppe genauer zu eruieren, kann es durchaus sinnvoll sein, den Einzelfall im jetzigen Setting mit zu betreiben.



6. Soziale Rehabilitation – Wiedereingliederung in die (aktive) Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

6.1. Unser Betreuungsmodell

Handlungsleitend für unsere sozialtherapeutische Arbeit mit CMA ist das erweiterte **bio-psycho-soziale Rehabilitationsmodell** (Siehe auch Anhang B auf 115). Um eine ganzheitliche und nachhaltige soziale Rehabilitation ermöglichen zu können, setzen wir wie hier im Modell (siehe Abbildung 6.1 auf Seite 45) unter dem Oberbegriff **Sozialtherapie** fünf Schwerpunkte.

1. **Abhängigkeit:** In den Einzel- und Gruppenstunden erfolgt die konkrete Auseinandersetzung mit der bisherigen Lebens- und Suchtgeschichte. Dazu werden speziell für CMA angepasste thematische Angebote bereitgehalten.
2. Einen weiteren Betreuungsschwerpunkt sehen wir in der Spiegelung und Erarbeitung von Hintergründen des **psychosozialen Verhaltens** der Bewohner und der Entwicklung neuer Verhaltensoptionen.
3. Alle Bewohner durchlaufen während der Sozialtherapie ein individuell abgestimmtes Förderprogramm ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit (**Hirnleistung**).
4. Zur Alltagsstrukturierung wird ein umfangreiches Angebot innerhalb der **Beschäftigung** für unsere Bewohner bereitgehalten.
5. Zudem sehen wir wesentliche Betreuungsschwerpunkte im Aufbau alltagspraktischer Fähigkeiten (**Alltagspraxis**) sowie in der gemeinsamen Erarbeitung sinnvoller Freizeitgestaltung.

Therapiebegleitend erfolgt zunächst versorgend und später mit weitestmöglichem Übergang in Eigenverantwortung eine individuelle **Gesundheitsförderung** und unterstützende **Sozialarbeit**.

Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Sozialtherapie sind **Abstinenz** sowie die Wiederengewinnung von **aktivem Denken** und **Handeln**. Dazu braucht es immer währende Motivation. Hoffnung und Sinnfindung sind wesentliche Grundlagen für eine Veränderungsmotivation und ebenso wichtige Stützen für die Kernziele einer **sozialen Rehabilitation (Teilhabe am gesellschaftlichen Leben)**.

Die Kernziele der sozialen Rehabilitation sind:

- Gesundheitliche Stabilisierung
- Psychosoziale Stabilisierung und Kompetenz
- Alltagspraktische Kompetenz
- Soziale Sicherung

6.2. Betreuungsschwerpunkte / Ziele und Inhalte

6.2.1. Gesundheits- und -förderung

Gesundheitsförderung, medizinische und pflegerische Betreuung sind schlussfolgernd zu unserem ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Krankheits- und Rehabilitationsverständnis fest in der sozialtherapeutischen Betreuung verankert. Die medizinische Betreuung erfolgt in unserer Einrichtung durch Pflegefachkräfte in Kooperation mit Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten der verschiedenen Fachrichtungen. Aufgaben und Integration des Pflegepersonals im Kontext der Sozialtherapie finden Sie in der schematischen Übersicht im Anhang Abbildung A.9 auf Seite 99.

Aufgrund der allgemeinen Voralterung sowie der vielfältigen körperlichen Sucht- insbesondere Alkoholfolge- und Begleiterkrankungen bei unseren CMA- Bewohnern steht zunächst aus medizinischer Sicht die **Verbesserung und der Erhalt des allgemeinen Gesundheitszustandes** im Vordergrund. Die Multimorbidität erfordert einen hohen Konsultationsbedarf niedergelassener Haus- und Fachärzte (Innere, Diabetologie, Chirurgie, Neurologie, Psychiatrie u.a.) inbegriffen notwendiger interkurrenter Klinikaufenthalte. Daraus ergibt sich ein ebenso hoher pflege-organisatorischer Aufwand. Pflegerische Unterstützung und Anleitung zur Körperpflege haben anfangs einen hohen Dienstleistungsanteil (in unserem Modell [Abb. 6.1 auf Seite 45] daher als flankierendes Angebot dargestellt). Im Laufe des Betreuungszeitraums ist es im Rahmen der Sozialtherapie Ziel, dass der Bewohner ein **eigenes Gesundheitsbewusstsein** entwickelt. Das ist meistens nur über mehrere kleine Schritte erreichbar. Die Wiedererlangung der Körperwahrnehmung und Achtsamkeit dem eigenen Körper gegenüber sowie eine verbesserte kognitive Leistungsfähigkeit und soziale Kompetenz werden es dem Bewohner erst ermöglichen, für die eigene Gesundheit wieder Verantwortung zu übernehmen.

Diese Themen finden in Gruppen- und Einzelgesprächen vielfältigen Raum.

Angebote im Bereich Sport und Bewegung dienen ebenso der Gesundheitsförderung und Entwicklung des Gesundheitszustandes. Diese Angebote tragen den körperlichen Voraussetzungen durch die alkoholbedingten Schädigungen Rechnung und sollen speziell diesen entgegenwirken.

Das betrifft vor allem die folgenden bei Aufnahme vorliegenden Beeinträchtigungen bzw. Defizite:

- allgemeine körperliche Konditionsschwäche
- Muskelschwäche alkoholtoxisch bedingt oder indirekte Folge der alkoholtoxischen Polyneuropathie
- Fehlbelastung des Skelettsapparates durch Inaktivität
- Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen
- Metabolisches Syndrom (Bluthochdruck und Fett/ Zucker/ Harnsäure-Stoffwechsel-Störung)
- und insbesondere Merkfähigkeitsstörung

Durch moderne Diagnose- Verfahren in den letzten zehn Jahren war es möglich festzustellen, dass gezielte körperliche Bewegung im Sinne von Koordination und aerodynamischerer Muskelbeanspruchung eine maßgebliche Rolle bei der Begegnung altersbedingter körperlicher und geistiger Leistungsverluste zukommt. Die Hirndurchblutung wird durch Bewegung bis zu 30 % gesteigert.

Nachdem 1998 erstmalig die bis dahin geltende Annahme, dass Gehirnzellen nicht neu gebildet werden können, widerlegt wurde, weiß man inzwischen: Der stärkste Reiz zur Neubildung von Nervenzellen im Gehirn sowie zur Förderung der Hirnplastizität ist körperliche Bewegung. Zudem besteht die zunächst theoretische Annahme, dass eine Zunahme der Spines (Dendriten-Dornen mit dem angenommenen Sitz des Kurzzeitgedächtnisses) durch Bewegung gefördert wird. Und nicht zuletzt hat Bewegung über die Ausschüttung von Serotonin und Dopamin im Gehirn einen positiven Effekt auf die Stimmung¹.

Da aerodynamisches Training allen oben genannten alkoholbedingten Schädigungen entgegenwirkt, bieten wir dieses für alle Bewohner, die nicht in ihrer Gehfähigkeit erheblich eingeschränkt sind, in drei Belastungsstufen an (I / II / III und Nordic Walking) innerhalb der Tagesstruktur. Schwimmen und Fahrradfahren kann vor allem im Bereich Freizeit entsprechend der persönlichen Ressourcen genutzt werden. Hier soll auch an persönliche Erfahrungen und Neigungen angeknüpft werden. Im Allgemeinen streben wir an, dass jeder soviel aerodynamische Aktivität nutzt, wie ihm im Alltag und in der Freizeit möglich ist. Das heißt: Wege zur Beschäftigung bzw. Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), Erledigungen nach Möglichkeit zu Fuß oder per Fahrrad zurücklegen. Die Umgebung der Einrichtung und Zittau eignet sich ideal für die Freizeit zu Spaziergängen, Wanderungen und Fahrradtouren für alle Belastungsgrade.

Volleyball und Tischtennis sind Angebote, die neben positiven Wirkungen im psychosozialen Bereich (Teamgeist, Frustrationstoleranz, Durchsetzungs- und Durchhaltevermögen u.a.) Gleichgewicht und Koordination stärken. Außerdem erwarten wir für die Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit eine Unterstützung der oben beschriebenen Wirkung auf das Gehirn.

Für unsere körperlich stärker beeinträchtigten Bewohner stehen vor allem „Sport light“ (z.B

¹Quelle: [HH00]

leichte gymnastische Übungen, Sportspiele u.ä.), Rückengymnastik und Wassergymnastik zur Verfügung.

6.2.2. Abhängigkeitserkrankung

Der Alkoholismus ist in den Formenkreis der Abhängigkeitserkrankungen einzuordnen. Im internationalen Klassifizierungssystem ICD 10 ist geregelt, unter welchen Bedingungen aus medizinischer Sicht die Diagnose der Abhängigkeit zu stellen ist (siehe Kapitel 3.2.2 auf Seite 16, sowie die Definition und Beschreibung der chronischen Mehrfachschädigung unseres Klientels in Kapitel 3.2.3 auf Seite 16)

Für unsere Bewohner ist die Auseinandersetzung mit ihrer Abhängigkeitserkrankung grundsätzlich während des gesamten Aufenthaltes in der Einrichtung und selbst im Bereich der Nachsorge und darüber hinaus notwendig, um eine erfolgreiche Sozialtherapie auch nachhaltig zu sichern. In unserer Einrichtung geschieht das mit therapeutischer Begleitung entsprechend dem stufenweisen Therapieprogramm (Aufnahmephase 1 und 2, Intensivierungsphase 1 und 2, Belastungserprobungsphase). Damit setzen wir auch in den Häusern unterschiedliche Schwerpunkte.

Im **Haus I** stehen im ersten halben bis einem Jahr die gesundheitlichen Probleme, soziale Lasten, kognitive Schwierigkeiten und Unsicherheit sowie Absicherung der Abstinenz stark im Vordergrund der Betreuung. Deshalb geht es in den therapeutischen Bemühungen in der **Aufnahme- und Intensivierungsphase 1** zunächst um Krankheitseinsicht und Akzeptanz des abstinenten Rahmens, weiter um Veränderungsmotivation und möglichst auch Beginn der Abstinenzmotivation.

Der suchttherapeutische (hier vor allem verhaltenstherapeutische) Schwerpunkt liegt in der **Intensivierungsphase 2** und der Belastungserprobungsphase **im Haus III**. Im Bereich der ausgelagerten Wohnheimplätze nimmt der Bewohner obligatorisch an sucht- spezifischen Gesprächsgruppen teil. Hier erarbeitet er seinen persönlichen Suchtbericht. In diesem setzen die Bewohner sich detailliert mit ihrem Konsumverhalten auseinander, mit Menge, Zeit und Ort des Trinkens, sprechen über selbst erlebte Folgen der Alkoholerkrankung sowie über weitere eigene Therapieziele. Die folgenden Gesprächsgruppen sind geprägt zum einen durch konkrete krankheitsspezifische Wissensvertiefung und zum anderen durch die Auseinandersetzung mit Erfahrungen bezüglich der eigenen Krankheit. (Ursachen der Erkrankung, Rückfallgenese und Rückfallprophylaxe sowie Aufbau von Bewältigungsstrategien)

Zentrales Thema der Auseinandersetzung ist die Beschäftigung mit dem **Phänomen des Rückfalls**. Die Begrifflichkeit des Rückfalls ist dabei umfassend zu sehen. Lindenmeyer sagt hierzu: „Ein Rückfall ist der bewusste Konsum von Alkohol nach einer Zeit der Abstinenz.“² Feuerlein erwähnt: „Rückfälle sind häufige Ereignisse im Verlauf des Alkoholismus und auch des therapeutischen Prozesses.“³ Hans – Jürgen Leonhardt schlägt eine Differenzierung zwischen Rückfall und Rückfallepisode vor. Schließlich gelangt er zu der Auffassung: „Wir definieren Rückfall als das Auftreten sich zyklisch oder unregelmäßig ereignender Episoden oder dauerhafter Alkoholeinnahme, gleichgültig in welchem Umfang die Alkoholeinnahme geschieht.“⁴

²vgl. [Lin10] Seite 7

³vgl. [Feu96] Seite 77

⁴vgl. [LM10] Seite 17

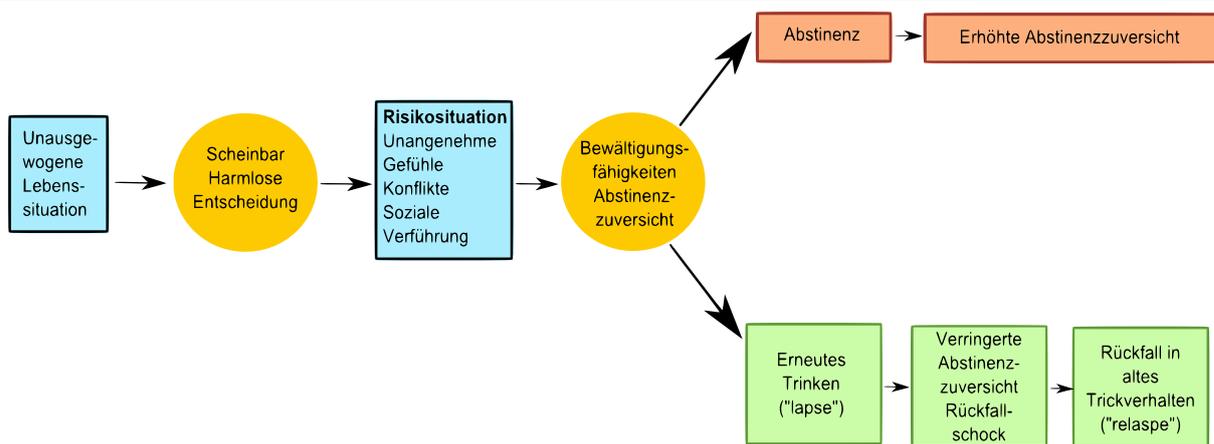


Abbildung 6.2.: Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon

Für eine zielführende Sozialtherapie gilt es, das Thema im Gespräch mit den Bewohnern zu enttabuisieren und realistisch die eigenen Rückfallgefahren einzuschätzen. Dazu verwenden wir Elemente aus dem S.T.A.R. - Rückfallprogramm⁵, um so insbesondere die Genese und den Verlauf eines Rückfalls bzw. einer Rückfallepisode gemeinsam mit den Bewohnern unserer Einrichtung beschreiben zu können. Dafür ist das **Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon** Abbildung 6.2 hilfreich.

Der Bewohner soll erfahren, dass das Rückfallgeschehen Teil des Krankheitsbildes sein kann, das er gleichsam aber Strategien angeboten bekommt, um zukünftig Hochrisikosituationen besser bewältigen zu können. Dazu arbeiten wir auch mit konkreten Rückfallrisikoprofilen, um individuelle Rückfallrisiken besser einschätzen zu lernen. Besonders intensiv besprechen wir das Thema Rückfallbewältigung in der Indikationsgruppe zur Rückfallprophylaxe.

Für die Bewohner mit Alkoholbedingtem **Amnestischem Syndrom** ist die Erarbeitung eines tieferen Verständnisses der eigenen Suchtgenese sowie von Bewältigungsstrategien je nach Ausprägung der anterograde und teilweise auch retrograden Gedächtnisstörung nur sehr bedingt möglich. Angezeigt ist hier, über „Entwöhnung“, Akzeptanz und „Umgewöhnung“ an eine abstinenten Lebensweise, aber auch mit Hilfe freigelegter Ressourcen Alternativen für eine stabilisierende Lebensweise zu konditionieren. So kann es gleichlaufend zu einer Stabilisierung der Abstinenz kommen. Diesem Ziel dienen ebenso Sicherheit und Vertrauen zu den angebotenen Hilfen und somit Verbesserung der Bewältigung alltagspraktischer Anforderungen.

Dem Krankheitsbild angemessen bleibt für Bewohner mit AAS auch zukünftig die extern gestützte Absicherung der sozialen Integration für eine anhaltende Abstinenzsicherung unabdingbar.

6.2.3. Psychosoziales Verhalten

Die Bewohner haben bei Heimaufnahme in der Regel krankheitsbedingt keine oder nur geringe Kompetenzen für sozial adäquates Verhalten verfügbar. Zunehmende Isolierung, Vereinsamung

⁵vgl. [KS03]

und Verwahrlosung verbunden mit exzessivem Alkoholkonsum haben zur Verkümmern entsprechender Verhaltensweisen geführt. Deshalb ist es ein wichtiges Ziel der Sozialtherapie, die bisherigen Handlungs- und Verhaltensweisen zu überdenken, neue Verhaltensweisen zu erproben und zu trainieren. Ein wesentlicher Baustein in der Sozialtherapie liegt in der Spiegelung des psychosozialen Verhaltens unserer Bewohner. Eine besondere Bedeutung kommt dabei der Wohn- bzw. Bezugsgruppe zu. In dieser wird ein Sozialraum geschaffen, in der der Bewohner Hilfe und Unterstützung durch seine Mitbewohner erfährt – aber auch selbst Hilfe, Anliegen und Fragen einbringen und sich mit der Rückmeldung durch die Gruppe auseinandersetzen kann. Damit werden wiederum seine Verhaltensoptionen gestärkt. Für die Modulation des psychosozialen Verhaltens unserer Bewohner kommen - wie bereits dargestellt - verschiedene therapeutische Ansätze zur Anwendung, wobei die Verhaltenstherapie (VT) die Basistherapie darstellt. Aufbauend auf eine Verhaltensanalyse wird mittels geeigneter verhaltenstherapeutischer Methoden – Selbstkontrolltechniken, Protokolltechniken, Rollenspiele, Realitätstraining - eine Modifizierung des beschriebenen Verhaltens bei unseren Bewohnern angestrebt, wobei stets der Grundsatz der *Hilfe zur Selbsthilfe* zur Anwendung kommt.

Für unsere Chronisch Mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken Bewohner gilt es, einzelne Elemente aus dem Repertoire der Verhaltenstherapie herauszugreifen und für sie kognitiv nachvollziehbar darzustellen.

Das erfolgt in thematischen Einzel- und Gruppengesprächen. Hier soll der Bewohner mittels geeigneter Selbstkontrolltechniken (Aktivitätenplan, Strichlisten usw.) den Ist – Stand seines Verhaltens reflektieren und unter therapeutischer Anleitung eine Modifikation im Sinne der Methoden der kognitiven Umstrukturierung trainieren. Weitere Elemente sind ein gezieltes soziales Kompetenztraining (angelehnt an das Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pflingsten (GSK)) mit der Zielstellung, Bedürfnisse und Gefühle äußern zu können, aber auch eigene Rechte durchzusetzen. Diese Kompetenzen werden in konkreten Rollenspielen erprobt. Damit hat der einzelne Bewohner die Möglichkeit, ein qualifiziertes Feedback aus der Bezugsgruppe bzw. vom zuständigen Bezugsbetreuer zu erhalten. Wichtige alltagspraktische Verhaltensweisen werden ebenso in Rollenspielen trainiert. (Zum Beispiel Ablehnen von Trinkangeboten mithilfe von Rollenspielen, in denen Alkoholattrappen verwendet werden.) Gezielt wird zudem in den therapeutischen Einzel- und Gruppensettings auf aktuelle Problem- und Konfliktlagen der Bewohner im Gruppenkontext eingegangen und nach Lösungen gesucht. Die Bewohner sollen so die Entstehung eigenen Verhaltens sowie der verschiedenen Gefühle und Gedanken besser verstehen lernen, um in den verschiedensten Situationen ein adäquates psychosoziales Verhalten zeigen zu können.

Analog zu den anderen Bereichen der Sozialtherapie werden die konkreten Teilziele individuell entsprechend unseres gegliederten Therapieprogrammes mit den Bewohnern vereinbart (siehe dazu Anhang Abbildungen A.13 bis A.17 auf den Seiten 103 bis 107):

So steht in der **Aufnahme- und Intensivierungsphase 1** vor allem die Akzeptanz der gesundheitlichen und sozialen Situation im Vordergrund, der Aufbau des Vertrauens zu den

angebotenen Hilfen und das Entdecken der eigenen Ressourcen. Das ist wiederum die nötige Voraussetzung zur Bereitschaft, sich mit der eigenen Lebensgeschichte und dem bisherigen Lebensstil auseinanderzusetzen. Das sind auch die verhaltenstherapeutischen Schwerpunktthemen der **Intensivierungsphase 2**. Hier kann sich auch die Notwendigkeit des Bedarfs einer spezifischen externen Psychotherapie für einzelne Bewohner ergeben. In der **Belastungs-erprobungsphase** stellt vor allem das soziale Kompetenztraining den Schwerpunkt für die Erarbeitung einer eigenständigen Lebensführung dar.

Wichtige Ziele der therapeutischen Interventionen für **Bewohner mit dem AAS** sind die Annahme der eigenen Situation insbesondere auch der kognitiven Leistungseinbußen sowie das Vertrauen in die angebotenen Hilfen. Aber auch das Entdecken und Nutzen der eigenen Ressourcen, das Erleben von Freude und Genuss, tragen zu einer psychosozialen Stabilisierung des Bewohners bei. Angepasst an die besondere Situation dieser Bewohner führen wir ebenfalls Indikationsgruppen für Bewohner mit AAS durch. In diesen Gruppen sind sehr viele praktische und anschauliche Elemente integriert, z.B. Genussstraining, gemeinsame Fertigung von Coulagen, aber auch progressive Muskelentspannung u.a.

6.2.4. Training kognitiver Funktionen – Hirnleistungstraining

Hauptziel aller kognitiver Fördermaßnahmen ist der Erwerb bzw. Wiedererwerb alltagsrelevanter Fähigkeiten und Fertigkeiten. **Nur regelmäßiges alltagsnahes und kontinuierliches Training kann bei unseren Bewohnern Erfolge erwarten lassen.** Deshalb ist HLT keine einzelne isolierte Maßnahme, sondern im gesamten Betreuungsalltag eingebettet. Auch die Bereiche Gesundheitsförderung, Freizeit, Sport (insbesondere bei aerodynamischem Lauftraining beschrieben), Beschäftigungstherapie und weitere (siehe Förderprogramm Abbildung 6.3 auf Seite 54) leisten direkt oder mittelbar ihren Beitrag zur kognitiven Förderung.

Ziele der unterschiedlichen Interventionen innerhalb des HLT sind die Verbesserung von Gedächtnis, Orientierung, Konzentration, Aufmerksamkeit, aber auch der Zeit- und Handlungsplanung. Bei schwerer beeinträchtigten Bewohnern steht das Einüben der Handhabung von Gedächtnis- und Orientierungshilfen im Vordergrund.

Je nach Erfordernis kommen als Einzel- oder Gruppentraining folgende Methoden zum Einsatz.

- Computerverfahren
- Papier und Bleistiftverfahren
- Orientierungstraining
- Alltagspraxis – Trainingshilfen
- Spiele
- Training zur Nutzung von Gedächtnishilfen
- Training zur Alltagsplanung (Wochen und Monatskalender)
- Training zur Handlungsplanung

Testung/ Verlaufsbewertung

Leider stehen für die Betreuung von CMA in sozialtherapeutischen Einrichtungen weder adäquates Trainingsmaterial noch standardisierte Testbatterien oder andere Verfahren zur Verlaufsbeobachtung oder - Bewertung zur Verfügung. Die meisten neuropsychologischen Testinstrumente erfüllen auch nicht die für uns notwendigen Bedingungen von Alltagsnähe und Zeitökonomie.

