

Fassung Mai 2020

Betreuungskonzept

Langzeiteinrichtung zur integrativen Betreuung chronisch Abhängigkeitskranker



**THERAPIEHILFE
BREMEN**

Hof Düring (CMA)

Betreuungskonzept

Langzeiteinrichtung zur integrativen Betreuung
chronisch Abhängigkeitskranker

- Rahmenkonzeption -

Träger

Therapiehilfe Bremen gGmbH
Geschäftsführung
Dieter Adamski / Janina Tessloff
Johann-Kühn-Str. 1
28237 Bremen
Tel. 0421-80078-0
Fax. 0421-78767
geschaeftsstelle@therapiehilfe-bremen.de
www.therapiehilfe-bremen.de
Amtsgericht Bremen - HRB 21482



Hof Düring

Lunestedter Straße 38
27612 Loxstedt-Düring

Tel. 0421-42756-240
Fax. 04744 – 3875
Mail. Hof-duering@therapiehilfe.de

Inhaltsverzeichnis

1. DER TRÄGER	4
2. RECHTLICHER RAHMEN UND ZIELSETZUNG.....	4
3. DIE EINRICHTUNG.....	5
4. DIE BETREUUNGSGRUNDLAGE	6
4.1 Betreuungsziele	6
4.2 Krankheitsbild der Abhängigkeit.....	7
4.3 Indikation und Kontraindikation	8
4.4 Die Gemeinschaft als Lern- und Lebensraum.....	9
5. DAS BETREUUNGSANGEBOT	13
5.1 Sozialberatung.....	13
5.2 Tagesstrukturierende Maßnahmen	13
5.3 Gesundheitserziehung	15
5.4 Substitutionsbehandlung	15
5.5 Sport-, Beschäftigungs- und Freizeitangebote	16
5.6 Akupunktur (NADA).....	16
5.7 Bewohner_innenrat	17
6. QUALITÄTSSICHERUNG	17
6.2 Das Team	18
6.3 Supervision, Fort- und Weiterbildung	18
6.4 Kommunikationsstrukturen	19
6.5 Dokumentation.....	19
7. DIAGNOSTIK.....	20
7.1 Beeinträchtigungen der „Funktionen und Strukturen“	21
7.2 Beeinträchtigungen der „Aktivitäten“	22

7.3	Beeinträchtigungen der „Teilhabe“	22
7.4	Einfluss der Kontextfaktoren	23
8.	KOOPERATION UND VERNETZUNG.....	23
9.	LITERATURANGABEN:	24

1. Der Träger

Die Therapiehilfe Bremen gGmbH ist eine hundertprozentige Tochtergesellschaft der Therapiehilfe gGmbH, die seit nunmehr 40 Jahren Sucht-, Jugend-, und Sozialarbeit in Hamburg und Schleswig-Holstein leistet.

Der Bereich „Beratung und Therapie“ hält stationäre und ambulante Therapieangebote vor, in denen differenzierte Behandlungsansätze auf die Problemlage des Einzelfalls zugeschnitten werden können. „Betreutes Wohnen“ in mehreren sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften und im eigenen Wohnraum für substituierte Männer und Frauen sowie für eine abstinent lebende Klientel werden im Bremischen Stadtgebiet angeboten. Die Behandlungsangebote dieser Einrichtungen richten sich an alkoholabhängige, medikamentenabhängige und drogenabhängige bzw. polyvalent konsumierende sowie an substituierte Menschen.

Die Therapiehilfe Bremen gGmbH ist in verschiedene regionale und überregionale wirksame Aktivitäten eingebunden. Sie ist:

- Mitglied im Fachverband Drogen und Suchthilfe e.V. fdr+
- Korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt, Kreisverband Bremen e.V.

Seit 2015 ist der Träger Therapiehilfe Bremen gGmbH zertifiziert nach AZAV und DIN ISO 2015.

Die Gesellschaft fühlt sich den Prinzipien der Förderung der Hilfe zur Selbsthilfe, der Ressourcenorientierung und der gemeindenahen Versorgung verpflichtet.

2. Rechtlicher Rahmen und Zielsetzung

Mit der Psychiatrieenquete 1975 wurden als wesentliche Leitlinien der gemeindenahen Versorgung das Prinzip der "bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung aller Suchtkranken" und das Prinzip der "bedarfsgerechten Koordination aller Versorgungsdienste" formuliert. Das Prinzip der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung impliziert, dass jeder und jedem Suchtkranken gemäß ihrer/seiner Mitwirkungsbereitschaft und Mitwirkungsfähigkeit in jedem Stadium ihrer/seiner Suchtkrankheit ein einfacher Zugang zu einem entsprechenden Hilfsangebot möglich ist. Chancengleichheit ist für alle Suchtkranke aufgrund der heterogenen Verlaufsformen von Abhängigkeitserkrankungen nur in einem differenzierten Suchtkrankenversorgungssystem gegeben, das jeder und jedem, auch der/dem chronisch Suchtkranken, dauerhaft Wege in Richtung einer abstinenten Lebensführung offen hält.

In Anlehnung daran fühlt sich der Träger der fachlichen Umsetzung der UN-Menschenrechtskonvention aus 2006 verpflichtet. Dies bedeutet für die Betreuung der suchtkranken Klientel insbesondere folgendes:

- Wir wirken auf die Befähigung des suchtkranken Menschen hin, in einem weitgehend normalen sozialen Kontext von seinen Ressourcen Gebrauch zu machen und sich so weit als möglich unabhängig von Unterstützungsmaßnahmen zu machen.
- Die Teilhabefähigkeit am gesellschaftlichen Leben durch Unterstützung bei der Überwindung von mit der Krankheit zusammenhängenden Barrieren soll so weit als möglich gefördert werden.

- Auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsangeboten ist und die Stärkung des Selbsthilfepotenzial bleibt unser Augenmerk gerichtet.

Das SGB IX formuliert das Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen, sozialen und beruflichen Leben für von geistiger, körperlicher und seelischer Beeinträchtigung betroffene Menschen.

Die Motivierung hin auf das Ziel der Suchtmittelabstinenz bzw. Hinwirken auf die Abnahme der Rückfallhäufigkeit (Ausstiegsorientierung) steht wesentlich im Fokus unseres Handelns.

Aufgabe der Einrichtung ist, den chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken ein angemessenes Wohnen zu ermöglichen, durch gezielte Förderung Gelegenheit zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu geben und langfristig - wenn möglich - zu einem eigenständigen Leben zu befähigen.

Ein weiteres wesentliches Ziel ist zu prüfen, ob gegebenenfalls eine angemessenen Mitwirkungsfähigkeit und Mitwirkungsbereitschaft für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationsbehandlung wiederhergestellt werden kann.

Es werden Plätze für die Betreuung in einem angemessenen zeitlichen Rahmen angeboten. Es ist aber ebenso möglich, dauerhaft auf dem Hof zu verbleiben, wenn nur durch die Beheimatung in diesem Setting eine Stabilisierung und Sicherung des erreichten Betreuungsstatus möglich ist.

Die Betreuungsdauer ist somit abhängig vom Grad der Teilhabestörung der Bewohnerinnen und Bewohner. Sie ist im Verlauf mit den jeweiligen zuweisenden Leistungsträgern zu überprüfen und abzustimmen.

3. Die Einrichtung

Aufgenommen werden suchtkranke volljährige Menschen im Sinne des § 53 SGB XII i.V.m. § 3 Nr. 3 der Verordnung gern. § 60 SGB XII sowie des § 2 SGB IX, die als Folge einer Suchterkrankung zum Personenkreis der chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigen Menschen gehören und über eine ausreichende körperliche Mobilität verfügen. Es können auch Paare oder Menschen mit Hund aufgenommen werden. Es stehen 28 Plätze zur Verfügung.

