

HAUS ALTGLASHÜTTEN

für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Alkoholranke (CMA)

79868 Feldberg-Altglashütten

Waldstraße 1

Tel.: 07655 933396-10 Fax: 07655 933396-99

eMail: haus.altglashuetten@bw-lv.de

Leitung: Annette Dold

Sozialpädagogin (B.A.)

Sozialwirtin (M.A.)

Konzeption Außenwohngruppe

vorgelegt von: Wolfgang Strobel-v. Stritzky

Inhalt

Einleitung	2
I	Definition Klientel und konzeptionelle Begründung des Angebots
I-1.	Krankheitsbild CMA - Definition und Beschreibung 3
I-2.	Der Übergang von stationärer zu ambulanter Hilfe 6
I-3.	Bisher bestehende Angebote der Wiedereingliederung 8
I-4.	Begründung der Notwendigkeit für eine Erweiterung des Angebotes im Haus Altglashütten 10
II	Beschreibung des geplanten Angebotes
II-1.	Anbieter 11
II-2.	Größe 11
II-3.	Lage und Ausstattung 12
II-4.	Voraussetzungen für die Aufnahme in die Außenwohngruppe 12
II-5.	Zielsetzung 13
II-6.	Hilfeleistungen 14
	Literatur 15

Einleitung

44.000 Menschen erhalten in Baden-Württemberg Leistungen zur Eingliederungshilfe (Landrat Karl Röckinger, Vorsitzender des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg 2005).

Die Ausgaben für diese Eingliederungshilfe bewegen sich auf sehr hohem Niveau¹: 2005 waren es 1.276,9 Mio. Euro und 2006 1.110,3 Mio. Euro. Die Zahlen für 2007 sind wiederum steigend.²

Die Zielrichtung "ambulant vor stationär", die ursprünglich der zunehmenden Ausgrenzung von Behinderten aus der Gesellschaft vorbeugen sollte, hat dadurch auch unter ökonomischen Gesichtspunkten neues Gewicht erhalten.

Der Anteil chronisch mehrfachbeeinträchtigter Alkoholkranker (CMA) an den Leistungen der Eingliederungshilfe ist gering. In Baden gibt es etwa 120 Heimplätze, die speziell für CMA-Klienten eingerichtet sind. CMA Einrichtungen sind klein (Ø 30 Plätze) und die Verwaltungskosten niedrig. Trotzdem ist es im Interesse der Betroffenen und der Gesellschaft, auch hier zu prüfen, welche Hilfen erforderlich sind und inwieweit sich die Zielsetzung "ambulant vor stationär" umsetzen lässt.

Bei der Schaffung von stationären CMA-Heimstätten ging es zunächst darum, „Drehtürpatienten“ der psychiatrischen Zentren gezieltere Hilfen und eine Beheimatung („Bewahrung“³) in einem offeneren (kostengünstigeren) Milieu anzubieten. Heute wird verstärkt die Frage nach mehr ambulanten Angeboten gestellt. Die daraus entstandene Diskussion ist durch die bisherige Arbeit in den stationären CMA-Einrichtungen möglich geworden, denn dort hat sich gezeigt, dass gezielte Hilfen bei diesem Klientel Ressourcen wecken und in vorher nicht bekanntem Umfang fördern können.⁴

Der Gedanke der Außenorientierung und Wiedereingliederung steht damit heute gleichberechtigt neben dem Prinzip der Beheimatung. Beides hat bei CMA-Klienten,

¹ Landtag Baden-Württemberg Drucksachen/1000/14/1360 S. 4

² Badische Zeitung 12.08.2008

³ „Psychiatrie Enquete“ Bundestagsdrucksachen 7/4200 Bonn 1975

⁴ Feyler, Ulrike (u.a.): Neurobiologische Veränderungen bei chronischem Alkoholismus
H:\Flyer\2021-11-17_Konzeption_AWG.doc

die eine große Bandbreite von Fähigkeiten und von Störungen aufweisen, seine Berechtigung.

