

Inhalt

| | |
|--|----|
| Inhalt..... | 1 |
| Wer und was sind CMA - Patienten? Begriffsdefinition | 2 |
| CMA in der Bevölkerung und dem System der Gesundheitsversorgung | 3 |
| CMA - typischen Merkmale | 4 |
| Chronisch mehrfach beeinträchtigt oder chronisch mehrfach geschädigt?..... | 5 |
| Indikationsspektrum / Medizinische Diagnosen | 5 |
| Das Wernicke- Korsakow- Syndrom | 6 |
| Korsakow-Syndrom | 8 |
| Besonderheiten in der täglichen Betreuungsarbeit bei Menschen mit der Diagnose Korsakow Syndrom..... | 9 |
| Ziele in der Betreuungsarbeit von CMA – Patienten..... | 9 |
| Zielhierarchie und Grundlagen der Betreuungs- und Behandlungsplanung von CMA | 10 |
| Suchtverständnis und Behandlungsprinzipien..... | 10 |
| Lebenspraktische Kompetenzen | 12 |
| Soziotherapie, Kernstück der Betreuung und Behandlung von CMA..... | 13 |
| Medizinische und pflegerische Betreuung im Haus Caruso..... | 14 |
| Quellenverzeichnis und weiterführende Literatur..... | 16 |

Wer und was sind CMA - Patienten? Begriffsdefinition

„Chronisch mehrfach geschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol - bzw. anderer Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (inkl. Comorbidität) geführt hat.“

(Böttger/Härtel/Leonhardt/Mühler 1999, S.6)

Des Weiteren führt der chronische Alkoholkonsum zu einer überdurchschnittlichen und fortschreitenden sozialen Desintegration, so dass der Abhängigkeitskranke seine Lebensgrundlagen nicht mehr in eigener Initiative herstellen kann. Es stehen ihm auch nicht genügend familiäre oder andere personale Hilfen zur Verfügung, so dass er auf institutionelle Hilfen angewiesen ist.

Es besteht eine Gleichrangigkeit der sozialen Desintegration und der physischen und psychischen Folgeschädigungen des CMA. (Leonhardt/Mühler 2006, S.127)

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.

In der Regel gestalten Menschen ihren Alltag nach Maßgabe ihrer individuellen Fähigkeiten selbst; auch dann, wenn sie einer zeitweiligen institutionellen Unterstützung oder Alimentierung bedürfen, wie es beispielsweise bei Arbeitslosigkeit der Fall ist.

Ihre Lebensgestaltung behalten sie zum größten Teil in ihrer eigenen Entscheidung, das betrifft die Tagesstruktur, Einkäufe, Behördengänge soziale Kontakte in der Alltagswelt.

Bei CMA fehlt fast immer die aktive Fähigkeit selbst zur elementarsten Strukturierung von Tagesabläufen, oder sie ist zumindest schwer gestört.

CMA benötigt Anstöße und Hilfen bei nahezu allen Lebenstätigkeiten, auch wenn sie einen Teil der exekutiven Fähigkeiten durch mittelfristige therapeutische Interventionen zurückzugewinnen vermögen.

CMA in der Bevölkerung und dem System der Gesundheitsversorgung

| | |
|--------------------------|---|
| Geschlechterverteilung : | 66 - 75 % Männer |
| Alter: | 30 bis 70 Jahre, der Anteil jüngerer Patienten nimmt seit Jahren zu |

Chronisch alkoholranke Menschen wurden lange Zeit fehlplatziert in Altenheimen oder psychiatrischen Krankenhäusern behandelt und dort oft mehr verwahrt als spezifisch gefördert. Dies oft in der Annahme, es handle sich bei diesen Patienten um „therapieresistente Endzustände“.

Ein Grund hierfür war auch ein zu eng gefasster Therapiebegriff. Chronische Alkoholiker waren deshalb lange Zeit die ungeliebten Kinder der Psychiatrie. Ein Blick in sehr alte Krankenakten spricht diesbezüglich Bände.

Die Personengruppe der CMA umfasst ca. 0,5% der Gesamtbevölkerung, also ca. 350.000 bis 400.000 Menschen in Deutschland.

Für den Lahn-Dill-Kreis mit knapp 260.000 Einwohnern bedeutet dies ca. 1250 bis 1300 Menschen, die diesem Personenkreis zuzurechnen sind.