Die Einrichtung ist in 45 Minuten von Bremen-Zentrum aus mit dem PKW (Autobahn A 27 Richtung Bremerhaven) gut erreichbar. Die kleine Ortschaft Düring ist geprägt durch reetgedeckte Fachwerkhäuser und eine reizvolle Vielfalt von landwirtschaftlichen Nutzflächen, Mischwald und Moorweiden. Vom Bahnhof Loxstedt aus verläuft die Bahnlinie Bremen/Bremerhaven mit täglich ausreichenden Verbindungen von morgens bis Mitternacht. Weitere Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens befinden sich in Bremerhaven.

Der Trägerverein übernahm 1989 auf Wunsch des Senators für Jugend und Soziales in Bremen das Anwesen mit 15 Hektar Waldbestand und über 20 Hektar Grünland, um eine regional verankerte therapeutische Langzeittherapieeinrichtung zu eröffnen. Im Rahmen des Betriebsüberganges zur Therapiehilfe Bremen gGmbH wurde auch der Hof übertragen.

Das um 1900 erbaute Bauernhaus bildet mit der großen Diele, der Küche und dem gemütlichen Aufenthaltsraum das Herzstück der Einrichtung. Im Obergeschoss des Hauses sowie im Seitentrakt einer ehemaligen Stallung bieten die bewusst individuell gehaltenen Wohn- und Schlafzimmer den Bewohner_innen angemessene Rückzugs- und Verweilräume. Weitere Gebäude bieten Raum für Einzel- und Gruppengespräche, Beschäftigungsangebote und Verwaltungsaufgaben. Die Bewohner_innenzimmer sind alle mit einer Nasszelle versehen, einige Zimmer sind behindertengerecht ausgestattet.

Das weitläufige Gelände ermöglicht die Haltung und Pflege von Klein- und Großvieh sowie den ökologischen Gartenbau. Darüber hinaus verfügt der Hof über ein Sportareal mit eigenem Volleyfeld, einem Fitnessraum und einem Indoor-Freizeitbereich mit Billardtisch und Tischfußball.

Infrastrukturell sind kulturelle Einrichtungen und diverse Freizeitmöglichkeiten in der Umgebung gut erreichbar und für die Bewohner nutzbar.

4. Die Betreuungsgrundlage

4.1 Betreuungsziele

Krankheitseinsicht, Krankheitsverständnis und Motivation sind infolge der chronischen Suchterkrankung und der sehr häufig bestehenden komorbiden Erkrankungen und Suchtfolgeerkrankungen bei der von uns betreuten Klientel oft nur noch fragil ausgebildet. Um die Basis für eine zukünftig möglichst abstinentorientierte Lebensweise zu schaffen, sind die Eigenmotivation, die Krankheitseinsicht und das Krankheitsverständnis bei den Bewohner_innen zu fördern. Dies geschieht vorwiegend in den ersten Monaten der Betreuung und bedarf intensiver Interventionen durch das Team.

Übergeordnetes Ziel unserer Betreuung ist das Erreichen der Befähigung, stabil und langfristig abstinent von den Suchtmitteln leben zu können, da nur so eine Verhinderung der Verschlimmerung der bereits bestehenden Beeinträchtigungen erreicht werden kann.

Daraus resultieren relevante Betreuungsziele:

- Verbesserung der Teilhabestörungen am gesellschaftlichen Leben
- Linderung bzw. Verhinderung der Verschlimmerung bereits eingetretener Störungen der Körperfunktionen und –strukturen
- Verbesserung der Aktivitäten
- Verbesserung der Kontextfaktoren
- Wiedererlangen einer Mitwirkungsfähigkeit und Mitwirkungsbereitschaft ggf. auch für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationsbehandlung

Von wesentlicher Bedeutung sind die individuell für jede_n Bewohner_in formulierten Betreuungsziele (individueller Hilfeplan), die als Orientierungspunkte zu einer Klärung von persönlichen Anliegen und Vorstellungen der Bewohner_innen dienen.

Diese spezifischen Betreuungsziele werden von den Betreuer_innen und den Bewohner_innen in einer offenen Atmosphäre, bei Bedarf unter Einbeziehung von Angehörigen, rechtlichen Betreuern und unter der Berücksichtigung des Gesamtplans so besprochen, dass sich hieraus eine kontinuierliche Fortschreibung des Gesamtplans und des Betreuungsprozesses ergibt. Dabei wird der Prozess der Zielsetzung so gestaltet, dass die notwendigen Schritte gemeinsam mit den Bewohner_innen erarbeitet werden. Es werden objektivierbare Kriterien erstellt, wann diese Ziele erreicht sind und gegebenenfalls die Betreuung abgeschlossen werden kann.

4.2 Krankheitsbild der Abhängigkeit

Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit wird in Anlehnung an die Definition der WHO als ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung durch ein zentral nervös wirkendes Mittel verstanden, welches zu seelischer und/oder psychosomatischer Abhängigkeit führt, wodurch das Individuum, in vielen Fällen auch die Gesellschaft, geschädigt wird.

Als Suchterkrankung bezeichnen wir das unwiderstehliche Verlangen nach (weiterer) Einnahme der betreffenden psychotropen Substanzen (psychische Abhängigkeit) und Toleranzsteigerung sowie Entzugserscheinungen bei Absetzung der psychotropen Substanz (physische Abhängigkeit).

In ihrer psychosozialen Dimension umfasst Abhängigkeit das unabweisbare Verlangen nach einem bestimmten Erlebenszustand. Diesem Verlangen werden die Kräfte des Verstandes untergeordnet. Andere Werte und Ziele treten dahinter zurück. Es beeinträchtigt die Entwicklung der Persönlichkeit und zerstört die sozialen Bindungen eines Individuums.

Sucht entwickelt sich dabei aus einem Zusammenspiel von Suchtmittleinwirkung, betroffener Persönlichkeit und Umwelteinflüssen.

Potentiell gefährdet erscheint grundsätzlich jeder Mensch; besonders anfällig erscheinen jedoch psychisch erkrankte Menschen (z.B. Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, psychotische Erkrankungen), empfindsame, selbstunsichere, traumatisierte und stimmungslabile Individuen.

Besonders häufig findet man daher in der Vorgeschichte von Suchtkranken einen vergleichsweise hohen Anteil an psychischen Erkrankungen (= komorbide psychische Erkrankungen).

Positives Erleben mittels psychotroper Substanzen bedingt ebenso einen Drang zur Wiederholung wie das chemisch induzierte Lösen von Angst und Spannungszuständen.

Unabhängig von Einstiegsanlässen und Ursachen entwickelt sich bei einem Teil der Suchtmittelkonsumenten durch Wiederholung der Suchtmittelaufnahme eine Bindung. Das Rauschmittel wirkt konfliktverdrängend und rückt in den Mittelpunkt des Lebensinteresses. Faktoren der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds treten in den Hintergrund. Die Eigenschaften des Suchtmittels prägen zunehmend das Verhalten, denn es entwickelt sich eine körperliche Abhängigkeit. Dabei bewirken Gewöhnung und pharmakologische Toleranz, dass die euphorisierende und

konfliktüberdeckende Wirkung immer weniger eintritt. Jeder Mangel des Rauschmittels führt zu einer Stoffwechselstörung, die sich subjektiv in sehr unangenehmen Entzugerscheinungen äußert: So entstehen unter anderem Schweißausbrüche, Gliederschmerzen und depressive Stimmungsschwankungen.