Für eine effiziente Betreuung, sinnvolle Zielvereinbarung und Handlungsplanung – nicht nur im HLT – in allen Bereichen des sozialtherapeutischen Settings ist dennoch eine weitestmögliche differenzierte Einschätzung der individuellen Störungen des Bewohners notwendig. So kommen in unserer Einrichtung folgende Verfahren zum Einsatz:

A Erhebung anamnestischer Daten

B Neuropsychologische Tests

Testverfahren	erfasste kognitive Merkmale
MWT – B (Mehrfachwahl Wortschatz – Test)	prämorbid Intelligenz
BAT Kurzversion	Ausmaß anterograder Amnesie, leichte bis schwere Störung (Amnestisches Syndrom)
Teile des Nürnberger-Alters-Inventars (NAT):	
Labyrinth – Test (LT)	kognitives Tempo, visuelle Wahrnehmungskoordination
Wortliste – (WLFR) freie Reproduktion	Kurzzeitgedächtnis für verbales sinnhaftes Material
Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT)	kognitives Tempo, optische Auffassungsgeschwindigkeit
Wortpaare (WP)	Assoziationsfähigkeit, Lernfähigkeit, abstraktes Vorstellungsvermögen
Zahlen-Symbol-Test (ZS)	kognitives Tempo, optische Auffassungsgeschwindigkeit, Kurzzeitgedächtnis Nutzung
Wortliste-Wiedererkennen (NLWE)	mittelfristige Gedächtnisleistung

Tabelle 6.1.: Neuropsychologische Tests

C Alltagskompetenz *come back* („Ako cb“) erfasst alltagsrelevante Fähigkeiten und Fertigkeiten

Für Verlaufsbeobachtung- und Bewertung sind die vor allem zur Eingangsdiagnostik verwandten Tests nicht ausreichend geeignet (obwohl wir Wiederholungstests durchführen). Die in der Literatur vorfindlichen ADL (Activities of Daily Living) sind ausschließlich aus den Bereichen Seniorenarbeit, Demenz oder Medizinische Rehabilitation und entsprechen nicht der Lebenswelt unseres Klientels. Deshalb haben wir zur Erfassung alltagsrelevanter Fähigkeiten und Fertigkeiten ein eigenes Verfahren („Ako cb“) entwickelt. Die dazugehörigen Fragebögen befinden sich derzeit noch in der Erprobungsphase.

Hirnleistungstraining (HLT) in der Sozialtherapeutischen Wohnstätte come back

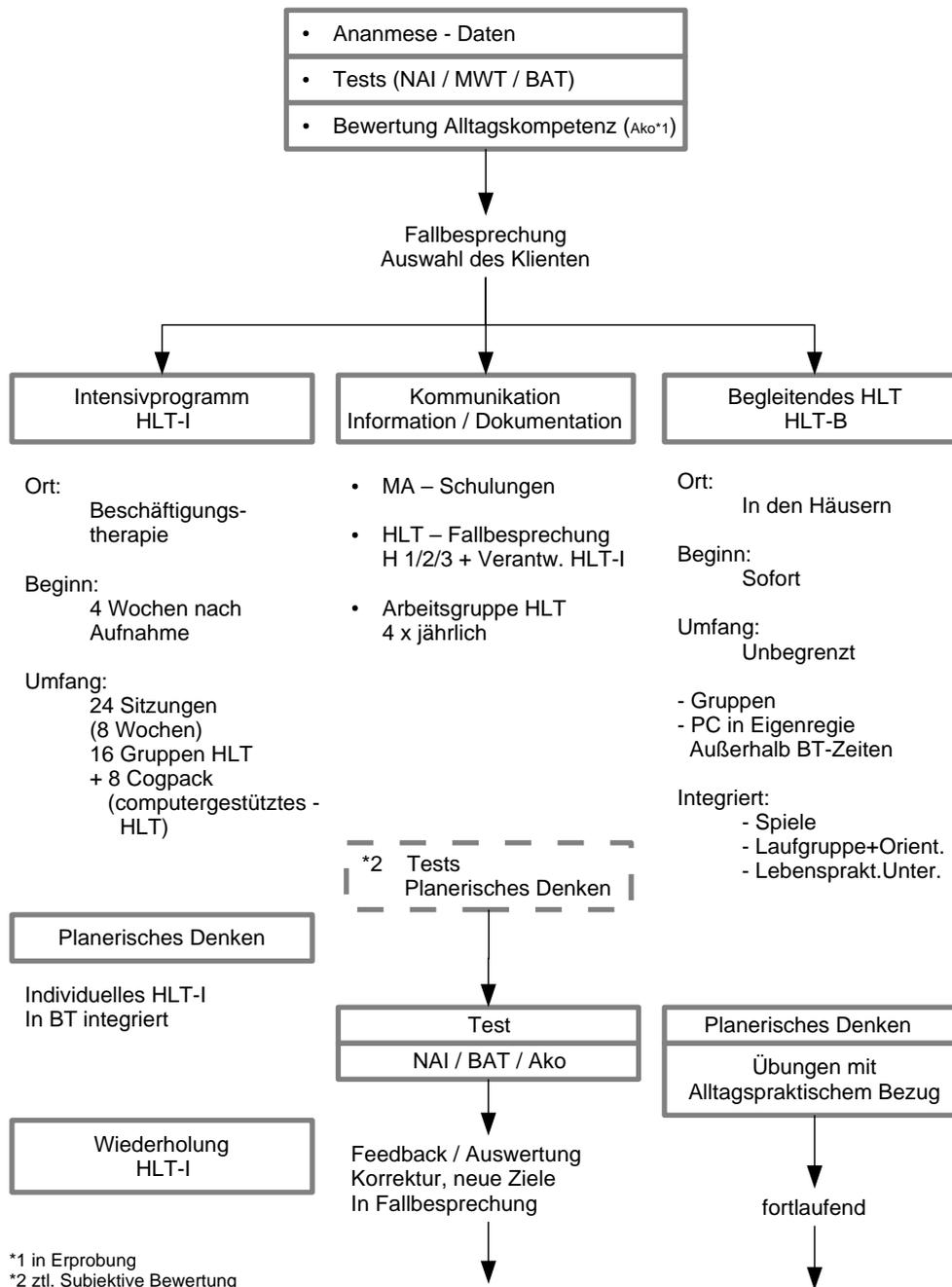


Abbildung 6.3.: Hirnleistungstraining bei *come back*

Ablauf des HLT:

Schematische Darstellung dazu auf der Gegenseite Abbildung 6.3. Ca. vier Wochen nach Aufnahme und erfolgter Eingangstestung- und Bewertung bieten wir ein systematisch aufgebautes **HLT – Intensiv – Programm** an, jeweils für zwei Gruppen unterschiedlichen Schädigungsgrades.

HLT-Intensiv-Programm:

Das Intensiv – Training wird von unseren Bewohnern erstaunlich gut angenommen. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass die kognitive Leistungsfähigkeit chronisch Alkoholkranker mittels Durchführung von Hirnleistungstraining positiv beeinflussbar ist und **insgesamt positive Auswirkungen auf den Gesamtprozess der Therapie** hat. Gezieltes systematisches HLT ergab nach einer Evaluation in den Bodelschwingschen Einrichtungen signifikant bessere Ergebnisse als allgemeines Training sowie eine Motivationssteigerung für aktives Auseinandersetzen mit der eigenen Krankheit⁶. Diesen Effekt können wir seit Bestehen des HLT – I so uneingeschränkt bestätigen. Das HLT und dessen Ergebnisse sind die unbedingte Grundlage dafür, dass sich die Bewohner auf Bewältigungsstrategien und das Nutzen von Merk- und Orientierungshilfen überhaupt einlassen. Oftmals wird auch in der Feedback - Runde spontan der Wunsch nach weiterem Üben geäußert! **Zur Generalisierung dieses Therapieeffektes ist kontinuierliches Üben in den Alltagssituationen der gesamten Therapiekette notwendig⁷.**

Im sogenannten Begleitenden und Integrierten HLT werden dazu durchgängig begleitend konkrete Angebote vorgehalten.

Training planerischen Denkens

Wie schon unter „exekutiven Störungen“ in Kapitel 4.2 auf Seite 30 beschrieben, **spielt für die soziale Reintegration die Fähigkeit zu planerischem Denken eine außerordentliche Rolle**. Das betrifft insbesondere die Bewohner, die als Perspektive eine selbständige Lebensführung anstreben. Nur ein alltagspraktisches Training mit Übungen, die für sie einen lebensweltnahen Bezug haben, können dabei erfolgsversprechend sein. Die zum Einsatz kommenden Übungen beinhalten Geldeinteilung, Einkaufsplanung, Wochenstrukturplanung, Freizeit (Ausflüge, Urlaub) oder auch Umzug / Renovierung in individuell unterschiedlichem Level.

6.2.5. Beschäftigung

Die Arbeits- und Beschäftigungstherapie als ein wichtiger Baustein innerhalb der Sozialtherapie dient vor allem der Entwicklung und Förderung lebenspraktischer Kompetenzen unserer Bewohner.

Vordergründige Ziele der Beschäftigungstherapie sind zunächst eine allgemeine Aktivierung, die Verbesserung motorischer Fähigkeiten, die Verbesserung von Ausdauer sowie das Training von Gedächtnisfunktionen. Nicht zuletzt ist Beschäftigungstherapie immer auch ein Übungsfeld

⁶vgl. [KL07]

⁷vgl. [KL07]

für die Förderung des Sozialverhaltens und des Aufbaus relevanter sozialer Kompetenzen (Fähigkeit zur Zusammenarbeit und Übernahme von Verantwortung, Pünktlichkeit, Inanspruchnahme von Hilfe, Umgang mit Kritik)⁸

Häufig haben unsere Bewohner eine krankheitsbedingte Verzerrung des eigenen Selbstbildes und der eigenen Leistungsfähigkeit. Deshalb ist es für sie auch ein wichtiges Ziel, durch die Beschäftigungstherapie mit ihren Möglichkeiten, aber auch mit ihren Grenzen vertraut zu werden, um so ein realistischeres Selbstbild zu bekommen.

Zudem fördert Beschäftigungstherapie durch gezielte Übungen (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Tasten) eine differenzierte Sinneswahrnehmung und Genussfähigkeit, die durch die Abhängigkeitserkrankung verbunden mit neurologischen Veränderungen bei unseren Bewohnern weithin abhanden gekommen ist.

Gemäß der individuellen Voraussetzungen unserer Bewohner setzen wir innerhalb der Beschäftigungstherapie unterschiedliche Schwerpunkte sowie verschiedene methodische Verfahrenswege ein.⁹

Bei der **kompetenzzentrierten** Methode geht es darum, krankheitsbedingt verlorengegangene Fähigkeiten und Fertigkeiten wieder zu erlangen. Therapeutisch konkret geht es um einfache Montagetätigkeiten, handwerkliche und lebenspraktische Tätigkeiten aber auch um die Planung und Durchführung entsprechender Arbeitsabläufe. Damit werden Ausdauer und Konzentrationsfähigkeit der Bewohner trainiert und Organisationsfähigkeit gefördert.

Bei der **ausdruckszentrierten** Methode werden Empfindungen und Gefühle „Gestalt“ verliehen. Oftmals bekommen Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke durch dieses methodische Vorgehen erstmals wieder einen Zugang zu ihren Gefühlen. Dabei werden vom Beschäftigungstherapeuten genaue Vorgaben hinsichtlich Thema und Material gemacht. In der Auseinandersetzung mit bestimmten Arbeitsmaterialien – vorwiegend aus dem kreativen Bereich wie etwa Ton, Holz, Farben, u.ä. - soll der Bewohner sich unter fachlicher Anleitung einen individuell-konkreten Zugang zu seinen Gefühlen und Gedanken erarbeiten. Wichtig dabei ist die gemeinsame Reflexion des Arbeitsprozesses mit dem Beschäftigungstherapeuten. Einen weiteren Schwerpunkt sehen wir in der **interaktionellen Methode**. Hier geht es darum, bestimmte Aufgaben und Anforderungen gemeinsam in einer Gruppe zu erledigen. Denkbar sind dabei größere Aufgaben aber auch gemeinsame Tätigkeiten im Haus, in der Gartenanlage sowie in der Fahrradwerkstatt oder auch die Vorbereitung von gemeinsamen Aktivitäten wie Feste und Ausflüge. Durch das gemeinsame Arbeiten werden bestimmte Prozesse wie Interaktion, Entscheidungsfindung und -fähigkeit, Durchsetzungs- und Kompromissfähigkeit trainiert. Dabei ist zu beachten, dass aufgrund kognitiver Leistungseinschränkungen diese Methode nur individuell begrenzt einsetzbar ist. Bei Bewohnern, die eine eigenständige Lebensweise zur Perspektive haben, sollte sie aber unbedingt eingesetzt werden.

Für die Arbeits- und Beschäftigungstherapie stehen in allen Häusern der sozialtherapeutischen Wohnstätte entsprechend ausgestattete Räume zur Verfügung. Zentrum dafür ist jedoch unser Begegnungs- und Förderzentrum in der Zittauer Schrammstraße, wo eine breite Palette an Beschäftigungsmöglichkeiten unter entsprechender fachlicher Anleitung angeboten wird. (u.a.

⁸vgl. [SS00] Seite 76

⁹vgl. [SS00] Seite 81

einfache Klebe- und Montagearbeiten, kreative Tätigkeiten mit unterschiedlichen Materialien, Holzwerkstatt, computergestütztes Hirnleistungstraining).

Im Bereich der Außenwohngruppen erfolgt die Beschäftigung in der Regel extern in den WfbM Zittau. Das bedeutet für unsere Bewohner eine neue Herausforderung betreffs ihrer allgemeinen Leistungsfähigkeit, erhöhte Anforderungen an die soziale Kompetenz sowie die Bewältigung von Wegen, Zeit- und Aktionsmanagement und schließlich auch Abstinenzstabilität. Um den Bewohnern eine gute Vorbereitung für die WfbM zu bieten, haben uns verschiedene Firmen in der Region Zittau einige Praktikumsplätze zur Verfügung gestellt. Dort haben die Bewohner die Möglichkeit, unter realitätsnahen Bedingungen ihre körperliche Leistungsfähigkeit zu erproben und zugleich ihre Abstinenzstabilität zu testen und zu trainieren. Sie erfahren so Selbstbestätigung und Vertrauen in die eigenen Tätigkeiten, was sich wiederum förderlich auf den gesamten Therapieprozess auswirkt. Gleichzeitig werden so auch Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit und Genauigkeit trainiert.

6.2.6. Alltagspraxis

CMA haben im häuslichen Kontext in hohem Maße ihre regelmäßige Ernährung, Körperhygiene, ihre Verantwortung für sich und andere, ihre sozialen Kontakte und Freizeitaktivitäten vernachlässigt. „*Zentraler Lebensinhalt war das Suchtmittel. Nichts anderes zählte. Oft konnten alltäglichste Anforderungen nicht mehr erfüllt werden.*“¹⁰ Von daher orientiert sich der Alltag in unserer Einrichtung möglichst eng am normalen Leben. Dadurch werden Möglichkeiten aufgezeigt, die alltäglichen Anforderungen auch ohne das Suchtmittel Alkohol zu bewältigen und damit Verantwortung für sich und die Gemeinschaft zu übernehmen. **Zielstellung ist somit, einen größtmöglichen Grad an Eigenständigkeit in der Verrichtung alltagspraktischer Fähigkeiten zu erreichen.**

In der **Aufnahmephase** geht es darum, den Bewohnern einen möglichst realitätsnahen Alltag zu vermitteln. Dazu gehören die regelmäßige Essens- und Medikamenteneinnahme, ein angemessener Schlaf- und Wachrhythmus, der Jahreszeit und dem Anlass entsprechende Kleidung, eine angemessene persönliche Hygiene, Zimmerreinigung, Beteiligung an Reinigungsdiensten, ein regelmäßiger Wäschewechsel, Übernahme von Verantwortung und Verhaltensweisen wie Respekt, Toleranz, Rücksichtnahme und vieles mehr. Beim Training dieser alltagspraktischen Fähigkeiten erfahren die Bewohner entsprechend unseres Programmes schrittweise eine Verselbständigung, wobei - dem individuellen Hilfebedarf entsprechend - konkrete Assistenz unter dem Primat der Hilfe zur Selbsthilfe geleistet wird.

Nach Wiedererlangung und Festigung dieser allgemeinen Fähigkeiten und Fertigkeiten führen wir mit den Bewohnern in der **Intensiv- und Erprobungsphase** Einkaufsberatung verbunden mit **Einkaufstraining**, sowohl für Dinge des alltäglichen Bedarfs, als auch für größere Anschaffungen (Bekleidung) durch. Zentrales Ziel dabei ist, die Bewohner zu einem **sinnvollen Management der zur Verfügung stehenden Gelder** – in aller Regel Barbetrag und Selbstverpflegungsgeld – zu befähigen. Einzel- und Gruppensettings dienen unter Verwendung

¹⁰Zitat: [SS00] Seite 23

von Expositionstraining, Rollenspielen und anderen Methoden zur Vertiefung der Thematik. Bei Bedarf und Notwendigkeit werden die Bewohner in der Geldeinteilung durch die Mitarbeiter unterstützt. Im Kontext der Wohngruppe legen wir Wert auf eine Auseinandersetzung mit einer **gesunden Lebensweise**, um dadurch den eigenen Gesundungsprozess zu fördern und Handlungsoptionen kennenzulernen. In einem **Kochtraining** sollen die erworbenen Kenntnisse durch die Bewohner praktisch umgesetzt werden.

Für Bewohner, die eine eigenständige Lebensführung anstreben, ist es unbedingt erforderlich, Handlungsplanungsfähigkeit (wieder) zu erlangen. Für sie müssen gezielt Übungen, die ihrer Lebenswelt entsprechen, angeboten werden (siehe Kapitel 6.2.4 auf Seite 55). Allgemeine Voraussetzung ist es, dass die Bewohner von Beginn an vertraut gemacht werden mit Wochenplanstruktur und Terminverwaltung, um hierüber ein bewusstes Zeitgefühl rückgewinnen zu können, was wiederum für eine aktive Wochengestaltung unbedingt erforderlich ist (Kapitel 6.2.4). Ebenso ist es für diese Bewohner wichtig, schrittweise Verantwortung in den Bereichen Soziale Sicherung, unter anderem im Umgang mit Ämtern, Führung und Verwaltung der persönlichen Unterlagen und Gesundheitspflege wieder eigenständig zu übernehmen.

Der Schwerpunkt „Alltagspraxis“ ist für Bewohner mit AAS die zentrale Säule im Förderprogramm und bedarf allgegenwärtiger Aufmerksamkeit und Konsequenz aller Betreuer.

Diese Bewohner sollen sich an die von der AG Alltagspraxis entwickelten Orientierungs- und Merkhilfen, Arbeitsanweisungen und Trainingshilfen gewöhnen und sie nutzen lernen. Dazu ist eine entsprechende Begleitung der Mitarbeiter notwendig, die Geduld und ein Höchstmaß an Einfühlungsvermögen erfordert. Auch hier ist wichtig, soviel Realitätsnähe wie möglich zu schaffen um alltagsrelevante Fähigkeiten trainieren zu können. Ziel ist es, wie bereits unter 4.4.3 auf Seite 38 beschrieben, alltagspraktische Voraussetzungen zu schaffen, die eine weitest mögliche selbständige Wohnform dem betreffenden Bewohner ermöglichen (z.B. Ambulant Betreutes Wohnen).

6.2.7. Freizeitgestaltung

Um eine umfassende soziale Rehabilitation zu gewährleisten, bietet die Einrichtung den Bewohnern ein breit gefächertes Freizeitangebot an. Die therapeutische Zielstellung besteht vor allem darin, dass der einzelne Bewohner befähigt wird, im Rahmen seiner individuellen und finanziellen Möglichkeiten eine möglichst eigenständige, ausgewogene und zufriedenstellende Freizeitgestaltung zu entwickeln. Mit den Bewohnern wird in Einzel- und Gruppenstunden unter Einbeziehung verschiedenster Medien Freizeit thematisiert und vorbereitet. In der persönlichen Umsetzung begleitet der zuständige Bezugsbetreuer einzelne Aktivitäten oder gibt konkrete Hinweise und Unterstützung. Durch beständige Motivation, Hilfestellungen und Übertragung von Verantwortung an die Bewohner wird eine nachhaltige Absicherung einer entsprechenden Freizeitgestaltung erreicht. Freizeitinteressen der Bewohner werden unterstützt und gefördert.

Interessen und Ressourcen, die im Verlauf der Abhängigkeitserkrankung verlorengegangen sind, können durch eine gezielte und sinnvolle Freizeitgestaltung reaktiviert werden, aber auch neue Vorlieben und Fähigkeiten entdeckt werden¹¹.

Die Betreuer der sozialtherapeutischen Wohnstätte organisieren regelmäßig unter Einbeziehung der Bewohner **Ausflüge** in Zittau und Umgebung, in Einzelfällen und nach Interessen der Bewohner auch darüber hinaus (z.B. Tagesfahrten nach Dresden oder Berlin). Regelmäßige **sportliche Angebote** sind unter gesundheitsfördernden Aspekten ein unverzichtbarer Bestandteil unserer sozialtherapeutischen Arbeit. So gibt es wöchentlich ein Volleyballtraining und verschiedene Schwimm- bzw. Wassergymnastikangebote. In den Sommermonaten werden regelmäßig Radtouren organisiert und angeboten. Zudem werden Bowling- und Kegelnachmittage veranstaltet. Im Gelände sind Tischtennisplatten vorhanden. Unter Mitgestaltung der Bewohner wird jährlich ein gemeinsamer Urlaub angeboten. Bewohner, die bereits in der WfbM sind, werden in ihrer individuellen Urlaubsgestaltung unterstützt. Als alkoholfreier Freizeittreff wird „**Point 79**“ **wöchentlich** in unserem Begegnungs- und Förderzentrum für Bewohner und Ehemalige angeboten. Unter Mitwirkung der Bewohner werden dabei verschiedene Aktionen und Angebote durchgeführt.

Verschiedene **kulturelle Veranstaltungen** – zum Teil in Zusammenarbeit mit befreundeten Vereinen oder Organisationen - runden das umfangreiche Freizeitangebot ab.

Die Fähigkeit zu einer aktiven Freizeit- und Urlaubsgestaltung ist eine wesentliche Voraussetzung für eine gelingende Wiedereingliederung.

Besonderer Aufmerksamkeit und Fürsorge bedarf es für die Bewohner mit AAS, damit diese mit Hilfe ihrer freigelegten Ressourcen unsere Freizeitangebote nutzen können.

Im Rahmen des für sie Altbekannten ist dann auch eine gewisse Mitwirkung durch sie möglich. Demgegenüber ist es für sie kaum möglich Neues zu erproben oder gar die Planung von zukünftigen Aktivitäten durchzuführen.

6.2.8. Begleitende Sozialarbeit

Einen wesentlichen Schwerpunkt in der Betreuung nimmt die Klärung aller sozialrechtlichen Belange unserer Bewohner ein. Das betrifft in unserer Sozialtherapeutischen Wohnstätte den gesamten Betreuungsprozess.

Zielstellung ist es, durch die Abklärung offener Problemlagen im sozialen Bereich einen optimalen Therapieerfolg für den jeweiligen Bewohner zu gewährleisten. Der genaue Umfang der zu leistenden Sozialarbeit ergibt sich aus der jeweiligen individuellen Situation des Bewohners. Zu diesen Aufgaben zählt die Kontaktpflege mit der vorbehandelnden Einrichtung bzw. Institution zur Gestaltung eines möglichst nahtlosen Überganges bei der Aufnahme in unsere Sozialtherapeutische Wohnstätte. Wichtige Voraussetzung bei Therapiebeginn ist die Gewährung einer Kostenzusage durch den jeweiligen Kostenträger, wobei wir den zukünftigen

¹¹vgl. [SS00] Seite 93

Bewohner und die zuweisenden Stellen beratend unterstützen. Im weiteren erfolgt die Klärung und Absicherung aller sozialrechtlichen Fragen mit den jeweiligen involvierten Leistungsträgern.