Ein hoher Anteil dieser Abhängigkeitskranken wird von den an der Versorgung von Abhängigkeitskranken sonst beteiligten ambulanten und stationären Diensten nicht erreicht:

- Ambulante Beratungsstellen,
- niedergelassene Nervenärzte,
- somatische Abteilungen von Allgemein-Krankenhäusern,
- offene Suchtkliniken,
- psychosomatische und
- psychotherapeutische Kliniken
- Selbsthilfegruppen

Bei niedergelassenen Ärzten werden diese Abhängigkeitskranken nahezu ausschließlich aufgrund ihrer Folge- und Begleiterkrankungen behandelt.

Mit den klassischen Mitteln der Suchtkrankenarbeit:

Kontakt > Konfrontation > Entgiftung > Langzeittherapie > Selbsthilfegruppe

ist der Personenkreis der CMA nicht erreichbar, da die hierfür notwendigen individuellen intellektuellen Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.

Die Diagnose CMA als solche ist ein multimorbides Krankheitsbild, welches das Fehlen der Voraussetzungen für die klassische Suchtkrankenarbeit erklärt bzw. durch sich selbst ausschließt.

CMA - typischen Merkmale

Für CMA-Patienten typische Merkmale:

- Vielfache stationäre Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen
- Oder wenig bis keine suchtspezifischen Behandlungen
- Vielfache gravierende körperliche Schäden und Behinderungen
- Vielfache unterschiedliche Leistungsminderungen
- Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Randgruppe
- Unauffälligkeit
- Kontakte mit dem Ordnungs- und Strafrecht, mit der Schuldnerberatung
- Besonders schwierige soziale Situationen wie Wohnungslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, Vereinsamung
- Beziehungslosigkeit bzw. hat keine Beziehung mehr
- Kein festes Einkommen, Armut
- Massiv eingeschränkte soziale Handlungsfähigkeit
- Lebt bei der Mutter oder einer anderen Versorgungsperson
- Wird meist erst dann auffällig, wenn das häusliche Versorgungssystem
- zusammenbricht oder sich gravierend ändert.
- Meidet im allgemeinen institutionelle suchtspezifische Hilfen wie „der Teufel das Weihwasser“
- ist bestenfalls bereit, temporäre Hilfen der Körpermedizin anzunehmen
- Hauptbehandelnder ist, sofern es überhaupt jemanden gibt, der Hausarzt
- Verstirbt meist im Alter von ca. 55 Jahren, sofern die Suchterkrankung nicht gestoppt werden kann.

Die gesellschaftliche Reaktion auf die Situation der Betroffenen besteht vorwiegend aus Ablehnung und Missachtung, sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung.

Chronisch mehrfach beeinträchtigt oder chronisch mehrfach geschädigt?

Zunehmend findet man in der Literatur unter der Abkürzung CMA auch das Verständnis als chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke. Die inzwischen kaum noch angewandten Begriffe wie depriviert oder abgebaut werden häufig als diskriminierend empfunden. Beide Begriffe weisen, wenn auch nicht explizit so formuliert, eine ähnliche Konnotation wie Schädigung auf.

Das bedeutet, dass im Sinne einer political correctness von einer Reihe Autoren nun in den bisher ausgeführten Forschungen ein Worttausch stattfindet, um sich einer als korrekt empfundenen Redeweise anzupassen. Es scheint so, als sei eine stille Konvention in Kraft getreten. Diesen Weg möchten wir jedoch nicht beschreiten. Wir halten die Bezeichnung Mehrfachschädigung nicht für diskriminierend, sondern als sachbezogen.

Indikationsspektrum / Medizinische Diagnosen

Die in den soziotherapeutischen Einrichtungen (Haus Caruso) aufgenommenen, chronisch Alkoholabhängigen, weisen ein hohes Maß an Multimorbidität auf. Aufgrund ihrer vielfältigen und massiven Behinderungen und Schädigungen sind einige von ihnen auf dauernde medizinisch-pflegerische Hilfen und intensive individuelle Betreuung angewiesen. Viele der körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen sind nur zum Teil reversibel. Bei diesen Menschen sind Alkoholrezidive aufgrund des reduzierten Allgemeinzustandes oft lebensgefährdend.