Die Vermeidung des Entzugssyndroms wird zum zentralen Problem und identisch mit der Existenzbewältigung.

4.3 Indikation und Kontraindikation

Unser Betreuungsangebot richtet sich in der Regel an suchterkrankte Menschen im Erwachsenenalter, die abstinent leben möchten und bei denen die Wiedererlangung bzw. Aufrechterhaltung der Abstinenz erheblich gefährdet ist und voraussichtlich auf Dauer (länger als 6 Monate) keine Befähigung mehr zur Inanspruchnahme einer Rehabilitationsbehandlung besteht (z.B. aufgrund der eingetretenen körperlichen und psychischen Begleit- und Folgeerkrankungen, bestehender psychischer komorbider Erkrankungen, nicht vorhandener Krankheitseinsicht, nicht vorhandenem Krankheitsverständnis, hirnorganischen Schädigungen, geminderter Intelligenzleistungen, häufig gescheiterten Rehabilitationsversuchen etc.).

Unser Betreuungsangebot richtet sich somit an chronisch mehrfach geschädigte suchtmittelabhängige Menschen.

In der Einrichtung werden zur Betreuung aufgenommen:

- Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit
- Menschen mit einer Medikamentenabhängigkeit
- Menschen mit einer Polytoxikomanie
- Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Suchtstoffen
- Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und komorbiden psychischen Erkrankungen
- Menschen, die infolge ihrer Abhängigkeitserkrankung chronische, psychische und physische Schäden davongetragen haben

Ausländische Bewohner_innen sowie Bewohner_innen aus spezifischen Volksgruppen wie z. B. Sinti oder Aussiedler aus den GUS-Staaten sind in unserer Einrichtung willkommen. Voraussetzung sind allerdings entsprechende Sprachkenntnisse.

Folgende Klienten können nicht aufgenommen werden:

- Menschen mit akuten psychotischen Störungsbildern
- Menschen mit akuter Suizidalität
- Menschen mit akuten, behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen
- Menschen mit erheblichen Tendenzen zu aggressiven Impulsdurchbrüchen
- Menschen mit einem anhaltenden akuten fremd- und eigengefährdenden Verhalten
- Menschen, die über keine Bereitschaft zur Einhaltung der Grundregeln verfügen (keine Gewaltanwendung, keine Kriminalität)

4.4 Die Gemeinschaft als Lern- und Lebensraum

Mit den Grundlagen des Konzeptes der therapeutischen Gemeinschaft, das die Suchtkrankenhilfe lange Zeit geprägt hat und an dem wir uns auch für diese Wohnform orientieren, greifen wir sowohl die Bedürfnisse nach Geborgenheit, sicheren Bindungserfahrungen, Orientierung, Selbstwerterhöhung, Teilhabe, dem Streben nach Lustgewinn und Unlustvermeidung auf als auch die nach professioneller Hilfe. Unser Bemühen gilt einem offenen, vertrauensvollen Miteinander auf der Grundlage gegenseitiger Wertschätzung. Eine wohlwollende Atmosphäre, ein gutes Milieu und tragfähige Beziehungen sollen persönliches Wachstum, Entfaltung und menschliche Reifung ermöglichen. Das wichtigste Fundament unserer Arbeit liegt dabei für uns in der Beziehung zwischen Bewohner_innen und Mitarbeitenden, aus der heraus die Bewohner_innen den Mut und die Bereitschaft entwickeln können, sich auf notwendige Stabilisierungs-, Wachstums- und Veränderungsprozesse einzulassen. Relativ wenig festgeschriebene Regeln, ein wachsendes Maß an individueller Selbstbestimmung im Alltag sowie eine enge Anbindung an die Realität außerhalb der Einrichtung unterstützen die Bewohner_innen, eigene Potentiale zu entwickeln und sich in ihren Möglichkeiten auszuprobieren.

Die Gemeinschaft versteht sich dabei als gesellschaftlicher Spiegel, in dem sich zwischenmenschliche Prozesse und Organisationsdynamiken ereignen, die gesellschaftlichen Ausdrucksformen und Entwürfen zumindest annähernd ähneln. Dabei versuchen wir in der Gemeinschaft möglichst realitätsbezogen zu arbeiten (siehe hierzu auch Kapitel 5.2 Tagesstrukturierung).

Diese Gemeinschaft bietet jedoch auch den notwendigen Raum für die Verarbeitung von Mangelenerfahrungen, Verletzungen und Kränkungen, von traumatischen Ereignissen und ungelösten Konflikten. Hier gilt es immer wieder, fördernde, barrierefreie und heilende Kontextfaktoren zur Verfügung zu stellen.

Die Gemeinschaft nutzt die vorhandenen Ressourcen und Potentiale der Bewohner_innen: So ermöglicht das Zusammenleben über einen längeren Zeitraum in einer überschaubaren Gemeinschaft vielfältige Kontakte und Begegnungen. Das gemeinsame Arbeiten, Zuhören, Erzählen, Planen, Ausprobieren und ein erfolgreiches Umsetzen von Vorhaben wird zum Plateau von Sicherheit und Vertrauen. Auf dieser Basis sind auch Kritik, Konkurrenz, Frustration und Belastungen zu bewältigen. Weiterhin verlangt das Alltagsgeschehen in unserer Einrichtung, dass Bewohner_innen Aufgaben und Verantwortungsbereiche, entsprechend ihrer persönlichen Ressourcen, verlässlich übernehmen.

Die/der Einzelne kann sich ausprobieren, beweisen und bestätigen. Jede_r kann zeigen, welche Fähigkeiten in ihr/ihm stecken, setzt sich aber auch der angemessenen Kritik der Anderen aus. Mit wachsendem Selbstbewusstsein und gewonnener Stabilität steigern sich sowohl die Kritik- und Kontaktfähigkeit als auch die Fähigkeit, Anderen auf adäquate und wohlwollende Weise entgegenzutreten zu können. Bedingt hierdurch kann sie/er tragende Bindungserfahrungen machen.

Das Setting der Gemeinschaft fungiert für diese Erfahrung zunächst als Ersatzbindung. Dies ermöglicht der Klientel, in der Einrichtung ohne Suchtmittel zu überleben,

Depressivität und innere Leere zu kompensieren. Die Gemeinschaft übernimmt Halte- und Reizschutzfunktionen. In der Auseinandersetzung mit Regeln können fehlende Verhaltensmaxime erlernt und gleichzeitig Orientierung gegeben werden.

Das Leben in der therapeutischen Gemeinschaft vermittelt somit Sinn und Struktur und motiviert zu einer aktiven und abstinenter Lebensführung.

In der Alltagsrealität werden die Bewohner_innen mit Anforderungen konfrontiert, Regeln sind zu beachten, Konflikte werden ausgetragen und Konsequenzen gezogen. Eine gewisse Anpassungsleistung an vorhandene Regeln ist erforderlich und unvermeidbar. Dem gegenüber bietet der Schutzraum der Einrichtung die Möglichkeiten, Orientierung und Kontrolle zurück zu gewinnen, sichere Bindungserfahrungen machen zu können, den Umgang mit der Unlustvermeidung zu verbessern und das Streben nach Selbstwerterhöhung angemessen gestalten zu können.