Fortlaufend unterstützt werden unsere Bewohner in ihren alltagsbezogenen, persönlichen Bedürfnissen, bei der Sicherung der gesundheitlichen Versorgung sowie in der Wahrung und Sicherstellung der persönlichen Rechte. Im juristischen Bereich begleiten wir unsere Bewohner je nach Bedarf und Notwendigkeit z.B. bei Strafverfahren und der Ableistung von gemeinnützigen Stunden. **Während seiner Sozialtherapie erfährt der Bewohner eine Befähigung zur Wahrnehmung persönlicher Pflichten durch die Übernahme konkreter eigenverantwortlicher Tätigkeiten** (z.B. Ummeldung beim Einwohnermeldeamt selbst erledigen). Diese angestrebte Verselbständigung ist wichtiger **Förderinhalt im Bereich Alltagspraxis und Hirnleistungstraining**.

In Vorbereitung auf den Auszug aus der Sozialtherapeutischen Wohnstätte und die Wiedereingliederung des Bewohners unterstützen wir bei der Kontaktaufnahme zum zukünftigen Wohnumfeld bzw. zur zukünftig weiterbehandelnden Einrichtung. Im dazu erstellten Schaubild (im Anhang Abbildung A.10 auf Seite 100) sind die Aufgaben der Begleitenden Sozialarbeit in unserer Einrichtung noch einmal übersichtlich dargestellt.

Das Förderziel in diesem Bereich heisst: soviel Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit wie möglich unter unbedingter Akzeptanz individueller Grenzen (Siehe auch Kapitel 3.3.2 auf Seite 22)

Schlussfolgernd bedeutet das, es wird für einen Großteil der CMA zur Absicherung ihrer Teilhabe - inbegriffen sozialrechtlicher Sicherung und ebenso anhaltender Abstinenz - auch im zukünftigen sozialen Umfeld entsprechend dem möglichen Förderergebnisses angemessene externe Stützung geben müssen.

7. Betreuungsablauf

7.1. Aufnahme

In der Regel finden sich in der Anamnese unserer aufzunehmenden Bewohner eine Vielzahl an Vorbehandlungen ihrer Suchterkrankung und deren Folge- und Begleiterkrankungen. Häufig sind dabei viele Entgiftungen, mehrere Entwöhnungsbehandlungen sowie psychiatrische Regelbehandlungen erfolgt.

Auf Empfehlung der vorbehandelnden Einrichtungen und Vermittlung durch deren Sozialdienste wird eine Aufnahme in unsere Sozialtherapeutische Einrichtung veranlasst. Die häufigsten Zugänge erhalten wir aus den Suchtabteilungen der Psychiatrischen Fachkrankenhäuser Sachsens sowie nach Entwöhnungsbehandlungen aus den Suchtfachkliniken. Aber auch Bewerbungen aus dem ambulanten Bereich sind möglich (siehe dazu auch schematische Darstellung „Therapie-/ Betreuungskette bei CMA“ Abbildung: A.21 auf Seite 111).

In den letztgenannten Fällen empfehlen wir möglichst zeitnah vor einer Aufnahme in unsere Einrichtung eine grundlegende stationäre medizinische (psychiatrische/neurologische sowie internistische) Diagnostik und Therapie der Alkoholfolge- und Begleiterkrankungen.

7.1.1. Aufnahmebedingungen / Kontraindikationen

Persönliche Voraussetzung für eine Aufnahme in unserer Einrichtung und das Leben bei uns ist die Bereitschaft zu einem suchtmittelfreien Leben im Rahmen einer geschützten Gemeinschaft und der Annahme eines strukturierten Tagesablaufes sowie die Verpflichtung zu einer aktiven Mitwirkung bei den Bemühungen um eine Wiedereingliederung. Eine unmittelbar vorausgehende stationäre Entzugsbehandlung wird in den meisten Fällen erforderlich sein. Eine Glaubens- oder Kirchengliederung ist keine Bedingung für die Aufnahme in unser christlich geprägtes Haus.

Gegen eine Aufnahme sprechen:

- lebensbedrohliche Erkrankungen, die einer intensiven medizinischen Betreuung bedürfen
- Schwerstpflegebedürftigkeit ab Pflegestufe 2
- starke Fremd- oder Eigengefährdung
- im Vordergrund stehende schwere psychische Erkrankung
- schwere Persönlichkeitsstörungen

Vor Aufnahme muss eine schriftliche Kostenzusage des jeweiligen Kostenträgers vorliegen sowie weitere Unterlagen (wie im nachfolgenden Kapitel beschrieben) vorhanden sein.

7.1.2. Aufnahmemodus

Nach schriftlicher oder telefonischer Bewerbung wird ein Vorstellungsgespräch vereinbart. Bei diesem Gespräch hat der Bewerber die Gelegenheit, unsere Einrichtung zu besichtigen. Wir haben unsererseits die Möglichkeit eines ersten Kennenlernens des Bewerbers, bei dem wir Nachfragen stellen und ggf. daraus notwendige Abklärungen veranlassen können.

Nach einer zu vereinbarenden Bedenkzeit soll der Bewerber seine Entscheidung mitteilen. In dieser Zeit wird von uns geprüft, ob der Bewerber in unserer Einrichtung den geeigneten Rahmen findet, seine Ziele zu verwirklichen. Kommt es zu einer gegenseitigen Aufnahmezusage, wird die Kostenübernahme über die entsendende Stelle beim zuständigen Kostenträger (i.d.R. KSV) beantragt. Diesem Schreiben beizufügen sind:

- ein formloser Antrag auf Heimaufnahme
- ein aussagefähiger Sozialhilfeantrag mit den entsprechenden Nachweisen über die Einkommens- und Vermögenssituation
- ein ärztliches Gutachten mit amtsärztlicher Bestätigung (Formblatt A)
- ein Sozialbericht sowie
- der Ablehnungsbescheid der Rentenversicherung auf medizinische Rehabilitation.

Außerdem benötigen wir eine **Freiwilligkeitserklärung des Bewerbers**.

Eine Beschreibung des Aufnahmeprozesses finden Sie im Anhang Abbildung A.11 auf Seite 101.

7.2. Differenzierter Betreuungsdurchlauf in der Einrichtung

Entsprechend der unterschiedlichen Ausprägung der chronischen Mehrfachschädigung unserer Bewohner erfolgt die Betreuung in unserer Einrichtung in drei Hauptlinien mit jeweils differenziert gestaffeltem Programm durch unsere drei Häuser (siehe Modell Abbildung 7.1). Auf diese Weise möchten wir uns dem individuell unterschiedlichen Hilfebedarf der Bewohner in Zielsetzung, Inhalt, Umfang und Dauer nähern.

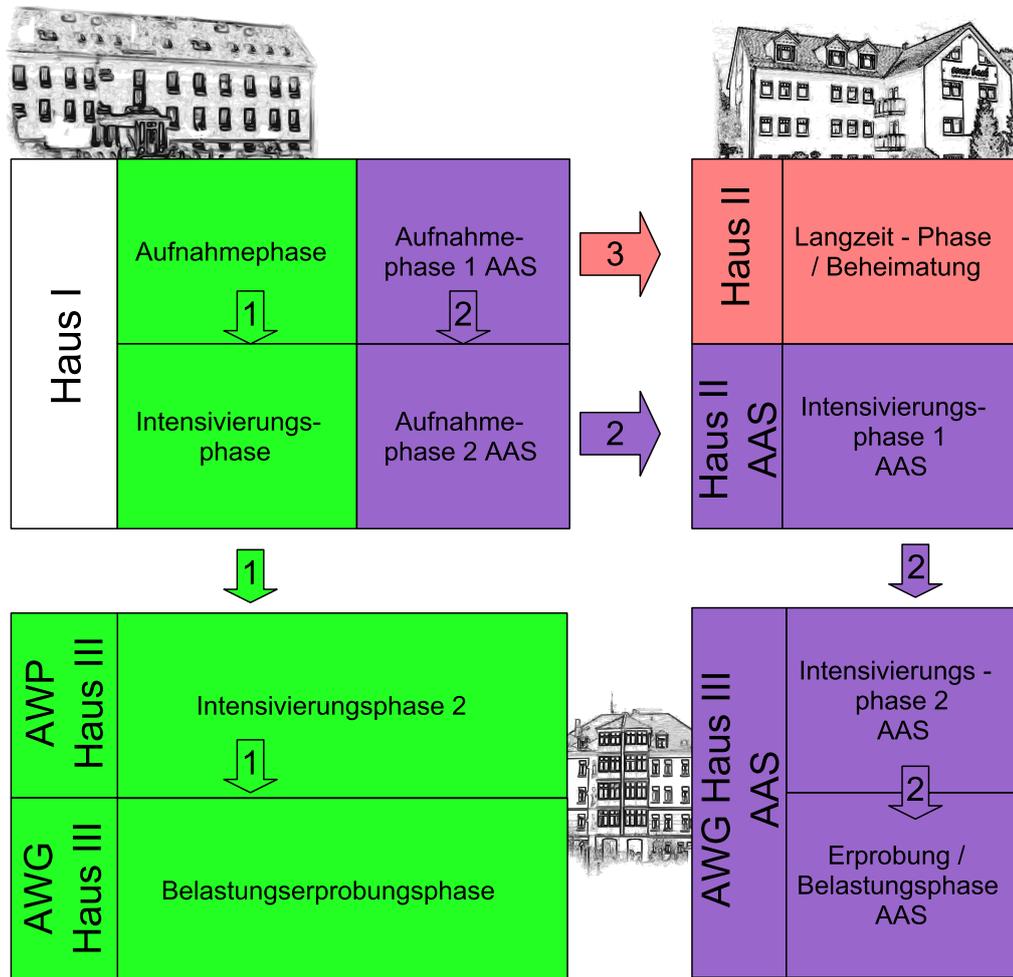
7.2.1. Zielgruppen der Hauptlinien

1. **Hauptlinie 1 (grün):**

Bewohner, bei denen prognostisch anzunehmen ist, dass eine soziale Wiedereingliederung, eigene Wohnung oder Betreutes Einzelwohnen möglich ist (kein bis geringes AAS nach BAT, ausreichende psychosoziale und gesundheitliche Ressourcen).

2. **Hauptlinie 2 (violett):**

Bewohner mit AAS (mittleres bis maximal mittelschweres AAS nach BAT), noch ausreichende Ressourcen für eine Intensivförderung mit dem Ziel Außenwohngruppe und WfbM vorhanden.



differenzierter Betreuungsdurchlauf

Abbildung 7.1.: Betreuungsdurchlauf in *come back*

3. **Hauptlinie 3 (orange):**

Bewohner, die aus unterschiedlichen Gründen prognostisch einer Langzeitbetreuung bzw. Beheimatung unter stationären Bedingungen bedürfen. (psychische Erkrankung, schwere körperliche Behinderung, Alter, schweres AAS und anderes). Ausreichende Ressourcen für eine zukünftige ambulante Betreuung sind nicht vorhanden.

Junge CMA sowie Konsumenten psychotroper Substanzen (wie unter 5 auf Seite 41 beschrieben), werden im Therapieverlauf im wesentlichen in die **Hauptlinie 1** integriert, in seltenen Ausnahmefällen auch in die **Hauptlinie 2** oder **Hauptlinie 3**.

Die Kernziele und Inhalte der einzelnen Phasen unseres Sozialtherapeutischen Programmes finden Sie im Anhang unter Abbildung A.12 auf Seiten 102ff.

7.2.2. Zeitlicher Ablauf

Jeder neue Bewohner wird nach Vorliegen der Kostenzusage in aller Regel **im Haus I aufgenommen**. Zunächst ist das Einleben in den Tagesablauf und das Kennenlernen der neuen Umgebung einschließlich der Mitarbeiter und Mitbewohner vordergründiges Ziel. Der zuständige Bezugsbetreuer hilft dem Bewohner beim Kontaktaufbau und legt die Grundlage für eine gute therapeutische Beziehung. Die Hausregeln (Ausgangsregeln, Alkohol- und Zimmerkontrollen) sollen dabei als hilfreicher Schutzrahmen verstanden werden, die dem Bewohner ein Leben in Abstinenz ermöglichen sollen. Ebenso wichtig sind das (Wieder-)Erlernen einer festen Tagesstruktur sowie zeitlicher und örtlicher Orientierung. Erste sozialpädagogische Interventionen beziehen sich auf die Klärung aller offenen Fragen im behördlichen, finanziellen und rechtlichen Kontext. In dieser Zeit wird der Befund zur psychosozialen Beeinträchtigung erhoben, der Hausarzt und erforderliche weitere Fachärzte überprüfen den gesundheitlichen Zustand und ermitteln die körperliche Belastungsfähigkeit des Bewohners. In Einzelgesprächen erarbeitet der Bezugsbetreuer mit dem Bewohner dessen persönliche Lebens- und Krankheitsgeschichte, aus der wichtige Informationen für die Ziele und Maßnahmen innerhalb einer individuellen Therapieplanung gewonnen werden. Mit dieser Grundlage erfolgen in den nächsten Schritten konkrete sozialtherapeutische Interventionen. Dabei sind die Kernziele der einzelnen Etappen unseres Therapieprogramms Zielorientierung und Handlungsleitung (siehe dort).

Ziele und Maßnahmen aus der anfänglichen Therapieplanung werden fortlaufend überprüft und korrigiert. Dazu dienen Fallbesprechungen, aber auch der Entwicklungsbericht. Nach etwa einem $\frac{3}{4}$ Jahr Therapiedauer erfolgen i.d.R. die nächsten Therapieschritte. Ein markanter „Meilenstein“ kann dabei das Vorstellen des persönlichen Lebensberichtes sein, für Bewohner, die dazu in der Lage sind.

Wenn entsprechende alltags- und lebenspraktische Kompetenzen vorhanden sind (siehe **Hauptlinie 1**), erfolgt die **Verlegung in Haus III** („Haus Marschnerstraße“) ggf. über ein besonderes Training in der Erprobungsgruppe des Hauses I. In der Erprobungsgruppe werden die lebenspraktischen Kompetenzen der Bewohner noch einmal besonders gefördert.

Im Haus Marschnerstraße erfolgt (siehe **Hauptlinie 1**) für die Zielgruppe der Linie 1 die Intensivierungsphase II im Bereich der ausgelagerte Wohnheimplätze (AWP):

In deutlich offeneren Strukturen haben die Bewohner einen höheren Grad an Eigenverantwortung für die Gestaltung ihres Tagesablaufs einschließlich der notwendigen Reinigungsdienste, Einkäufe, Ämter- und Behördengänge. In enger Zusammenarbeit mit dem Bezugsbetreuer entwickelt jeder Bewohner für sich einen individuellen Tages- und Wochenplan (Stärkung der planerischen Kompetenzen).

Aus therapeutischer Sicht liegt der Schwerpunkt der Arbeit im Bereich der ausgelagerten Wohnheimplätze in der Auseinandersetzung mit der eigenen Suchtgeschichte sowie der suchtbegünstigenden und aufrechterhaltenden Faktoren. Sie findet in dieser Zeit eine nochmalige besondere Beachtung. Das zentrale Ziel dabei ist die Stärkung der sozialen Kompetenz sowie die Abstinenzfestigung. Dazu gibt es unter entsprechender Anleitung gesonderte Gesprächsgruppen. In der Suchtgruppe ist es Ziel, dass jeder Bewohner einen sogenannten „Suchtbericht“ hält, was für den Bewohner ein besonderer „Meilenstein“ sein kann. Eine Indikationsgruppe zum Gruppentraining sozialer Kompetenzen nach Hinsch und Pfingsten findet ebenfalls regelmäßig statt.

Im Hinblick auf die Tagesstruktur werden wichtige Weichen gestellt. So wird in aller Regel die Beantragung eines Werkstattplatzes in einer WfbM angestrebt.

Nach ca. $\frac{1}{2}$ Jahr bzw. auch nach individueller Therapiedauer erfolgt dann die Überleitung in die Außenwohngruppe und damit in die Erprobungs- und Wiedereingliederungsphase innerhalb der sozialen Rehabilitation. Therapieziele einschließlich der dazugehörigen Maßnahmen werden weiter fortgeschrieben. Kernziele sind hier die Integration in eine WfbM oder externe Beschäftigungsstruktur und das Training und die Befähigung zu einer abstinenten Lebensführung in größtmöglicher Eigenverantwortlichkeit. (siehe „Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie“ Abbildungen A.13 bis A.17 Seiten 103-107)

Für die Bewohner der Zielgruppe der **Hauptlinie 1** erfolgt nach einer Therapiedauer von mindestens 2-3 Jahren nun die Vorbereitung und das Training (Realitätstraining) für die Reintegration in eine eigene Wohnung bzw. die Vermittlung in die Angebote des Ambulant Betreuten Wohnens einschließlich Gruppenwohnen. Im Einzelfall geschieht die Verlegung in eine andere Einrichtung.

Sofern die Voraussetzungen der Hauptlinie 1 nicht gegeben sind bzw. der Bewohner an dem **AAS** erkrankt ist, erfolgt eine **Übernahme ins Haus II** in der Friedensstraße (siehe Zielgruppen **AAS Hauptlinie 2**) und **Hauptlinie 3**):

Bei Übernahme werden Ziele und Maßnahmen aus den vorhandenen Therapieplanungen konkretisiert und fortgeschrieben. Zugleich werden neue Therapieschwerpunkte gesetzt, die **individuelle Intensivförderung oder Beheimatung** vor dem Hintergrund der Therapiemöglichkeiten für Bewohner mit AAS zur Folge haben können.

Nach angemessener Förderung und ausreichender Förderungsdauer ist für Bewohner mit **AAS** eine Verlegung ins Haus Marschnerstraße in die Außenwohngruppe für diese Zielgruppe durchaus realistisch.

Seit Juli 2009 bieten wir für Bewohner mit AAS eine weitere Intensivierungsphase mit anschließender Erprobungsphase in einer speziell dafür eingerichteten Außenwohngruppe an (**Hauptlinie 2**).

In diesem Rahmen erfährt diese Bewohnergruppe eine besondere Begleitung und Förderung ihrer krankheitsspezifischen Einschränkungen. Hierbei steht das alltagspraktische Training im Vordergrund, aber auch die Auseinandersetzung mit der eigenen Krankheit. Dabei werden Methoden eingesetzt, die auch den kognitiv eingeschränkten Bewohnern ein Verständnis hierfür ermöglichen sollen. Besonders intensive Begleitung erfordert das Training der örtlichen Orientierung im Wohnumfeld. Eine gemeinsame Morgenabsprache, die Führung eines individuellen Wochenplans, Training lebenspraktischer Abläufe, z.B. ein Kochtraining mit gemeinsamem Mittagessen, Wäschepflege sowie Freizeitgestaltung sind Eckpfeiler dieser Außenwohngruppe. Wir arbeiten mit einem hohen Grad an Visualisierung, farblichen Elementen sowie geeignetem Therapiematerial. Jeder Bewohner hat ein Merkheft, in dem er alle Informationen und Vereinbarungen mit dem Bezugsbetreuer oder sonstigen Bezugspersonen notiert. Die Bewohner dieser Außenwohngruppe werden intensiv betreut, so z.B. bei notwendigen Ämter- und Behördengängen, aber auch Arztbesuchen, die entsprechend vor- und nachbereitet und überwiegend begleitet werden müssen. Für die Betreuung innerhalb dieser Gruppe, die sinnvoller Weise 1-2 Jahre umfassen sollte, wird eine konkrete Zielvereinbarung über zu realisierende Ziele mit dem zuständigen Kostenträger getroffen, der in der Regel auch den entstehenden betreuenden Mehrbedarf finanziert.

Kernziel der Intensivierung in der AWG – AAS ist die Befähigung zu einem höchstmöglichen Grad an eigenständigem Handeln sowie, bei Vorliegen der Voraussetzungen, die Befähigung zur Integration in die WfbM.

In allen anderen Situationen (siehe Zielgruppe **Hauptlinie 3**) bieten wir im Haus II eine langfristige Betreuung mit **Beheimatung**. Nach Wunsch des Bewohners bzw. bei individueller Voraussetzung kann zum gegebenen Zeitpunkt eine Verlegung in eine andere Einrichtung (z.B. andere Wohnstätte, Seniorenresidenz, Pflegeeinrichtung) erfolgen.

Den zeitlichen Ablauf finden Sie im Anhang Abb. A.19 auf Seite 109 nochmals in einem Flussdiagramm dargestellt.

7.2.3. Ergebniskontrolle der Betreuungsmaßnahmen

Die therapeutischen Maßnahmen mit dem jeweiligen Bewohner werden regelmäßig im multi-professionellen Team der sozialtherapeutischen Wohnstätte evaluiert. Dazu finden in den jeweiligen Häusern Team- und Fallbesprechungen statt. Darin werden die bisherigen Maßnahmen im Therapieverlauf des Bewohners reflektiert, Ziele überdacht und neu definiert. Bereichsübergreifend finden monatlich sogenannte Fallvorstellungen und themenspezifische Weiterbildungen statt. Außerdem arbeiten planmäßig bereichsübergreifende Arbeitsgruppen zu bestimmten Schwerpunkten (z.B. AG Amnestisches Syndrom, AG Gesundheit, Sport und Bewegung u.a.). Für die Evaluation ist uns u.a. die Reflexion der statistisch erfassten Verweildauer und eine Auswertung der möglichst gelungenen Überleitung in selbständigere Wohnformen wichtig. Basierend auf

dem ADL – Trainingsprogramm (activity of daily living) (ADL) haben wir - wie bereits beschrieben - ein hauseigenes Bewertungssystem (Alltagskompetenz Ako "*come back*", z.Zt. in Erprobung) entwickelt. Damit wollen wir den Grad der Selbstversorgungsfähigkeit unserer Bewohner bestimmen. So kann der benötigte Hilfebedarf genauer festgelegt und therapeutische Maßnahmen gezielter angewendet werden. Der individuelle Bewertungsbogen wird fortgeschrieben und kann so an Veränderungssituationen im therapeutischen Kontext angepasst werden. Gegenüber dem Kostenträger erfolgt eine Ergebniskontrolle durch den jährlichen Entwicklungsbericht und eine Einschätzung zu den individuellen Zielvereinbarungen (z.B. bei AWG-AAS). Bei konkretem Bedarf können weitere therapeutische Einschätzungen notwendig werden.

Zur Sicherstellung der Gesundheitsvorsorge und Förderung unserer Bewohner finden regelmäßige Pflegevisiten durch unser Pflegefachkraftpersonal in der Einrichtung statt. Mittels unserer Pflegedokumentation wird die medizinische Versorgung und Prophylaxe für unsere Bewohner bedarfsgerecht geplant und kontrolliert. Für die stattfindenden Fallbesprechungen ist die Teilnahme einer Pflegefachkraft obligat. Der Bereich Gesundheit ist auch in unserem Bewertungssystem („Ako cb“) einbezogen.

8. Nachsorge

Entscheidend für die Nachhaltigkeit des Behandlungserfolges der Sozialtherapie ist die Absicherung einer gelingenden Wiedereingliederung unserer Bewohner durch Angebote zur Nachsorge. Für die Bewohner, die wieder an ihren alten Wohnort zurückkehren wollen bzw. außerhalb von Zittau und Umgebung ansässig werden möchten, bemühen wir uns bei regulär abgeschlossener Sozialtherapie um weiterführende wohnortnahe Angebote. Wichtig ist uns dabei, noch vor Beendigung der Sozialtherapie entsprechende Kontakte, z.B. zur Suchtberatungsstelle oder Selbsthilfegruppe, bzw. in WfbM am neuen Wohnort zu vermitteln (Grafik 8.1 und A.20 auf Seite 110).