Diagnosen:

- Langjähriger chronischer Alkohol- und Medikamentenmissbrauch
- Alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (Wernicke- Korsakow Syndrom)
- Alkoholdemenz
- Alkoholtoxische Kleinhirnatrophie
- Alkoholische Polyneuropathie
- Epilepsie
- Schwerwiegende Organschädigungen (Leber, Gastrointestinaltrakt, Pankreas, Herz-Kreislaufkrankungen etc.)
- Schädel- Hirntraumen infolge von alkoholbedingten Unfällen
- Apoplex
- Schwerbehinderung / Körperbehinderung
- Minderbegabung
- Krebserkrankungen (vor allem Mundhöhlen-, Kehlkopf-, Speiseröhren-, Magen-, Leber- und Bauchspeicheldrüsenkrebs)
- Psychiatrische Komorbidität (Psychosen, Depression, Persönlichkeitsstörung)

Psychische Befunde:

- Erhebliche alkoholbedingte Persönlichkeitsstörungen und Wesensveränderung
- Affektlabilität
- Störung der Impulskontrolle
- Mangelnde oder reduzierte Realitätsanpassung
- Störungen des Antriebs, der Spontaneität, der Initiative
- Angststörungen
- Depression
- Mangelnde Fähigkeit zur Problem- und Konfliktverarbeitung
- Reduzierte Frustrationstoleranz

Kognitives Leistungsvermögen:

- Schwere und schwerste Ausprägungen des hirnorganischen Psychosyndroms,
- Schwerwiegende Gedächtnisstörungen
- Verwirrtheit, Desorientierung
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen der Handlungsplanung
- Massive Beeinträchtigung des Denkvermögens
- Intelligenzminderung

Das Wernicke- Korsakow- Syndrom

Das WKS ist eine noch heute oft unerkannte, teils schleichend, teils akut auftretende schwere, oft irreversible Erkrankung des Gehirns.

Es wird nicht durch Alkohol, sondern durch Thiamin-Mangel hervorgerufen und tritt bei Alkoholikern gehäuft auf, weil der Kalorienbedarf zum größten Teil durch alkoholische Getränke gedeckt wird und oder die Ernährung entsprechend einseitig und Vitaminarm ist.

Das WKS tritt auch bei Patientengruppen auf, insbesondere bei Personen, die nie oder kaum Alkohol getrunken haben, wenn eine Auszehrung, eine lang anhaltende katabole Stoffwechsellage, rezidivierendes Erbrechen oder Fehlernährung vorliegen. Beispiele sind Tumorerkrankungen, Anorexie und Gastrointestinale Erkrankungen.

Das WKS ist eine stets zu berücksichtigende Differentialdiagnose von Bewusstseinsstörungen bei mangelernährten Menschen und bei körperlich schwer kranken oder parenteralernährten Alkoholabhängigen.

Es stellt einen Notfall dar, der bei versäumter Diagnose und unzureichender Behandlung letal verlaufen kann, zumindest aber in vielen Fällen zu irreversiblen, schweren neuropsychologischen Defiziten führt. Entscheidend ist schon die Prophylaxe bei dieser Patientengruppe. Andernfalls kann es unter Umständen zu einer iatrogenen Auslösung des WKS kommen, da Infusionen von Glucose zu einem akuten Mehrbedarf an Thiamin führen.

Andere auslösende Faktoren bei Alkoholkranken sind Delirien und interkurrente Erkrankungen.

Das WKS setzt sich im typischen Fall aus einem Akutstadium, der Wernicke-Krise oder Wernicke Enzephalopathie, und aus einem chronischen Defekt-stadium, dem Korsakow-Syndrom, zusammen.

Die Wernicke Enzephalopathie kann aber auch subakut, symptomarm oder schleichend eintreten und mehr oder weniger unbemerkt in ein Korsakow Syndrom übergehen.

Umgekehrt muss eine akute Wernicke Krise nicht in ein Korsakow Syndrom übergehen, wenn frühzeitig behandelt wird.

Das Korsakow-Syndrom ist ein Defekt-Syndrom, das sich aus einem amnestischen Syndrom und einer thalamischen Demenz zusammensetzt, wobei der Schweregrad beider Komponenten von Fall zu Fall variiert.

Die früher oft erfolgte Gleichsetzung von Korsakow-Syndrom und amnestischen Syndrom sollte, um der begrifflichen Klarheit willen, vermieden werden. Nicht zuletzt, da sich das Korsakow Syndrom nach einer Wernicke-Krise von anderen Formen der Amnesie unterscheidet.