4.4 Beendigung der Betreuung

Grundsätzlich muss das Betreuungsende sorgfältig vorbereitet sein. Wesentliche Stützpfeiler eines abstinenten Lebens sollten etabliert worden sein: Überprüfung der Kontakte zur Herkunftsfamilie, Erprobung einer beruflichen Perspektive bzw. einer sinnvollen Beschäftigung, Herstellung von sozialen Kontakten bzw. einer befriedigenden Freizeitgestaltung sind neben den individuellen Betreuungszielen das Gerüst für eine erfolgreiche Entlassung. Wir sind davon überzeugt, dass der Übergang von der Betreuung in das selbständige Leben in kleinen Schritten mit routinemäßigen Reflektionsschleifen erfolgen sollte, um dem/der Klient_in genügend Sicherheit zu geben, die Abstinenz auch in einem weniger kontrollierten Rahmen zu erhalten. Klient_innen, die genügend eigene Ressourcen wiederentdecken und entwickeln können, um perspektivisch den Betreuungsrahmen zu verlassen, finden in der Außenwohnung als Erweiterung des stationären Settings die erste Erprobung (s. 4.5.1). In dieser Phase sind die Hauptthemen die Beschäftigung mit einer Berufs- bzw. Beschäftigungsperspektive sowie des Freizeitverhaltens. Bei ausreichender Stabilisierung kann im Anschluss die Betreuung ambulant weitergeführt werden. Dies kann sowohl im trügereigenen als auch im klienteneigenen Wohnraum organisiert werden. In der ambulanten Phase kann eine Arbeit bzw. Beschäftigung dauerhaft aufgenommen werden. Eine endgültige Beendigung der Betreuung erfolgt nach Erreichen der oben genannten sowie der individuellen Ziele.

4.5.1 Die Außenwohnung

Im nahen Ort hat der Träger ein kleines Haus angemietet, in dem bis zu vier Klient_innen wohnen können. Alle Verrichtungen des täglichen Lebens vor Ort werden unter Betreuung erledigt (Haus- und ggf. Gartenpflege). Die Bewohner_innen halten sich in den ersten Monaten wochentags zur Tagesstruktur auf dem Hof auf (8.30-16.00Uhr). Sie nehmen an der Beschäftigung sowie an allen Gruppen- und Betreuungsangeboten teil. Die Abende sowie die Wochenende verbringen die Bewohner_innen der Außenwohnung auf sich alleine gestellt. Besuche in der Gemeinschaft sind willkommen. Eine Stabilisierung der eigenständigen Tagesstrukturierung wird angestrebt.

Die Betreuung findet sowohl auf dem Hof, als auch in der Außenwohnung statt. Das übergeordnete Ziel ist die Erprobung der Teilhabefähigkeit der/des Klient_in an der sozialen und beruflichen Umwelt. Besuche der Bezugsmitarbeitenden in regelmäßigen Abständen, Einzelgespräche und Monitoring der Außenaktivitäten verlagern schrittweise die Betreuung aus dem stationären in den ambulanten Rahmen.

4.5.2 Die ambulante Nachsorge

Die ambulante Nachsorge ist der letzte Schritt in der adaptiven Aneignung der Teilhabefähigkeit.

Während dieser letzten Phase ist der Übergang in den eigenen Wohnraum angestrebt. Die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, Umschulungs- oder Ausbildungsmaßnahme, um die Selbstversorgung gewährleisten zu können ist ein zentrales Thema. Die Anbindung an eine Selbsthilfegruppe und/oder eine regelmäßige Freizeitgestaltung wird erarbeitet.

5. Das Betreuungsangebot

5.1 Sozialberatung

Die Aufgabe der Sozialberatung ist die Unterstützung der Bewohner_innen bei der Bewältigung sozialer, finanzieller Probleme und der Aufhebung von Barrieren sowie der Erarbeitung und Stärkung von Förderfaktoren.

Angesichts bestehender erheblicher Teilhabestörungen am gesellschaftlichen Leben, den defizitären personenbezogenen und umweltbezogenen Faktoren bei unseren Klient_innen und den daraus resultierenden Barrieren sowie den kaum vorhandenen Förderfaktoren, kommt der sozial-therapeutischen Diagnostik und den soziotherapeutischen Maßnahmen eine große Bedeutung für die Planung und Fortschreibung der Betreuung unserer Klientel zu.

Sucht ist immer auch eine Flucht aus der Realität. Für das Gelingen der Betreuung ist es deshalb sehr wichtig, dass den Bewohner_innen eine soziale Realität nahe gebracht wird und sie motiviert werden, sich ihr zu stellen. Im Rahmen der sozialen Diagnostik gilt es, dementsprechend die soziale Situation der Bewohner_innen zu erfassen und Wege zur Bewältigung aufzuzeigen und diese dabei aktiv zu unterstützen.

Dazu müssen Informationen vermittelt, offene Fragen geklärt, Wege zu Behörden und anderen Institutionen geebnet werden.

Sozialarbeit versteht sich dabei immer als eine individuelle Hinführung zu einem realitätsgerechten Umgehen mit den Anforderungen des täglichen Lebens.

Soziale Kompetenzen sollen erworben und soziale Strukturen geschaffen werden.

Schwerpunkte individueller soziotherapeutischer Arbeit sind hierbei unter anderem die interne und externe Schuldenberatung, die Vermittlung von sozialen Kompetenzen, die Unterstützung bei zivilen und strafrechtlichen Fragestellungen, die Wiederherstellung von tragfähigen sozialen Netzwerken sowie Anregungen und Anleitungen zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung.

Unser Ansatz setzt dabei von Anfang an auf den Auf- und Ausbau individueller Fähigkeiten und Kenntnisse und fördert, soweit es die Ressourcen zulassen, von Anfang an die Selbständigkeit jeder und jedes einzelnen Bewohner_in.

5.2 Tagesstrukturierende Maßnahmen

Die Schaffung einer Tagesstruktur stellt ein zentrales Element in dem Betreuungsangebot unserer Einrichtung dar. Sie hat grundsätzlich die Aufgabe, die Klienten schrittweise an einen sinnvollen und geordneten Tagesablauf heranzuführen. Die Maßnahmen finden dabei weitestgehend in Gruppen statt. Es bestehen auch Möglichkeiten zur angeleiteten Einzeltätigkeit und Tätigkeiten in projektbezogenen Angeboten.

Wir verfügen über folgende Tätigkeitsbereiche:

- Kochen/Hauswirtschaft/Ernährung
- Tierpflege

- Gartenpflege/Gemüseanbau
- Hauspflege
- Renovierung
- Fahrradwerkstatt/Metall
- Holzwerkstatt
- Nähwerkstatt

In unserem Verständnis hat die tagesstrukturierende Betätigung in der Betreuung eine übende und eine wesentliche stabilisierende Funktion. In der tagesstrukturierenden Maßnahme wird der Umgang mit einer Aufgabe sowie mit dem Ergebnis der Aufgabe und dem Umgang mit sich selbst und Anderen geübt.

Die Arbeit ist deshalb Begegnungs- und Leistungsraum in einem. Eine erfolgreich durchgeführte Aufgabe mit Überwindung von Schwierigkeiten führt zur Anerkennung durch andere und Stärkung des Selbstwertgefühls. Die Arbeit erleichtert und objektiviert die Selbsteinschätzung durch das Produkt. Sie bietet mannigfaltige Trainingsmöglichkeiten an. So z.B. gegen Ausweichtendenzen bei Unlustgefühlen und Anforderungen, für das Einordnen von Bedürfnisimpulsen in einem vorgegebenen Rahmen und für Mut zur Individualität. Verkümmerte Interessen können geweckt, auf gestalterische Fähigkeiten kann aufmerksam gemacht werden.

Insgesamt lernen die Bewohner, ihre eigenen Leistungsfähigkeiten, Neigungen und auch Einschränkungen einzuschätzen bzw. wieder einzuschätzen und zu verbessern. Sie können ihre Ausdauer trainieren, Disziplin einüben, den Umgang mit innerer Spannung unter zunehmender Arbeitsbelastung erlernen, um nicht zuletzt die Sinnhaftigkeit von Arbeit, Routine und Struktur wieder zu erleben.

