

Aktives Leben im Alter e.V. Haus Caruso



**Wohnheim für chronisch mehrfach
geschädigte, abhängige Menschen (CMA)**

Konzept

Schelde-Lahn-Straße 38 • Oberscheld

35688 Dillenburg

Tel. 02771/26472-0 • Fax 02771/26472-199

E-mail: info@haus-caruso.de

www.haus-caruso.de

- Dezember 2008 -

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	4
2 Beschreibung der Einrichtung.....	5
2.1 Betreuersteam.....	5
2.2 Wohnangebote.....	6
3 Zielgruppen	7
3.1 Zielgruppe CMA.....	7
3.1.1 Ziele in der Betreuungsarbeit mit CMA.....	8
3.2 Erweiterte Zielgruppe (Korsakow-Syndrom).....	9
3.2.1 Herausforderungen an die Betreuungsarbeit mit der Zielgruppe Korsakow-Syndrom.....	10
3.2.2 Ziele in der Betreuungsarbeit mit der Zielgruppe Korsakow-Syndrom.....	11
4 Aufnahme-Voraussetzungen	12
4.1 Ausschlusskriterien und Kontraindikation.....	12
4.2 Aufnahmeverfahren	13
5 Suchtverständnis und Betreuungsprinzipien.....	14
5.1 Klärungsarbeit.....	15
5.2 Perspektiven.....	16
5.3 Ressourcenorientierung.....	16
6 Angebote	17
6.1 Tagesstruktur	18
7 Zielgruppe Korsakow-Syndrom.....	19
7.1 Besonderheiten in der Betreuungsarbeit	20
7.2 Ziele.....	21
7.3 Angebote.....	21
7.4 Die vier „K“	22
7.5 Maßnahmen	22
7.6 Tagesplan	23

8 Ergotherapie	24
8.1 Zielgruppe CMA.....	24
8.2 Zielgruppe Korsakow-Syndrom.....	25
9 Kostenträgerschaft und gesetzliche Grundlagen	27
10 Kooperationen.....	28
11 Qualitätssicherung	28
12 Firmenleitbild des Haus Caruso.....	29
13 Quellenverzeichnis und weiterführende Literatur	31



1 Einleitung

Das Haus Caruso ist ein soziotherapeutisches Wohnheim, das die Förderung, Versorgung und Integration von chronisch mehrfach geschädigten abhängigkeitskranken Menschen (CMA) im Lahn-Dill-Kreis übernommen hat. Soziotherapeutische Wohnstätten sind Einrichtungen zur langfristigen Betreuung von chronisch mehrfach geschädigten abhängigkeitskranken Menschen und ein Teil des Gesamtversorgungnetzes für abhängigkeitskranke Menschen.

Der Bedarf an Wohnheimplätzen für abhängigkeitskranke Menschen beschränkt sich im Wesentlichen auf die verhältnismäßig kleine Gruppe der chronisch mehrfach geschädigten suchtkranken Menschen.

Häufig wird unsererseits die Erfahrung gemacht, dass es in Bezug auf die von CMA betroffenen Menschen und ihr multiples Krankheitsbild unterschiedliche Sicht- und Verstehensweisen gibt. Mit den klassischen Mitteln der Suchtkrankendarbeit (Konfrontation, Motivation, Entwöhnung, Therapie, Selbsthilfegruppe) ist dieser Personenkreis nicht mehr erreichbar, da die hierfür notwendigen Voraussetzungen fehlen.

Als Ursachen sind die durch den jahrelangen exzessiven Suchtmittelmissbrauch und dem chronischen Verlauf der Suchtmittelabhängigkeit erworbenen schweren körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden, die darüber hinaus oft noch mit Persönlichkeitsstörungen einhergehen, zu benennen.

Es geht also bei CMA nicht nur um die Betreuung eines 'schwer Suchtkranken', sondern um die größtmöglich erreichbare Gesundung von abhängigkeitskranken Menschen, deren vielfältiges Krankheitsbild in sich als ausgesprochen multimorbid bezeichnet werden muss.

2 Beschreibung der Einrichtung

Das Haus Caruso wird von dem Verein 'Aktives Leben im Alter e.V.', der gemeinnützig arbeitet, getragen.

Das als Dauerwohnheim für chronisch mehrfach geschädigte, abhängige Menschen konzipierte Haus bietet einen Lebensraum, in dem die Menschen Geborgenheit und Sicherheit finden und damit wieder ein Zuhause haben sollen. Die soziokulturelle Entwicklung der Bewohner, ihre Einzigartigkeit und ihre krankheitsbedingten Störungen werden berücksichtigt, um ein Daheim, ein Zuhause schaffen zu können - zumal jeder Mensch unter einem Zuhause etwas anderes versteht.

Individuelles und differenziertes Vorgehen, eine individuelle Förderung und das Prinzip der Normalisierung stehen hierbei im Vordergrund.

Das Dauerwohnheim 'Haus Caruso' befindet sich in Dillenburg-Oberscheld im nördlichen Lahn-Dill-Kreis. Die Infrastruktur bietet Ärzte, Banken, Post, Friseur, Freibad, Tennisanlage, Fußballplatz, Reitplatz, Kegelbahn, verschiedene Vereine und Einkaufsmöglichkeiten.

Dadurch besteht vor Ort die konkrete Gelegenheit der wenigstens teilweisen Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Es können die Angebote der Ortsgemeinschaft von den Bewohnern, mit Unterstützung oder auch selbstständig, wahrgenommen werden, da hierfür keine ausgeprägte Mobilität der Kunden notwendig ist. Dies bietet die Chance der sozialen Komponente der Desintegration unserer Kunden entgegen zu wirken. Zudem dient die dichte Infrastruktur des Ortes dem Neuerlernen von Selbstständigkeit und damit verbunden der Wiederentdeckung und dem Aufbau von Ressourcen, denn der Kunde hat die Möglichkeit innerhalb des geschützten Rahmens der bekannten Ortschaft selbstständig (nach evtl. gemeinsamer Einübung) Arzttermine wahrzunehmen, Friseurbesuche zu tätigen oder selbstständig einzukaufen.

Die nächste Stadt (Dillenburg) ist 6 km entfernt und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. Von dort hat man eine gute Verkehrsanbindung durch die Bahn in das Ruhr- und Rhein-Maingebiet.

So haben Kunden, die soziale Kontakte außerhalb von Oberscheld pflegen, einer Arbeitstätigkeit in einer Werkstatt der Lebenshilfe in einer benachbarten Stadt nachgehen oder selbstständig Ausflüge planen und durchführen können und wollen die Möglichkeit das öffentliche Verkehrsnetz zu nutzen. Dies ist wichtig, um noch vorhandene Kompetenzen und Netzwerke zu erhalten bzw. die Möglichkeit zu geben, diese wieder aufzubauen.

2.1 Betreuersteam

Das Betreuersteam besteht aus einem fachlich qualifizierten, interdisziplinären Team von Krankenpflegekräften, Sozialpädagogen, Fachkrankenpflegern, Altenpflegern, Haustechnikern, Erziehern und Ergotherapeuten.