Für die Bewohner, die sich entschließen in Zittau wohnhaft zu bleiben, sind mehrere Nachsorgeangebote möglich.

8.1. Ambulant Betreutes Wohnen

Im Anschluss an die sozialtherapeutische Betreuung in der Wohnstätte bieten wir eine weitere Begleitung innerhalb eines Ambulant Betreuten Wohnens nach § 53 SGB XII an. Dafür werden 30 Plätze für männliche und weibliche Personen vorgehalten. Einen Teil davon – insgesamt 15 Plätze – bieten wir in speziellen Wohngruppen für Bewohner, die aus der sozialtherapeutischen Wohnstätte kommen, an. In diesen Wohngruppen haben die Bewohner die Möglichkeit, sich in besonderer Weise auf die Eigenständigkeit vorzubereiten. Kostenträger dieser ambulanten sozialtherapeutischen Begleitung ist in der Regel der Kommunale Sozialverband Sachsen bzw. bei Personen ab dem 65. Lebensjahr das jeweils zuständige Sozialamt.

Ziel des Ambulant Betreuten Wohnens ist die Sicherstellung einer nahtlosen sozialtherapeutischen Anschlussbetreuung, um erlernte Fähigkeiten und Bewältigungsstrategien aus dem stationären Bereich unter entsprechender Begleitung fortzuführen. Dabei werden mit dem Bewohner konkrete Zielvereinbarungen getroffen und der entsprechende individuelle Hilfebedarf festgelegt. Es sind Assistenzleistungen in den verschiedensten Bereichen denkbar (z.B. Haushaltsführung, Begleitung bei Ämter- und Behördengängen etc.) Methodisch arbeiten wir mit unterstützenden Hausbesuchen und Einzel- und Gruppengesprächen, in denen gezielt *Hilfe zur Selbsthilfe* vermittelt werden soll. Regelmäßig werden verschiedene Gemeinschaftsaktivitäten (Bowlingturniere, Ausflüge) angeboten.

Zudem verfügen wir über die Kapazitäten, Personen nach dem § 67 SGB XII ambulant zu betreuen. Vordergründiges Ziel dabei ist, eine Obdachlosigkeit zu vermeiden und die Personen zu befähigen, eine Wohnung zu unterhalten und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Inhaltlich und methodisch gelten die gleichen Arbeitsprinzipien wie in einer ambulanten Betreuung nach §53 SGB XII.

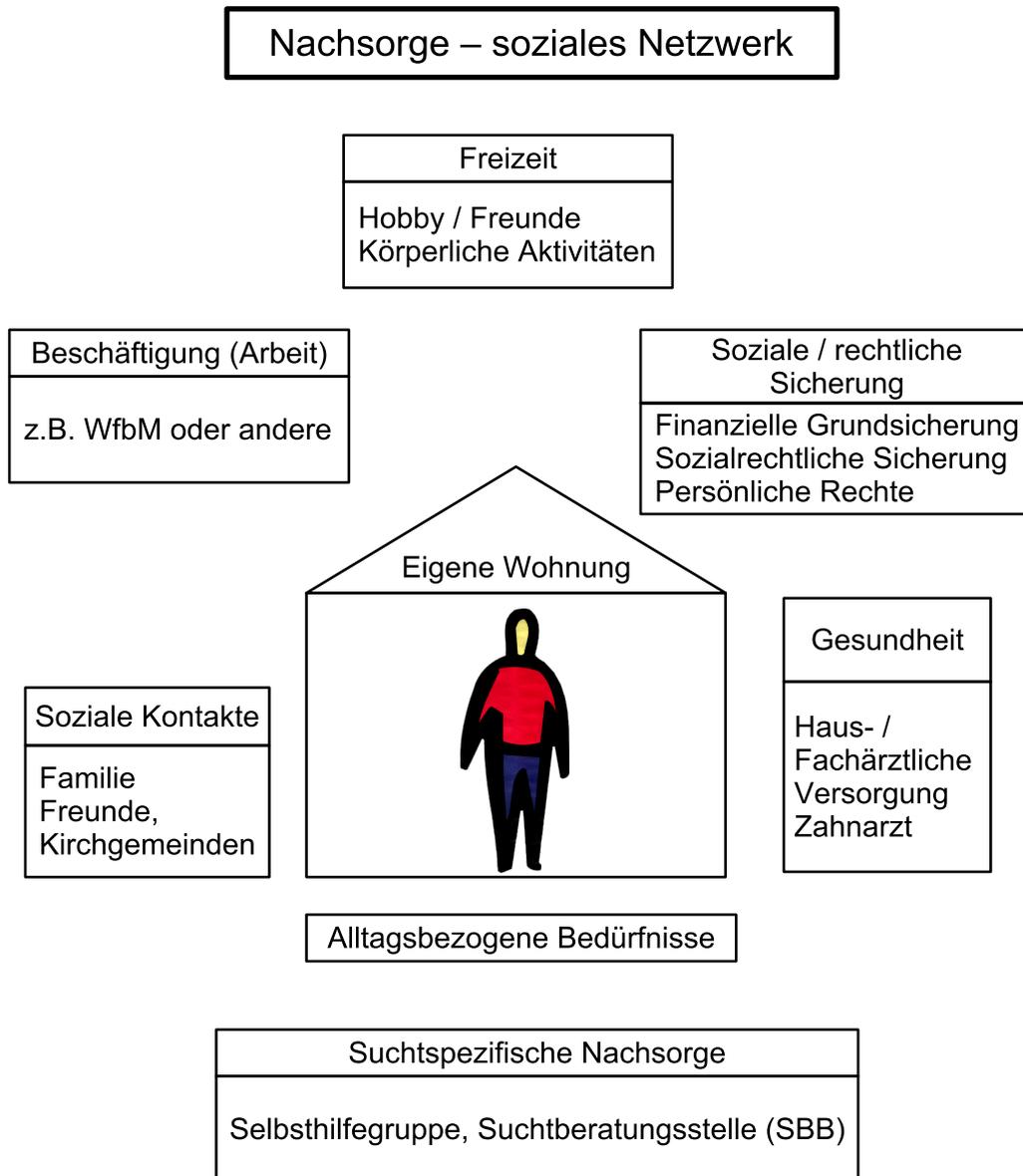


Abbildung 8.1.: Schema Nachsorge

8.2. Suchtberatungs- und Behandlungsstelle

Die ambulanten Hilfsangebote der Suchtberatungs- und Behandlungsstelle *come back* stehen auch unseren Bewohnern bzw. ehemaligen Bewohnern offen. Die Suchtberatungs- und Behandlungsstelle des *come back* ermöglicht regelmäßige Einzelgesprächstermine sowie zu speziellen Themen therapeutisch angeleitete Gruppenveranstaltungen (z.B. Gruppe zur Rückfallprophylaxe sowie Raucherentwöhnung) an. Außerdem vermittelt die Beratungsstelle ihre Klienten in geeignete Selbsthilfegruppen.

Da es bei den betroffenen Menschen, insbesondere auch den ehemaligen Bewohnern unserer sozialtherapeutischen Wohnstätte, manchmal an Angeboten zur sinnvollen Tagesgestaltung fehlt, bieten die Mitarbeiter der SBB darüber hinaus die Kontaktaufnahme zur Tagesstätte des Förder- und Begegnungszentrum des Vereines *come back* an oder suchen andere geeignete Möglichkeiten zur Tagesstrukturierung. Wenn Bewohner ihre Sozialtherapie bei uns beenden und an einen neuen Wohnort ziehen, bzw. an den früheren Wohnort zurückkehren, unterstützen wir die Suche nach einer Suchtberatungsstelle vor Ort. Wir bemühen uns dabei, möglichst noch vor Beendigung des Heimaufenthaltes einen ersten Kontakt, z.B. ein Erstgespräch in der Beratungsstelle, herzustellen, um unseren Bewohnern eine „Brücke“ zu bauen, damit die ambulanten Angebote am neuen Wohnort dann auch tatsächlich genutzt werden.

8.3. Selbsthilfegruppen

„Selbsthilfegruppen sind selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen, die ein gleiches Problem oder Anliegen haben und gemeinsam etwas dagegen bzw. dafür unternehmen möchten. Typische Probleme sind etwa der Umgang mit chronischen oder seltenen Krankheiten, mit Lebenskrisen oder belastenden sozialen Situationen. Die Zahl der Selbsthilfegruppen in Deutschland wird auf 70.000 -100.000 geschätzt.“¹ Geschichtlich gesehen gehen die Anfänge dieser Bewegung bis ins 19. Jahrhundert zurück. Dieses Prinzip der Selbsthilfegruppe ist ein bewährtes Hilfemuster für alkoholranke Menschen nach Therapieende. Im Kreise von Gleichgesinnten können so unter geschützten Bedingungen eigene lebens- bzw. suchtbedingte Erfahrungen eingebracht, reflektiert und neue Erkenntnisse gewonnen werden. Nicht zu vernachlässigen sind die positiven Effekte auf das Selbstbild und Selbstvertrauen der teilnehmenden Gruppenmitglieder. Es entwickeln sich so oft dauerhafte und gute partnerschaftliche Vertrauensverhältnisse. In Sachsen gibt es ca. 350 Selbsthilfegruppen, die für Menschen mit Alkoholproblemen und deren Angehörige offen sind.² Diese arbeiten und treffen sich unter dem Schirm verschiedener Träger. (z.B. Diakonie, Blaues Kreuz, Freundeskreise, Anonyme Alkoholiker (AA)) In Zittau sind verschiedene Selbsthilfegruppen an unsere Suchtberatungs- und Behandlungsstelle angeschlossen, die insbesondere unter dem Aspekt der chronischen Mehrfachschädigung für Bewohner in der Belastungserprobungs- und Wiedereingliederungsphase innerhalb der Sozialtherapie bzw. nach Therapieende als Nachsorgeangebot zur Verfügung stehen.

¹von <http://de.wikipedia.org/wiki/Selbsthilfegruppe> abgerufen am 07.01.2014

²von <http://www.suchthilfe-sachsen.de/datenbank/suche/> abgerufen am 07.01.2014

8.4. Angebote der Kirchengemeinde vor Ort zur sozialen Integration

Der Verein *come back* pflegt eine enge Partnerschaft mit der örtlichen Evangelisch-methodistischen Kirchengemeinde. Deren Angebote wie etwa der wöchentliche Gottesdienst, Gemeindeveranstaltungen und insbesondere Hauskreise stehen den interessierten Bewohnern der Sozialtherapeutischen Wohnstätte offen. Unsere Bewohner erfahren dabei Wertschätzung, Anerkennung und erleben ein Gemeinschaftsgefühl, was wiederum zu einer gelingenden Sozialtherapie beitragen kann. Durch Übernahme von Aufgaben, die den Fähigkeiten des Einzelnen entsprechen, kann Verantwortungsbewusstsein geschult und Engagement für die Kirchengemeinde eingebracht werden.

In der persönlichen seelsorgerlichen und pastoralen Begleitung kann Entlastung, Neuorientierung und Entscheidungsbefähigung für das eigene Leben gemeinsam erfahren werden. Ebenso können persönliche Fragen angesprochen werden. Die Kirchengemeinde ist somit ein besonderer Ort, an dem die interessierten Bewohner mit ihren speziellen Fragen und Anliegen willkommen und zu Hause sind.

9. Kooperation und Vernetzung

Ziele, Inhalte und Behandlungsgrundsätze für eine Wiedereingliederung unserer Bewohner ergeben sich aus der Individualität, der Komplexität und dem Ursachen- und Wirkungszusammenhang ihres Krankheitsbildes - der CMA-. Die Angebote müssen deshalb individuell, langfristig und in kleinen, klar definierten Schritten (Teilzielen) alle Schädigungskomplexe erfassen. Gerade die Forderung nach Langfristigkeit benötigt wiederum Effizienz und Nachhaltigkeit der Angebote, was nur mit einer abgestimmten Durchgängigkeit der konzeptionellen Gestaltung, nicht nur innerhalb unserer Einrichtung, sondern ebenso entlang der gesamten Therapie- und Betreuungskette (siehe Abbildung A.12 auf Seite 102) zu erreichen ist.

Aufgrund der Komplexität der CMA sind verschiedene Professionen an der Betreuung der Bewohner beteiligt und das sowohl intern als auch extern. Effizientes Handeln braucht grundsätzlich auch aufgrund knapper werdender finanzieller Ressourcen, Vernetzung der einzelnen Angebote. Vernetzung benötigt wiederum geeignete Information und Kooperation der internen wie externen Angebote und Professionen. Die interne Kommunikation, Team- und Fallbesprechungen, sind in Kapitel 7.2.3 auf Seite 66 bereits erwähnt. Zwischen den Bezugsbetreuern der Einrichtung und den externen persönlichen Betreuern (z.B. gerichtlichen Betreuern) des Bewohners erfolgt zu aktuellen Fragestellungen ein ständiger Austausch. Fallkonferenzen mit allen beteiligten Professionen finden aktualitätsbezogen statt. Unter anderem ermöglichte ein von unserer Einrichtung gestalteter Fachtag zum Thema „Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom“ im Herbst 2012 einen intensiven Austausch der Beteiligten aller Betreuungsbereiche zu einem spezifischen Thema.

Intensive Kooperationsbeziehungen bestehen auch zur Werkstatt für behinderte Menschen der Lebenshilfe Zittau, in welcher bedeutender Anteil unserer Bewohner beschäftigt ist. Uns ist ebenso der Kontakt und Austausch mit verschiedenen regionalen Betrieben sehr wichtig, die unseren Bewohnern Stellen für Praktika anbieten. Durch die Beteiligung des *come back* e.V. am Bundesmodellprojekt „Sucht im Alter“ haben wir gute Kooperationsbeziehungen zu verschiedenen ambulanten und stationären Einrichtungen der Altenhilfe im Landkreis aufbauen können. Dies ist für uns sehr hilfreich, gerade auch für die Betreuung unserer gesundheitlich stärker beeinträchtigten Bewohner.

Wichtig ist für uns ebenfalls die Zusammenarbeit mit regionalen und überregionalen Institutionen der Suchtkrankenhilfe, Arbeitsagenturen, Jobcentern sowie ambulanten und stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und Wohnungslosenhilfe, die unsere Bewohner im Anschluss an ihre Sozialtherapie begleiten.

Und „last but not least“ braucht es für die Zielsetzung sozialer Rehabilitation von CMA strukturelle und personelle Voraussetzungen in der Organisationsstruktur einer sozialtherapeutischen Einrichtung.

10. Betriebsorganisation und Kommunikation

10.1. Die Organisationsstruktur des come back e.V.

Der Träger *come back* ist als Verein organisiert. Der Vereinszweck ist in der Satzung niedergelegt und lautet unter anderem im §2 Abs2 a) und b)

... 2. Der Satzungszweck wird insbesondere verwirklicht durch:

- a) Die Betreuung und Resozialisierung von suchtkranken Menschen durch eine christlich-sozialtherapeutische Suchtkrankenrehabilitation, die sich notwendig macht, da diese Menschen in Folge der Sucht unter vielfältigen körperlichen, psychischen und sozialen Problemen leiden.*
- b) Die Führung von Wohngemeinschaften, soziale und seelsorgerliche Betreuung, das Angebot von Therapiemöglichkeiten für die Hilfsbedürftigen mit dem Ziel der Sinnfindung des Lebens und Neuorientierung der Persönlichkeit, das Finden und Festigen einer abstinenter Lebensführung und Wiedereingliederung in das Gesellschafts- und Berufsleben. Dazu dienen u.a. auch die Maßnahmen zur Durchführung der Tagesstruktur und Beschäftigungsprojekte. ...*

Zitat [cb10]

Auf der Grundlage dieser Satzungsziele wird die sozialtherapeutische Wohnstätte geführt und die organisatorischen Rahmenbedingungen werden daran ausgerichtet. Aus betriebsorganisatorischem Blickwinkel dient sowohl die sächliche und personelle Ausstattung den konzeptionellen und satzungsgemäßen Zielen.

Neben dem vereinsrechtlichen Rahmen besteht ein kooperatives Beziehungsgeflecht zu unterschiedlichsten Organisationen, Behörden und Verbänden, von denen hier nur wesentliche genannt werden können: Kostenträger der sozialtherapeutischen Wohnstätte ist der KSV, welcher einen Großteil der Heimkosten trägt. Er ist auch die primäre Aufsichtsbehörde für den Heimbetrieb. Die investive Ausstattung und Förderung, auf der Grundlage fachlicher Stellungnahmen, wurde im wesentlichen durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMS) und die Landesdirektion Dresden ermöglicht. Spitzenverband des Vereins ist das Diakonische Werk (DW) Sachsens, in dessen Rahmen in verschiedenen Fachgruppen und Ausschüssen unser Verein mitwirkt.

Grundlage für die Vergütung der Mitarbeiter bilden die Arbeitsvertragsrichtlinien nach der Fassung der EmK. Ebenso wirkt der Verein in verschiedenen Verbänden der Suchtkrankenhilfe mit. Hier sind auf Landesebene die SLS sowie auf Bundesebene der GVS zu nennen.

Der Verein ist ein Werk der EmK und mit dieser sowohl auf lokaler als auch überregionaler und internationaler Ebene in verschiedenster Weise verbunden. Ziel ist es, im Rahmen der EmK

hilfebedürftigen suchtkranken Menschen zu helfen und damit das Satzungsziel zu verwirklichen.

Die Arbeitsfelder des *come back* umfassen neben der sozialtherapeutischen Wohnstätte das Betreiben einer Suchtberatungs- und Behandlungsstelle (SBB) für den Landkreis Görlitz sowie diverse niederschwellige Angebote für suchtkranke Menschen und deren Angehörige. Ein weiteres Arbeitsfeld in Zusammenarbeit mit der Arbeitsagentur/Jobcenter ist die Betreuung von langzeitarbeitslosen Menschen mit Suchtproblemen, um ihnen eine Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu ermöglichen.

Vorrangig hat der Verein *come back* sich zur Aufgabe gemacht, suchtkranken Menschen in Zittau und Umgebung unmittelbar zu helfen. Innerhalb der Gremienarbeit der EmK engagiert sich der Verein aber auch überregional sowie international für die Belange suchtkranker und benachteiligter Menschen. Basis hierfür sind das christliche Menschenbild und die diakonische Arbeit im Sinne des sozialen Bekenntnisses der EmK. (siehe Abbildung A.23 auf Seite 113)

10.2. Mitarbeiter

Fachliche und persönliche Qualifikation der Mitarbeiter sowie deren Kommunikation sind die Basis für eine erfolgreiche Arbeit im sozialen Bereich.

Mitarbeiter im Betreuungsbereich unterliegen der Heimpersonalverordnung sowie den Vorgaben des Sächsischen Wohn- und Betreuungsgesetzes. Obgleich diese Vorgaben hauptsächlich an die Vorgaben von Pflegeheimen angelehnt sind, so finden sich hier die Grundlagen für Fachkraftanerkennung und Personalausstattung. Leider gibt es für den Suchtbereich keine eigenständigen Rahmenbedingungen, sodass die Fachkraftzumessung häufig von nicht suchtspezifischen Kriterien bestimmt wird. Die notwendige Fachkraftquote im Bereich der sozialtherapeutischen Wohnstätte beträgt mindestens 50 % und wird durch die Heimleitung sichergestellt. Die fachliche und inhaltliche Sicherung der Organisationsabläufe für die Einrichtung werden über die Dienstplangestaltung den Anforderungen der Heimaufsicht entsprechend gewährleistet.

Die Mitarbeiterschaft wird kontinuierlich für neue Anforderungen weitergebildet und arbeitet arbeitsteilig. Für die Mitarbeiterschaft wird ein jährlicher Fort- und Weiterbildungsplan erstellt, der aktuelle Entwicklungen einbezieht und alle Bereiche berücksichtigt (z.B. Medikamentenvergabe, Notfälle im Heim, Datenschutz usw.). Wir unterstützen unsere Mitarbeiter hinsichtlich fachspezifischer Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen (z.B. sozialtherapeutische Ausbildung), Außerdem bieten wir Studierenden die Möglichkeit, bei uns Praktika zu absolvieren sowie in einem Dualen Studiengang als Praktikumsbetrieb zu fungieren.

10.3. Kommunikation

Aufgrund der vielfältigen rechtlichen Regelungen sowie der unterschiedlichen Anforderungen der Bewohner ist es notwendig, effektive Kommunikationsstrukturen für die Mitarbeiter vorzuzulassen. Aus diesem Grund wird ein Heimverwaltungsprogramm der Firma Moveo Potsdam für die Verwaltung aller bewohnerrelevanten Daten und der Abrechnung eingesetzt. Weiterhin sind alle Bereiche des *come back* e.V. via Virtual Private Network (VPN) vernetzt.

Als Informationssammlung und Dokumentationssystem wird ein System auf Basis von Mediawiki eingesetzt. Somit kann gewährleistet werden, dass jeder Mitarbeiter an jedem Standort auf die relevanten Informationen zugreifen kann. Dies ist unerlässlich, um die rechtlichen Vorgaben zu erfüllen und den Therapieerfolg zu dokumentieren. Das erfordert sowohl sächliche als auch personelle Ausstattung im IT-Bereich. Die Mitarbeiter halten in regelmäßigen Abständen Arbeits- sowie Fallbesprechungen ab, diese werden dokumentiert. Den Nachtdiensten und Rufbereitschaften stehen ebenfalls Kommunikationsmittel zur Verfügung.

10.4. Verwaltungsstruktur

Um den Anforderungen aus Abrechnung und Verwaltung der Bewohnerdaten Rechnung zu tragen, ist es unerlässlich, eine effektive Leitungs- und Verwaltungsstruktur vorzuhalten (siehe auch Schema A.22 auf Seite 112). Hierzu sind die geschaffenen Kommunikationswege notwendig und gewährleisten überhaupt erst die Abrechnung. Dies erfolgt unter Beachtung der rechtlichen Rahmenbedingung insbesondere auch unter den Bedingungen eines effektiven Datenschutzes. Grundlage hierfür bildet das Datenschutzgesetz der Evangelische Kirche in Deutschland (EKD) sowie das Bundesdatenschutzgesetz.

Weiterhin gibt es nicht unerhebliche Anforderungen an die Buchhaltung, da sowohl Abrechnungsdaten als auch bewohnerspezifische Finanztransaktionen korrekt abgewickelt werden müssen. Hierfür wird die Buchhaltungssoftware der Firma Hamburger Software sowie eine Anlagenbuchhaltung der Firma XBA Software eingesetzt. Die Jahresabschlüsse des Vereins werden jährlich durch einen Wirtschaftsprüfer geprüft.

Im Wirtschafts- und Versorgungsdienst werden die organisatorischen und sächlichen Rahmenbedingungen für eine gelingende Betreuung in der sozialtherapeutischen Wohnstätte geschaffen. Auch hier ist es wichtig, dass die begrenzten finanziellen Ressourcen sachgerecht eingesetzt werden und zielgerichtet dem Betreuungsauftrag entsprechend den Bewohnern zugutekommen. Dies gilt sowohl bei Instandhaltung der sächlichen und baulichen Substanz sowie auch für die Schaffung der sächlichen Rahmenbedingung für eine gelingende Sozialtherapie.

Hierzu wurde ein elektronisches Verwaltungssystem von Arbeitsaufträgen eingeführt. Technische Hilfsmittel erleichtern die Arbeit, benötigen aber auch Wartung und Konfiguration. Die einzelnen Bereiche sind unabdingbar notwendig, um den therapeutischen Erfolg zu sichern und benötigen ausdrücklich der sächlichen wie auch personellen Ressourcen.