Eine therapeutische Beeinflussbarkeit besteht im akuten und postakuten Stadium der Wernicke-Krise, nicht aber im Defekt-Zustand des Korsakow-Syndroms. Die Substitution von Thiamin muss sofort und parenteral (auch in Verdachtsfällen) erfolgen. Bei rechtzeitigem Therapiebeginn bessert sich die klinische Symptomatik in Stunden bis Tagen.

Bei fehlender Therapie kommt es zur Verschlechterung der Bewusstseinslage mit hohem Risiko eines letalen Verlaufs.

Korsakow-Syndrom

Das Korsakow-Syndrom wurde von dem russischen Psychiater, Sergej Sergejewitsch Korsakow, zum ersten Mal 1887 beschrieben.

Dabei handelt es sich um ein Defektsyndrom, bestehend aus einem amnestischen Syndrom und einer thalamischen Demenz.

In der ICD 10 gehört das Korsakow Syndrom zu den Gedächtnisstörungen und hat dort als Leitfaden der Symptomatik das amnestische Syndrom.

Die Neurologie rechnet das Korsakow Syndrom den Demenzen zu, und in der Psychiatrie begegnet man dem Korsakow-Syndrom im Kontext mit dem amnestischen Psychosyndrom.

Egal welchem Bereich nun das Korsakow Syndrom zugeordnet wird, fest steht, dass die Funktionseinheit limbisches System im menschlichen Gehirn irreversibel geschädigt ist.

Teil der Funktionseinheit limbisches System ist der Thalamus. Der Thalamus ist ein Bereich im Gehirn, der zur weißen Hirnsubstanz gehört, lokalisiert zwischen Hirnstamm und Kleinhirn. Der Thalamus ist zuständig für die Weiterleitung von Sinneserregungen aus dem Körper zur Kortex Cerebri und zurück. Die Kortex Cerebri ist eine ca. 2 cm dicke Schicht die das gesamte Gehirn umschließt.

Der Thalamus hat weitreichende Verbindungen in alle anderen Bereiche des Gehirns, wie Hypothalamus, Hirnstamm, Kleinhirn, Basalganglien, etc.

Die thalamische Demenz umfasst Störungen die autonome Funktionen des menschlichen Körpers betreffen, wie Atmung, Körpertemperatur, Herzfrequenz, Blutdruck, Hunger, Durst, Gefühlsausdrücke oder auch die Motorik.

Schädigungen im limbischen System bedeuten für die Betroffenen:

- Massive Störungen des Kurzzeitgedächtnisses
- Verlust des Arbeitsgedächtnisses, regelmäßig verbunden mit der Unfähigkeit, sich neue Gedächtnisinhalte einprägen zu können (Retrograde Amnesie)
- Schädigungen im prozeduralen Gedächtnis. Dadurch entstehen enorme Schwierigkeiten bei dem Erlernen neuer Dinge
- Störungen des Altgedächtnisses, für eigene Erlebnisse und das Wissen um das Zeitgeschehen
- Örtliche und zeitliche Desorientierung
- Verminderte Fähigkeit zur Reproduktion von Gedächtnisinhalten
- Verminderte Spontaneität und Initiative
- Ausgeprägte Konzentrationsstörungen
- Verlegenheitskonfabulation (als Frühsymptom oft diagnostisch wegweisend)
- Ausgeprägte Isolationstendenzen
- Teilweise ausgeprägte Angststörungen

Besonderheiten in der täglichen Betreuungsarbeit bei Menschen mit der Diagnose Korsakow Syndrom

Das Korsakow - Syndrom ist in seinem Schweregrad und Ausprägungstypus sehr variabel. Ausmaß, Schweregrad und Profil der möglichen Defizite variieren stark.

Menschen mit der Diagnose Korsakow- Syndrom sind häufig geprägt durch einen weißen Leeren Fleck in ihrer Biographie, dem Kreisen ihrer Gedanken in einer Endlosschleife, einem Phantomschmerz des Gemüts über den Verlust von Identität und Biographie.

Merksatz:

- Die Information geht vergessen
- Die Emotion bleibt.