Es wird eine 24-stündige Betreuung gewährleistet.

In regelmäßigen Abständen finden Workshops zur Mitarbeiterentwicklung/-schulung und im Bedarfsfall Supervision statt.

2.2 Wohnangebote

Das Haus Caruso bietet insgesamt 28 Wohnheimplätze. Es stehen 12 Doppelzimmer (zur Förderung des Sozialverhaltens) und 4 Einzelzimmer zur Verfügung, die mit Nasszelle und Kabelfernsehanschluss ausgestattet sind. Alle Zimmer können von den Kunden nach ihren Wünschen und Bedürfnissen eingerichtet und gestaltet werden.

- 1 großer Speiseraum incl. Trainingsküche für Kunden (Nichtraucher)
- 1 Aufenthalts- und Fernsehraum (Raucher)
- 1 Aufenthalts- und Fernsehraum (Nichtraucher)
- 1 Trainingsküche im Nichtraucherbereich
- 1 behindertengerechtes Bad im Erdgeschoss
- 1 Raum zur Führung von Arzt- oder Einzelgesprächen
- 1 Raum zur besonderen Verwendung (mit Internetanschluss) der im Einzelfall zur Notfallversorgung oder Krisenintervention genutzt wird.

Zusätzlich steht zukünftig in der mittleren Etage des Hauses ein Bad mit Dusche und WC zur Verfügung. Im Rahmen eines unserer Kleingruppenangebote (Verselbständigung) gibt es eine separierte Wohneinheit, in der folgende Bereiche vorgehalten werden:

- 1 Einzelzimmer mit Dusche und WC
- 1 Doppelzimmer mit Dusche und WC
- 1 Trainingsküche
- 1 Gruppenraum mit Internetanschluss

Als ein weiterer Funktionsraum steht die hauseigene Waschküche mit Waschmaschinen, Trockner und Bügelgelegenheiten den Bewohnern zur Verfügung.

Die Räumlichkeiten der Ergotherapie bieten die Möglichkeit zu Arbeit und Beschäftigung und sind fester Bestandteil im Bereich „Hilfen zur Gestaltung des Tages“, neben den Angeboten der Wohneinheit und den Angeboten der hausmeisterlichen Ergänzungstätigkeiten.

Eine großzügig angelegte Gartenanlage mit Brunnen und Grill kann für Freizeitaktivitäten genutzt werden wie z.B. Tischtennis, Gartenschach, Badminton, Indiacas etc.

3 Zielgruppen

3.1 Zielgruppe CMA

„Chronisch mehrfach geschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol- bzw. anderer Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (inkl. Komorbidität) 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 personale Hilfe zur Verfügung steht, wodurch er auf institutionelle Hilfe angewiesen ist.“ (Böttger et al, 2002)

Vielfach verfügen CMA-Patienten nicht mehr über die sozialen Kompetenzen, die für eine erfolgreiche Alltagsbewältigung erforderlich sind. Das betrifft vor allem Basiskompetenzen, wie etwa eine angemessene Körper- und Wohnungshygiene.

Diese Zielgruppe umfasst Menschen, die rehabilitativen Entwöhnungsbehandlungen oder arbeitstherapeutischen Maßnahmen nicht mehr oder nur in einem sehr geringen Maße gewachsen sind. Die Betroffenen sind meist zu einer selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung nicht mehr oder noch nicht wieder in der Lage. Sie sind in mehrfacher Hinsicht chronisch, also dauerhaft, beeinträchtigt und außerhalb einer beschützenden und stabilisierenden Umgebung oft zu einer längerfristigen Abstinenz nicht fähig. Erste Ziele in der Betreuungsarbeit sind die Sicherstellung ihres möglichst gesunden Überlebens durch geeignete körperliche und gesundheitliche Betreuung.

Die Versorgung und Sicherstellung der primären Bedürfnisse und die Bereitstellung eines sicheren, stabilisierenden und suchtmittelfreien Umfeldes muss gewährleistet sein. Erst dann kann der Versuch unternommen werden, mit den Bewohnern gemeinsam Perspektiven für ein Leben innerhalb und außerhalb der Einrichtung zu entwickeln.

3.1.1 Ziele in der Betreuungsarbeit mit CMA

- Sicherung des Überlebens
- Sicherung des möglichst gesunden Überlebens
- Individuelle Basisversorgung
- Erhalt von Wohnraum
- Wiederherstellung von Alltäglichkeit
- Pflegerische und medizinische Hilfen
- Wiederaufbau einer Tagesstruktur ohne Suchtmittel
- Verhinderung weiterer sozialer Desintegration
- Ermöglichung längerer Abstinenzphasen und suchtmittelfreier Perioden
- Akzeptanz der Abstinenz als gesündeste Lebensform
- Autonome und zufriedene abstinente Lebensgestaltung und -bewältigung
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Hinzufügen lassen sich als weitere Ziele noch:

- Erhalt und Förderung von Kulturtechniken
- Soziale und kommunikative Fähigkeiten erhalten und fördern
- Verhütung einer drohenden Behinderung
- Förderung von Mobilität und Beweglichkeit
- Verbesserung der psychischen und physischen Ausdauer.
- Verbesserung des Umgangs mit belastenden Situationen.
- Aktivitäten zur Erlangung von Selbständigkeit und Eigenverantwortung
- Freizeitgestaltung
- Beziehung zu sich selbst und anderen wiederherstellen, leben und pflegen können.
- Problemlösungsstrategien (Coping) erlernen und anwenden können.

3.2 Erweiterte Zielgruppe (Korsakow-Syndrom)

Als erweiterte Zielgruppe lassen sich die CMA- Patienten mit der Komorbidität „Korsakow-Syndrom“ benennen.

Die Bezeichnung „Korsakow Syndrom“ leitet sich vom Namen des russischen Psychiaters Sergej Sergejewitsch Korsakow ab, der es im Jahre 1887 als erster beschrieben hat. Das Korsakow-Syndrom ist ein Defekt-Syndrom, das sich aus einem amnestischen Syndrom und einer thalamischen Demenz zusammensetzt. Dieses Krankheitsbild kann auch andere Ursachen als den Alkoholismus haben. Es soll hier jedoch nur das alkoholische Korsakow-Syndrom berücksichtigt werden.

Das Korsakow-Syndrom gehört zu der Gruppe der Gedächtnisstörungen und hat im ICD 10 als Leitfaden der Symptomatik das amnestische Syndrom als Bezugsorientierung. Korsakow ist unter dem amnestischen Syndrom als die schwerste Form eingestuft.

Die Neurologie rechnet das Korsakow-Syndrom den Demenzen zu, und in der Psychiatrie findet man das Korsakow-Syndrom im Kontext eines amnestischen Psychosyndroms.

Um das Krankheitsbild des Korsakow-Syndroms verstehen zu können ist es wichtig als Basis folgende Schwerpunkte zu kennen. Das limbische System als Funktionseinheit des menschlichen Gehirns ist bei einem Korsakow-Syndrom geschädigt. Bei Ausfällen in dieser Funktionseinheit kommt es in der Folge bei den Betroffenen zu massiven Einschränkungen des Kurzzeitgedächtnisses, es können aber auch das Langzeitgedächtnis gestört sein, sowie vegetative und motorische Funktionen.