Die Arbeit ist als Dienst am Menschen im Sinne einer diakonischen Dienstgemeinschaft organisiert und diese Dienstgemeinschaft und die sächlich organisatorischen Bedingungen müssen am Ende der Betreuung unserer Bewohner dienen. Dies kann nur mit funktionierenden Betriebsstrukturen und der notwendigen personellen, sächlichen und finanziellen Ausstattung gelingen.

11. Abbildungsverzeichnis

3.1. Skizze Multifaktorielle Suchtgenese vgl. Abbildung 3.2 auf Seite 15	14
3.2. Multifaktorielle Suchtgenese modifiziert und ergänzt nach [Feu96]	15
3.3. Skizze komplexer Ursachen- und Wirkungszusammenhang	18
3.4. Komplexer Ursachen- und Wirkungszusammenhang	19
3.5. Optimierung des Therapieprozesses unter motivationalen Gesichtspunkten	26
4.1. Entstehung des Alkoholbedingten Amnestischen Syndroms	31
4.2. CMA - Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom (AAS)	33
4.3. Schema Störungsbild bei Aufnahme zu Punkten AB	35
4.4. Schema Störungsbild bei Aufnahme zu Punkt C	36
4.5. Förderprogramm kognitiver Funktionen bei CMA insbesondere AAS	39
4.6. CMA mit AAS haben eine Chance...	40
6.1. Modell der Sozialen Rehabilitaion vgl. A.7 auf Seite 97	45
6.2. Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon	49
6.3. Hirnleistungstraining bei <i>come back</i>	54
7.1. Betreuungsdurchlauf in <i>come back</i>	63
8.1. Schema Nachsorge	70
A.1. „ <i>come back</i> - EIN WEG“	91
A.2. Übersicht Alkoholbedingte somatische Suchtfolgeschäden	92
A.3. Hemisphärenspezifische Aufgabenverteilung vgl. [SQN07] Seite 51	93
A.4. Gedächtnisfunktionen bei Alkoholbedingtem Amnestischen Syndrom vgl. [SQN07]	94
A.5. Chancen für Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom	95
A.6. Die fünf „K’s“, im Umgang mit Korsakow – Bewohnern	96
A.7. Modell soziale Rehabilitaion	97
A.8. Angebote der Sozialtherapie	98
A.9. Gesundheitspflege und Förderung	99
A.10. Begleitende Sozialarbeit	100
A.11. Aufnahmeprozess in <i>come back</i>	101
A.12. Betreuungsdurchlauf in <i>come back</i>	102
A.13. Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus I Hauptlinie 1	103
A.14. Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus III Hauptlinie 1	104
A.15. Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus I Hauptlinie 2	105

A.16. Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus II Hauptlinie 2	106
A.17. Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus III Hauptlinie 2	107
A.18. Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus II Hauptlinie 3	108
A.19. Zeitlicher Ablauf der Sozialtherapie	109
A.20. Nachsorge	110
A.21. Die Therapeutische Betreuungskette	111
A.22. Das Organigramm des <i>come back</i> e.V.	112
A.23. Soziales Bekenntnis der EmK	113
B.1. vom bio-psycho-sozialen zum ganzheitlichen Krankheitsmodell	115

12. Literaturverzeichnis

- [BHL99] BÖTTGER, HÄRTEL, LEONHARDT und MÜHLER: *Definition Chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker*, 1999.
- [Bis10] BISCHOF, G: *Effektivität von Psychotherapie bei Suchterkrankungen*. Suchttherapie, 11:158–165, 2010.
- [Bos67] BOSCH, G: *Psychotherapie und Soziotherapie*. Sozialpsychiatrische Texte, 2:111–124, 1967.
- [cb10] *Satzung des come back e.V.*, 2010.
- [Des98] DESSECKER, HELMUT: *Sinn und Wert*. GVS Fachzeitschrift, 6, 1998.
- [Dör78] DÖRNER, K.: *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Psychiatrie-Verlag GmbH, 1978.
- [Feu96] FEUERLEIN, W: *Alkoholismus*. Verlag C.H.Beck, München, 1996.
- [GDB94] GRAWE, K., R. DONATI und F. BERNAUER: *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1994.
- [HH00] HOLLMANN, W und STRÜDER H.K.: *Gehirn, Psyche und körperliche Aktivität*. Suchttherapie, 19:948–956, 2000.
- [KL07] KLEMM, H.J und E. LAUSTNER: *Evaluation eines Hirnleistungstrainings bei CMA*. Bodelschwingsche Anstalten, 2007. unveröffentlicht.
- [KS03] KÖRKEL, J. und C. SCHINDLER: *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Springer, 2003.
- [Lin03] LINDENMEYER, J: *Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke, Erfahrungen aus der Soziotherapie*. Remscheider Gespräche, 1:135, 2003.
- [Lin10] LINDENMEYER, J: *Gibt es eine neuropsychologische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigen?* Suchttherapie, 11:166–172, 2010.
- [LM10] LEONHARDT, H.J. und K. MÜHLER: *Rückfallprävention für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke*. Lambertus-Verlag, 2010.
- [MHK08] MÜLLER, S.V., S. HARTH und U. KLAUE: *"Dann mache ich mir einen Plan!": Arbeitsmaterialien zum planerischen Denken ; [Buch und CD-ROM]*. Verlag Modernes Lernen, 2008.

- [MR99] MILLER, W.R. und S. ROLLNICK: *Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen*. Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau, 1999.
- [Pet89] PETZOLD, HILARION: *Die vier Wege der Heilung in der integrativen Therapie*. Integrative Therapie, 15:42ff, 1989.
- [SP04] SCHMIDTKE, K und CALABRESE P.: *Kognitive Störungen bei Wernicke-Korsakow-Syndrom*. Remscheider Gespräche, 2, 2004.
- [SQN07] STEINGASS, H.P., A. QUASS und THAMS N.: *PLOP - Ein verhaltenstherapeutisches Gruppen- und Spielprogramm*. Remscheider Gespräche, 2, 2007.
- [SS00] STEINGASS, H.P. und ALLGEMEINE HOSPITALGESELLSCHAFT (HILDEN) FACHAUS-SCHUSS SOZIOtherAPIE: *Soziotherapie chronisch Abhängiger: ein Gesamtkonzept*. Verhaltensmedizin heute. Neuland, 2000.
- [Ste94] STEINGASS, H.P.: *Kognitive Funktionen Alkoholabhängiger: Intelligenz, Lernen und Gedächtnis als Determinanten des Therapieverlaufs chronisch alkoholkranker Langzeitpatienten*. Schriftenreihe Sucht und Soziotherapie. Neuland, 1994.
- [Ste04] STEINGASS, H.P.: *europsychologische Methoden in der Arbeit mit chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen*. Remscheider Gespräche, 2, 2004.

Glossar

A | C | D | E | F | G | H | I | K | L | M | N | O | P | R | S | T | V | W | Z

A

adäquat

lateinisch adaequare, bedeutet: angemessen oder passend. 38, 50

aerodynamisch

hier: im Sinne von "sich an der Luft bewegen" gemeint. 47, 51

Alkoholattrappe

hier: täuschend ähnliche Nachbildung eines alkoholischen Getränkes. 50

alkoholtoxisch

die giftige Wirkung des Alkohols betreffend. 29, 47

Amnesie

griechisch für "ohne Erinnerung". 3, 5, 32, 33, 38, 53, 79, 83

Amnestisches Syndrom

Vergessen von Gedächtnisinhalten, Merkfähigkeitsstörung durch Schädigung des Zentralen Nervensystems (siehe auch retrograds/ anterograde Amnesie. 9, 31, 32, 34, 49)

anterograd

nach vorn gerichtet,

anterograde Amnesie: Verlust neuer Gedächtnisinformationen. 30–32, 34, 38, 49, 53, 83

C

Comorbidität

Begleiterkrankung. 16

D

deklaratives Gedächtnis

deklarativ: deutlich, offenkundig

deklaratives Gedächtnis – bewusstes Gedächtnis. 30

Delir

bezogen auf alkoholbedingtes Delirium tremens, Entzugsdelir schwerer Verwirrheitszustand, gleichzeitig auftretende Störungen des Bewusstseins und der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, des Denkens, des Gedächtnisses, der Gefühle und des Schlaf- Wachrhythmus. Die Dauer ist unterschiedlich, und der Schweregrad reicht von leicht bis tödlich.. 31, 89

Dendriten

von griechisch Baum
verzweigter Fortsatz einer Nervenzelle. Eine Nervenzelle (Neuron) hat viele Dendriten. 47

Desintegration

gemeint ist die soziale Desintegration
Auflösung eines sozialen Zusammenhaltes. 16

Diakonie

Dienst am Menschen. 5, 9, 71

diencephal

von griechisch diencephalon : Zwischenhirn,
bedeutet das Zwischenhirn betreffend. 29, 30

diffus

unklar, ungeordnet, verschwommen. 29

dispositionell

Fähigkeit oder Neigung (einer Person) unter bestimmten Umständen ein bestimmtes Verhalten zeigen zu können. 26

E**endogene Psychose**

seelische Erkrankung, die aus sich selbst heraus (von "innen") entstanden ist ohne bisher bekannte Ursache z.B. Schizophrenie, gegenüber hirnorganischer Psychose: seelische Erkrankung, aufgrund nachweisbarer Gehirnschädigung. 18

Evaluation

Begutachtung, Bewertung, Einschätzung. 55, 66

exekutive Funktion

exekutiv (lat.) ausführend, e.F. sind Steuerfunktionen für Planen, Ausführen und Kontrollieren von Handlungen (Frontalhirn - „Exekutivorgan“) siehe frontaler Cortex. 30, 32

Expositionstraining

verhaltenstherapeutische Methode z.B. zur Angstbewältigung. 58

F

frontaler Cortex

Cortex (lat.) Rinde, F.C. bedeutet Stirnlappen der Großhirnrinde. 30, 84

G

Genese

Entstehung / Entwicklung; z.B. Suchtentwicklung. 14, 15, 48, 49, 79

H

hemisphärisch

Auch: **(rechts-)hemisphärisch** oder **(links-)hemisphärisch**

hemi (grie.) halb-, einseitig; Hemisphäre = Halbkugel z.B. des Gehirns, bedeutet die linke oder rechte Gehirnhälfte betreffend. 29, 30

Hirnplastizität

Formung von Gehirnstrukturen (z.B. im CT sichtbar). 47

hypoglykämisch

hyper = über der Norm liegend; hypo = unter der Norm liegend

hypoglykämisch: unterzuckerter Zustand. 29

hypoxisch

wenig Sauerstoff

hier in der Bedeutung durch Sauerstoffmangel bedingte Gehirnschädigung. 29

I

interkurent

curare (lateinisch) heilen

inter (lat.) zwischen (Erkrankung)

bedeutet: Eine Erkrankung, die während der Behandlung einer anderen Erkrankung unabhängig von dieser auftritt, z.B. Herzinfarkt während einer Alkoholentwöhnungsbehandlung. 46

intrinsisch

aus eigenem Antrieb heraus. 25

K

Konditionierung

Lernen durch (positive) Verstärkung. 25, 38

L**lexekarisches Wissen**

lex (lat.) Sache bedeutet Sachwissen (Faktenwissen). 30

limbisch

auch **Limbisches System**

limbus (lat.) eigentlich Saum, Begrenzung. Zum L. S. gehören verschiedene Strukturen im Inneren des Gehirns, die eine ähnliche oder gemeinsame Funktion haben, dazu gehört u.a. Antrieb, Lernen, Gedächtnis, vor allem emotionales Gedächtnis. 29

Läsion

(lat.) Verletzung / Schädigung. 30

M**Modulation**

Variation, Veränderung. 50

multidimensional

vielschichtig, vielfältig, in unterschiedliche Richtungen gehend. 24

multiple

vielfältig. 14, 18

N**neuropathologisch**

Pathologie: Wissenschaft von der Krankheitsentstehung; neuro – path. bedeutet: die Krankheit des Nervensystems betreffend. 29

O**obligat**

unerlässlich, erforderlich. 48, 67

Oesophagusvarizen

Blutgefäßausstülpungen in der Speiseröhrenwand. 92

P

Pankreas

Bauchspeicheldrüse. 92

parapsychotisch

para- Präfix mit der Bedeutung: neben, abweichend auch gegen schwere psychische Störung mit Verlust des Realitätsbezuges. 17

persistierend

bestehen bleibend, fortdauernd. 31, 38

Polytoxikomanie

Mehrfachabhängigkeit. 41, 42

Primat

etwas Vorrangiges. 18, 57, 75

prozedurales-Gedächtnis

Gedächtnis von Fähigkeiten und Tätigkeiten sowie konditionierten Abläufen auch als implizites – unbewusstes Gedächtnis bezeichnet. Teil des Gesamtgedächtnisses, welches beim Alkoholbedingten Amnestischen Syndrom nicht gestört ist!. 30, 32, 38

prämorbid

prä:(lat.): vor; morbus (lat.) Krankheit
bedeutet: vor der Krankheit liegend(er Zustand). 53

psychogen

psychischer, seelischer Herkunft. 14

psychotische Reaktion

vorübergehende seelische Störung, z.B. Halluzinationen. 37

psychotrop

ein die Psyche des Menschen beeinflussender Stoff. 13, 16, 41, 42, 64

R**Restitution**

Wiederherstellung. 18, 21

retrograd

retro (lat.) zurück; retrograde Amnesie bed. Gedächtnisverlust auf der Zeitachse zurück gerichtet bezüglich des schädigenden Ereignisses z.B. Unfall. 32, 49, 83

S

selektive Aufmerksamkeit

Zuwendung zu bestimmten Wahrnehmungen, Konzentration auf bestimmte Umweltreize.
32

semantisch

Bedeutung von Worten betreffend,
Fachwissen, berufliches Wissen. 30

Serotonin und Dopamin

Botenstoffe im Gehirn. 47

signifikant

kennzeichnend, charakteristisch. 41, 42

somatogen

soma (lat.) Körper, bedeutet körperlichen Ursprungs z.B. körperlich bedingte Beschwerden.
14

spirituell

spiritus (lat.) Geist, Hauch
geistlich, im Sinne religiöser Ausrichtung. 115

Stressinkontinenz

Einnässen aufgrund seelischer Belastung. 37

synthetische Drogen

sind psychisch wirksame Substanzen, die ohne einen natürlichen (z.B. pflanzlichen) Wirkstoff im Labor hergestellt wurden.. 42

T**Thiamin-Mangel**

Mangel an Vitamin B 1, kann zum Wernicke-Korsakow-Syndrom führen. 29, 31, 32, 89

V**visomotorisch**

Koordination von Bewegung und Sehen (z.B. Auge- Hand- Koordination). 30

Visualisierung

Veranschaulichung, Sichtbarmachen von etwas. 66

W

Wernicke-Korsakow-Syndrom

Akute Form des Korsakow-Syndroms (v. Wernicke erstmals beschrieben): Akuter Thiaminmangel, während eines Entzugsdelirs ausgelöst. Typische Symptome: Augenbewegungsstörungen, hirnorganisches Psychosyndrom, Gangbildstörungen. 17, 29, 31, 32, 79, 88, 96

Z

zerebraltrophisch

cerebrum (lat.) Gehirn; Atrophie: Schwund , Schrumpfung; hier in der Bedeutung Gehirnschwund. 29

A. Anhang



Abbildung A.1.: „come back - EIN WEG“

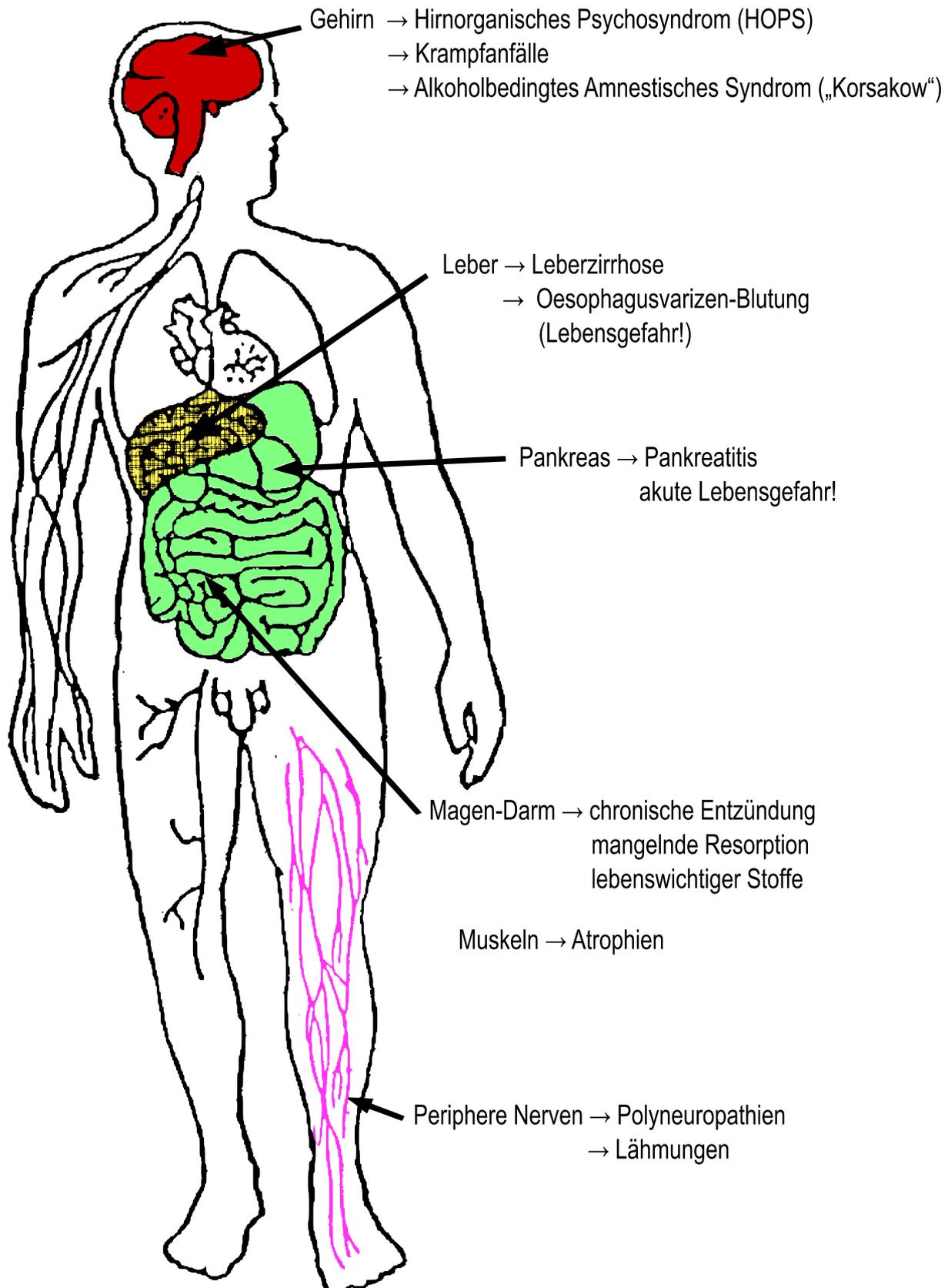


Abbildung A.2.: Übersicht Alkoholbedingte somatische Suchtfolgeschäden

Die Begriffe Oesophagusvarizen und Pankreas werden im Glossar erläutert

Hemisphärenspezifische

+ Aufgabenverteilung **-**

Linke Gehirnhälfte

Semantische Funktionen
Rechnen, Lesen, Schreiben

Fakten, Regeln
Logik

Verbale Äußerungen

Liedtexte

Detailwahrnehmung
Geradliniges Denken

Rechte Körperseite

Rechte Gehirnhälfte

Gefühle, Phantasie
Kreativität

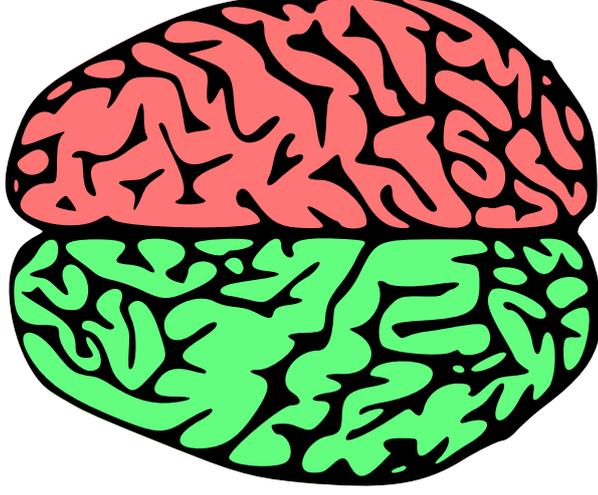
Visuelle + räumliche
Wahrnehmung
Vorstellungsvermögen

Non-verbale Äußerungen

Liedmelodien

Wahrnehmung des „Großen
und Ganzen“, Schätzen

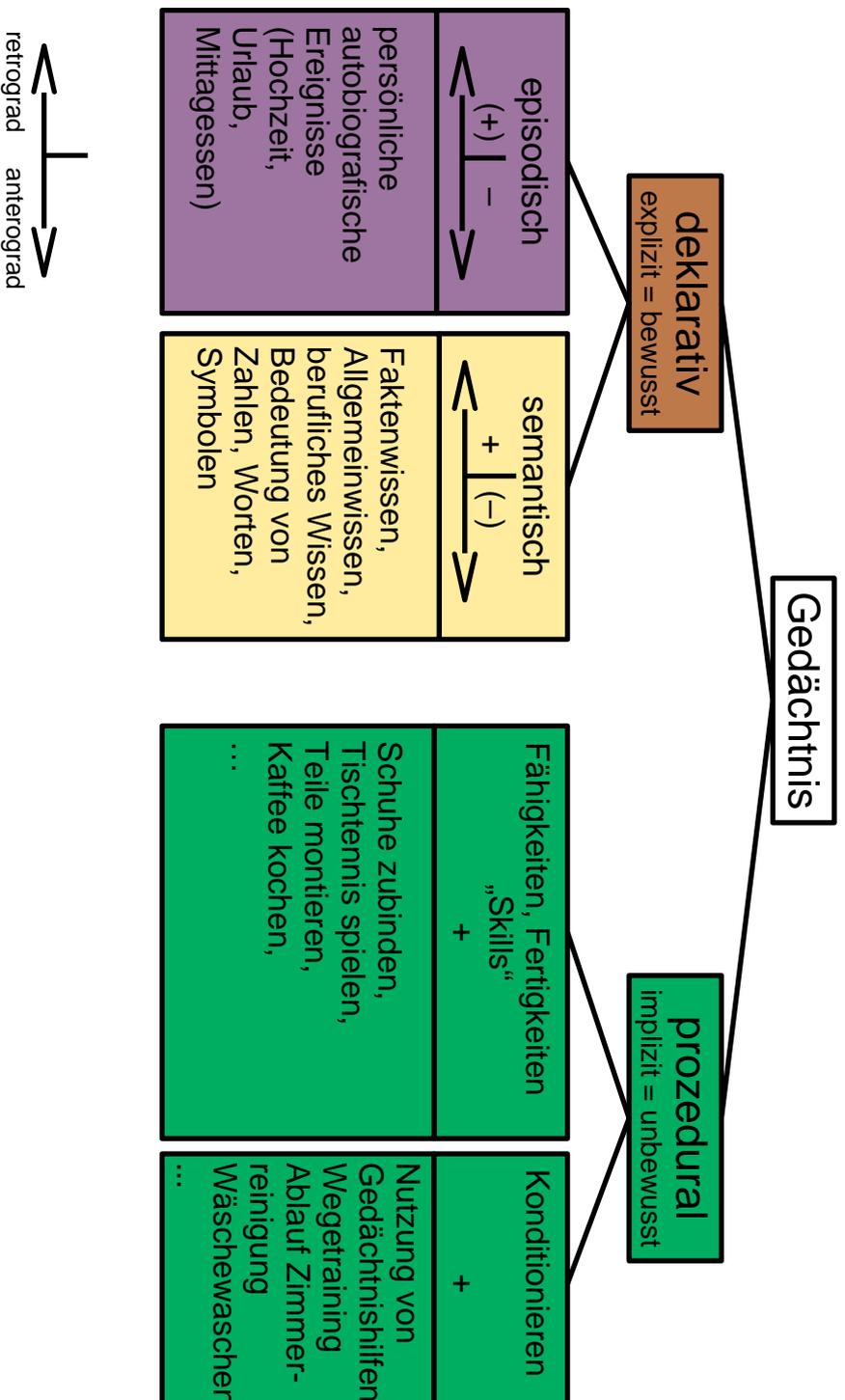
Linke Körperseite



(vgl. A. Quaß; N. Thams, H.-P. Steingass – PLOP- Sucht und was im Kopf passiert... S. 51)

Abbildung A.3.: Hemisphärenspezifische Aufgabenverteilung vgl. [SQN07] Seite 51

„Was funktioniert ? Was funktioniert nicht ?“



(vgl. A. Qualt; N. Thams, H.-P. Steingass – PLOP- Sucht und was im Kopf passiert... S. 59)

Abbildung A.4.: Gedächtnisfunktionen bei Alkoholbedingtem Amnestischen Syndrom vgl. [SQN07]

Chancen für Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom

Ressource	Ressourcen – Nutzung „was geht?“
<p>Prozedurales Gedächtnis (= implizites Gedächtnis)</p>	<p>motorisches Programm: - Fertigkeiten - Gewohnheiten Reaktion auf Reize Lernen durch Konditionieren (z.B. Wegetraining / Nutzung von Merkhilfen)</p>
<p>„Arbeitsgedächtnis“ Kurzzeitgedächtnisspanne</p>	<p>Verstehen verbale Auffassung (umso wichtiger 5K´s!)</p>
<p>semantisches Gedächtnis retrogrades sem. Gedächtnis</p>	<p>Rückgriff auf allgemeines/berufliches Wissen</p>
<p>anterogrades sem. Gedächtnis*</p>	<p>Lernen unter großem Aufwand möglich, wenn kontextfreie Erinnerung ausreichend</p>
<p><i>* abhängig vom Ausmaß der anterograden Amnesie</i></p>	

come back e.V. 2013

Abbildung A.5.: Chancen für Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom

Die fünf "K's"

im Umgang mit Korsakow – Bewohnern

1. Kurz:

Der Betroffene behält nur kurze Informationen. Er kann das Wesentliche aus einer Wortfülle nicht ausfiltern. Die Information sollte **kurz**, **sachlich** und **deutlich** formuliert werden: z.B.