Ziele in der Betreuungsarbeit von CMA – Patienten

Vorrangiges Ziel in der Behandlung von CMA ist die Schaffung eines schützenden, stabilisierenden und strukturierenden Wohn- und Lebensumfeldes. Eines Umfeldes das diese Menschen häufig schon über sehr lange Zeiträume nicht mehr oder im Einzelfall vielleicht nie wirklich kannten.

Die Lebensweise von CMA war vielfach mit hohen gesundheitlichen und auf längere Sicht lebensgefährlichen Risiken verbunden.

Mit der Aufnahme in eine soziotherapeutische Wohnstätte wird somit zunächst einmal ein Grundstein für eine neue gesündere Lebensweise gelegt. Auf dieser Basis baut jede weitere Betreuungs- und Behandlungsplanung auf.

So ist denn auch das primäre Ziel in der Behandlung Abhängiger die Sicherung des Überlebens. (Schwoon, 1992/Körkel, 1995)

Zielhierarchie und Grundlagen der Betreuungs- und Behandlungsplanung von CMA

- Sicherung des Überlebens
- Sicherung des möglichst gesunden Überlebens
- Verhinderung weiterer schwerer Folgeschäden
- Verhinderung weiterer sozialer Desintegration
- Ermöglichung längerer Abstinenzphasen und suchtmittelfreier Perioden
- Akzeptanz der Abstinenz als gesündeste Lebensform
- Autonome und zufriedene abstinente Lebensgestaltung und Bewältigung

Hinzufügen lassen sich als weitere Ziele noch:

- Kompetenz- und Ressourcenerweiterung
- Förderung sozialer und kommunikativer Kompetenzen
- Förderung von Mobilität und Beweglichkeit
- Erhöhung der psychischen und physischen Ausdauer
- Verbesserung des Umgangs mit belastenden Situationen

Suchtverständnis und Behandlungsprinzipien

Wir verstehen süchtiges Verhalten als einen von vielen möglichen, wenn auch ungeeigneten und fehlgeschlagenen, aber dennoch nachvollziehbaren, verstehbaren und sinnhaften Selbstheilungs-, Lösungs-, und Bewältigungsversuch eines Abhängigen.

In jedem abhängigen Verhalten steckt auch immer ein missglückter Problemlöseversuch.

Deshalb können wir nicht davon ausgehen, dass unsere Bewohner mit ihrem Leben besser zurecht kommen, wenn ihnen die Flasche weggenommen wird, ohne dass sie eine Alternative, eine Perspektive, einen Sinn oder einen höheren Wert (Leben, Gesundheit etc.) in ihrem Leben finden.

Bei uns gibt es keinen Standardbehandlungen oder Standardlösungen, denn Abhängigkeitsentwicklungen haben viele Ursachen.

Damit wenden wir uns von klassischen Krankheitsmodellen der Sucht ab, die von einer ausschließlich pathologieorientierten Sichtweise der Abhängigkeit ausgehen und eine absolute Selbststeuerungsunfähigkeit und den Kontrollverlust der Betroffenen annimmt.

Dies heißt, dass ein Betroffener, ein um Aufnahme nachsuchender Mensch, nicht gleich am ersten Tag oder gar vor Aufnahme seine vollkommene, emotionale Bereitschaft zur Abstinenz unter Beweis stellen muss.

Von einem Mensch mit psychosomatischen Magenbeschwerden verlangt der Arzt auch nicht mit dem Beginn der Kur das Verschwinden und Ausbleiben der Symptome.

Eine auf diesem Suchtverständnis basierende Behandlung Abhängiger hat zwangsläufig andere Inhalte und Schwerpunkte als eine auf einem pathologieorientierten Therapieansatz basierende Behandlung.

Das heißt aber auch Abschied zu nehmen von einem einheitlichen Krankheitsbild, dem Alkoholabhängigen und dem chronisch Abhängigkeitskranken. Vielmehr muss davon ausgegangen werden, dass es nur individuelle, höchst verschieden abhängige mit unterschiedlicher Persönlichkeit und Lebensgeschichte, unterschiedlichen Motiven, Zielen und Bedürfnissen gibt.

Eben weil die Erscheinungsformen der Abhängigkeit aufgrund des multikonditionalen Bedingungsgefüges so vielfältig sind wie die Menschen, denen wir in der Therapiesituation begegnen, kann es auch nicht ein einheitliches Therapieziel, den einzigen richtigen Weg oder die richtige Methode, sondern nur individuell festzulegende Ziele und Angebote geben.

