

Der konzeptionelle Ansatz der Sozialen Betreuungsgesellschaft

Regionale Versorgungssituation im Kreis Havelland bezogen auf die Hilfen für alkohol- und medikamentenabhängige Menschen

Die regionale Versorgung ist für den überwiegenden Teil der alkohol- und medikamentenabhängigen Menschen weitestgehend gesichert. Den Betroffenen stehen mehrere Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen (Caritas, Sozialpsychiatrischer Dienst) und stationäre Therapieplätze für die Entgiftung (Allgemeinkrankenhäuser Rathenow, Nauen und Brandenburg sowie Landeslinik Brandenburg) und Entwöhnung (überregional, Landeslinik Brandenburg und Tagesklinik Premnitz) zur Verfügung. Die Langzeitrehabilitation mit dem Ziel der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit kann im Therapeutischen Zentrum Kieck (SinAlkol) realisiert werden.

Trotz der vorhandenen Therapieketten bestand bis 1998 für die Gruppe der chronisch mehrfach Geschädigten eine Versorgungslücke im Landkreis Havelland. Mit der Eröffnung der Dauerwohnstätte „Haus Havelland“ konnte diese geschlossen werden. So konnte die Enthospitalisierung der chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken aus Alters- und Pflegeheimen und aus den psychiatrischen Landeskliniken beginnen. In den Folgejahren fanden Menschen den Weg zu uns, die entweder als „Dauerpatienten“ in den Entgiftungsstationen, in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder auf der Straße gelebt haben. Dieser Personenkreis gilt in der Regel als >therapieresistent<, da sie oft schon über viele Jahre immer wieder die Angebote der oben beschriebenen Therapiekette ohne langfristigen Erfolg in Bezug auf eine selbständige würdevolle Lebensführung und auf ihre Abstinenzfähigkeit hin in Anspruch genommen haben.

Definition

Chronisch Mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker – CMA

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

(Zitat: Steingass, 2006, S. 27)

Soziotherapie – Fokus der CMA- Behandlung geht nicht... so lautete lange Zeit die Grundhaltung in der Behandlung chronisch mehrfachgeschädigter Alkoholabhängiger. Heute haben sich die Erkenntnisse, Einstellungen und Ergebnisse grundlegend gewandelt. Daraus folgt: eine Behandlung ist möglich. Sie ist sogar differenzierter, individualisierter und effektiver geworden. Diese Aussagen gründen sich auf fundiertes Evaluationswissen durch die Behandlungsergebnisse in den CMA-Einrichtungen. Aber auch schon in den 80er Jahren, nach dem Beginn der Unterbringung in soziotherapeutischen Einrichtungen, wurde folgendes beobachtet: „Dabei konnten oft auch noch nach Jahren, weit jenseits der Spontanerholungsphase, erhebliche Fortschritte bei ihnen beobachtet, beschrieben und evaluiert werden. Besonders natürlich dann, wenn gezielte und passende therapeutische Interventionen eingesetzt wurden.“

(Zitat: Steingass, 2003, S. 10)

Kernstück der Behandlung ist die Soziotherapie. Die Ziele wurden 1992 erstmalig von Schwoon beschrieben:

Hierarchie der Interventionsziele bei Suchtkranken

Sicherung des Überlebens

Verhinderung von körperlichen Folgeschäden

Sicherung der sozialen Umgebung

Verhinderung sozialer Desintegration

Ermöglichung längerer Abstinenzphasen

Einsicht in die Grunderkrankung

Akzeptanz des eigenen Behandlungsbedarfs

Akzeptanz des Abstinenzzieles

Konstruktive Bearbeitung von Rückfällen

individuelle therapeutische Grenzziehung, Selbsthilfe

(Vgl. Jahresbericht, Lauenburg, 2004, S. 5)