Die Gruppe dieser Menschen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen.

5 - 10 % aller chronisch Alkoholkranken sind im Laufe ihrer Erkrankung früher oder später davon betroffen. Als Gründe für diese Entwicklung kann man die Auflösung geschlossener Einrichtungen zur Langzeittherapie, die den Zugang zu Suchtstoffen erschwerten, eine starke Mangelernährung von Suchtkranken, sowie eine differenziertere Diagnostik annehmen.

3.2.1 Herausforderungen an die Betreuungsarbeit mit der Zielgruppe Korsakow-Syndrom

Bei dem Personenkreis der Kunden mit der Komorbidität Korsakow-Syndrom fehlt die aktive Fähigkeit selbst zur elementaren Strukturierung von Tagesabläufen. Sie haben oftmals die Erfahrung gemacht, dass sie ohne intensive Begleitung und Unterstützung ihren Lebensalltag nicht mehr bewältigen können. Diese Menschen brauchen Hilfe, Anstöße, Unterstützung und Begleitung bei nahezu allen anfallenden Lebenstätigkeiten.

Die benannte Zielgruppe umfasst Menschen, deren Schwierigkeiten und hohe psychopathologische Belastung in einer größeren Gruppe nicht aufgefangen werden kann.

Die wesentlichen Merkmale in der Betreuungsarbeit mit Menschen, die an einem Korsakow-Syndrom leiden, sind ein noch differenzierteres Betreuungsangebot und die kontinuierliche Begleitung durch ein festes Betreuungsteam in einer engmaschigen Tagesstruktur.

Unsere Einrichtung will diesem Personenkreis innerhalb der Binnenstruktur durch Kleingruppenarbeit, Einzeltherapien und kontinuierlicher Begleitung einen geschützten Rahmen bieten. Diese Notwendigkeit ergibt sich aus den Krankheitssymptomen dieser Zielgruppe, die durch nachfolgende gravierende Störungen der Funktionseinheit Limbisches System im menschlichen Gehirn gekennzeichnet sind:

- Verlust des Kurzzeitgedächtnisses (Arbeitsgedächtnis), regelmäßig verbunden mit der Unfähigkeit, sich neue Gedächtnisinhalte einzuprägen (anterograde Amnesie) oder neue Dinge zu erlernen (prozedurales Lernen)
- Störungen des Altgedächtnisses (semantisches Gedächtnis) für eigene Erlebnisse und das Wissen über das Zeitgeschehen (retrograde Amnesie)
- örtliche und zeitliche Desorientierung
- verminderte Fähigkeit der Reproduktion von Gedächtnisinhalten
- relativ geringe, aber eindeutige Verschlechterung des Perzeptionsvermögens und der Auffassungsgabe
- Verminderung der Spontaneität und Initiative
- Konfabulation - tritt nicht regelmäßig auf, ist aber als Frühsymptom diagnostisch oft wegweisend
- Störungen der Konzentrationsfähigkeit, der räumlichen Organisation und der visuellen und verbalen Abstraktion treten hinzu
- Beziehungsstörungen zu sich selbst und anderen Menschen
- Ausgeprägte Isolationstendenzen

Meist besteht jedoch im chronischen Stadium (Korsakow) eine Rest-Gedächtnisleistung, die eine gewisse Orientierung und Anpassung ermöglicht.

Neben den Gedächtnisstörungen führt die Schädigung des Hypothalamus zu einem Syndrom kognitiver, affektiver und motivationaler Defizite, das einem Frontalhirnsyndrom ähnelt und auch als Thalamische Demenz bezeichnet werden kann. Dieses Syndrom ist in seinem Schweregrad und Ausprägungstypus sehr variabel und erschwert zusätzlich die Rehabilitation. Kognitive Defizite betreffen exekutive Funktionen, also solche, die Konzentration, Anstrengung, Planung, Übersicht und Abstraktionsvermögen erfordern.

Beispiele hierfür sind:

- Ausgeprägte Minderung der Spontanität und Initiative bis hin zur Minussymptomatik
- Störungen der Konzentrationsfähigkeit, der räumlichen Organisation, der visuellen und verbalen Abstraktion
- Vermindertes Erinnern an eigene Vorhaben (prospektives Gedächtnis)
- Gestörte Zuordnung des situativen und zeitlichen Kontexts von Gedächtnisinhalten (Quellenamnesie), des aktiven Abrufs von Inhalten und der Rekonstruktion der eigenen Biografie, sowie der Fähigkeit, die Validität von Gedächtnisinhalten zu überprüfen.

Dies sind längst noch nicht alle Symptome, die das Korsakow-Syndrom beinhalten kann, und das Ausmaß und Profil der möglichen Defizite variiert stark. Manche Korsakow-Patienten zeigen ein amnestisches Syndrom, mit ansonsten gut erhaltenen intellektuellen Fähigkeiten. Andere sind global so stark beeinträchtigt, dass die Bezeichnung Demenz gerechtfertigt erscheint. Die Mehrzahl zeigt eine ausgeprägte Gedächtnisstörung und eine mäßige Antriebsstörung. Kunden mit dieser Erkrankung sind in der Regel zu einer selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung nicht mehr in der Lage.

3.2.2 Ziele in der Betreuungsarbeit mit der Zielgruppe Korsakow-Syndrom

Als ein übergeordnetes Ziel in der Betreuungsarbeit mit dieser Personengruppe ist die Schaffung von Identität zu benennen. Alle weiteren Ziele in der Betreuungsarbeit mit dieser Personengruppe sind im Wesentlichen mit den Zielen der Betreuungsarbeit mit CMA kongruent.

Durch die Erweiterung der Einrichtung und dem daraus entstandenen Angebot, speziell für Menschen mit einem Korsakow-Syndrom, ist das Haus Caruso eine der wenigen Einrichtungen, die die Betreuung und Förderung dieser Personengruppe sicherstellen.

Unter dem Gliederungspunkt „7 Zielgruppe Korsakow-Syndrom“ wird konkret und ausführlich auf die speziellen Ziele, Herausforderungen und Vorgehensweisen in der Betreuung dieser Zielgruppe eingegangen.

4 Aufnahme-Voraussetzungen

Aufnahme finden chronisch mehrfach geschädigte, abhängigkeitskranke Menschen und Menschen mit der Komorbidität Korsakow Syndrom, die geprägt sind durch

- einen lang andauernden, meist exzessiven Suchtmittelmissbrauch, weitgehendem Kontrollverlust im Umgang mit Suchtmitteln und einem chronischen Verlauf der Abhängigkeit.
- schwere somatische und/oder neurologische Schädigungen, oft verbunden mit psychischen Beeinträchtigungen und psychiatrischen Krankheitsformen.
- defizitäre Entwicklung im Kontext sozialer Bindungen.
- ungesicherte Lebensverhältnisse, Arbeits- und Wohnungslosigkeit, Armut und sozialen Abstieg.
- den weitgehenden Verlust sozialer Kompetenzen und stark eingeschränkte Fähigkeiten zur selbständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung.