Das Haus Altglashütten verfügt derzeit über 30 stationäre Plätze für CMA-Kranke. Der bwlv., das Mitarbeiterteam des Hauses Altglashütten, der Beirat und die Bewohnerinnen und Bewohner der Einrichtung sind seit beinahe 10 Jahren in einem kontinuierlichen Prozess, die vorhandenen Hilfsangebote zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Wiedereingliederung und Außenorientierung sind dabei zentrale Themen.

Dem Haus Altglashütten fehlt im Gegensatz zu den anderen CMA-Einrichtungen in Baden bis heute ein zentraler Baustein der Außenorientierung, der Außenwohngruppenplatz. Um unserem Auftrag und den veränderten Anforderungen gerecht zu werden, möchten wir diese Lücke nun schließen. Das folgende Konzept fußt auf den Erfahrungen der vergangenen 10 Jahre und zur Umsetzung steht ein erfahrenes, multidisziplinäres Team zur Verfügung.

I Definition Klientel und konzeptionelle Begründung des Angebots

I-1. Krankheitsbild CMA - Definition und Beschreibung

Für die Diagnose CMA legt die Arbeitsgruppe CMA des Bundesministeriums für Gesundheit folgende Kriterien fest⁵:

- es muss eine **Abhängigkeitsdiagnose nach ICD-10** vorliegen und
- eine **Beeinträchtigung in mindestens 3 der nachfolgenden 4 Kriterienbereichen** vorliegen:
 1. Konsumverhalten
 2. Behandlungserfahrung
 3. Soziale und rechtliche Situation

⁵ Arbeitsgruppe CMA: Definitionsvorschläge zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen 1999
H:\Flyer\2021-11-17_Konzeption_AWG.doc

4. Gesundheitliche Situation

1. Konsumverhalten:

- Regelmäßige Trinkexzesse (mind. 1mal im Monat) oder
- Spiegeltrinken in den letzten 12 Monaten.

2. Behandlungserfahrung:

- mindestens 5 stationäre Entgiftungen oder
- Antritt von mindestens 2 stationären oder ambulanten Entwöhnungsbehandlungen

3. Soziale und rechtliche Situation:

- Lebensunterhalt: überwiegend Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, Sozialhilfe, unregelmäßige Einkünfte, Prostitution oder illegale Einkünfte
- Wohnen: Wohnungslos, institutionelles Wohnen oder stark verwaahlte Wohnsituation
- Sozialer Nahbereich: alleinstehend / ohne feste Partnerbeziehung oder nur suchtbezogene Kontakte
- Justitielle Belastungen (bezogen auf die gesamte Lebenszeit): mind. 24 Monate Haft (kumuliert) oder mehr als 5 Verurteilungen

4. Gesundheitliche Situation:

- körperliche Erkrankungen (vermutlich im Zusammenhang mit der Abhängigkeit): Leberzirrhose, Fettleber, chron. Gastritis, chron. Pankreatitis, Tuberkulose, Kardiomyopathie, Endokarditis, Herzinsuffizienz, Nierenversagen, Aids, Kleinhirnataxie, cerebrale Anfälle, Polyneuropathie, chron. Abszesse, chron. Hauterkrankungen, extrem schlechter Zahnstatus
- psychische Störungen: Korsakow-Syndrom, hirnorganische Wesensveränderung, Demenz, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, depressive Syndrome

Aus unserer Erfahrung lässt sich beschreibend ergänzen:

- ▶ Rehabilitationsmaßnahmen nach § 15 SGB VI sind bei CMA-Klienten entweder bereits voraus gegangen oder prognostisch ungünstig.

- ▶ Die häufig vorliegenden Depravationssymptome, der Verlust kognitiver und psychischer Fähigkeiten (z.B. bei hirnorganischem Psychosyndrom) und andere Folgen des Alkoholabusus erschweren die Orientierung, die Anpassung an Erfordernisse des täglichen Lebens und notwendige Verhaltensänderungen.

- ▶ Das soziale Leben wird durch ausgeprägte kognitive Beeinträchtigungen und stark akzentuierte Persönlichkeiten erheblich erschwert. CMA-Klienten haben meist keine tragenden sozialen Beziehungen mehr (Familienstand der zwischen 1999 und 2007 aufgenommenen 160 BewohnerInnen: 45,6% ledig, 43,1% geschieden). Sie sind alleinstehend und der Kontakt zur eigenen Familie (falls vorhanden) und zur Herkunftsfamilie ist abgebrochen oder tiefgreifend gestört. Sie sind seit Jahren arbeitslos und in der Regel ohne Wohnung.