Die Sicherung des Überlebens steht an erster Stelle. Dies ergibt sich aus den verschiedensten somatischen (epileptische Anfälle, Polyneuropathie, Kleinhirnatrophien u.a.) und psychischen (Korsakow, Demenz, neurotische und Persönlichkeitserkrankungen u.a.) Erkrankungen/Schädigungen, die durch das jahrelange Trinken entstanden sind. Vor einer Aufnahme in eine CMA- Einrichtung erfolgt in den meisten Fällen eine Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus (S4 Behandlung nach PsychPV). Hier liegt der Fokus in der medizinischen Bestandsaufnahme und Behandlung. Erst danach kann in aller Regel eine Aufnahme in eine soziotherapeutische Dauerwohneinrichtung erfolgen. Meist kommen die Menschen auch nach einer S4 Behandlung noch in einem sehr schlechten gesundheitlichen Zustand in eine CMA-Einrichtung. Der Zustand ist sogar katastrophal, wenn die Aufnahme in einem CMA- Wohnheim direkt nach der Entgiftung erfolgte.

Die Sicherung des Überlebens beschreibt Steingass als primäres Behandlungsziel für diesen Personenkreis.

„Das bedeutet zuallererst, „ein Dach über den Kopf“, etwas zu Essen, und zu Trinken.“
(Zitat: Steingass, 2003, S. 13)

Neben der weiterführenden ärztlichen Betreuung heißt Sicherung des Überlebens auch, dass eine pflegerische Betreuung/ Begleitung erfolgt. Dazu gehören: Zahnsanierung, Frisörbesuche und Fußpflege, Zahn- und Körperhygiene. Dies entspricht in etwa einer Basisversorgung. Erst darauf aufbauend können weiterführende Ziele vereinbart werden.

Auszugehen ist davon, dass es fast bei jedem CMA- Klienten noch Ressourcen und Bewältigungsstrategien gibt. Jeder noch so geschädigte Mensch hat irgendwo noch gesunde Anteile. Immer wieder geht es darum, diese Potenziale zu nutzen, zu fördern und auszubauen. Voraussetzung zur Mobilisierung und Nutzung dieser Fähigkeiten ist

„... die Schaffung eines strukturierten, schützenden und stabilisierenden Wohn- und Lebensumfeldes...“

(Zitat: Leonhardt, 2006, S. 123)

Insgesamt geht es um die Vermittlung von alltäglichen Abläufen, von Regeln, Normen, Pflichten und Freiheiten. Dabei hilft der geschützte Rahmen, gibt Sicherheit und Struktur. Da für das Wiedererlangen von Alltagskompetenzen viel Zeit notwendig ist, ist der Aufenthalt über mehrere Jahre angelegt. In regelmäßigen (meist halbjährlichen) Abständen werden die individuellen, niederschweligen Therapieziele angepasst. Dabei ist es wichtig, Unter- aber auch Überforderung zu vermeiden.

Die in der Dauerwohnstätte „Haus Havelland“ gewonnenen Erfahrungen decken sich mit denen von Böttger u.a. 1999 gemachten Schlussfolgerungen für die Form der Soziotherapie für CMA-Klienten.:

„Das Ziel der Therapie kann nicht annäherungsweise die Wiederherstellung des Ausgangszustandes bei Eintreten der Abhängigkeit sein. Der Verbrauch organischer und sozialer Ressourcen ist häufig nur teilweise reversibel.“

(Zitat: Böttger, 1999, S. 3)

Soziotherapie steigert die Lebensqualität und das Selbstwertgefühl suchtkranker Menschen und hilft ihnen, aus der Spirale von Beschäftigungslosigkeit, Sozialhilfe, Verschuldung, Vereinsamung und drohendem vorzeitigen Tod auszubrechen. Soziotherapie ist eine Aufgabe und ein Angebot, die es chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken ermöglicht, Anschluss an die Gesellschaft zu finden.