Krass ausgedrückt würde es bedeuten, wenn die Erhaltung und Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit das einzige Therapieziel für Abhängigkeitskranke wäre, dann ist von diesem Standpunkt aus Hilfe für CMA „zum Fenster hinausgeworfenes Geld“.

Im Kontext der vorhandenen Zwänge eines ökonomischen Effizienzdenkens, den finanziellen Aufwendungen für Hilfe, muss ein messbares Therapieziel gegenüber stehen, ist es allerdings ausgesprochen schwierig, auf ein solch messbares Therapieziel für eine bestimmte Anzahl von Abhängigkeitskranken zu verzichten.

Zum einen sind CMA nicht in der Lage, sich selbst zu motivieren bzw. durch ihre nicht vorhandene soziale Einbindung motiviert zu werden, um eine Suchthilfeeinrichtung aufzusuchen.

Zum anderen können CMA infolge ihrer chronischen Mehrfachschädigungen von vorne herein nicht mit dem Ziel der gesundheitlichen Wiederherstellung behandelt werden, sondern lediglich hinsichtlich gradueller Wiederherstellung einzelner Leistungsparameter der Selbständigkeit.

Anders ausgedrückt, bei CMA müssen Institutionen aktiv werden, um aus einer gescheiterten „Defizitfigur“ einen Kooperationspartner zu gewinnen.

Lebenspraktische Kompetenzen

In soziotherapeutischen Einrichtungen werden alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer betreut, die über ihre jahrzehntelange Abhängigkeitserkrankung hinaus einen hohen Grad an Comorbidität aufweisen.

Diese Menschen haben ein nicht nur vorübergehendes Ausmaß an körperlichen, seelischen und sozialen Schädigungen, so dass sie mittelfristig oder auch dauerhaft nicht in der Lage sind, allein ohne stationäre Betreuung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.

Aus dem Arbeitsleben sind sie in der Regel längst ausgeschieden. Meist fehlt ihnen auch die Kompetenz, selbständig alltägliche Anforderungen wie Orientierung in ihrer Umwelt, Zeitstrukturierung, Selbstversorgung oder Hygiene zu bewältigen. Es fehlt die Kraft, der Mut das Wissen und die Erfahrung ihre Situation zu verändern.

Lebensgrundlagen eigenständig herstellen heißt aber in erster Linie:

- Ziele zu definieren
- Entscheidungen zu treffen
- Abläufe zu strukturieren

Diese komplexen Fähigkeiten sind bei CMA nachhaltig gestört, sie können ohne fremde Hilfe nicht aktiviert werden.

Praktisch sieht das Ausmaß dieses Kompetenzverlustes etwa so aus, dass ein Patient von seinem Zimmer zu einer nahe gelegenen Toilette geht und anschließend nicht mehr zurückfindet. Oder er vergisst auch einfachste Anweisungen oder Termine nach kürzester Zeit. Andere müssen regelmäßig an ihre Körperpflege und den Wäschewechsel erinnert werden. Oder es ist eine teilweise sehr engmaschige Einteilung des Taschengeldes notwendig, weil die Fähigkeit zur Überwachung und Finanzplanung nicht mehr ausreichend vorhanden ist. Hier setzen dann therapeutische Interventionen ein.

Soziotherapie, Kernstück der Betreuung und Behandlung von CMA

Um den beschriebenen Verlust an Kompetenzen zu behandeln und um weiteren Verschlechterungen entgegenzuwirken, sind soziotherapeutische Behandlungskonzepte entwickelt worden.

Soziotherapie beinhaltet die Schaffung eines strukturierenden, schützenden und stabilisierenden, suchtmittelfreien, Wohn- und Lebensumfeldes.

Soziotherapie für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke ist ein Komplex zur Vermittlung von:

- alltäglichen Abläufen und
- einfachen Lebensvollzügen
- von Regeln
- Normen
- Pflichten
- Und Freiheiten
- Im geschützten Raum der Wohngruppe

Gemeinsam mit den Bewohnern wird versucht eine Grundordnung in deren Leben zu bringen um damit die Chance zu eröffnen, wieder sie selbst zu sein und anders werden zu können.