4.1 Ausschlusskriterien und Kontraindikation

- Akut psychotisch Kranke
- Vorrangige Abhängigkeit von illegalen Drogen
- Geistige Behinderung
- Menschen, die über ein sehr hohes Maß an Aggressionspotential (Gewaltanwendung) verfügen
- Pflegebedürftigkeit
- Immobilität
- Akute Selbst- und Fremdgefährdung

Sollte eine Schwerstpflegebedürftigkeit auftreten und ärztlich festgestellt werden, wird das Haus Caruso gemeinsam mit dem Kunden, Betreuer oder Angehörigen eine geeignete Pflegeeinrichtung im Lahn-Dill-Kreis suchen.

4.2 Aufnahmeverfahren

Der Aufnahmeantrag kann vom Kunden selbst, dessen Angehörigen oder dem gesetzlichen Vertreter, oder, mit Zustimmung des Kunden, vom Sozialdienst einer Klinik, des sozial-psychiatrischen Dienstes und/oder einem niedergelassenen Arzt in der Abteilung Gesundheit des Lahn-Dill-Kreises gestellt werden.

Ein Antrag auf Sozialhilfe muss bei den zuständigen Kostenträgern gestellt sein.

Der interessierte Kunde sollte bereits ambulant oder stationär behandelt und entgiftet sein. Arzt- und Sozialberichte sollen der aufnehmenden Einrichtung beigelegt werden.

Voraussetzung für eine Aufnahme in eine Einrichtung ist die Erstellung eines Integrierten Betreuungs- und Rehabilitationsplanes (IBRP).

Der IBRP wird vor Aufnahme in unsere Einrichtung in der Hilfeplankonferenz des Lahn-Dill-Kreises vorgestellt. Die Hilfeplankonferenz im Lahn-Dill-Kreis muss den Integrierten Betreuungs- und Rehabilitationsplan genehmigen.

Bei ungeklärtem Hilfebedarf oder bei Menschen, die noch nicht im Hilfesystem des Lahn-Dill-Kreises bekannt sind, wird der Hilfeplan durch die PSKB (Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstelle) erstellt; in allen anderen Fällen von den Institutionen, bei denen der Aufnahmesuchende um Hilfen nachgefragt hat.

5 Suchtverständnis und Betreuungsprinzipien

Als Ursache für Suchterkrankungen werden u.a. Beziehungsstörungen angenommen. Dieses kann im Erleben der Betroffenen zu einer unzureichenden Befriedigung primärer Bedürfnisse führen, die durch den Konsum des Suchtmittels kompensiert werden sollen. Dabei führt der dauerhafte Konsum in seinen Auswirkungen zur Abhängigkeit und weiterhin zu einer Einengung individueller und sozialer Kompetenzen der Betroffenen. Wenn dieses Erleben zu erneutem Suchtmittelkonsum führt, ist ein Kreislauf geschlossen.

Wir verstehen süchtiges Verhalten als einen von vielen möglichen, wenn auch ungeeigneten und fehlgeschlagenen Problemlösungsversuch.

Mögliche Perspektiven in der Betreuungsarbeit sind die Erlangung von Abstinenzphasen, suchtmittelfreie Perioden, größtmögliche psychosoziale Gesundheit und Herstellung von Alltäglichkeit, die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und das Entwickeln einer angemessenen Tagesstruktur. Die Autorität über die anzustrebenden Ziele sollte jedoch beim Kunden angesiedelt sein. Dadurch wird die Würde, Autonomie und Kompetenz des Kunden anerkannt, er wird von der gescheiterten „Defizitfigur“ zum „Kooperationspartner“. Eigene selbst gesetzte Ziele sind auch bei Suchtverhalten verhaltenswirksamer als fremd gesetzte.

Zu Beginn der Betreuung wird die derzeitige Lebenssituation des Kunden (durch ihn selbst, seine Angehörigen oder Betreuer/in, den Arztberichten mit Diagnose und entsprechenden Sozialberichten u.ä.) beschrieben. Ereignisse, Änderungen der Lebenssituation und der Verlauf der Förderung werden kontinuierlich dokumentiert und die Maßnahmen den entsprechenden Erfordernissen angepasst.

Im Falle eines Rückfalles werden stationäre Kriseninterventionen vermittelt. Der Wohnheimplatz bleibt erhalten.

Wir bieten sozialtherapeutische Begleitung in Form von Einzelbetreuung im Bezugssystem und in Gruppenaktivitäten an. Wir unterstützen und fördern, was an Stärke da ist, stärken, erhalten und bauen mit den Bewohnern gemeinsam Kompetenzen im Bereich der Alltagsbewältigung auf und aus.

Ein zusätzliches und wichtiges Angebot für unsere Bewohner ist Arbeit im Rahmen der hausmeisterlichen Ergänzungstätigkeiten unserer Einrichtung. Dieses Angebot wird anfänglich unter Anleitung bis hin zur selbständigen Planung und Ausführung ermöglicht. Die Nutzung des Angebotes wird entsprechend den Leistungen honoriert.

5.1 Klärungsarbeit

Die Eigendynamik des Suchtkreislaufes und der Versuch, den Suchtmittelkonsum als Bewältigungsstrategie für aktuelle Problemlagen einzusetzen, prägen den Alltag der Betroffenen. Die Lebensvielfalt reduziert sich häufig auf die Beschaffung und den Konsum des Suchtmittels und die damit assoziierten Lebenskreise. Dies führt zu einem Prozess sozialer Isolation und gesellschaftlicher Ausgrenzung, körperlicher und seelischer Schädigung.

Wenn wir davon ausgehen, dass in abhängigem Verhalten ein missglückter Problemlöseversuch steckt, ist nicht anzunehmen, dass unsere Kunden mit ihrem Leben besser zurechtkommen, wenn ihnen die Flasche weggenommen wird, ohne dass mit ihnen eine Alternative, eine Perspektive, ein Sinn oder höherer Wert (Leben - Gesundheit - Verstand) gefunden wird.

Der Patient muss unterscheiden lernen zwischen: „Krank sein müssen und gesund sein können“ (Dörner und Plog, 1978).

In unserer Arbeit mit dem angesprochenen Personenkreis ist es oft unumgänglich, die Entscheidung des Betreuten für Suchtmittelkonsum als einen Bestandteil seines gegenwärtigen Lebensentwurfes zu respektieren. Dies eröffnet Möglichkeiten für eine offenerere und widerspruchsfreiere Beziehung.

Wir gehen davon aus, dass Suchtkranke auch in Phasen des Konsums

- in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen / abhängig vom Blutalkoholwert.
- durch prozesshafte, psychosoziale Begleitung ihre Entscheidungsspielräume erweitern und zu mehr Handlungskompetenz gelangen können.