- ▶ Im Haus Altglashütten kommen 70% der Klienten durch Vermittlung der Zentren für Psychiatrie.

Eine gute Zusammenfassung steht in einer Vergleichsstudie zwischen Alkoholkranken in der Entwöhnungstherapie (EW) und CMA in einem psychiatrischen Krankenhaus: **„CMA-Patienten unterschieden sich von EW-Patienten durch folgende klinische Merkmale: höheres Lebensalter, männliches Geschlecht, alleinstehend, schlechtere (Aus-)Bildung, hoher Grad an Behandlungserfahrung, vorbestehende (Minderbegabung, Bildungsmängel, Sonderschulbesuch) und/oder erworbene Funktionsbeeinträchtigungen des Gehirns (organisches Psychosyndrom, Korsakow-Syndrom), soziale Folgeschäden (wie z.B. Frühberentung, Wohnsituation, soziale Isolation), Behandlung gegen den eigenen Willen, unrealistische Selbsteinschätzung (Rückfälle während der Behandlung, vorzeitiger Abbruch der Behandlung, große subjektive Zufriedenheit mit einem objektiv ungünstige Befinden, hoher Grad an Verleugnung).“⁶**

⁶ Fleischmann, Heribert: Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Alkoholabhängige (CMA) und Alkoholkranken in Entwöhnungstherapie (EWT) - zwei unterschiedliche Gruppen Alkoholabhängiger im psychiatrischen Krankenhaus in: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jg. 47(2001), H. 5, S. 321-330
 H:\Flyer\2021-11-17_Konzeption_AWG.doc

I-2. Der Übergang von stationärer zu ambulanter Hilfe

Viele CMA - Klienten in stationären Einrichtungen wünschen sich nichts dringlicher als eine schnelle und erfolgreiche Außenorientierung. Darunter verstehen sie: eine eigene Wohnung, eine Partnerschaft und Arbeit (in dieser Reihenfolge).

Als Merkmalskomplex für CMA-Kranke ist eine „Störung im Realitätsbezug“ beschrieben und dementsprechend häufig ist dieser Wunsch weit entfernt von einer realistischen Umsetzung. Der (vorübergehende oder dauerhafte) Verzicht auf eine selbständige Lebensperspektive und die schmerzhafteste Entscheidung für ein Leben im Heim macht ein menschenwürdiges Leben für CMA-Klienten oft erst möglich.

Im Laufe des Aufenthaltes wird dann deutlich, welche Schädigungen durch den jahrelangen Suchtmittelmissbrauch entstanden sind. Daran kann gearbeitet werden und erst nach einem längeren Prozess der Konsolidierung sind die Grundlagen geschaffen, um sich dem Ziel der Eigenständigkeit anzunähern.

Es kann kaum genug betont werden, wie sehr sich der chronisch Alkohol- kranke unterscheidet von dem Alkoholkranken, für den eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation in einer Fachklinik indiziert ist und der anschließend in der Regel in ein selbständiges Leben zurückkehrt. In Abgrenzung zum rehabilitationsfähigen Alkoholkranken kann beim chronisch Alkoholkranken „...das Ziel der Therapie auch nicht annäherungsweise die Wiederherstellung des Ausgangszustandes bei Eintritt in die Abhängigkeit sein. Der Verbrauch organischer und sozialer Ressourcen ist häufig nur teilweise reversibel. **Das Therapieziel ist nicht ein eigenständig lebender, sozial kompetenter, gesunder und arbeitsfähiger Mensch mit einer biographischen Trinkepisode. Die Folgen exzessiven Alkoholmissbrauchs werden auch zum *künftigen* Leben eines erfolgreich behandelten CMA gehören.**“⁷

Um in ein eigenständiges Leben zurück zu kehren, brauchen CMA-Klienten differenzierte und aufeinander aufbauende Angebote: zunächst die **stationäre**

⁷ Gesine Böttger, Frank Härtel, Hans-Jürgen Leonhardt, Kurt Mühler: Chronisch mehrfach- geschädigte Abhängigkeitskranke-CMA; S. 3, Leipzig 1999
H:Flyer\2021-11-17_Konzeption_AWG.doc