Das Verbleiben in einem Tätigkeitsbereich bzw. das Wechseln in einen anderen richtet sich nach den individuellen Interessen, der Leistungsfähigkeit und den Erfordernissen jeder/jedes einzelnen Bewohner_in. So können die Klient_innen auch über längere Zeiträume im gleichen Arbeitsbereich verbleiben, um dort mehr Vertrautheit und mehr Sicherheit erwerben zu können.

Auch kann ein Wechsel indiziert sein, um den Bewohner_innen mehr Freiraum für Eigenverantwortung und Verselbständigung zu geben und um sie psychisch wie physisch mehr zu fordern. Die Bewohner_innen können jederzeit den Wunsch äußern, ihren Aufgabenbereich zu wechseln; dies geschieht aber immer mit einer Reflektion der Gründe.

Regelmäßig findet eine mit der Tätigkeit als Schwerpunkt zentrierte Gruppe statt. In ihr sind alle Bewohner_innen des tagesstrukturierenden Bereichs zusammengefasst. In den Reflektionen geht es auch um Arbeitsleistung und -ergebnis, mehr aber noch um Koordination und Kooperation untereinander, um Aufdeckung von funktionalen Verhaltensmustern und um Vorausplanung der Vorhaben der nächsten Woche.

Diese Gruppe trägt zu einer realistischeren Wahrnehmung des Einzelnen bei. Dabei wird einerseits themenzentriert, andererseits konfliktorientiert das Verhalten fokussiert. Nicht nur das in der Einrichtung sichtbare Verhalten steht im Mittelpunkt, sondern auch aktualisierte Vorerfahrungen der eigenen Biographie sowie auch der Transfer beruflicher Tätigkeiten vor und nach der Behandlung.

Selbstreflexion und Rückmeldung der Mitklient_innen sowie der Betreuer_innen dienen sowohl als Medium im Entwicklungsprozess als auch zur Grundlage der Dokumentation für die Verlaufsdiagnostik.

5.3 Gesundheitserziehung

Als Folgen von langjährigem Alkohol-, Medikamenten-, Lösungsmittel- und Drogenmissbrauch sind die verschiedensten somatischen Symptome zu beobachten, die häufig zu starken körperlichen Schäden führen, aus denen zahlreiche Folgeerkrankungen resultieren. Dabei wird das Ausmaß der Folgeerkrankungen von mannigfaltigen biologischen, sozialen und familiären Faktoren mitbestimmt, die es bei der Form und Intensität der medizinischen Behandlung zu berücksichtigen gilt.

Im Bereich Gesundheitserziehung werden daher einige Themen ausführlich behandelt:

- „Gesunde Ernährung“ und gesundheitsfördernde Ernährungsweisen werden erläutert und nahe gebracht. In unserer Einrichtung legen wir großen Wert darauf, den Genesungsprozess der Bewohner_innen durch eine gesunde und ausgewogene Ernährung zu fördern. Das auf unserem Hof produzierte Gemüse auf ökologischer Basis findet in unserem Speiseplan regelmäßige Verwendung.
- Im Rahmen von Gesundheitsveranstaltungen werden die Bewohner_innen über die Anatomie und Physiologie ihres Körpers, die Wirkung von Rauschmitteln auf ihre Person insgesamt, die körperlichen und seelischen Suchtphänomene, mögliche Rückfallprofilaxestrategien und das Auftreten und Erkennen von Suchtanfällen informiert.

Neben der allgemeinen Gesundheitserziehung nimmt die Aufklärung und Entwicklung HIV-präventiven Verhaltens bei Drogenabhängigen eine weitere zentrale Stellung ein. HIV-infizierte Bewohner, die fortlaufender medizinischer Behandlung und Kontrolle bedürfen, werden in Zusammenarbeit mit entsprechenden Schwerpunktpraxen organisiert. Ein weiteres Augenmerk liegt auf der Sicherstellung der Behandlung von Bewohnern mit einer chronischen Hepatitis-Infektion. Prävention, Kontrolluntersuchungen und Behandlungen erfordern eine besondere Beachtung.

5.4 Substitutionsbehandlung

Die Substitutionsbehandlung schwer opiatabhängiger Patienten stellt einen Standard im Rahmen der medizinischen Behandlung dieser Klientel dar. In Deutschland wird die Behandlung mit diversen Ersatzstoffen seit Jahren auf der gesetzlichen Grundlage der BtmVV durchgeführt.

Das Angebot der begleitenden Substitution richtet sich in unserer Einrichtung an Bewohner_innen mit besonders hohem Abhängigkeits- und Problempotential, welche nicht abstinent leben können. Die Substitutionsbehandlung wird als suchtmmedizinisch indizierte Medikation betrachtet. Die Substitution wird durch eine kooperierende ärztliche Praxis mit Fachpersonal durchgeführt.

5.5 Sport-, Beschäftigungs- und Freizeitangebote

Unsere Einrichtung bietet für alle Bewohner_innen einen Rahmen für eine angemessene Freizeitgestaltung an, der den Bewohner_innen den Weg zu einer suchtmittelfreien und aktiven Freizeitgestaltung aufzeigt. Die Bewohner_innen können erfahren, wie im Zusammenleben einer Gruppe, trotz verschiedener Interessen, eine geplante und strukturierte Freizeit zur Befriedigung der gemeinsamen Bedürfnisse aussehen kann. Unsere Ziele bestehen dabei im Wecken von Interessen und Motivation und in der Förderung und Unterstützung von Eigeninitiative anstelle einer passiven und konsumabhängigen Haltung bzw. der Aktivierung brachliegender alter Ressourcen. Unsere Angebote orientieren sich an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner_innen, am Rahmen der Möglichkeiten unseres Hauses, den Anforderungen unseres Alltags und unseren örtlichen Gegebenheiten.

Als aktive Gestaltungselemente für die Freizeitgestaltung steht in unserer Einrichtung vielfältige Möglichkeiten zur Verfügung, so z.B. für Bastel-, Werk- und Hobbytätigkeiten ein Werkraum. Das Herstellen eigener Produkte fördert das Durchhaltevermögen und vermittelt Erfolgserlebnisse, die den Zugang zu lange verschütteten Ressourcen von Kreativität und konstruktiver Entfaltungsmöglichkeit wieder eröffnen.

Unser Sportangebot umfasst u.a. Fitness, Volleyball, Tischtennis, Fußball, Schwimmen, Kanu fahren und vieles mehr. Fahrradtouren, Angeln, Wanderungen und Ausflüge in die landschaftlich reizvolle Umgebung vervollständigen das Freizeitangebot.

5.6 Akupunktur (NADA)

Zu Beginn der Betreuung setzen wir zur Linderung von Beschwerden eines eventuell noch bestehenden protrahierten Entzugssymptoms Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll ein. Im weiteren Verlauf der Betreuung hilft diese Ohrakupunktur, um Craving und Spannungszustände zu mildern und Entspannung zu begünstigen. Wir nutzen die 5-Ohrpunkt-Akupunktur, die stoffunspecifisch wirkt. Die Bedeutung des Ohres für die Heilung und das Verfahren der Nadelung sind in der traditionellen chinesischen Medizin beschrieben und bewährt. Die 5-Punkte-Kombination wurde im Lincoln-Hospital, South-Bronx, NYC, entwickelt und später NADA-Protokoll genannt. Akupunktur wird nur durchgeführt, wenn keine medizinischen oder psychiatrischen Gründe dagegen sprechen und der Patient der Maßnahme ausdrücklich zustimmt. Ausschlussgründe können Entzündungen oder besonders labile psychische Zustände sein.