Am Endpunkt einer langjährigen Suchtkarriere, mit aller erworbenen Multimorbidität, steht für viele unserer Bewohner folgender Merksatz:

***Liebes Leben abgemacht, darfst mir nicht verfliegen,
hab noch soviel dunkle Tage, sprachlos vor mir liegen.
Liebes Leben abgemacht, halt mich an die Erde,
kann doch was ich will nur sein, wenn ich es auch werde.***

Weiter ist zu nennen, dass die Menschen für sich wissen und spüren, dass sie wieder ein Ziel, einen Lebenssinn finden können. Das mag pathetisch klingen, ist es aber nicht, wenn man die Lebensumstände bedenkt, unter denen die meisten Bewohner einer soziotherapeutischen Einrichtung vor ihrer Aufnahme gelebt haben.

Es ist nicht möglich, genau anzugeben welcher Therapiebestandteil bei unseren Bewohnern insgesamt und wie beim einzelnen Bewohner wirkt. Ein Kausalzusammenhang wie bei einer verabreichten Spritze oder Tablette ist hier naturgemäß nicht zu bestimmen.

Sicher dürfte sein, dass es nicht eine einzelne Intervention, eine einzelne Maßnahme ist, die den Behandlungserfolg ausmacht. Vielmehr ist es das Ensemble der Behandlungsbausteine, das den Ausschlag gibt. Als Kernpunkte können gelten:

- Die feste Struktur des Tagesablaufs
- Das menschenwürdige, lebenswerte Umfeld
- Das Leben in der Gemeinschaft
- Das abstinente Klima
- Die Entdeckung und Förderung individueller Fähigkeiten und Fertigkeiten

Medizinische und pflegerische Betreuung im Haus Caruso

Die Bewohner werden ihren vielfältigen körperlichen und psychischen Schädigungen entsprechend umfassend und ganzheitlich behandelt. Pflegerische und medizinische Betreuung, Versorgung und Unterstützung sind in das soziotherapeutische Setting integriert.

Angestrebte Ziele für unsere Bewohner aus medizinischer Sicht sind in erster Linie die Erhaltung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes.

Als Soziotherapeutische Einrichtung kümmern wir uns um den ganzen Menschen und entwickeln mit dem Bewohner gemeinsam ein Gesundheitsbewusstsein und Achtsamkeit dem eigenen Körper gegenüber, sowie ein größtmögliches Maß an Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit.

Die Sicherung des möglichst gesunden Überlebens und die Verhinderung weiterer schwerer körperlicher und psychischer Folgeschäden erfolgt durch geeignete medizinische und pflegerische Betreuung, regelmäßige und ausgewogene Ernährung und durch die Gewährleistung eines suchtmittelfreien Umfeldes.

Jeder Bewohner findet in unserer Einrichtung Sicherheit, stabilisierende Strukturen, Orientierung und Unterstützung.

Hilfreich und förderlich sind hierbei eine menschliche und herzliche Atmosphäre von Geborgenheit, Akzeptanz und Wertschätzung, sowie eine handlungsorientierte soziotherapeutische Arbeitsweise, die notwendig soziale und lebenspraktische Kompetenzen vermittelt.

Die Bewohner können in der Einrichtung die regelmäßigen Sprechstunden der Konsiliarärzte (in der Regel ein Allgemeinmediziner oder Internist und einen Facharzt für Neurologie und Psychiatrie) besuchen.

Diese Ärzte stehen auch für Krisenfälle bereit und gewährleisten durch regelmäßige Besprechungen mit den verantwortlichen Mitarbeitern und dem Team eine kontinuierliche medizinische Versorgung.

Das Betreuungspersonal führt täglich Betreuungssprechstunden durch.

Krankenschwestern und Pfleger führen gemeinsam mit den Konsiliarärzten Sprechstunden durch.

Sie arbeiten eng mit anderen Fachärzten sowie Krankenhäusern zusammen und können so den Informationsaustausch und die optimale Abstimmung aller medizinischen und den übrigen therapeutischen Maßnahmen sicherstellen.

In der Pflegedokumentation werden die laufenden medizinische Versorgung und pflegerischen Maßnahmen festgehalten.

Informationsfluss und Kontinuität der Arbeit werden durch regelmäßige Übergabebesprechungen und Übergabedokumentation zwischen den Mitarbeitern der unterschiedlichen Schichten und Professionen bei Tag und Nacht gewährleistet.

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