Betreuungsgrundsätze

Da bei der zu betreuenden Personengruppe Krankheitseinsicht, Abstinenzmotivation und Mitarbeitsbereitschaft oft nur unzureichend ausgebildet sind, ist für die sachgerechte Behandlung und Betreuung eine Verknüpfung von psychologischer, sozialtherapeutischer, sozialpädagogischer und pflegerischer Hilfe erforderlich. Grundsätzlich sehen wir den Bewohner als ganzheitliches Wesen und die Abhängigkeitserkrankung als ein sich in verschiedenen Phasen entwickelndes psychodynamisches Geschehen. Das Team der Dauerwohnstätte ist dementsprechend multiprofessionell und interdisziplinär orientiert.

Bedeutung der Lebensgeschichte

Da wir davon ausgehen, dass sich das süchtige Verhalten auf der Basis der sozialen Einflüsse sowie der Persönlichkeit und damit lebensgeschichtlichen Entwicklung etabliert hat, muss die Pathogenese ebenfalls in ihrer Entwicklung über die gesamte Lebensspanne, und nicht nur begrenzt auf die frühe Kindheit oder das aktuelle süchtige Verhalten, betrachtet werden. Dies hilft das aktuelle Verhalten des Bewohners besser zu verstehen und ist somit eine Grundvoraussetzung für ein angemessenes Verhalten auf der Seite des Betreuers.

Durch die Bewältigung der verschiedensten Lebensereignisse in den einzelnen Entwicklungsabschnitten wurden die Einstellungen und Haltungen, die persönlichen Werte und Normen geprägt. Diese stellen die Basis für die aktuelle Lebensbewältigung dar. Die Sucht ist als pathologischer Bewältigungsversuch zu betrachten und hat die Kompensation dieser Mängel und damit letztendlich die Selbststabilisierung zum Ziel. Es ist davon auszugehen, dass die vorhandenen Defizite in der Vergangenheit mit Hilfe der Droge kompensiert wurden. Zur besseren Akzeptanz der bestehenden Defizite bzw. zu deren Überwindung, ist auf eine konsequente Ressourcenorientierung zu achten. Nur so können die Bewohner motiviert werden, an ihrer weiteren Entwicklung zu arbeiten. Die kritischen Lebensereignisse und deren interpersonelle Verarbeitung sowie die kulturellen, gesellschaftlichen und familiären Rahmenbedingungen gilt es, bei der Auseinandersetzung mit dem Bewohner zu berücksichtigen.

Die Rolle der zwischenmenschlichen Beziehung

Da die Lebensgeschichte vieler Betroffener durch negative Beziehungserfahrungen (emotionaler Mangel und/oder fehlende Verlässlichkeit der Beziehung) geprägt worden ist, kommt der persönlichen Beziehung zum Betreuer eine besonders große Bedeutung zu. Das Kontakt- und Beziehungsangebot jedes Mitarbeiters steht deshalb modellhaft für zukünftige Begegnungen mit anderen Menschen und ist somit für den weiteren Entwicklungsprozess von größter Bedeutung. Das Beziehungsangebot muss dabei empathisch und akzeptierend aber auch echt und kongruent sein (ROGERS 1989). Das Beziehungsangebot muss dementsprechend Mut zur Veränderung und zur kritischen Auseinandersetzung machen aber auch konfrontieren und Grenzen setzen zulassen. Nach dem Prinzip „Antwort“ (aus der psychoanalytischen Therapie, HEIGL 1993) bieten die Mitarbeiter mit ihren eigenen Kenntnissen, Bewertungen und Affekten Hilfestellungen an. Dem Bewohner soll so ein Zugang zu verborgenen bzw. „verschütteten“ Gefühlsqualitäten und letztlich ein besserer Zugang zur eigenen Emotionalität ermöglicht werden. Es geht darum, dem Bewohner eine auf seine Person zugeschnittene Erweiterung seiner Erfahrungen und damit Veränderungen zu ermöglichen.