„Herr M., Sie haben heute Hausdienst.“ oder „Herr M., stehen Sie bitte jetzt auf.“

2. Konkret:

Dem Betroffenen fällt es schwer, sich Situationen vorzustellen oder im Voraus zu planen. Die Anweisungen sollten **klar**, **einfach** und auf die **konkrete** Situation bezogen sein: z.B.

„Herr M., putzen Sie bitte zuerst das Waschbecken.“

3. Konsequenz:

Die gleiche Information immer auf die gleiche Weise geben. Auch wenn der Bewohner nicht reagiert, geben Sie die gleiche Information in gleichem Wortlaut wieder. (*Versuchen Sie nicht, den gleichen Sachverhalt ausführlicher und somit komplizierter zu erklären.*)

Alle Mitarbeiter müssen in Wort und Schrift die gleichen Begrifflichkeiten verwenden.

4. Kontinuierlich:

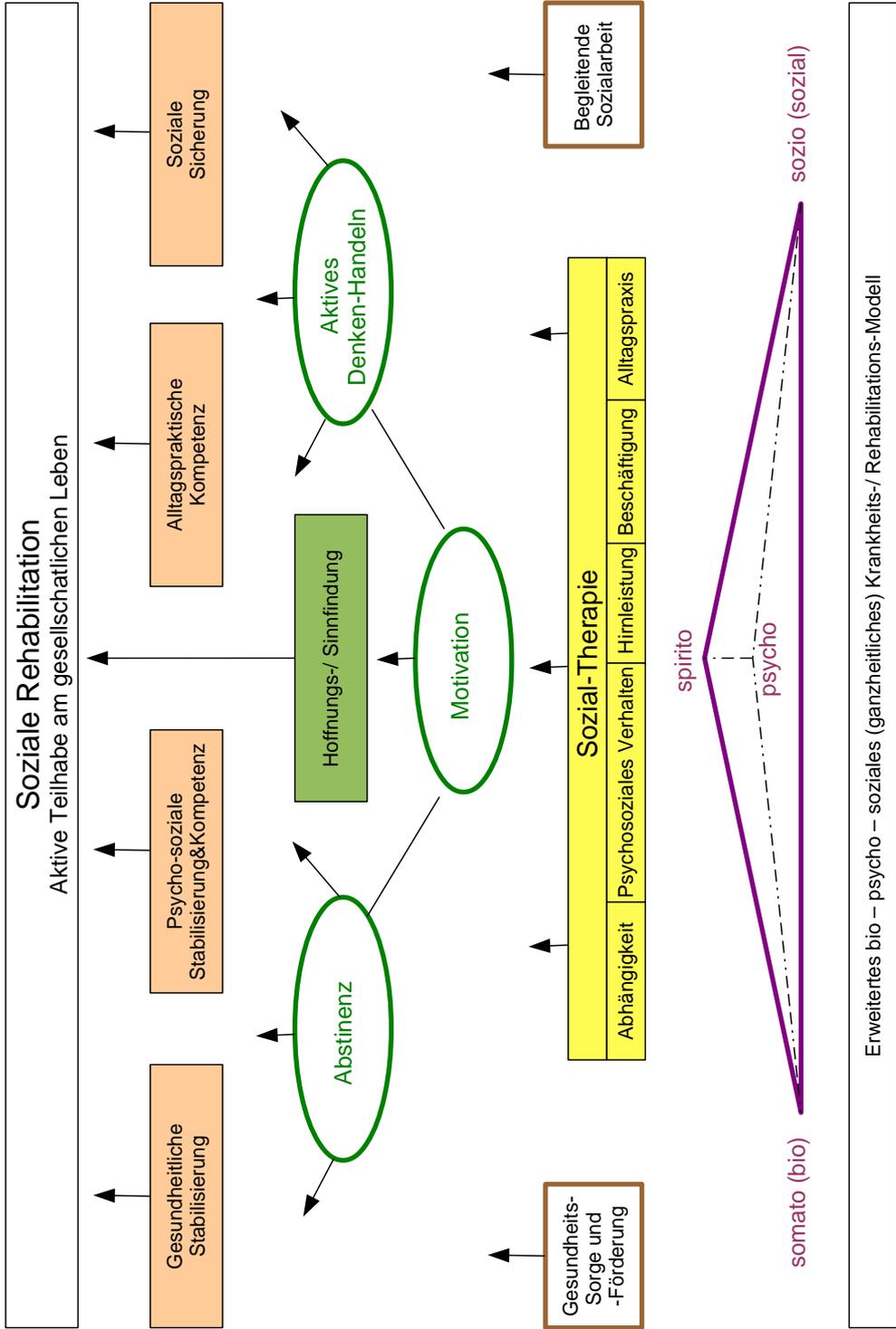
In der Planung des Tagesablaufs und der Beschäftigung muss Kontinuität berücksichtigt werden. Der Betroffene muss kontinuierlich über den gesamten Tag mit Informationen versorgt sein. Wenn der Betroffene nicht weiß, was als nächstes stattfindet, muss er wiederholt auf den Plan hingewiesen werden, aus dem er theoretisch die Information selbst entnehmen kann. Es ist wichtig, dass sich alle Mitarbeiter daran halten!

5. Kreativ:

"Kopplung" verbaler und visueller Informationen.
Anknüpfen an Vertrautes hilft Merken und schafft Sicherheit.

(nach Bert Kors / Wim Seumke, in: *Gerontopsychiatrische Pflege*; Berlin / Wiesbaden 1997)

Abbildung A.6.: Die fünf „K's“, im Umgang mit Korsakow – Bewohnern



Erweitertes bio – psycho – soziales (ganzheitliches) Krankheits-/ Rehabilitations-Modell

Sozialtherapeutische Wohnstätte für CMA - Betreuungsschwerpunkte / therapeutische Ansätze und deren Kernziele

Dipl. Med. Ingrid Ufer, come back e.V. 2012

Abbildung A.7.: Modell soziale Rehabilitation

come back e. V. Sozialtherapeutische Wohnstätte für CMA - Betreuungsinhalte

Angebote der Sozialtherapie

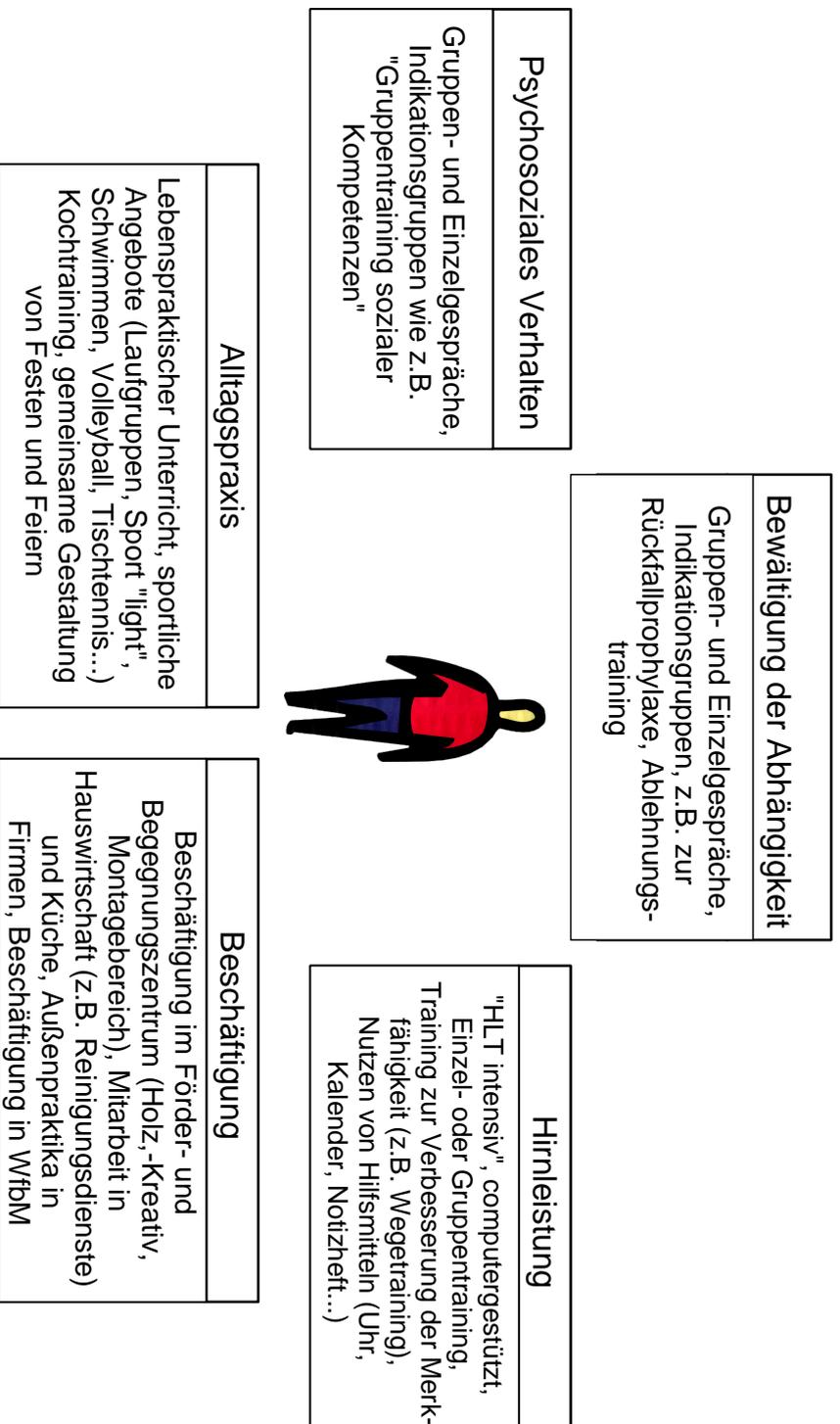
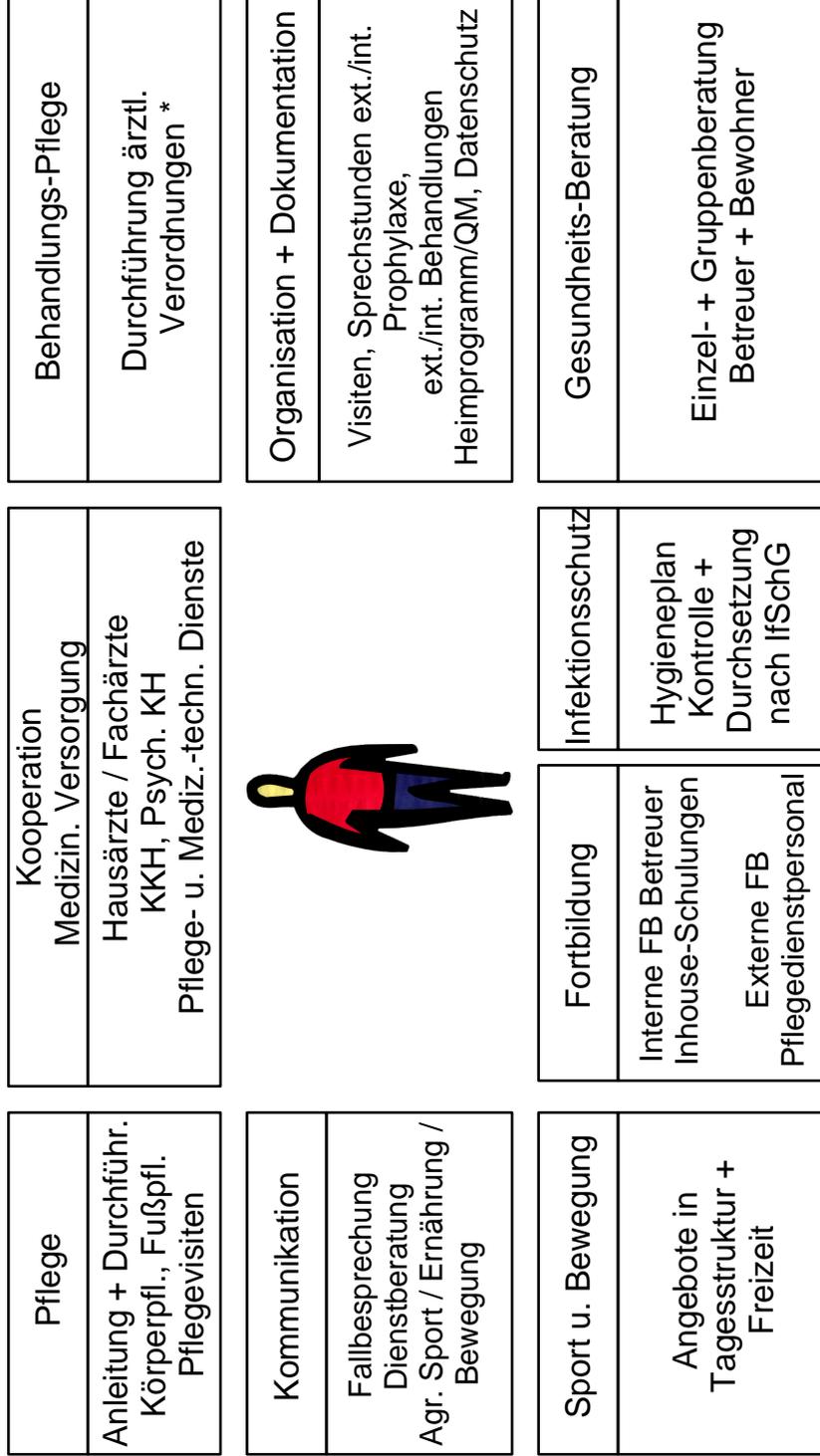


Abbildung A.8.: Angebote der Sozialtherapie

come back e.V. Sozialtherapeutische Wohnstätte für CMA - Betreuungsinhalte

Gesundheits- + Förderung



* nicht Bestandteil der Leistungen der Eingliederungshilfe

Abbildung A.9.: Gesundheits- + Förderung

come back e.V. Sozialtherapeutische Wohnstätte für CMA - Betreuungsinhalte

Begleitende Sozialarbeit

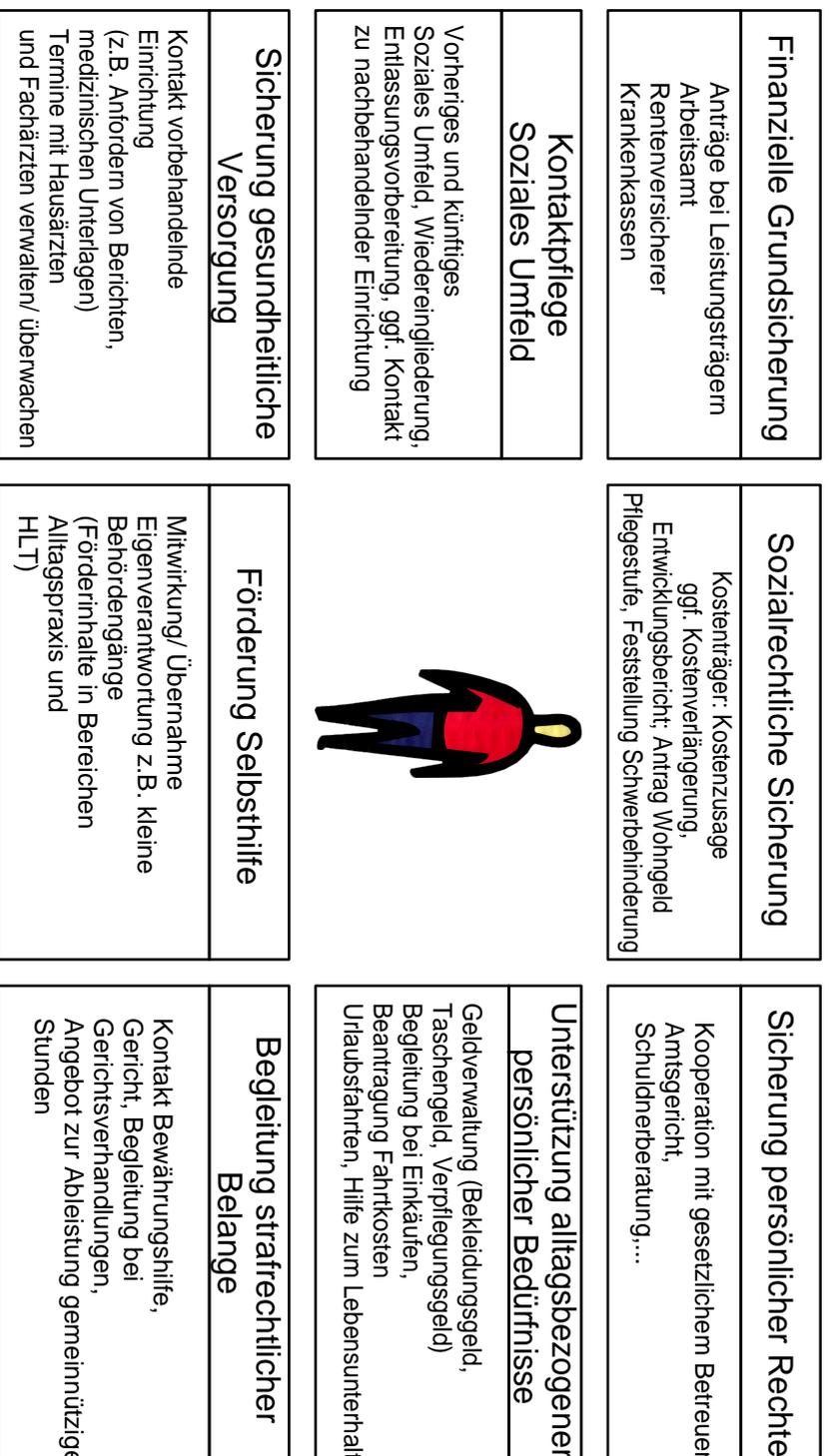


Abbildung A.10.: Begleitende Sozialarbeit

Aufnahmeprozesse (Kurzform)