Auf der Basis dieses Grundverständnisses werden gemeinsam mit den Bewohnern individuelle und bedarfsgerechte Hilfen entwickelt, die eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft ermöglichen. Die Entwicklung von einem trockenen Leben ist dabei eine Option unter mehreren Möglichkeiten.

Neben den bereits dargestellten Zielen kommen in der Betreuung von suchtkranken Menschen weitere Zielsetzungen hinzu. Diese orientieren sich an den individuellen Ressourcen der Kunden.

Die Ziele bei Menschen, die weiterhin Suchtmittel konsumieren, liegen in der Stabilisierung ihrer physischen, sozialen und psychischen Situationen, sowie in der Verhinderung von Verwahrlosung und Verelendung und in der Verlängerung von suchtmittelfreien Perioden.

In Zeiten des Suchtmittelkonsums bieten wir Hilfen zur Beendigung dieser Phase, um ein Abrutschen in eine erneute exzessive suchttaktive Periode und den damit einhergehenden drohenden Folgeschäden zu verhindern.

5.2 Perspektiven

Das auf einen längeren Zeitraum angelegte Wohnen in unserer Einrichtung ist für einige Kunden eine wesentliche Unterstützung in ihrem Bemühen um eine abstinente Lebensweise. Für eher ältere Menschen, aber auch Bewohner mit einem Korsakow-Syndrom, kommt es manchmal zu einer Beheimatung in unserer Einrichtung.

Eine andere Gruppe von Suchtkranken nutzt unser Betreuungsangebot als Begleitung für den Übergang von einem Klinik- oder Wohnheimaufenthalt in eine eigene Wohnung mit dem Ziel, ohne regelmäßige Betreuung leben zu können.

Eine weitere Gruppe nutzt unser Betreuungsangebot als eine Stabilisierungs- und Lernphase, um die notwendigen Voraussetzungen zu erlangen, um zukünftig aus dem stationären Wohnangebot in eine ambulante Betreuungsform wechseln zu können.

Die Zuordnung zu einer der genannten Personengruppen und die damit verbundenen Ziele in der Betreuungsarbeit sind nicht statisch. Die Durchlässigkeit zwischen den einzelnen Gruppen dient dem Ziel, die Kunden in ihren jeweiligen Entwicklungspotentialen angemessen begleiten und unterstützen zu können.

5.3 Ressourcenorientierung

Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch über eigene Potentiale und Ressourcen verfügt, um seine Situation zu verändern. Die Angebote und Hilfen der gezielten psychotherapeutischen Maßnahmen schaffen ein Klima, innerhalb dessen der Bewohner seine Stärken, seine noch erhaltenen Möglichkeiten und Potenziale erfahren und ausbauen kann. Wir unterstützen und fördern:

- Den Erhalt und die Erweiterung der vorhandenen Fähigkeiten und Fertigkeiten.
- Die Kompetenzen, den eigenen Körper wahrnehmen und pflegen zu können, Aktivitäten und Notwendigkeiten des täglichen Lebens selbstständig organisieren zu lernen bzw. wieder ausüben zu können.
- Die Fähigkeit Beziehungen zu sich selbst, insbesondere zu den eigenen Gefühlen und zu anderen Menschen entwickeln und pflegen zu lernen.
- Die Motivation und die Bereitschaft, die Behandlungsstätte als Lern- und Übungsfeld für soziale Beziehungen und soziale Regelungen des Zusammenlebens zu nutzen.
- Die selbstständige Kontrolle der Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten, sowie den eigenverantwortlichen Umgang (auch unter Anleitung) mit diesen.
- Den Erhalt und den Ausbau der kommunikativen Fähigkeiten und der Kulturtechniken.

6 Angebote

- **Einzelbetreuung**
- **Bezugspflege**
 - gemeinsames praktisches Handeln
 - Alltagsgespräche
- **Kleingruppenarbeit mit inhaltlichen Schwerpunkten**
 - Wohnen und Zusammenleben
 - Selbstversorgungsaufgaben (lebenspraktische Fähigkeiten)
 - Gestaltung der Freizeit
 - Gruppenangebote (geschlechtsspezifisch, themenzentriert, freizeitpädagogisch)
- **Infogruppen (Sucht, Medikamente, Krankheitsbilder)**
- **Großgruppenarbeit**
 - Kundenversammlung - einmal wöchentlich
 - Morgenrunde - täglich
 - Heimkonferenz / Kundenvollversammlung

6.1 Tagesstruktur

Da der Krankheitsverlauf unserer Kunden oftmals die Unfähigkeit nach sich gezogen hat, den eigenen Tag strukturieren zu können, ist der engmaschig strukturierte Tagesablauf unserer Einrichtung eines der wesentlichen Mittel, um eine erste Hilfestellung zu leisten, wenn es darum geht Alltäglichkeit wieder herzustellen. Dies ist nötig, um weiter die noch vorhandenen Fähigkeiten zu entdecken, zu stützen, zu fördern und neue Fähigkeiten erlernen zu können. Folgende Punkte sind Bestandteile unseres Tagesablaufs und werden außerhalb der Großgruppenveranstaltungen individuell angepasst:

- Wecken
- Morgentoilette
- Frühstück
- Unterstützung und Hilfe zur Selbstversorgung
- Medikamenteneinnahme
- Morgenrunde (Organisationsgruppe, Verteilung von hauswirtschaftlichen Aufgaben)
- hausmeisterliche Ergänzungstätigkeiten
- Ergotherapie
- Betreuungssprechstunde
- Einzelgespräche
- Gruppenaktivitäten / Kleingruppe / Großgruppe
- Arzttermine
- Mittagessen
- Gartenbau
- Freizeitgruppe
- Nachmittagskaffee
- Individuelle Freizeitgestaltung
- Abendessen
- Medikamenteneinnahme
- Abend zur freien Verfügung, bei Bedarf zur Reflexion von Tagesverläufen
- Hilfestellungen bei Bedarf durch die Nachtbereitschaften

7 Zielgruppe Korsakow-Syndrom

Bei einigen der Bewohner haben die alkoholbedingten Störungen ein solches Ausmaß erreicht, dass trotz aller therapeutischer Bemühungen wesentliche Entwicklungen und Verbesserungen nicht zu erwarten sind. Rückschritte und Verschlechterung des körperlichen und geistigen Zustandes sind möglich. Gerade diese Gruppe der Bewohner braucht eine besondere Betreuung und Fürsorge. Diese Menschen brauchen ein hohes Maß an Sicherheit, Schutz und Stabilität durch intensive kontinuierliche Betreuung. Jeder dieser gravierend beeinträchtigten Menschen muss wissen und spüren, dass sie mit all ihren Schwächen und Unzulänglichkeiten im Haus Caruso angenommen, respektiert und sicher sind.

Der Umgang mit dieser Bewohnergruppe erfordert von den Betreuern ein hohes Maß an Stabilität, an Respekt gegenüber den Betroffenen, an Takt, Toleranz, Geduld, Erfahrung und die Bereitschaft, Hand anzulegen und zu helfen. Viele dieser Bewohner sind über verbale Interventionen schlecht zu erreichen. Die konkreten Hilfen und Unterstützungen der Betreuer in einem engmaschigen strukturierten Rahmen lassen hier die Menschen Geborgenheit, Sicherheit, Wertschätzung und Individualität erleben, geben Orientierung und Halt.