Bedeutung persönlicher Ressourcen

Aus der jahrelangen praktischen Arbeit mit Süchtigen ist bekannt, dass die eigenen Fähigkeiten oft nicht bzw. nicht mehr angemessen wahrgenommen werden können. Durch den oft jahrelangen Konsum des Suchtmittels, den zunehmenden Interessenverlust, den daraus resultierenden Vorwürfen aus der Umwelt (Angehörige, Arbeitskollegen, Freunde) und nicht zuletzt den zum Teil erheblichen körperlichen Folgeschäden sind das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeitserwartung deutlich reduziert. Für den Aufbau eines stabilen Selbstwertgefühls ist es somit unerlässlich, dem Betroffenen

die verfügbaren Fähigkeiten, Ressourcen und (bisher) verborgenen Talente erlebbar zu machen. Durch den Einsatz entsprechender Methoden soll den Bewohnern der Zugang zu den eigenen Körperwahrnehmungen, den Gefühlen und der Kreativität wieder ermöglicht werden. Nur auf dieser Basis der persönlichen Ressourcen lässt sich eine dauerhafte Abstinenz aufbauen und eine Rückkehr zu mehr Eigenständigkeit organisieren. Eine ausschließlich defizitäre Betrachtungsweise des Alkoholproblems ist für den Bewohner eher entmutigend und einer Stärkung der Abstinenzmotivation nicht dienlich. Defizite sind somit nur für die Bestimmung der Ausgangsposition diagnostisch relevant. Im Mittelpunkt der Intervention müssen aber die Ressourcen stehen (BEAR 1999).

Betreuungskonzept

- Organisation der Hilfeplanung -

Die Hilfeplanung ist grundsätzlich am Individuum orientiert und erfolgt in 6 Schritten:

- Informationssammlung,
- Erkennen von Ressourcen und Identifikation der relevanten Problembereiche,
- Detaillierte Festlegung von Betreuungszielen (Definition von kurz-, mittel- und langfristigen Zielen),
- Planung der Hilfemaßnahmen,
- Realisierung der Hilfe sowie
- Beurteilung und Dokumentation der Hilfsmaßnahmen.

- Allgemeine Mobilisierung -

Der Alltag im Haus wird wesentlich vom Engagement der Hausbewohner bestimmt und gestaltet. Die Vorgabe einer klaren Tagesstruktur dient jedoch der notwendigen Mobilisierung der Bewohner und der Gewöhnung an einen festen Lebensrhythmus. Dies scheint sinnvoll, da der Tagesablauf über Jahre hinweg vom Alkohol bestimmt worden ist und selbst Grundregeln der Körperhygiene nicht mehr realisiert worden sind. Spaziergänge und Bewegungsspiele in der Natur haben einen festen Platz in der Tages- und Wochenstruktur.

Der folgende Tagesablauf bildet den Rahmen dieser Tagesstruktur:

Tagesablauf: 6:30 Uhr Wecken (in der Woche)
7:30 Uhr gemeinsames Frühstück (Feiertage, Sa. & So. 8:00 Uhr)
8:00 - 8:30 hauswirtschaftliche Dienste im Wohnbereich
8:30 - 9:00 Gruppengespräche (2x wöchentlich Hausgruppe, in den Wohnbereichen)
9:00 - 12:00 Ergo- und/oder Beschäftigungstherapie
12:00 Uhr gemeinsames Mittagessen
13:00 - 14:00 Mittagsruhe
14:00 - 15:30 Ergo- und/oder Beschäftigungstherapie
15:00 - 15:30 Möglichkeit zum gemeinsamen Kaffeetrinken
16:00 - 18:00 Freizeit, Themenarbeit
18:00 Uhr gemeinsames Abendessen
19:00 - 22:00 Freizeit

Die Bewohner werden entsprechend der individuellen Hilfeplanung bei der Bewältigung der einzelnen Tagesaktivitäten unterstützt. Bei den besonders schwer geschädigten Bewohnern beginnt die Hilfe bereits bei der Körperpflege, dem Ankleiden und / oder der Nahrungsaufnahme. Grundsätzlich wird aber auch bei diesen Bewohnern (Pflegewohngruppe) die uneingeschränkte Integration in die Gemeinschaft der Dauerwohnstätte angestrebt.