5.8 Die Regeln

In der „Regel“ wird die Konzeption auf der Handlungsebene konkret. Regeln schaffen Orientierung und tragen zur Sicherheit und Orientierung in der Gemeinschaft bei. Als Grundregeln gelten

- keine Drogen, kein Alkohol, keine Medikamente ohne Absprache mit dem Arzt und dem Betreuungsteam

- keine Gewaltanwendungen gegenüber Personen und Sachen, keine Gewaltandrohung
- kein Rassismus, kein Sexismus. Ebenso sind extremistische oder fundamentalistische Äußerungen in Schrift, Wort oder Bild verboten

Darüber hinaus ist wichtig, dass sich jeder auf die Absprachen verlassen kann. Da gerade Grenzenlosigkeit ein wesentliches Kennzeichen von Sucht ist, ist die Auseinandersetzung mit Grenzen ein zentrales Thema im Alltagsgeschehen und den Gruppenprozessen.

Uns ist es wichtig, dass jede_r Klient_in, entsprechend seiner persönlichen Ressourcen, einzuschätzen lernt, wie viel Verantwortung er übernehmen kann. Deshalb sind auch Ausgänge, Heimfahrten und ähnliches nicht unbedingt von der Dauer des Aufenthaltes in der Einrichtung abhängig, sondern vielmehr von dem Vertrauen, das die Bewohner_innen selbst bzw. die Gruppe und das Team in jeden Einzelnen haben (hierbei werden die Auswirkungen der eventuell bestehenden psychischen komorbiden Erkrankung berücksichtigt). Wir legen deshalb Wert darauf, dass die Bewohner_innen die Möglichkeit haben, sich schon früh bei Ausgängen in der Umgebung - zunächst in kleinen Gruppen - auszuprobieren, später auch allein.

5.7 Bewohner_innenrat

Die Bewohner_innen benennen Bewohnersprecher_innen, die den Bewohner_innenrat bilden. Dieser kann auf grundlegende Entscheidungen in der Alltagsgestaltung Einfluss nehmen, bzw. Bewohner_inneninteressen dem Team gegenüber vertreten. Der Bewohnerrat bildet einen wichtigen Teil in dem Prozess des Beschwerdemanagements.

6. Qualitätssicherung

6.1 Qualitätsmanagement

Das Ziel unserer Qualitätspolitik ist es, den Anforderungen und Bedarfen unserer Klientel, der Kostenträger und Kooperationspartner gerecht zu werden. Wir richten uns dazu nach den Anforderungen der DIN ISO 9001.

Die Zertifizierung der Einrichtung nach DIN ISO 9001 und die Trägerzertifizierung nach AZAV wurde erstmals in 2015 umgesetzt.

Wir arbeiten mit anderen Trägern der Drogen- und Eingliederungshilfe, mit sozialen Einrichtungen und Initiativen in der Stadt und den Gemeinden sowie mit Fachbehörden und Kostenträgern zusammen. Darüber hinaus beteiligen wir uns an politischen Gremien und sind Mitglied im Sozialpsychiatrischen Verbund.

Strukturqualität

Um die Leistungen kontinuierlich zu verbessern finden regelmäßige Besprechungen mit Geschäftsführung und Einrichtungsleitung statt, in denen sowohl die Wirtschaftlichkeit und die inhaltlichen Angebote bewertet, als auch weiteren Strategien und Unternehmensziele entwickelt werden.

Die Ergebnisse dieser Besprechungen werden von den Führungskräften in die Teams hineingetragen und umgesetzt. Die Teams tagen wöchentlich.

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bilden das multiprofessionelle Team mit einem fundierten Ausbildungsstandard, so dass in der Betreuung auf die unterschiedlichen Bedarfe der Klientel eingegangen werden kann.

Die hohe fachliche Qualität der Betreuung basiert auf guten Arbeitsbedingungen, eigenverantwortlichem Arbeiten und der Arbeit im Team.

Prozessqualität

Unser Konzept, die Prozessbeschreibungen und Arbeitsabläufe gleichen wir laufend den optimierten Änderungen und Vorhaben an.

Die hohe Motivation und die entsprechende Qualifikation und Erfahrung unserer Mitarbeitenden gewährleistet die Qualität unserer Arbeit. Unsere Qualitätspolitik und unsere Qualitätsziele werden von dem Team gestützt und jede_r Einzelne trägt dabei die qualitative Verantwortung für ihre/seine Leistungen. Alle Kolleg_innen haben die Möglichkeit an Fort- und Weiterbildungen sowie an Supervisionen teilzunehmen.

Ergebnisqualität

Rückmeldungen über unsere angebotenen Leistungen erhalten wir durch die in jährlichen Abständen durchgeführten Stichtagsbefragungen. Darüber hinaus finden wöchentliche Klient_innenversammlungen und ein Beschwerdemanagement statt.

Eine regelhaft alle drei bis vier Jahre erfolgende Umfrage unterrichtet die Geschäftsführung über die Zufriedenheit der Mitarbeitenden.

Die sich aus den jeweiligen Feedback-Schleifen ergebenden Verbesserungsbedarfen werden über die oben beschriebenen Hierarchieebenen in die tägliche Arbeit implementiert.

6.2 Das Team

Die dienstlichen Rahmenbedingungen dienen als strukturelle Grundlage der Kooperation, wobei gegenseitige Wertschätzung und Akzeptanz die Zusammenarbeit im Team prägen. Die Erarbeitung und fortlaufende Entwicklung einer gemeinsamen Grundhaltung wird durch die spezifischen Erfahrungen und Techniken der unterschiedlichen Berufsgruppen gewährleistet. Dabei wird im Team in den wichtigen Entscheidungsprozessen durch konstruktive Auseinandersetzungen eine Einvernehmlichkeit erreicht.

Teamarbeit kann so zu einem Modell für die Bewohner_innen werden.

Die fachliche Kompetenz wird durch die Beschäftigung von entsprechend qualifiziertem Personal sichergestellt: Sozialpädagog_innen/Sozialarbeiter_innen, Ergotherapeut_innen/Arbeitserzieher sowie eine Verwaltungskraft und im pflegerischen erfahrene Nachtdienste bilden das Gesamtteam.

6.3 Supervision, Fort- und Weiterbildung

Einmal pro Woche findet eine Gesamtteamsitzung statt. Im Rahmen dieser Konferenz werden die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der Betreuungsmaßnahmen geplant, besprochen und abgestimmt. Hierzu werden die wichtigsten Infor-

mationen und Beobachtungen aus den unterschiedlichen berufsspezifischen Sichtweisen zusammengetragen und eine weitere Betreuungsplanung, unter der Berücksichtigung des Gesamtplans, erstellt.

Zusätzlich steht unserem Team in regelmäßigen Abständen eine externe Supervisorin zur Verfügung. Im Mittelpunkt dieser Tätigkeit steht vor allem die Einzelfall-Supervision, Team-Supervision ist bei Bedarf auch möglich. Neben einer Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten für alle Beteiligten dient die externe Supervision ebenfalls der Verbesserung der Handlungsabläufe und der Kommunikation innerhalb unseres Teams.

Im Rahmen der internen Fortbildung finden für alle Mitarbeitenden Veranstaltungen zu ausgewählten Themenbereichen unter Beteiligung interner und externer Referenten statt.

An Fortbildungen des Fachverbandes „Drogen- und Suchthilfe e.V.“ und anderer Träger nehmen Mitarbeitende unseres Hauses in regelmäßigen Abständen teil. Ebenfalls findet ein Erfahrungsaustausch in regionalen und überregionalen Arbeitskreisen und Fachgruppen statt.