Äußere Markierungen wie Uhren, Hinweisschilder, immer gleiche Sitzordnung, markierte Stühle, eigene Gegenstände, schriftliche Gedächtnisstützen, farbige Zimmer und Wohnbereiche sind hierzu Hilfsmittel erster Wahl.

Die soziale Strukturierung wird durch ein festes eigenständiges Betreuungsteam, eine feste Bezugsbetreuung, feste Regeln, feste Zeiten und Aktivitäten, häufige Erklärungen und Wiederholungen erreicht.

Sinnstiftend können einfache Arbeiten mit entsprechender Belohnung und entspannende Aktivitäten sein.

Durch spielerisches Gedächtnistraining wird die Leistungsfähigkeit ermittelt, Orientierung aufgebaut und trainiert.

Die soziotherapeutische Begleitung und Betreuung findet in Form von Einzelbetreuung, in Kleingruppenarbeit, innerhalb eines festen Bezugssystems in der Kleingruppe, durch Biographiearbeit, sowie dem von unserem Sozialbetrieb entwickelten Leitsystem zur Orientierung und Stabilisierung statt. Wir unterstützen und fördern alle vorhandenen Ressourcen zur Bewältigung des täglichen Lebens.

7.1 Besonderheiten in der Betreuungsarbeit

Wie eingangs schon einmal erwähnt, ist das übergeordnete Ziel in der Betreuung von Menschen mit einem Korsakow-Syndrom das Schaffen von Identität.

Diese Menschen sind geprägt durch einen weißen/leeren Fleck in ihrer Biographie und dem Kreisen ihrer Gedanken in einer Endlosschleife, einem Phantomschmerz des Gemütes über den Verlust von Identität und Biographie.

> Die Information wird vergessen > Die Emotion bleibt

Menschen dieser Zielgruppe erleiden durch den Verlust der Merkfähigkeit auch einen Verlust an Identität und Biographie. Das teilweise zerstörte Gehirn ist Ausgangspunkt und Aggressor, das an allen auftretenden Defiziten beteiligt ist. Der soziale Rückzug, Affektambivalenzen, depressive Verstimmtheit, Orientierungsdefizite und der Verlust von alltagsbezogenen selbständigen Handlungen stehen im Zentrum der Probleme solch eines Menschen. Im weiteren Verlauf kommt zu diesen Problemen noch der mögliche Verlust der Steuerung der Ausscheidungsorgane hinzu.

Durch viele offene Fragen (Fragen werden beantwortet, Antworten aber vergessen) und ein dadurch angestautes Sammelbecken von Gefühlen, welche anstelle der Information (Antworten) eingelagert sind, wird der Betroffene zu einem „Fragenden Zweifelnden“, sich in einer Endlosschleife drehenden, und nach Identität suchenden Person.

In der Betreuungsarbeit mit dieser Personengruppe gilt es direkte Fragen zu vermeiden. Wenn ein Betroffener die Wahl hat, entscheidet er sich in der Regel für Nichtstun. Dies gilt für nahezu alle Bereiche der Aktivitäten des täglichen Lebens.

Betreuende und Mitbewohner brauchen viel Geduld, hören immer und immer wieder dieselben Fragen, dieselben Statements der Betroffenen, müssen ständig dieselben Anweisungen und Antworten wiederholen. Aufträge müssen kurz und konkret sein und regelmäßig wiederholt werden. Wenn der Betroffene etwas richtig macht, muss er gelobt werden. Da der Betroffene nur sehr langsam lernt, darf er nicht überfordert werden.

Aufgaben müssen in Teilschritte aufgegliedert und kontinuierlich begleitet werden, und man geht erst dann einen Schritt weiter, wenn der vorangegangene Schritt erledigt wurde.

Zu Beginn des Aufenthaltes wird dem Betroffenen genügend Zeit gegeben, sich mit der neuen Umgebung vertraut zu machen, zunächst immer in Begleitung an wichtige Orte wie Toilette, Raucher-, Fernsehraum und Speiseraum. Das hausinterne Kundenleitsystem (Hinweisschilder und Farbgebung) ist ein zweites Standbein in der Orientierungsphase, aber auch darüber hinaus. Erst allmählich wird der Kunde an Aufgaben und Aktivitäten der Gruppe herangeführt.

Im Falle einer massiven Dekompensation wird eine stationäre Krisenintervention vermittelt. Der Wohnplatz bleibt erhalten.

7.2 Ziele

- Die vorhandenen lebenspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erhalten und möglichst zu erweitern.
- Den eigenen Körper wahrzunehmen, zu pflegen, sowie Aktivitäten und Notwendigkeiten des täglichen Lebens selbständig zu organisieren bzw. umzusetzen lernen.
- Beziehungen zu sich selbst, insbesondere zu den eigenen Gefühlen und zu anderen Menschen zu entwickeln und zu pflegen.
- Den Lebensraum als Lern- und Übungsfeld für soziale Beziehungen und soziale Regelungen des Zusammenlebens neu zu erleben.
- Konflikte als Chance zu erleben um im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung hier eine neue Form von Lebensqualität zu erlernen.
- Identität stiften.
- Gesunde und nicht an die Krankheit gebundene Anteile fördern und erhalten.

7.3 Angebote

- Tägliches Abholen des Kunden, dort wo er ist, durch ein immer gleiches Bezugsteam.
- Engmaschige Begleitung und Hilfestellungen in einem täglich gleichen, durchstrukturierten Tagesablauf durch feste Bezugsbetreuer.
- Einzelbetreuung mit festen Bezugsbetreuern.
- Kleingruppenarbeit in offenen und geschlossenen Kleingruppen.
- Biographiearbeit in einer geschlossenen Kleingruppe.
- Überschaubarer, übersichtlicher, fester Lebensraum.
- Wohnen in Doppelzimmern, individuell gestaltet mit identitätstiftenden Dingen.
- Die Möglichkeit, Bilder, Möbel, Musik etc. aus der prämorbidem Zeit in die Wohnraumgestaltung einzubringen (Identität stiftend).
- Tägliches Kalendertraining zur gleichen Zeit mit gleichen Personen.
- Tägliches Tageszeittraining mit den gleichen Personen.
- Jahreszeittraining

7.4 Die vier „K“

- Kurz
- Konsequent
- Konkret
- Kontinuierlich

7.5 Maßnahmen

- **Einzelbetreuung der Kleingruppe**
 - gemeinsames praktisches Handeln (Kalendertraining)
 - Einzelgespräche und Einzelförderung
 - Alltagsgespräche
- **Kleingruppenarbeit mit inhaltlichen Schwerpunkten**
 - Wohnen und Zusammenleben
 - Selbstversorgungsaufgaben (hauswirtschaftliche Tätigkeiten)
 - Gestaltung des Alltages und der Freizeit
 - Gruppenversammlung einmal täglich beim gemeinsamen Frühstück
 - Gestaltung des persönlichen Umfeldes (Zimmer)