Unterbringung im Heim, dann **Außenwohngruppen** (mit noch weitgehender Anbindung an die stationäre Einrichtung) und **später Betreutes Wohnen** (mit nur noch geringer Betreuung). Damit wird eine schrittweise Annäherung an die Verselbstständigung ermöglicht. (Eine detaillierte Abgrenzung Außenwohngruppe / Betreutes Wohnen findet sich unter Punkt I-4)

Die Ablösung aus einer vertrauten Umgebung ist immer ein schwieriger Prozess. Bei unseren Klienten kommt dazu, dass sie dabei selten auf konstruktive Ablösungserfahrungen in der Vergangenheit zurückgreifen können. Das Verlassen des „Nestes“ - einer stationären Einrichtung, in der sie (oft über mehrere Jahre hinweg und oft zum ersten Mal überhaupt) die wichtige Erfahrung der Abstinenz, einer sozialen Gemeinschaft und der Annahme und Geborgenheit gemacht haben - ist für sie eine besondere Herausforderung. Es gibt die eher ängstlichen (F60.0 paranoide Persönlichkeitsstörung (P.) , F60.1 schizoide P., F60.6 ängstliche (vermeidende) P., F60.7 abhängige (asthenische) P.)⁸, die sich aus Furcht gegen eine Verselbstständigung entscheiden, und die impulsiveren Klienten (F60.2 dissoziale P., F60.3 emotional instabile P., F60.4 histrionische P., F60.8 sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen), die sich, oft situationsbedingt und sehr spontan, für eine Außenorientierung entscheiden. Beide entziehen sich gerne einer geordneten Planung der Verselbstständigung und beiden fehlt im stationären Heimsetting eine differenzierte Einschätzungen der eigenen Ressourcen, Fähigkeiten und Perspektiven.

Die Verlegung auf einen Außenwohngruppenplatz ermöglicht in dieser Situation die nahezu risikofreie Erprobung einer selbstständigeren (weniger beschützten und weniger kontrollierten), individuelleren Lebensführung. Damit wird impulsiveren KlientInnen eine Perspektive angeboten und gleichzeitig werden sie vor voreiligen Schritten bewahrt. Ängstlichere KlientInnen hingegen können durch die Verlegung in die Außenwohngruppe motiviert werden, ohne große Angst vor Überforderung erste Schritte in eine Verselbstständigung zu wagen.

Die neue, selbständigere Lebensumgebung fordert mehr Verantwortungsübernahme und bedingt Erfahrungen, die einer realistischeren Selbsteinschätzung in hohem Maße zuträglich sind. Dies ermöglicht, noch gezielter an Ressourcen und Defiziten zu arbeiten, um später besser den Anforderungen eines selbstständigen Lebens begegnen zu können.

⁸ Internationale Klassifikation psychischer Störungen:ICD-10, Kapitel V (F) Bern 2008
H:Flyer12021-11-17_Konzeption_AWG.doc

Der Schritt in die Verselbstständigung ist für viele CMA-Klienten auch deshalb besonders schwierig, weil sie, als Bewohner einer stationären Einrichtung, nicht sicher sind, ob sie außerhalb einer beschützenden Einrichtung die Abstinenz halten können. Kontinuierliche Zeiten der Abstinenz haben sie oft nur in Einrichtungen erfahren und es gibt kaum Erfahrungen eines selbstständigen und abstinenten Lebens

außerhalb einer Institution, auf die sie zurückgreifen könnten. Verselbstständigung bedeutet in ihren Augen ein erhöhtes Rückfallrisiko. Der Alkohorrückfall ist für viele unmittelbar lebensbedrohlich. Die bereits entstandenen Schädigungen sind so groß, dass jede weitere Intoxikation neue, irreversible Folgen haben kann. In einer CMA-Einrichtung kann immer wieder beobachtet werden, dass Rückfälle zu einer dramatischen Verschlechterung des körperlichen und psychischen Zustands und / oder zum Verlust kognitiver Fähigkeiten führen. Dazu kommen meist Ängste vor erneuter Wohnsitzlosigkeit und das Wissen, einer solchen Situation nicht mehr gewachsen zu sein.