6.4 Kommunikationsstrukturen

Den Rahmen für eine grundlegende interdisziplinäre Zusammenarbeit und Reflexion unserer Arbeit bildet der geregelte tägliche Kontakt in der morgendlichen Übergabe. Wöchentlich findet eine Besprechung des gesamten Teams statt, in der die übergreifenden organisatorischen Themen behandelt werden.

Die überschaubare Größe der Einrichtung ermöglicht einen guten Informationsfluss innerhalb des gesamten Teams. Dadurch ist es möglich, mit aktuellen Ereignissen im Betreuungsprozess der einzelnen Bewohner flexibel umzugehen.

Die Übergabe bei Dienstwechsel (Früh-, Spät- und Nachtschicht) erfolgt täglich.

Die Leitung nimmt an den Regionalkonferenzen und Leitungsklausuren des Therapiehilfeverbundes teil.

6.5 Dokumentation

Der gesamte Betreuungsverlauf wird in einer elektronischen Akte dokumentiert (Patfak):

Die Betreuungsarbeit der Einrichtung wird fortlaufend an Erfahrungen aus der Praxis überprüft und optimiert. Die Grundlage für eine systematische Erfassung und Auswertung von Bewohner_innen- und Betreuungsdaten bietet das Dokumentationssystem Patfak durch seine praxisorientierten Erfassungsbereiche. Hierin werden insbesondere alle anamnestischen, diagnostischen und betreuungsspezifischen Informationen aufgenommen. Ebenfalls werden hier die arbeitstherapeutischen Maßnahmen festgehalten.

Dieses Dokumentationssystem stellt zahlreiche wichtige Daten für einrichtungsinterne Steuerungsprozesse zur Verfügung. Diese finden auch bei der Darstellung und

Diskussion nach außen sowie bei der Fragestellung im Rahmen von Forschungsprojekten Verwendung.

7. Diagnostik

Nach dem biopsychosozialen Modell sind alle lebenden Systeme - und so auch der Mensch - von einem „Netz aus Beziehungsfeldern“ umspinnen, welches aus einem ständigen Nachrichtenaustausch mit der Umgebung besteht und den Organismus wie eine zweite Haut umgibt. Die „Fäden“, aus denen dieses Beziehungsnetz besteht, müssen auf der sozialen, der psychischen und der somatischen Ebene kontinuierlich neu „gesponnen“ und miteinander verwoben werden, wenn das Individuum „ganz“ bzw. „gesund“ bleiben soll. Die konkreten Beziehungen eines Menschen zu den Mitmenschen seiner Umgebung, zu seiner Familie und zu seinem Freundeskreis, aber auch zu seinem sozialen und beruflichen Umfeld sind somit nicht nur integrierende Bestandteile seiner Persönlichkeit, sondern auch mitverantwortlich bei der Aufrechterhaltung von Gesundheit und der Entstehung von Krankheit. v. Uexküll & Wesiack (1997, S. 47) schlussfolgern: „Die Qualität dieser Beziehungen entscheidet über sein [des Menschen] Befinden und seine Gesundheit. ‚Objektverluste‘, d.h. der Verlust der Beziehung zu Menschen, die uns viel bedeuten, oder der Verlust einer Position, die unsere Beziehungen zur Welt stabilisierte, sind ‚narzisstische Kränkungen‘: Sie verletzen unser Selbst und bedrohen unsere Gesundheit.“ Oder anders: „Beziehung erzeugt Gesundheit und ermöglicht Kranken ein Maximum der ihnen noch möglichen Autonomie. Beziehungsstörung macht krank.“ ebenda
Dieses ganzheitliche, auf mehreren Ebenen ansetzende Verständnis von Gesundheit und Krankheit bildet auch die Grundlage für die 2001 von der WHO verabschiedete Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health ICF; 2004), welche im Bereich der Rehabilitation eine tragende Rolle spielt. Das mehrdimensionale Konzept von ICF operationalisiert den Begriff der „funktionalen Gesundheit“ als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren). Die verschiedenen Aspekte der funktionalen Gesundheit werden hierbei auf folgenden Ebenen klassifiziert (Schuntermann, 2003):

1. **Auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen** - die körperlichen und mentalen Funktionen einer Person wie seine Körperstrukturen entsprechen allgemein anerkannten statistischen Normen
2. **Auf der Ebene der Aktivitäten** - eine Person tut all das oder kann alles tun, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (im Sinne der ICD) erwartet wird
3. **Auf der Ebene der Teilhabe an Lebensbereichen** - eine Person kann ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten, wie es von Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird; z.B. im Erwerbsleben oder bei der Erziehung -

7.1 Beeinträchtigungen der „Funktionen und Strukturen“

Nach ICF besteht eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit oder Funktionsfähigkeit, wenn wenigstens in einem der genannten Bereiche eine Beeinträchtigung vorliegt, d. h. eine Funktionsstörung, ein Strukturschaden, eine Einschränkung einer Aktivität oder eine Beeinträchtigung der Teilhabe in einem Lebensbereich (VDR, 2003). **Kontextfaktoren** d. h. Gegebenheiten der Umwelt oder personenbezogene Faktoren modulieren das Ausmaß der Beeinträchtigung. Insbesondere die Teilhabe an Lebensbereichen kann durch Kontextfaktoren, im Sinne von **Barrieren** (z. B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze) beeinträchtigt oder im Sinne von **Förderfaktoren** (z. B. soziale Unterstützung, Ressourcen) unterstützt werden.

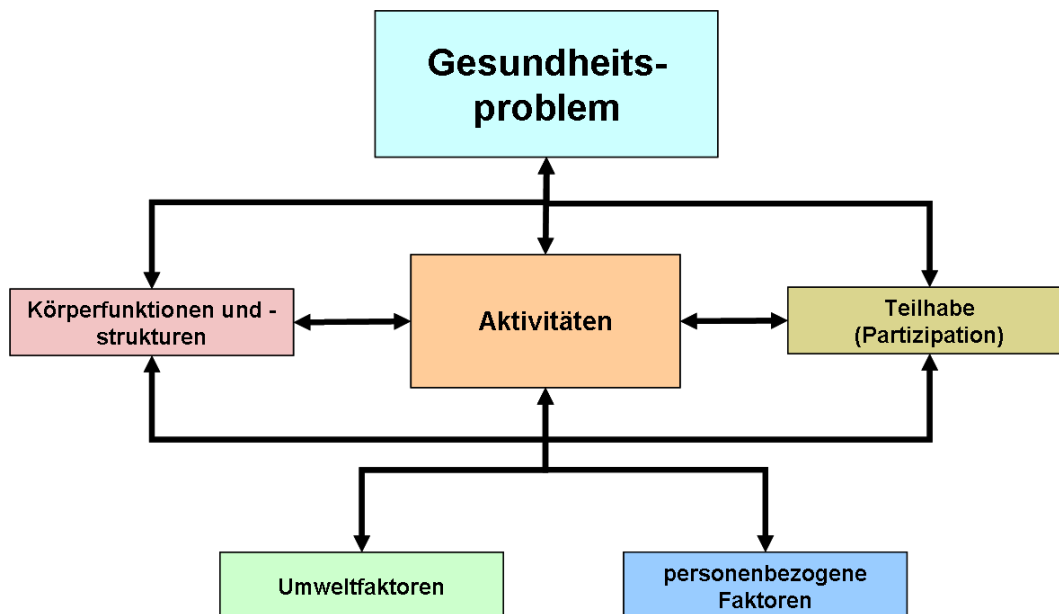


Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell. Komponenten der Gesundheit nach der ICF, VDR 2003

Der Zustand der funktionalen Gesundheit variiert mit dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Jedes Element des in Abbildung 1 dargestellten Modells kann Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme werden.