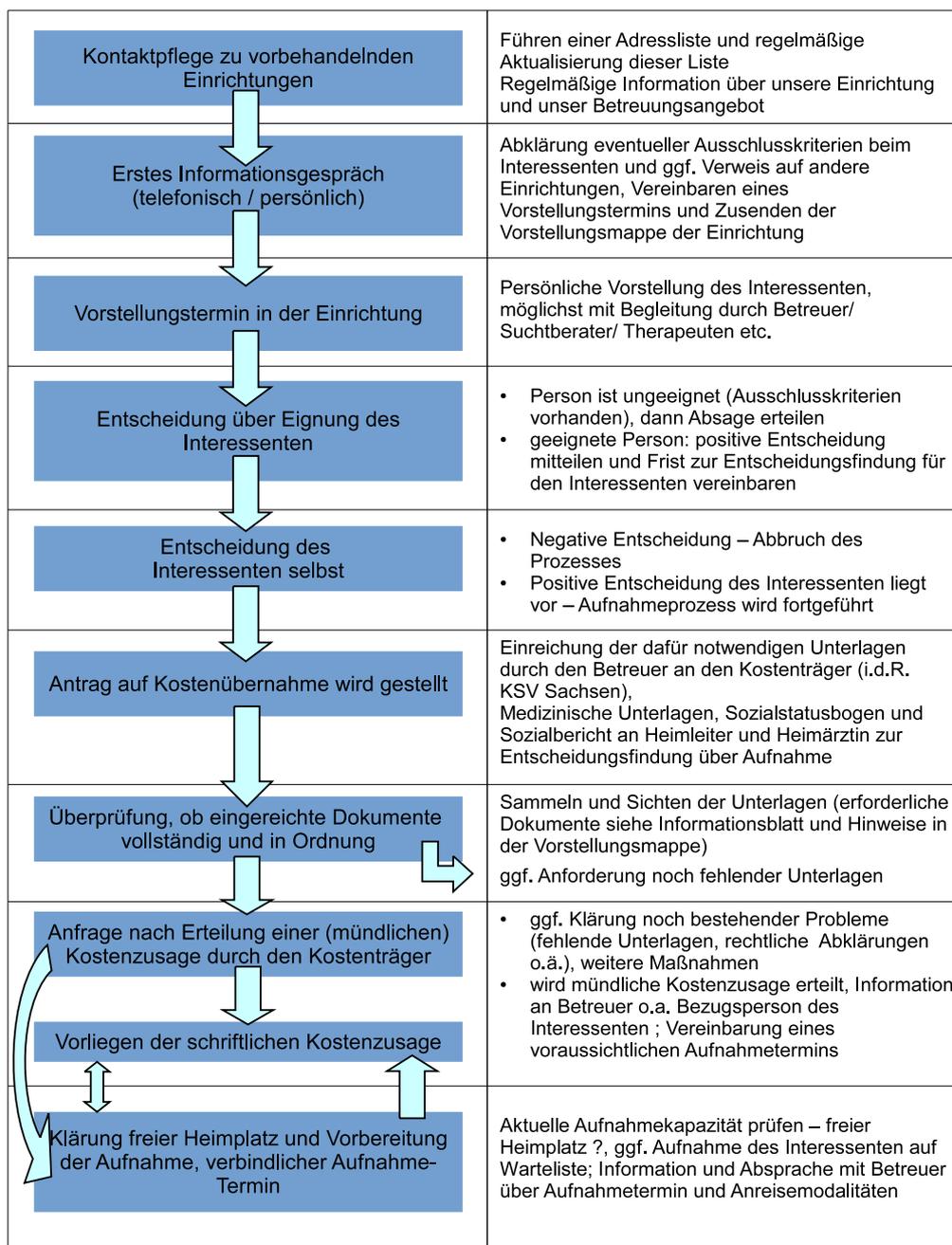
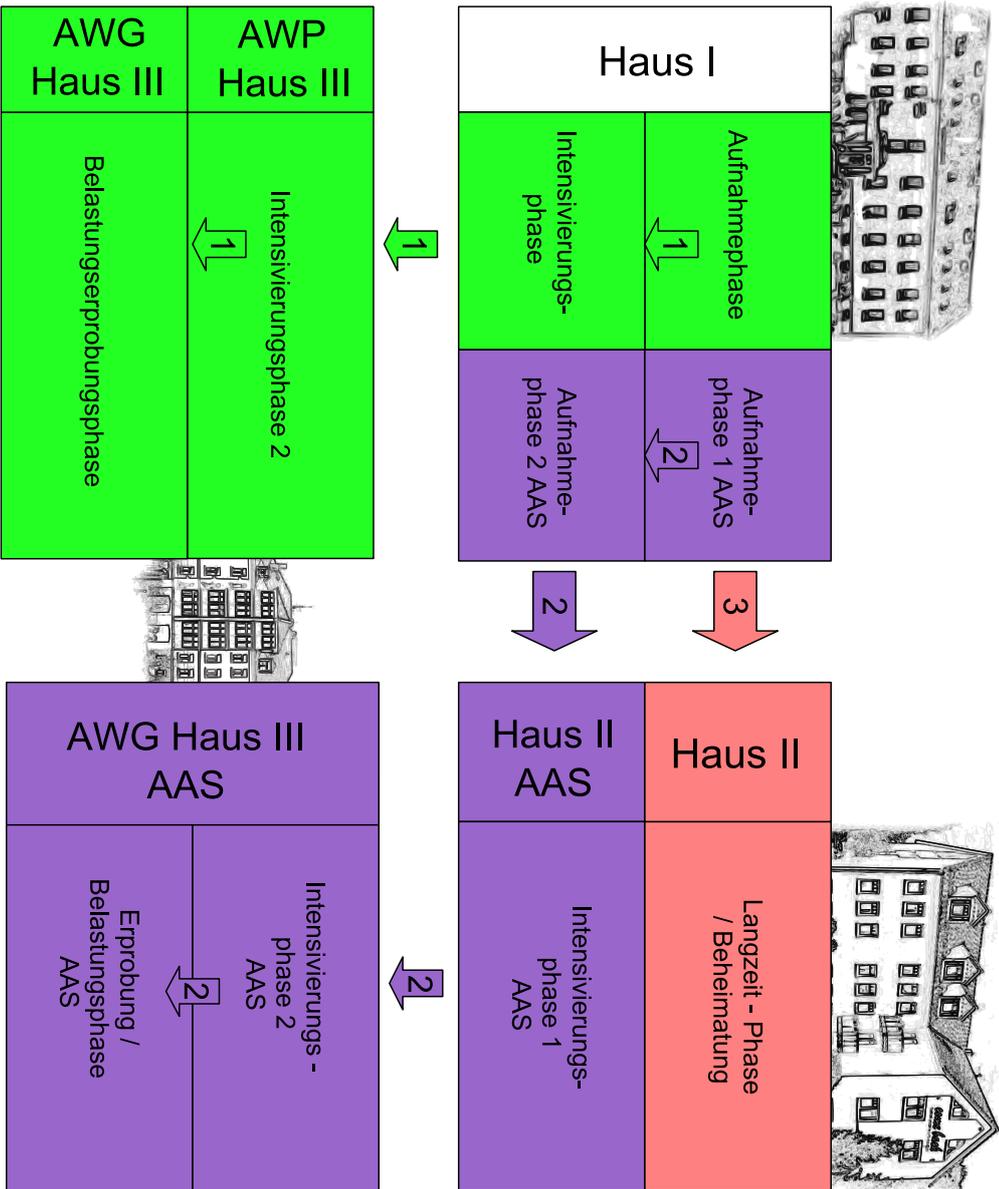


Abbildung A.11.: Aufnahmeprozess in *come back*



differenzierter Betreuungsdurchlauf

Abbildung A.12.: Betreuungsdurchlauf in *come back*

Sozialtherapeutische Wohnstätte für Chronisch- Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke – come back e.V. - Inhalte und Kernziele Sozialtherapie

1	Abhängigkeitserkrankung Aufnahmephase	Psychosoziales Verhalten Aufnahmephase	Hirnleistung Aufnahmephase	Beschäftigung Aufnahmephase	Alltagspraxis Aufnahmephase
Haus I	- Krankheitseinsicht - Veränderungsmotivation	- Eingewöhnung, Entlastung - Akzeptanz der neuen, geschützten Rahmenbedingungen - Akzeptanz der eigenen gesundheitlichen und sozialen Situation	- Verbesserung von Wahrnehmung und Konzentration - Erhöhung des Orientierungsvermögens	- Wiedererlernen regelmäßiger Beschäftigungsabläufe - Aufmerksamkeits-, Ausdauer- Konzentrations-, Ausdauer- Verbesserung - Freilegen von persönlichen Ressourcen	- Orientierung, Gewöhnung an Wochenrhythmus - persönliche Hygiene - Übernahme von Aufgaben in Hausreinigung und Gemeinschaftsversorgung mithilfe von Arbeitsanweisungen und Plänen - Freilegen von persönlichen Ressourcen
	Intensivierungsphase	Intensivierungsphase	Intensivierungsphase	Intensivierungsphase	Intensivierungsphase
	- Krankheitseinsicht - Abstinenzmotivation	- freie, angemessene Bedürfnisäußerung - angemessenes Sozialverhalten in der Gruppe und Betreuungsbeziehung - Entdecken von Ressourcen und Neigungen - wieder Freude erleben - Bereitschaft zu Reflexion und Auseinandersetzung mit der Realität	- Steigerung kognitiver Leistungen - Konzentration und Merkfähigkeit - leichte planerische Grundaufgaben	- Wiedererlernen von Kontrollfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein - Arbeiten - Erlernen neuer Fähigkeiten und Fertigkeiten - Erweiterung der Interessengebiete	- Fertigkeiten Hwi-Tätigkeit: Wäschepflege, Kochen, Backen - Verhalten Havarieren/1.Hilfe - Erproben/Üben - Taschengeld- und Terminverwaltung - Verpflegungsgeld / Einkäufe planen - Mitwirkung bei Freizeitgestaltung
KERNZIEL	Bereitschaft zu Veränderung und Abstinenz	Hoffnung auf eine realistische Zukunft	Verbesserung kognitiver Leistung, Orientierungssicherheit im Heimaltag	Wiedererwerb grundlegender Voraussetzungen für Beschäftigung	notwendige Hwi/alltagspraktische Fähigkeiten für Übergang Intensivierungsphase 2 (Haus II)

Stand: Januar 2014

Abbildung A.13.: Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus I Hauptlinie 1

Sozialtherapeutische Wohnstätte für Chronisch- Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke – come back e.V. - Inhalte und Kernziele Sozialtherapie

1		Abhängigkeitserkrankung	Psychosoziales Verhalten	Hirnleistung	Beschäftigung	Alltagspraxis
AWP		Intensivierungsphase 2	Intensivierungsphase 2	Intensivierungsphase 2	Intensivierungsphase 2	Intensivierungsphase 2
Haus III		<ul style="list-style-type: none"> - Suchtgenese - Krankheitsverständnis - Bewältigungsstrategien erlernen - soziale Kompetenz üben 	<ul style="list-style-type: none"> - Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte und bisherigem Lebensstil, Selbstreflexion - Therapie und Veränderungs-bereitschaft (evtl. Spezifische externe Therapie) - Stärkung des Selbstwert-verständnisses - Übernahme von Eigenver-antwortung - Akzeptanz der Gruppenmitglieder 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung und Festigung kognitiver Leistungen - besonders Konzentrations- und Merkfähigkeit - selbstständige eigenver-antwortliche Arbeit am Computer (cogpack) - Selbstständigkeit im planerischen Denken: Zeit- und Aktivitätsplanung 	<ul style="list-style-type: none"> - Steigerung der Selbstwahr-nehmung und Kontrollfähigkeit - Training und Nutzung planerischen Denkens (Erstellen persönlicher Pläne) - Beschäftigung für selbstständige Beschäftigung - Steigerung Ausdauer, Pünktlichkeit - Umgang mit neuen Personen, Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz - Anbahnung von beruflichen RehabMaßnahmen: WfbM, Praktikumsplätze 	<ul style="list-style-type: none"> - Medikamentenverwaltung, Gesundheits-sorge - Steigerung der Fertigkeiten in der Hwi: Kochen, Wäsche, Einkauf, Essen-Planung - Taschengeld-/Terminver-waltung - Planung von Wochenende / Freizeitgestaltung, Urlaub - Interessen/Hobbys erweitern - kleine Reparaturen durch-führen - soziale Kontakte vorbereiten
Haus III		<ul style="list-style-type: none"> - Rückfallprophylaxe - Erprobung der Abstinenzfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Aktionsradius erweitern, Außenkontakte - soziale Kompetenzen üben - Frustrationsfähigkeit testen und stärken - Erhöhung von Eigenver-antwortung - Übernahme von Ver-antwortung für die Gruppe 	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt, Festigung kognitiver Leistung - Planerisches Denken weiter üben und erproben bzw. aktiv nutzen - z.B. Freizeitplanung, Geld- und Haushaltsplanung 	<ul style="list-style-type: none"> - WfbM oder Praktikumsplatz extern 	<ul style="list-style-type: none"> - Übernahme von Verantwortung - Ordnen+stufenweise Selbst-verwaltung von persönlichen Akten, Umgang mit Ämtern - Geld- und Terminplanung - aktive Gestaltung von Freizeit-sozialen Kontakten, Gesundheits-sorge - Planung von Wohnungs-einrichtung + neuem Lebensumfeld
KERNZIEL		<p>Der Bewohner hat sich die wesentlichen Grundlagen für seine Abstinenzfähigkeit erarbeitet</p>	<p>ausreichend psychische Stabilität und soziale Kompetenz, Hoffnung auf eine reale Zukunft</p>	<p>größtmögliche Selbst-ständigkeit im Alltag</p>	<p>WfbM-Fähigkeit / Praktikums-platz extern / Sicherung der Kernziele</p>	<p>weitmöglichste Selbst-ständigkeit in allen alltags-praktischen Verrichtungen, Fähigkeit zu aktiver Inanspruchnahme noch notwendiger Hilfeleistungen</p>

Stand: Januar 2014

Abbildung A.14.: Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus III Hauptlinie 1

Sozialtherapeutische Wohnstätte für Chronisch- Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke – come back e.V. - Inhalte und Kernziele Sozialtherapie

2		Abhängigkeitserkrankung	Psychosoziales Verhalten	Hirnleistung	Beschäftigung	Alltagspraxis
AAS	Aufnahmephase 1 AAS	- Akzeptanz des abstinenten Rahmens	- Eingewöhnung, Entlastung - Akzeptanz der neuen, geschützten Rahmenbedingungen - Annahme von Hilfestellungen - Sicherheit in den gegebenen Rahmenbedingungen	- insbesondere Nutzung von Orientierungs- und Merkhilfen ermöglichen	- Gewöhnung an Beschäftigungsablauf - auf klare, einfache Strukturen sowie Kontinuität achten! - Aufmerksamkeits-, Ausdauer-, Konzentrations-, Verbesserung - Freilegen von persönlichen Ressourcen	- vorrangig Hilfestellung bei Orientierung - persönliche Hygiene - Ressourcen freisetzen - vereinfachte Abläufe in der Hwi mit Merkhilfen
	Aufnahmephase 2 AAS	- Krankheitseinsicht	- Sicherheit in den Abläufen - Vertrauen zum Betreuer und der Gruppe - Zugang zu eigenen Ressourcen - Freude wieder erleben	- Training von Arbeitsabläufen mit Merkhilfen - Verbesserung von Kognitiver Funktionen (HLR intensiv)	Aufnahmephase 2 AAS	Aufnahmephase 2 AAS
KERNZIEL	Akzeptanz (derzeit) Abstinenter Lebensweise	Vertrauen in angebotene Hilfestellungen	Verbesserung kognitiver Leistung, Orientierungssicherheit im Heimaltag	Zugang zu persönlichen Ressourcen Sicherheit in den Rahmenbedingungen	Annahme + Gebrauch von Orientierungs- und Merkhilfen	

Stand: Januar 2014

Abbildung A.15.: Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus I Hauptlinie 2

Sozialtherapeutische Wohnstätte für Chronisch- Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke – come back e.V. - Inhalte und Kernziele Sozialtherapie

2 AAS		Abhängigkeitserkrankung	Psychosoziales Verhalten	Hirnleistung	Beschäftigung	Alltagspraxis
<h1 style="margin: 0;">Haus II</h1>		Intensivierungsphase 1 AAS	Intensivierungsphase 1 AAS	Intensivierungsphase 1 AAS	Intensivierungsphase 1 AAS	Intensivierungsphase 1 AAS
		<ul style="list-style-type: none"> - eigene (Suchtgenese)*, Krankheitsverständnis - Bewältigungsstrategien in kleinen Einheiten, Wiederholungen angepasst an die Hirnleistung bei AAS <p>* Voraussetzung: Ausreichendes retrogrades, episodisches Gedächtnis und Reduktion der Zeitgitterstörung</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Auseinandersetzung bisheriger Lebensstil, Lebensgeschichte - Erfassen und Akzeptanz der amnestischen Behinderung - Ressourcen entdecken und nutzen, Genuss und Lebensfreude - Selbstwertstärkung 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung allgemeiner Gedächtnisleistungen - Erlernen von Adaptionen zur Alltagsbewältigung - weiteres Training von Arbeitsabläufen 	<ul style="list-style-type: none"> - Nutzung von persönlichen Ressourcen (frühere Fertigkeiten mobilisieren) - Sicherheit in Fertigkeiten - Abläufe trainieren, unter Nutzung von Hilfsmitteln (Merk- und Orientierungshilfen) - Wegetraining u.a. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sicherheit im Tagesablauf und in Hwi-Abläufen - an Ressourcen bei Hwi-Fertigkeiten anknüpfen, fördern - Wegetraining Einkauf, Arztbesuch - regelmäßige Freizeitaktivitäten - Taschengeldverwaltung über klar definierten Zeitraum
KERNZIEL		Akzeptanz und (Verständnis)* der eigenen Abhängigkeitserkrankung	Sicherheit und Vertrauen zu gebotenen Hilfen	Sicherheit und vermehrte Selbstständigkeit in der Alltagsorientierung unter Heimbedingungen Voraussetzungen schaffen für Haus III	Sicherheit in Orientierung und Abläufen der internen BT	Erweiterung des Aktionsradius z.B. Voraussetzungen für AWG-AAS ermöglichen

Stand: Januar 2014

Abbildung A.16.: Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus II Hauptlinie 2

Sozialtherapeutische Wohnstätte für Chronisch- Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke – come back e.V. - Inhalte und Kernziele Sozialtherapie					
2	Abhängigkeitserkrankung	Psychosoziales Verhalten	Hirnleistung	Beschäftigung	Alltagspraxis
AWG AAS	Intensivierungsphase 2 AAS	Intensivierungsphase 2 AAS	Intensivierungsphase 2 AAS	Intensivierungsphase 2 AAS	Intensivierungsphase 2 AAS
	<p>Wiederholung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Suchtgenese), Krankheitsverständnis - Bewältigungsstrategien - Rückfallprophylaxe, insbesondere Versuchsungswiderstand stärken 	<p>Wiederholung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auseinandersetzung Lebensgeschichte, Lebensstil - Akzeptanz und einstellen auf Amnesische Behinderung - Fortschritte im Rahmen der Behinderung erlebbar machen - Selbstwertstärkung und Sicherheit - Lebensfreude und Genuss - Gemeinschaftssinn stärken, Sozialverhalten in der Gruppe gestalten 	<ul style="list-style-type: none"> - zeitliche und örtliche Orientierung in neuer Umgebung - Erhalt allgemeiner Gedächtnisleistungen - Wegetraining bei Gebrauch von Hilfsmitteln - Gebrauch von Arbeitshilfen für Alltagsabläufe, z.B. Kochen, Reinigen, Wäsche waschen - Erlernen von Wochenplan-Gestaltung mit Hilfsmitteln 	<ul style="list-style-type: none"> - Beschäftigung in interner Tagesstruktur ! neue Rahmenbedingungen Arbeitsabläufe- und Wegetraining ! - Nutzung von Hilfsmitteln für Orientierung und Merken - Erweiterung von Gestaltungsräumen, Kontrollfähigkeit ermöglichen - Ressourcen beachten, Fertigkeiten stärken 	<ul style="list-style-type: none"> - Wdh. Intensivphase AS 1 unter neuen Rahmenbedingungen - Einkauf, Backen-Kochen- training, Wäschewaschen unter Gebrauch von Orientierungs- und Merkhilfen - Orientierung am Wochenplan - Interessen/Hobbys pflegen - Teilnahme an Freizeitgestaltung intern
Haus III	Belastungsprobungsphase AAS	Erprobung / Belastungsphase AAS	Belastungsprobungsphase AAS	Belastungsprobungsphase AAS	Belastungsprobungsphase AAS
	<ul style="list-style-type: none"> - Erprobung der Abstinenzfähigkeit im AAS angepassten Rahmen - Wiederholung Rückfallprophylaxe 	<ul style="list-style-type: none"> - Ressourcen und Hilfestellungen nutzen - Aktionsradius (u.a. soziale Kontakte nach außen) erweitern - Eigenverantwortung schrittweise erhöhen 	<ul style="list-style-type: none"> - Selbstständiges Erarbeiten von Wochen-/Tagesplänen - örtliche Orientierung unter Gebrauch von Hilfsmitteln 	<ul style="list-style-type: none"> - in WfbM oder interner Tagesstruktur ! Änderung der Rahmenbedingungen beachten, d.h.: Arbeitsabläufe-, Wegetraining geeignete Orientierungs- und Merkhilfen ! - auf klare, einfache Strukturen achten, sowie Kontinuität 	<ul style="list-style-type: none"> - Erweiterung des Aktionsradius: Wegetraining z.B. Beschäftigung Sstr., WfbM, Arztbesuche - Externe (regional-Stadt) soziale Kontakte nach Hilfestellung selbst halten, fester Freizeittermin außerhalb - testen der Möglichkeit Erweiterung Aktionsradius überregional - z.B. Bahnfahrt zu Eltern, Beschäftigung in Löbau (regelmäßige Aktionen)
KERNZIEL	Der Bewohner, akzeptiert wesentlichen Grundlagen für seine Abstinenz und hat diese verinnerlicht	ausreichende psychische und soziale Kompetenz, im Rahmen der kognitiv bedingten Begrenzung Hoffnung auf eine reale Zukunft	Erweiterung des Aktionsradius im Alltag und Freizeit	Sicherung einer regelmäßigen Beschäftigung (AS angemessen) in einer internen oder externen Tagesstruktur	weitmöglichste Selbstständigkeit unter Gebrauch persönlicher Orientierungs- und Merkhilfen Annahme weiterer notwendiger unbefristeter Betreuung

Stand: Januar 2014

Abbildung A.17.: Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Haus III Hauptlinie 2

Sozialtherapeutische Wohnstätte für Chronisch- Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke – come back e.V. - Inhalte und Kernziele Sozialtherapie

3 L Haus II	KERNZIEL						

Zeitlicher Therapieablauf

Verlauf		Zeit	Kommunikation
<p style="text-align: center;">Aufnahme Haus I</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Aufnahmebefund (gesundheitliche und psycho - soziale Beeinträchtigung) Diagnosen/ Bewertung/ Vorläufige Prognose/ Individuelle Ziele/ Maßnahmen, Anamnese (standardisierte Lebens- u. Krankengeschichte) fertig erstellt</p> </div> <p style="text-align: center;">Hilfebedarfsverfahren</p> <p style="text-align: center;">Fallvorstellung im Team mit Zielkorrektiv (Maßnahmen, Konkretisierung)</p> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Erneute Fallvorstellung, Zwischenbefund sowie Erstellung Entwicklungsbericht</p> </div> <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>Weitere Ziele/ Maßnahmen Prognose und „Weichenstellung“</p> </div>		unmittelbar nach Aufnahme	Kurzinfo, 1. Vorstellung des Bewohners
		4 Wochen	Grundlegende Information an alle Bereiche
		6 Wochen	Information über Ziele
		6-8 Wochen	Information und Austausch
		ca. ¼ Jahr	
ca. ¾ Jahr	<i>Zuarbeit aus allen Bereichen</i>		
		Verlegung des Bewohners	
Haus II	Haus III	Erprobungsgruppe	Information und Austausch
Beheimatung oder Fördergruppe AS-Syndrom	Fördergruppe AS-Syndrom oder Reintegrations- Gruppen		
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px;"> Fallvorstellung, Zwischenbefund Entwicklungs-bericht (siehe oben) </div>		<i>Zuarbeit aus allen Bereichen</i>	
Verlegungsbericht	Entlassung ggf. Wechsel in ABW Entlassungsbericht	<i>Zuarbeit aus allen Bereichen</i>	