7.6 Tagesplan

Um die vorhandenen Ressourcen zu erhalten und zu erweitern, ist die verbindliche Teilnahme am strukturierten Tagesablauf notwendig:

- Wecken
- Morgentoilette und Hilfen zum Tagesbeginn, Wäschewechsel, Ankleiden etc.
- gemeinsam Frühstück vorbereiten
- gemeinsames Frühstück
- Medikamenteneinnahme
- Kommunikationsrunde (Organisation, zur Verteilung und gemeinsamer Erledigung von hauswirtschaftlichen Aufgaben)
- Ergotherapeutische Einzelförderung
- Gruppenaktivitäten
- Externe Termine in Begleitung
- Mittagessen (Anleitung und Hilfestellung zur eigenständigen Nahrungsmittelzubereitung)
- Medikamenteneinnahme
- Mittagsruhe (Erinnern und Abholen)
- Ergotherapeutische Angebote nach individuellem Tages- und Wochenplan
- Freizeitgruppe
- Nachmittagskaffee
- Anleitung und Hilfestellung zur individuellen Freizeitgestaltung
- gemeinsam Abendessen vorbereiten
- gemeinsames Abendessen
- Medikamenteneinnahme (Richten für nächsten Tag unter Anleitung)
- gemeinsame Gestaltung der Abendstunden
- Hilfestellungen zum Tagesabschluss (Abendtoilette, Auskleiden, etc.)
- Hilfestellungen im Bedarfsfalle durch Nachtbereitschaften

8 Ergotherapie

Zielsetzung und Selbstverständnis der Ergotherapie

Die ergotherapeutische Zielsetzung orientiert sich an den individuell unterschiedlichen Fähigkeiten der Kunden im Haus Caruso. Für die Zielgruppe CMA stehen die Wiedererlangung und der Ausbau der Fähigkeiten zum selbständigeren Leben im Mittelpunkt.

In der Zielgruppe Korsakow Syndrom geht es darum, abhängig von der Schwere des Krankheitsbildes, Ressourcen zu erhalten, zu stabilisieren, ggf. zu erweitern und Identität zu bewahren, wieder zu erlangen und zu schaffen.

8.1 Zielgruppe CMA

Die Kunden dieser Zielgruppe haben ein höheres Maß an Eigenverantwortung in ihrer Alltagsstruktur. Es hat sich gezeigt, dass bei diesen Rahmenbedingungen sowohl die Fähigkeit zur Handlungsplanung, als auch die Belastbarkeit der Kunden verbessert werden kann.

Durch die Zusammenarbeit in der Gruppentherapie ist es möglich, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse neu kennen zu lernen. Des Weiteren werden hier vorhandene Fähigkeiten ausgebaut und neue Fähigkeiten erlernt. Bei der Auseinandersetzung mit alten und neuen Lebensinhalten werden realistische Perspektiven erarbeitet.

Ziele:

- Vergrößerung der Selbständigkeit und Eigenverantwortung im Alltag
- Verbesserung von Konflikt- und Kritikfähigkeit
- Erarbeitung eines realistischen Selbstbildes (Gesundheitsorientierung und Krankheitseinsicht)
- Entwicklung von Problemlösungsstrategien
- Verbesserung von organisatorischen Fähigkeiten
- Verbesserung von Eigeninitiative und Entscheidungsfähigkeit

Spezielle Ergotherapie - Zielgruppe CMA

- Projektgruppe: Thema Sucht, Gespräche, Kollagen etc.
- Holzgruppe: Herstellen von Holzspielen und -figuren, Laubsägearbeiten, Bänkebauprojekt, Möbelbau, renovieren, reparieren, realisieren, ramponieren ;-)
- Kreativgruppe: Arbeiten mit Ton, Leder, Peddigrohr, Seide, Farben, Speckstein etc.
- Zeitungsgruppe: Politik, Tagesgeschehen, Themen des Wohnheimes
- EDV: Lernprogramme, Umgang mit Textverarbeitung etc.
- Gedächtnistraining: Lückentexte, Rätselraten , Cogpack
- Spielrunde: 11er Raus, Mensch-Ärgere-Dich-Nicht etc.
- Outdoorgruppe: Skifahren ohne Schnee mit Stöcken, Carusomobil
- Ausflüge: Tagestouren mit unterschiedlichem Programm
- ADL: Arztbesuche, Einkäufe, Wäschetraing, Schwimmgruppe

8.2 Zielgruppe Korsakow-Syndrom

Diese Zielgruppe umfasst Menschen, deren Problematik in den Bereichen Sucht und Komorbidität (Korsakow-Syndrom) im Setting kleiner Arbeitsgruppen besser aufgefangen werden kann.

Durch das enge gemeinsame Erleben wird den Isolationstendenzen dieser Kunden entgegen gewirkt und ihnen die Möglichkeit geboten, sich in Alltagssituationen an den gesundheitlich vitaleren Kunden zu orientieren. Somit haben sie eine zusätzliche Hilfestellung zur Bewältigung des Alltages, die in einer größer gefassten Wohngruppe nicht gegeben ist. Bei den Kunden dieser internen Betreuungsform steht das Korsakow-Syndrom mit all seinen Konsequenzen, z.B. mangelnde Fähigkeit zur Zeiteinteilung und Pünktlichkeit im Vordergrund und nicht mehr primär der Suchtdruck. Durch das enge Zusammenwirken in diesem Umfeld werden affektive und emotionale Fähigkeiten gefördert, verbunden mit einer Ich-Stützung und Ich-Strukturierung. Bedingt durch das nahe Zusammenleben und das Erleben der anderen Kunden und des Betreuerteams ist die Wahrnehmung und Korrektur eigener Verhaltensweisen ausgeprägter. Das Zusammenspiel der Gruppe ist ein wichtiger Faktor für den größtmöglichen Erhalt der Eigenständigkeit und Individualität des Einzelnen im Gruppenrahmen. Die individuellen Bedürfnisse werden durch Einzeltherapien ergänzt. Die Einzeltherapie konzentriert sich hierbei schwerpunktmäßig auf Gedächtnistraining, Kulturtechniken und ADL (Einkäufe, Körper- und Wäschepflege).