Auch Abhängigkeitserkrankungen lassen sich nach dem ICF-Modell in ihren höchst unterschiedlichen Entstehungsweisen, ihren sehr verschiedenen Verläufen und ihren multiplen Folgezuständen gut abbilden. Sie stellen komplexe biopsychosoziale Phänomene dar, die sich - unabhängig von der konsumierten Substanz - als ein Syndrom zahlreicher individueller Störungen auf den verschiedenen Ebenen von ICF beschreiben lassen:

Beeinträchtigungen der „psychischen Funktionen“ bzw. „Körperfunktionen und Körperstrukturen“.

Psychische und organische Folgen der Suchterkrankung sowie der Abhängigkeit zugrunde liegende Primärerkrankungen können das „psychische Funktionieren“ des Betroffenen in unterschiedlichem Maße beeinträchtigen. Außerdem kann es durch

die konsumierten Suchtmittel direkt oder indirekt zu Schädigungen der Organismusfunktionen und -strukturen kommen, die die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen können.

- körperliche Abhängigkeit mit Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen
- Begleit- und Folgeerkrankungen, z.B. Magen-/Darmerkrankungen, Polyneuropathie, Schädigungen des Gehirns (Atrophien, Hirnleistungsminderung, Korsakow-Syndrom), Leber- und Pankreaserkrankungen, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Zahnerkrankungen, allgemeine Abwehrschwäche, Abszesse, Infektionskrankheiten wie HIV-Infektion oder Hepatitis
- psychische Abhängigkeit mit Kontrollverlust und/oder Unfähigkeit zur Abstinenz
- psychische Funktionsstörungen (z.B. Wahrnehmungs-, Denk-, Konzentrations- und Motivationsstörungen)
- Ängste oder Depressionen, Selbstwertzweifel und Vermeidungsverhalten
- psychotische Episoden

7.2 Beeinträchtigungen der „Aktivitäten“

Bei Abhängigkeitserkrankungen lassen sich oftmals Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten feststellen, die durch die psychischen Primär- und Folgestörungen sowie durch die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen mitbedingt sein können. Diese Beeinträchtigungen beziehen sich u. a. auf

- Probleme bei der Aufgabenbewältigung, z. B. am Arbeitsplatz
- Schwierigkeiten in Kommunikation und interpersoneller Interaktion, Rückzugsverhalten
- die völlige Einschränkung der Aktivitäten auf Suchtmittelerwerb und -konsum
- mangelnde psychische und körperliche Ausdauer und Belastbarkeit, verringertes Interesse an der Umwelt
- Mangelnde Selbstversorgung, Körperpflege, Haushaltsführung, Verpflegung
- Eingeschränktes Freizeitverhalten
- Mangelnde Krankheitsbewältigungsstrategien
- delinquente Verhaltensweisen und Prostitution (vor allem bei illegalen Drogen)

7.3 Beeinträchtigungen der „Teilhabe“

Aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten, den eingeschränkten psychischen Funktionen, Körperfunktionen und -strukturen heraus können Beeinträchtigungen der Eingliederung, des Einbezogenenseins und der Beteiligung an den verschiedenen Lebensbereichen resultieren, z.B.

- erwerbsbezogene Schwierigkeiten (mangelnde Schul- und Berufsausbildung, Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit etc.)
- Verlust der Mobilität
- Verwahrlosung/Verlust von Wohnung und Unterkunft
- Beeinträchtigungen oder Verlust des sozialen Netzwerkes
- eingeschränkte Teilnahme an Kultur, Freizeit, Sport

7.4 Einfluss der Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie dienen der Beschreibung von Rahmenbedingungen, welche die gesellschaftliche Teilhabe eines Menschen beeinflussen und in Wechselwirkung mit verschiedenen Komponenten der funktionalen Gesundheit stehen. Umweltfaktoren beziehen sich auf die soziale und materielle Umwelt und die gesellschaftlichen Wertvorstellungen. Personenbezogene Faktoren sind z. B. Alter, Geschlecht, Bildung/Beruf, Erfahrung, Persönlichkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil, Gewohnheiten und Bewältigungsstile. Folgende Kontextfaktoren sind für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung von Suchterkrankungen zumeist von zentraler Bedeutung:

- Vorhandensein persönlicher Unterstützung/sozialer Ressourcen
- Zugang zu Hilfesystemen
- Sozioökonomische Sicherheit
- Soziokulturelle Situation, Familie, Gesellschaft
- Werte und Normen, Religiosität
- Persönliche Fertigkeiten, Kreativität

Die individuelle Suchtentwicklung ist somit durch die Wechselwirkung von genetischen Dispositionen und Lernerfahrungen, unterschiedlichsten Umwelteinflüssen und den Wirkungsweisen des Suchtmittels bedingt. Der abhängige Mensch kann nicht losgelöst von seinem sozialen System, insbesondere der Familie und seinem beruflichen bzw. gesellschaftlichen Kontext, verstanden werden. Aus diesem Grunde ist Angehörigenarbeit ein integraler Bestandteil der Suchtkrankenbehandlung. Es gilt die Auswirkungen der Krankheit im Alltag und die Faktoren, die darauf Einfluss nehmen zu betrachten. Diese verschiedensten Faktoren wirken aufeinander ein und interagieren in komplexen Zusammenhängen miteinander, um schließlich zum Phänomen Sucht zu führen. Suchtentwicklungen entstehen bzw. verlaufen somit individuell höchst unterschiedlich, was persönlich zugeschnittene Betreuungen erfordert.

8. Kooperation und Vernetzung

Die Einrichtung arbeitet eng vernetzt mit den Angeboten der Suchtkrankenhilfe, der Psychiatrie und der Obdachlosenhilfe der Länder Niedersachsen und Bremen zusammen. Die Therapiehilfe Bremen gGmbH strebt stabile, gegebenenfalls auch vertraglich geregelte Kooperationsbeziehungen zu den einzelnen Leistungserbringern an. Darüber hinaus hält die Therapiehilfe Bremen gGmbH in einem abgestuften System mehrere Einrichtungen der Eingliederungshilfe zur Betreuung von Suchtkranken mit und ohne Substitut vor, so dass eine bedarfsgerechte Vermittlung der Hilfesuchenden in das Hilfesystem hinein möglich ist.

Darüber hinaus bestehen enge Kooperationen mit den örtlichen medizinischen Praxen, der Gemeindeverwaltung und ein guter Kontakt in die Nachbarschaft hinein. Der Träger ist Mitglied im Sozialpsychiatrischen Verbund der Landkreise Cuxhaven und Wesermarsch sowie der Gemeindepsychiatrischen Verbände in Bremen.

9. Literaturangaben:

International Classification of Functioning, Disability and Health ICF; 2004

Schuntermann, M. F.: Die Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für die Rehabilitation, 2003

Schwoon, Dirk R. Basiswissen, Umgang mit alkoholabhängigen Patienten, Psychiatrie-Verlag 2005

Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (2001). Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker.

v. Uexküll, T. & Wesiack, W. (1997). Wissenschaftstheorie: Ein bio-psycho-soziales Modell. In R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, T. v. Uexküll & W. Wesiack (Hrsg.). Thure von Uexküll. Psychosomatische Medizin (Studienausg. der 5., neubearb. und erw. Aufl.) (S.13-52). München: Urban und Schwarzenberg.

WHO - Weltgesundheitsorganisation (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. 4.Auflage.