- Entwicklung der Alltagskompetenz -

Ziel der Betreuung ist es, Hilfe bei der aktuellen Lebensbewältigung durch Fürsorge, Aufsicht, Anleitung und Kontrolle zu leisten. Durch zielgerichtete Motivation sollen die Bewohner zur aktiven Mitarbeit bewegt werden, um die Eigenverantwortlichkeit im Heilungsprozess zu fördern. Bei der Entwicklung der Alltagskompetenz spielt die sozialpädagogische Betreuung eine zentrale Rolle. Mit der Regulierung offener Vermögens- und Unterhaltsfragen oder der Durchsetzung von Rechtsansprüchen (z. B. Kleidergeld, Rente) sind die Bewohner oft überfordert. In Kooperation mit den bestellten Betreuern, den Angehörigen oder sozialen Diensten (Schuldnerberatung, Sozialamt etc.) wird der Bewohner bei der Bewältigung dieser Aufgaben unterstützt und begleitet. Die Hilfe begrenzt sich aber nicht auf die Anleitung bei der Bearbeitung von Formularen oder Anträgen, sondern beginnt oft schon beim Einkauf im Supermarkt oder Kaufhaus. Grundfertigkeiten der Hauswirtschaft werden vermittelt und der Umgang mit Geld trainiert. Der Aufbau und der Erhalt der Beziehungen zu den Angehörigen werden unterstützt.

- Förderung des Sozialverhaltens -

Das gemeinsame Leben mit den vielfältigen Gruppenaktivitäten bietet einen guten Rahmen für die tägliche Erprobung des Sozialverhaltens und das Training der Kommunikation. Insbesondere die Interaktionen mit den Mitarbeitern bieten ständig Möglichkeiten des Modelllernens und der Auseinandersetzung mit eigenem Verhalten. Die Rückmeldungen zum Verhalten sind deshalb besonders wichtig und sind deshalb zentrales Thema der wöchentlich stattfindenden Gruppengespräche. Der Abbau von sozialen Ängsten und von Verhaltensdefiziten im zwischenmenschlichen Bereich sind zentrales Anliegen. Eigene Bedürfnisse und individuelle Grenzen sollen erkannt, akzeptiert und mit denen der Mitbewohner koordiniert werden. Nur so können Bindungsängste überwunden und neue Beziehungen erfahren werden.

- Trainingsarbeitsplätze zur Leistungserprobung (Arbeitstherapie) –

Zur zielgerichteten Förderung und Erprobung der Belastbarkeit wird möglichst vielen Bewohnern die Möglichkeit gegeben, sich an Trainingsarbeitsplätzen auszuprobieren. Arbeit im therapeutischen Sinn ermöglicht die Wirklichkeitsprüfung der vermeintlichen oder tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten in einem geschützten Rahmen. Bei dieser Form der Betätigung sollen darüber hinaus auch wichtige hauswirtschaftliche Kompetenzen vermittelt werden. Die, gegenüber einem eigenverantwortlichen Leben, bestehenden Ängste können durch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen und Selbstbestätigung abgebaut werden. Die Arbeit vermittelt elementar die Notwendigkeit der eigenen Mithilfe für das Bestehen des Gesamten. Der Bewohner soll lernen, wie wichtig er ist, dass sein Handeln Bedeutung hat und er gebraucht wird. Darüber hinaus ermöglicht

die kontinuierliche Bewältigung der Aufgaben in einem eigenen Aufgabenbereich eine gezielte Stärkung der eigenen Willensorganisation und trägt somit wesentlich zur Abstinenzfähigkeit bei. Sinnvolle und sinngebende Tätigkeiten im arbeitstherapeutischen Prozess fördern das Bewusstsein: „Ich kann etwas leisten, ich bin nicht nutzlos, sondern wertvoll.“ Auf diese Weise kann die Arbeitstherapie Voraussetzungen für den Bewohner schaffen, sich selbst mit positiver Wertschätzung zu begegnen. Zusätzlich wird konkret erlebbar, dass gemeinsam größere Aufgaben bewältigt werden können, die den Einzelnen überfordern würden. So wird Gemeinschaftsbildung lebendig und wirkt damit der Isolierungstendenz suchtmittelabhängiger Menschen entgegen. Unter Anleitung übernimmt der Bewohner Aufgaben und damit Verantwortung in folgenden Bereichen:

- Garten- und Kleintierpflege
- Hauswirtschaft
- Küche / Bistro
- Hauseigene Wäscherei
- Renovierungsarbeiten (handwerklicher Bereich)

- Training kognitiver Fähigkeiten -

Die Bewohner werden entsprechend der noch verfügbaren Ressourcen zum Training ihrer kognitiven Hirnleistungsfähigkeit angeregt. Nach LEHRL u.ä. „wird die Abnahme von Geist und Gedächtnis im Alter zum Problem, wenn der Mensch den Kontakt zur Umwelt verringert.“ (1992, S. 6). Da bei den Bewohnern der Dauerwohnstätte zum Teil erhebliche Schädigungen im kognitiven Bereich zu verzeichnen sind, halten wir die Aktivierung in diesem Bereich und somit den Erhalt der Umweltkontakte für besonders wichtig. Die Grundfunktionen von Geist und Gedächtnis „ermöglichen dem Menschen, sich in der Umwelt verständlich zu machen, die Situation zu verstehen und richtig zu deuten, ein Gespräch mit Kollegen (Mitbewohnern) zu führen“ etc. „... bei der zerebrovaskulären Insuffizienz (Hirnleistungsschwäche) bedarf es einer Stärkung, einer Rehabilitation der geistigen Aktivitäten, einer Steigerung von Reaktion, Konzentration, Gedächtnis und wahrscheinlich auch einer Neueinübung von emotionalen Schwingungen.“ (LEHRL u. a. 1992, S. 17). Das systematische Training dieser Grundfunktionen kann den Alterungsprozess verlangsamen bzw. zu einer Steigerung der Leistungsfähigkeit nach erworbenen Schädigungen führen. Dies ist von LEHR u.a. empirisch nachgewiesen worden. Das beinhaltet sowohl Wort- und Sprachspiele zum Gedächtnistraining als auch Übungen zur Förderung von Aufmerksamkeit und Konzentration (Interaktionsspiele), es wird ressourcenorientiert und lustbetont gestaltet. Perspektivisch werden auch Möglichkeiten des computergestützten Hirnleistungstrainings in Betracht gezogen.

- Freizeitgestaltung -

Da das Freizeitverhalten der Bewohner in der Regel wenig entwickelt wurde und lange Zeit vom Trinken geprägt war, werden sie bei der Gestaltung ihrer Freizeit vom Personal unterstützt. Diese Unterstützung zielt darauf ab, Anregungen zu vermitteln und den Bewohnern bei der Planung und Organisation gemeinschaftlicher Aktivitäten behilflich zu sein. Durch eine interessante Freizeitgestaltung sollen neue Interessen geweckt und

der Wahrnehmungshorizont erweitert werden. Die Angebote anderer sozialer Einrichtungen (AWO, Volkssolidarität etc.), öffentliche Veranstaltungen (z. B. Konzertbesuche) und andere Freizeitangebote (Schwimmen, Bowling) werden dabei einbezogen. Die Teilnahme an den Aktivitäten ist grundsätzlich für allen Bewohner offen und freiwillig.

Die Integration in bestehende soziale Strukturen soll dabei genauso gefördert werden, wie die Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühls (Überwindung der subjektiv erlebten Einsamkeit). Auf die Kooperation mit den ortsansässigen Selbsthilfegruppen wird deshalb besonderer Wert gelegt.