Zur Ergänzung der vorgenannten ergotherapeutischen Aktivitäten gehören folgende Maßnahmen:

- Einzel- und gruppentherapeutisches Angebot im Alltagsbereich
- Kalender- und Gedächtnistraining (Kognitiver Ansatz)
- Förderung der Motorik (Grob-/Feinmotorik)
- Kommunikationstraining (Selbst-/Fremdwahrnehmung)
- Sport- bzw. Gymnastikgruppe (Körperwahrnehmung)
- Kreativgruppe und Einzeltherapie (Freizeitpädagogik)

Ziele:

- Verbesserung der Struktur im Alltag
- Förderung zur eigenständigen Körperhygiene
- Erhaltung und Förderung kognitiver Fähigkeiten
- Förderung des Selbstvertrauens
- Förderung der Ich-Strukturierung
- Förderung der sozialen und kommunikativen Fähigkeiten
- Förderung der psychischen Belastbarkeit
- Verbesserung von Zeiteinteilung und Pünktlichkeit
- Erhaltung und Förderung von Kulturtechniken
- Verlängerung der Abstinenzphasen
- Emotionale Stabilisierung
- Sicherheit
- Wertschätzung

Spezielle Ergotherapie – Zielgruppe Korsakow-Syndrom

- Einzeltherapie: Soziale Aktivitäten außer Haus, Einzelhandwerksarbeit
- ADL:
 - Anleitung und Begleitung bei einer regelmäßigen Körper- und Wäschehygiene
 - Anleitung und Hilfe bei der Zimmerpflege
 - Strukturierende Anleitung und Hilfestellung bei den Mahlzeiten
 - Anleitung und Hilfestellung bei der Ausführung von Gemeinschaftsaufgaben
 - Unterstützung und Begleitung bei Arztgängen sowie bei Einkäufen
 - Tageszeit- und Kalendertraining
- Holzgruppe: Herstellen von Holzspielen und -figuren, Laubsägearbeiten, renovieren, reparieren, realisieren
- Kochgruppe: Eigenverantwortliches aber gemeinsames Zubereiten von Mahlzeiten
- Kreativgruppe: Arbeiten mit verschiedenen Materialien, welche unterschiedliche Reize setzen (rau, glatt, hart, weich, warm, kalt)
- Gedächtnistraining: leichtere Rätselaufgaben, Schreibtraining, Cockpag
- Spielrunde: Memory, Kartenspiele, Schach, Mühle, Dame etc.
- Milieugestaltung: mein Zimmer, mein Bett, meine Bilder, mein Bereich
- Ausflüge: Tagestouren mit unterschiedlichem Programm
- Ausdruck von Emotionen: Durch das Material Ton unter Einsatz von Musik

9 Kostenträgerschaft und gesetzliche Grundlagen

Kostenträger für die Maßnahme ist in der Regel der überörtliche Träger der Sozialhilfe.

Die gesetzlichen Anspruchsgrundlagen sind dazu §§ 53-56 SGB XII (Eingliederungshilfe) in Verbindung und auf Grundlage des Rahmenvertrages nach § 79 Abs. 3 SGB XII.

10 Kooperationen

Es finden Kooperationen mit niedergelassenen Psychiatern, selbst gewählten Hausärzten und dem Trägerverein statt. Der Verein ist Mitglied im Gemeindepsychiatrischen Verbund im Lahn-Dill-Kreis und im Paritätischen Wohlfahrtsverband.

Es bestehen weitere Kooperationen mit einzelnen Bausteinen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Lahn-Dill-Kreis und Facharbeitsgruppen wie z.B.

- Fach-Arbeitsgemeinschaft Sucht
- Selbsthilfegruppen
- AG Sucht DPWV
- AG Wohnen und Tagesstruktur
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
- und komplementären Diensten und Einrichtungen

11 Qualitätssicherung

Nach § 75 Abs 3 SGB XII sind wir dazu verpflichtet Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen in einem Leistungsvertrag und die Prüfbarkeit der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen in einer Prüfungsvereinbarung zwischen unserer Einrichtung und dem Kostenträger festzulegen und entsprechend sicherzustellen.

Im Rahmen von wöchentlich stattfindenden Teamgesprächen werden zum einen die sozialpädagogische Arbeit reflektiert, Zielsetzungen besprochen und die weiteren Handlungsschritte geplant. Die konkrete Fallarbeit wird ebenfalls in regelmäßigen Teamgesprächen reflektiert und in einem standardisierten Verfahren und in Form des IBRP dokumentiert und ausgewertet, um die Überprüfbarkeit des Interventionsverlaufes sicherzustellen und gegebenenfalls korrigierend eingreifen zu können.

Zudem finden regelmäßig Workshops zur Mitarbeiterentwicklung/ -schulung und im Bedarfsfall Supervisionen statt.

Durch den regelmäßigen Einsatz der Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ wird die Arbeit der Einrichtung in allen Bereichen kontinuierlich begleitet. Die Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe werden in die Weiterentwicklung der Konzeption einbezogen und in dem Betreuungsalltag umgesetzt.

12 Firmenleitbild des Haus Caruso

Das Haus Caruso versteht sich als einen Sozialbetrieb, der die Versorgung, Förderung und Integration von mehrfach chronisch geschädigten suchtkranken Menschen im Lahn-Dill-Kreis übernommen hat.

Unser Angebot an den Kunden richtet sich nach den Rahmenbedingungen des Bundessozialhilfegesetzes unter Berücksichtigung der Modifikationen im Sozialgesetz.

Unsere Werte in der Betreuung, Förderung und Integration unserer Kunden, entsprechen humanistischen und ethischen Grundwerten. Dies beinhaltet somit einen ganzheitlichen Ansatz in der Betreuung unserer Kunden.

Das Verständnis von Erkrankungen und Einschränkungen der Kunden im Rahmen ihrer Suchterkrankung und/oder psychischen Störungen umfasst für uns die Anerkennung des 'Andersseins'. Ein Annehmen des Menschen als Individuum ist ein Grundsatz unseres Handelns. Hierunter fallen auch die Einbeziehung von kulturellen, politischen, materiellen, psychosozialen und ökologischen Faktoren. Der Einfluss aller oder auch nur einzelner Faktoren haben eine erhebliche Auswirkung auf die Kunden, deren Gesundheit und Wohlbefinden.

Die psychodynamische Entwicklung der Kunden in unserem Sozialbetrieb verstehen wir als einen Teilprozess im Lebenszyklus des Menschen.

Aufgrund unserer gemeinnützigen Ziele und dem Selbstverständnis des Sozialbetriebes betrachten wir Kundenorientierung als Selbstverständlichkeit.

Das Leben der oben genannten Werte, sowie eine Weiterentwicklung als auch Sicherung des Sozialbetriebes und seines Kundenangebotes sind die Leitgedanken der Unternehmensphilosophie.

Heim, Hilfe

Alternative, Asyl

Umgang, Unruhe

Stress und Sprudelwasser

Chance

Aufenthalt und Angst

Recht und Ruhe

Ueberlebenstraining

Sicherheit? oder Schande?

Ohne Angst ?!?

13 Quellenverzeichnis und weiterführende Literatur

Folgende Bücher wurden bei der Erstellung der Texte sinngemäß mit einbezogen und werden als fachorientierte Literatur empfohlen:

- **Soziotherapie chronisch Abhängiger - Ein Gesamtkonzept**
Erschienen 2000 im Neuland-Verlag, ISBN 3-87581-205-0
- **Chronisch mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke**
Erschienen 2006 im Lambertus Verlag, ISBN 3-7841-1629-9
- **Neue Hilfen für mehrfach geschädigte Abhängigkeitskranke**
Erschienen 1994 im Roderer Verlag, ISBN 3-89073-745-5
- **Doppeldiagnosen - Komorbidität psychischer Störungen und Sucht**
Erschienen 2007 im Hans Huber Verlag Bern, ISBN 3-456-83699-6