Abbildung A.19.: Zeitlicher Ablauf der Sozialtherapie

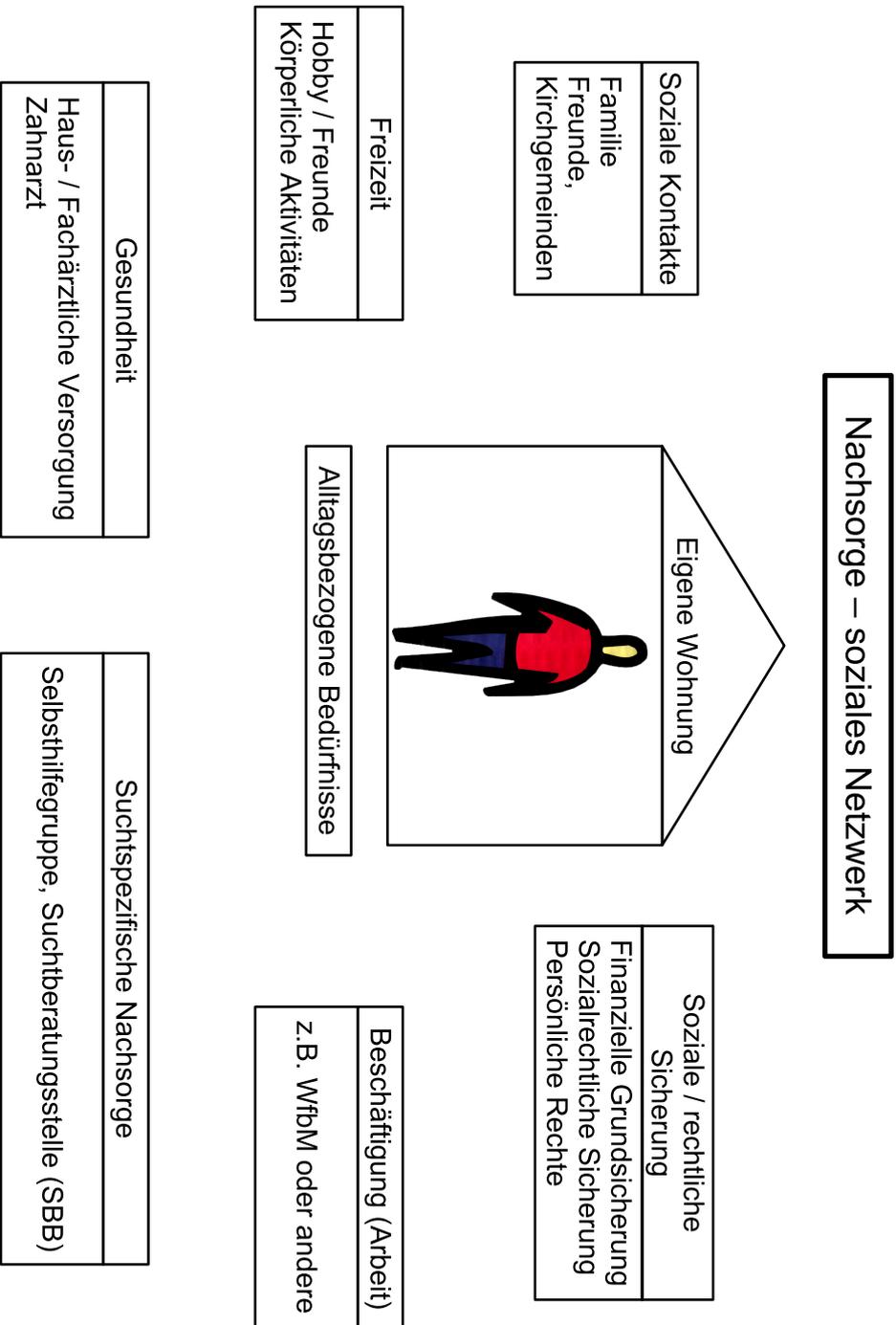


Abbildung A.20.: Nachsorge

Therapie-/Betreuungskette bei CMA

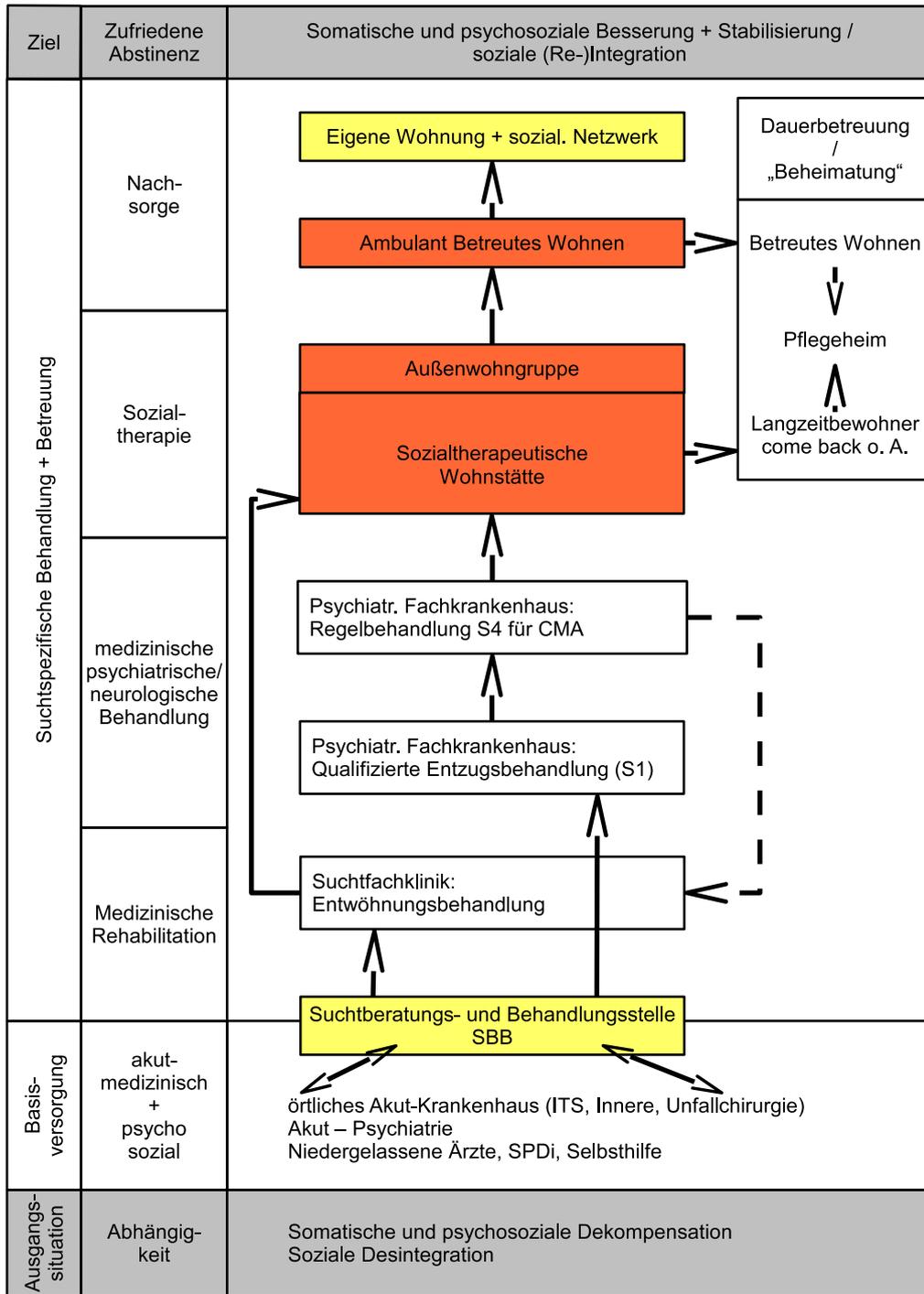


Abbildung A.21.: Die Therapeutische Betreuungskette

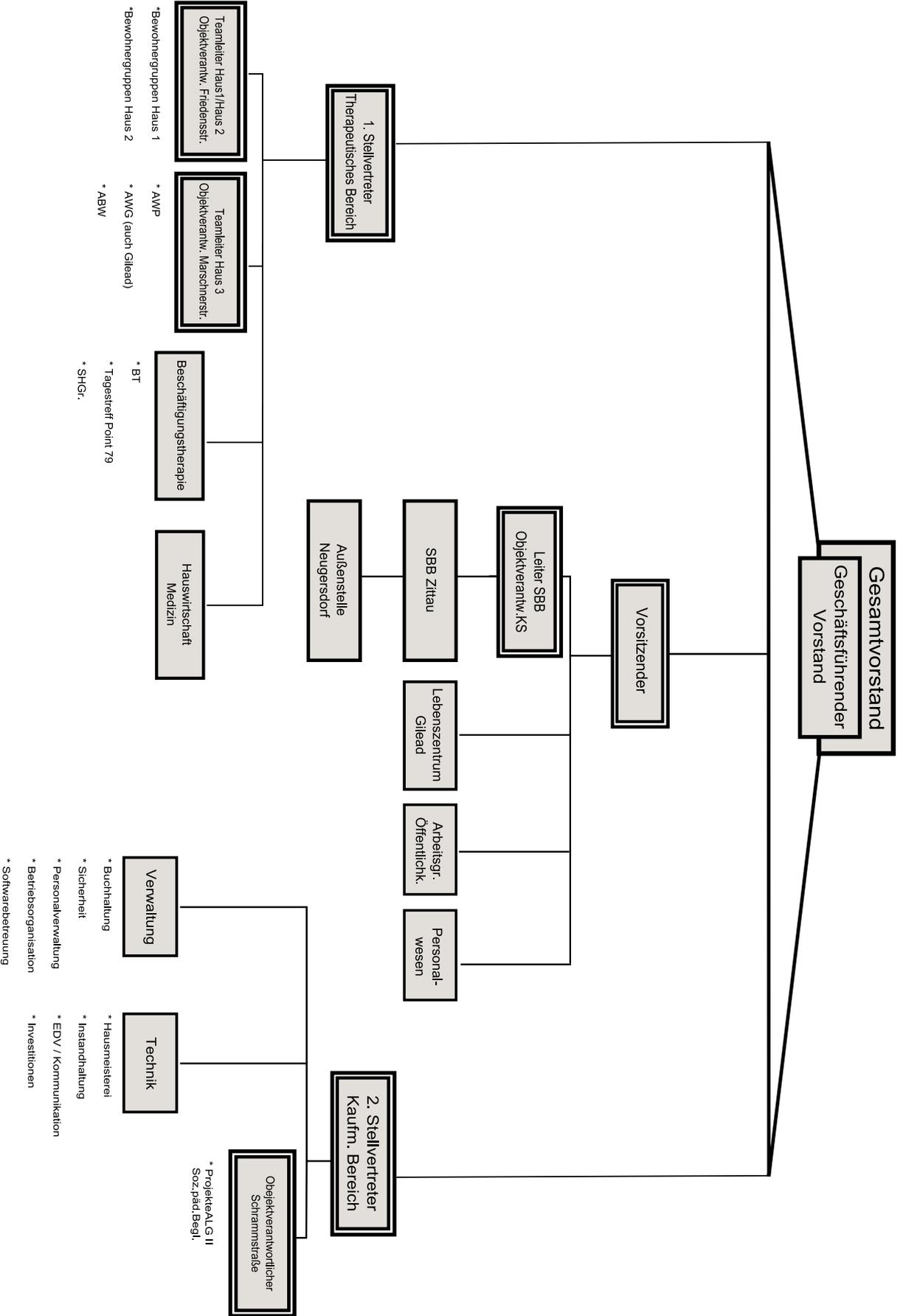


Abbildung A.22.: Das Organigramm des *come back* e. V.



Soziales Bekenntnis der Evangelisch- methodistischen Kirche

*Wir glauben an Gott, den Schöpfer der Welt,
und an Jesus Christus, den Erlöser alles Erschaffenen,
und an den Heiligen Geist, durch den wir Gottes Gaben erkennen.*

*Wir bekennen, diese Gaben oft missbraucht zu haben,
und bereuen unsere Schuld.*

*Wir bezeugen, dass die natürliche Welt Gottes Schöpfungswerk ist.
Wir wollen sie schützen und verantwortungsvoll nutzen.*

*Wir nehmen dankbar die Möglichkeiten menschlicher Gemeinschaft an.
Wir setzen uns ein für das Recht jedes Einzelnen
auf sinnvolle Entfaltung in der Gesellschaft.*

*Wir stehen ein für das Recht und die Pflicht aller Menschen,
zum Wohl des Einzelnen und der Gesellschaft beizutragen.*

Wir stehen ein für die Überwindung von Ungerechtigkeit und Not.

*Wir verpflichten uns zur Mitarbeit am weltweiten Frieden
und treten ein für Recht und Gerechtigkeit unter den Nationen.*

*Wir sind bereit, mit den Benachteiligten unsere Lebensmöglichkeiten zu teilen.
Wir sehen darin eine Antwort auf Gottes Liebe.*

*Wir anerkennen Gottes Wort
als Maßstab in allen menschlichen Belangen
jetzt und in der Zukunft.*

*Wir glauben an den gegenwärtigen und endgültigen Sieg Gottes.
Wir nehmen seinen Auftrag an, das Evangelium in unserer Welt zu leben.
Amen.*

B. come back - eine Einrichtung der Diakonie

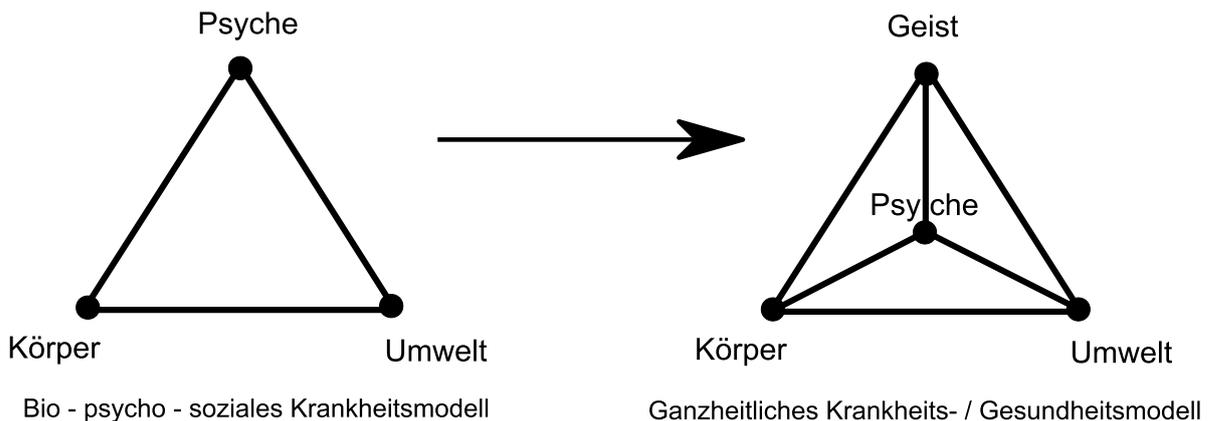
Gelegentlich wird uns die Frage gestellt:

„Was macht eigentlich eine christliche Einrichtung aus, woran ist sie in *come back* zu erkennen?“

Zunächst bekennen wir uns als diakonische Einrichtung zum christlichen Glauben in unseren **Grundsatzpapieren**. Unsere Leitlinien – in Kurzfassung „*come back* – EIN WEG“ – orientieren sich am Grundverständnis evangelischer Diakonie und dem Sozialen Bekenntnis der EmK (siehe Anhang A.23 auf Seite 113). Diese Leitlinien sind Teil der Grundlagen unserer sozialtherapeutischen Betreuung und sind in der Konzeption der Sozialtherapeutischen Wohnstätte festgehalten.

Wo ist aber das christliche Menschenbild im Betreuungsalltag zu finden?

Ganz allgemein ist dieses in den **Grundhaltungen** unserer Mitarbeiter zu finden. Zudem kann ein Mitarbeiter aus seinem persönlichen christlichen Glauben Stärkung und Motivation zum Dienst am Menschen gewinnen. In Kapitel 3 unserer Konzeption ist das „bio-psycho-soziale Krankheitsmodell“ als Grundlage für unsere therapeutische Betreuung beschrieben. Als christliche Einrichtung haben wir jedoch ein erweitertes Verständnis zu Krankheitsentwicklung und Rehabilitation welches die **sprituelle Ebene** mit einbezieht: das **Erweiterte (ganzheitliche) bio-psycho-soziale Krankheits- und Rehabilitationsmodell**



Frau Dipl. - Med. I.Ufer-come back e.V.-innerbetriebliches Fortbildungsmaterial

Abbildung B.1.: vom bio-psycho-sozialen zum ganzheitlichen Krankheitsmodell

In einer Dienstgemeinschaft, einem Team in der/dem Menschen gemeinsam an einer Aufgabe stehen – und das insbesondere im psychosozialen Bereich – gibt es unseres Erachtens keinen absolut "neutralen", geistigen Raum; auch nicht bei aller gebotenen Wertschätzung Andersdenkender.

Persönliche und sich daraus ergebende Haltungen einer Gemeinschaft wurzeln in religiösen, ideologischen und kulturellen Grundannahmen. Diese hieraus resultierenden Überzeugungen haben – wenn oft auch unbewusst – einen Einfluss auf Sichtweisen, Handlungsleitlinien, selbst auf die Art und Weise von Fragestellungen einer wissenschaftlichen Untersuchung. Es steht eher die Frage, ob diese geistige Dimension auch kommuniziert und bewusst genutzt wird.

Nun besteht der Sachverhalt, dass nicht alle Mitarbeiter der Einrichtung einer christlichen Konfession angehören:

Das wissenschaftlich begründete bio-psycho-soziale Krankheits- und Rehabilitationsmodell ist in unserer Konzeption festgeschrieben und für alle Mitarbeiter verbindlich. Zudem eint die Mitarbeiter die gemeinsame Überzeugung, dass jeder unserer Bewohner ein einzigartiger Mensch ist, der aller unserer Bemühungen wert ist, und zwar unabhängig seines körperlichen, psychischen oder geistigen Zustandes, unabhängig von Herkunft und Lebensgeschichte und ebenso unabhängig einer seinerseits anerkennenden Reflexion unseres Bemühens.

Begleitende Angebote christlichen Glaubens in der Sozialtherapeutischen Wohnstätte:

Die grundsätzlich fakultativen Angebote sind offen für jeden interessierten Bewohner unabhängig einer kirchlichen Zugehörigkeit. **Diese Angebote können vor allem in den Bereichen „Psychosoziales Verhalten“ und „Abhängigkeitserkrankung“** (siehe Modell der sozialen Rehabilitation Anhang Nr. A.7 S. 97 und Inhalte und Kernziele der Sozialtherapie im Anhang Nr. A.13 bis A.18 auf den Seiten 103 bis 108) **unterstützend wirken.**

Die Schwerpunkte liegen dabei in „Lebensbewältigung“ und „Sinnfindung“ (Siehe Kapitel 3.3.4 auf Seite 25). In Partnerschaft mit der örtlichen EmK werden Gottesdienste und Gesprächskreise angeboten. In der Kirchgemeinde sind unsere Bewohner willkommen. Der Pastor der Ortsgemeinde steht auf Wunsch auch unseren Bewohnern für seelsorgerliche und pastorale Begleitung zur Verfügung.

Konzeption verfasst von:

Ufer, Irmgard, Dipl.-Med.
Fachärztin für Allgemeinmedizin
Gründungs- und Vorstandsmitglied
therapeutische und konzeptionelle Beratung in *come back*

unter Mitwirkung von:

Jakob, Sabine
Dipl. - Sozialpädagogin (BA)
Sozialtherapeutin (VT)

Ufer, Torsten – Michael
Dipl. – Diakonie – Wissenschaftler
Dipl. - Heilpädagoge (FH)
Geschäftsführender Vorstand *come back*
(Therapeutischer Bereich)

Zimmermann, Falk
MBA Sozialmanagement
Dipl. Informatiker (FH)
Geschäftsführender Vorstand *come back*
(Kaufmännischer Bereich)

©: 2014 *come back* e.V. - Geschwister-Scholl-Str. 29 - 02763 Eckartsberg/OT Mittelherwigsdorf
☎ : +49 3583 796954 0 @ : info@verein-comeback.de

Nachdruck und Vervielfältigung, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung.

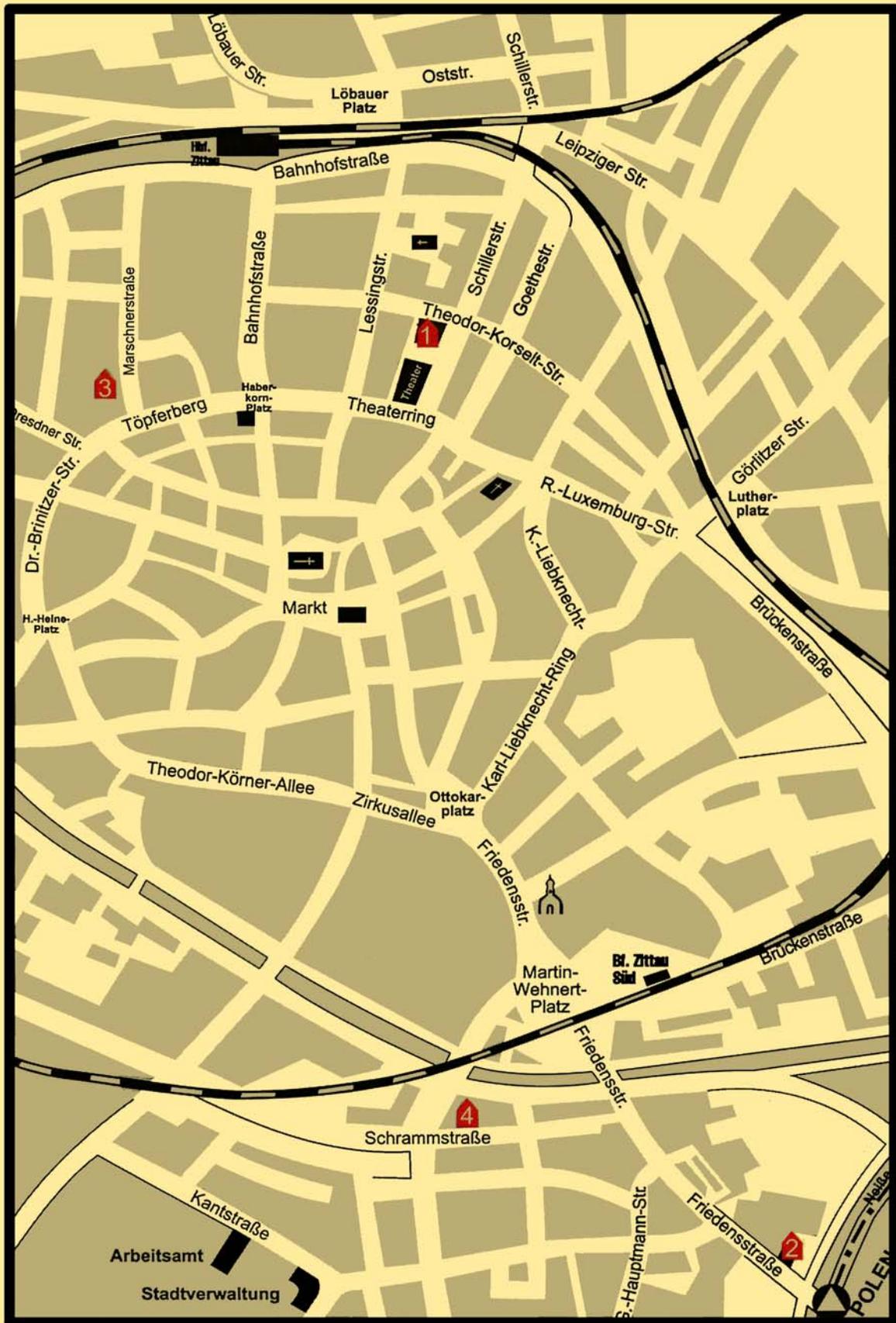
Aus praktischen und manchmal auch optischen Gründen haben wir uns im Text wie in den Abbildungen an manchen Stellen, insbesondere bei den Begriffen Chronisch Mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker / - erkrankung (CMA), Alkoholbedingtes Amnestisches Syndrom (AAS), Ambulant Betreutes Wohnen (ABW) erlaubt, die deutsche Rechtschreibung zu beugen. Wir bitten um Nachsicht.

Im Betreuungsalltag sprechen wir aus praktischen Gründen von „Bewohnern mit AS“, wobei in unserer Einrichtung im Regelfall ausschließlich Bewohner mit einem alkoholbedingten AS (AAS) leben. (vgl. Interne Fortbildung *come back*; Amnestische Syndrome – unterschiedliche Genese)

Bildnachweise (wo nicht angegeben):

Abbildung 4.2 auf Seite 33 enthält Bildmaterial von Wikipedia <http://de.wikipedia.org/wiki/Eisberg> abgerufen am 04.03.2014; Urheber sind Michael Haferkamp und Uwe Kils

Schaubilder: Christian König, Paul Zippel Fotos: Michael Meaubert



- 1** Suchtberatungsstelle
- 2** Sozialtherapeutische Wohnstätte, Friedensstraße
- 3** Sozialtherapeutische Wohnstätte, Marschnerstraße
- 4** Begegnungs- und Förderzentrum für Suchtkranke
- 5** Lebenszentrum Gilead und Geschäftsstelle/Verwaltung, Eckartsberg
-  Evangelisch-methodistische Kirche

come back e.V.

Geschwister-Scholl-Straße 29
02763 Eckartsberg

Tel.: 03583 / 7 96 95 40

Fax.: 03583 / 7 96 95 49

info@verein-comeback.de

www.verein-comeback.de

Spendenkonto:

Sparkasse Oberlausitz-Niederschlesien

IBAN: DE98 8505 0100 3000 0101 72

BIG:: WELADED1GRL