Umgang mit Rückfällen

Das Auftreten eines Rückfalls muss nicht zwangsläufig zur Beendigung der Unterbringung und Betreuung führen. Entsprechend unserem Krankheitsverständnis ist die Abstinenz eine Voraussetzung für die Remission der Folgeschäden, deren Einhaltung kann aber nicht in jeder Situation erwartet werden (dann wäre keine Betreuung erforderlich!). Dem Bewohner muss auch die Möglichkeit gegeben werden, sich selbst und seine Grenzen kennenzulernen (z. B. Gaststättenbesuch). Da wir entsprechend dem Konzept von KÖRKE (1995) im Rückfall eine Chance sehen, ist die Auseinandersetzung mit dem Rückfall unverzichtbar. Gleichzeitig setzt dies aber auch die Bereitschaft des Bewohners und den Fortbestand einer vertrauensvollen Beziehung (über den Rückfall hinaus) voraus. Um dies zu gewährleisten, erwarten wir von jedem Bewohner entsprechend dem Heimvertrag, dass er seinen Rückfall umgehend persönlich anspricht. Entsprechend dem Ergebnis der Auseinandersetzung wird im Team gemeinsam mit dem Bewohner entschieden, welche Konsequenzen notwendig sind (stat. oder amb. Entgiftung, Veränderung der Ausgangsregelung etc.). Sollte dies nicht der Fall sein, wird entsprechend dem Ergebnis der Auseinandersetzung die Entlassung oder anderweitige Unterbringung veranlasst. Die Stabilisierung der Abstinenzmotivation und das Aufzeigen einer abstinenten Lebensperspektive ist oberstes Ziel der Bemühungen. Bei wiederholten Rückfällen innerhalb des Hauses scheint diese Form der Betreuung nicht der geeignete Rahmen für den betreffenden Bewohner zu sein, so dass die Entlassung in jedem Fall folgt.

Medizinische Versorgung

Die vorhandenen physischen und/oder psychischen Folgeschäden der Abhängigkeit machen eine eingehende medizinische Diagnostik und eine dementsprechende Behandlung erforderlich.

Die im Gesundheitszentrum verfügbaren Ressourcen (verschiedene Allgemein- und Facharztpraxen, Labor-, Röntgen- und Ultraschalldiagnostik sowie Physiotherapie und Zahnarzt) machen dies uneingeschränkt möglich und sichern eine enge, zeitnahe Zusammenarbeit aller Fachrichtungen. Die freie Arztwahl wird in jedem Fall gesichert. Aus dem erhobenen Gesamtstatus werden die Eingangsdiagnose und die individuell erforderlichen Behandlungsschritte abgeleitet. Der Verlauf der Behandlung wird regelmäßig kontrolliert und dokumentiert. Die notwendigen Behandlungen werden so koordiniert, dass die Teilnahme an den Gruppenaktivitäten möglichst nicht eingeschränkt wird.

Qualitätssicherung und Dokumentation

Das zentrale Element der Qualitätssicherung ist die kontinuierliche Fortbildung der Mitarbeiter. Die Fortbildung wird durch eigene und externe qualifizierte Kräfte realisiert und kann sowohl innerhalb des Hauses als auch durch die Teilnahme an extern organisierten Weiterbildungsveranstaltungen, Kongressen und Regionalkonferenz verwirklicht werden. Die darüber hinaus regelmäßig durchgeführten Teamsupervisionen helfen bei der Reflexion der eigenen Arbeit und bei der Erarbeitung notwendiger Problemlösestrategien. Die vom Heimbeirat oder einzelnen Bewohner gegebenen Rückmeldungen werden in diesen Prozess einbezogen und als besonders wertvoll betrachtet.

Einen besonders wichtigen Teil der Qualitätssicherung stellt die Dokumentation dar. Sie dient der kontinuierlichen Reflexion und Überprüfung der geleisteten Arbeit sowohl im Innen- als auch im Außenverhältnis. Sie ist ein wichtiges Mittel der fachlichen Information und Kommunikation für alle am Betreuungsprozess beteiligten und spiegelt die Prozesshaftigkeit der Betreuung wieder. Aufgrund der Sensibilität der Daten unterliegt das Dokumentationssystem den Richtlinien des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht. Darüber hinaus stellt das Dokumentationssystem eine wichtige Planungs- und Abrechnungshilfe dar. Sie wird deshalb zeitnah und interdisziplinär geführt.