Außenwohngruppenplätze sind auch für diese Klienten eine hervorragende Möglichkeit, sich auszuprobieren, ohne den gesicherten Rahmen (Betreuung, Kostenzusage) und die Möglichkeit einer kurzfristigen Rückkehr in die stationäre Einrichtung zu verlieren.

I-3. Bisher bestehende Angebote der Wiedereingliederung

Es wird unterschieden zwischen stationären und ambulanten Angeboten der Wiedereingliederung.

Zu den **stationären Angeboten** zählen die Unterbringung in der Haupteinrichtung (Heim) und in Außenwohngruppen.

In der **Haupteinrichtung** ist 24 Stunden täglich Personal präsent, die soziale Kontrolle ist damit sehr stark. Die Bewohner der Einrichtung sind im Rahmen der Arbeitstherapie in die alltagspraktischen Verrichtungen eingebunden, jedoch arbeitsteilig immer nur für einzelne Bereiche (Küche, Wäscherei, Hausmeisterei, usw.).

Diese (notwendige) Arbeitsteilung ermöglicht nicht, selbst Verantwortung für alle eigenen alltäglichen Belange zu entwickeln. Das Wohnen hat deutlichen "Einrichtungscharakter", Waschen, Kochen, Putzen, Lebensmitteleinkauf etc. sind für alle Bewohner vorgegeben und zentral organisiert.

Der **Außenwohngruppenplatz** liegt außerhalb der Haupteinrichtung, aber in gut erreichbarer Nähe. Personal ist nicht ständig anwesend, die Klienten verrichten die alltagspraktischen Dinge weitgehend selbstständig. Ziel ist der eigenverantwortliche Umgang mit dem eigenen Wohnbereich. Der Betreuungsschlüssel entspricht dem des Haupthauses. Die Klienten der Außenwohngruppe werden umfassend geför-

dert, „trainiert“ und unterstützt und sind an die Rufbereitschaft des Haupthauses angebunden. Die Kostenzusage für die stationäre Maßnahme ist dabei weiterhin gültig und bei Überforderung kann der Klient in das Haupthaus zurückverlegt werden. So besteht die Möglichkeit sich auszuprobieren und Erfahrung mit einem selbstständigeren Leben zu sammeln, ohne den Verlust des Heimplatzes befürchten zu müssen.

Im **ambulanten Bereich** gibt es das **Betreute Wohnen**, dass sowohl als Einzelbetreutes Wohnen wie auch in Form einer Wohngemeinschaft möglich ist. Der Betreuungsschlüssel des Betreuten Wohnens liegt bei 1:10 und es werden hohe Anforderungen an die Bewohner gestellt, was Abstinenz, alltagspraktische Fähigkeiten und Sozialverhalten angeht. Stellt sich während des Betreuten Wohnens heraus, dass ein Klient diesem Rahmen nicht gewachsen ist, so bedeutet dies in den meisten Fällen den Verlust des Wohnraumes, erneute stationär-psychiatrische Behandlung oder Unterbringung in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe. Die unkomplizierte, zeitnahe Rückkehr in eine stationäre CMA-Einrichtung ist aus dem ambulanten Betreuten Wohnen nicht mehr möglich.

Den Bewohnern des Hauses Altglashütten stehen bislang keine Außenwohnplätze zu Verfügung.

Von den stationären Heimplätzen in der Haupteinrichtung aus können sie also nur direkt in Betreutes Wohnen umziehen. Es stehen ihnen zwei (ambulante) Angebote des Betreuten Wohnens zur Verfügung:

Das **Betreute Wohnen des Hauses Altglashütten**, das wir seit 2004 in Hinterzarten anbieten, ist speziell für BewohnerInnen unseres Hauses gedacht, die Beziehungskontinuität benötigen und Schwierigkeiten mit der Umstellung auf eine neue Umgebung und neue Bezugspersonen haben. Diese Erweiterung hat sich bewährt, die Bewohner der Wohngemeinschaft können auch mit geringerem Betreuungsaufwand abstinent leben und bereiten sich auf eine eigenständige Lebensführung vor.

Qualität und Zielrichtung der Arbeit werden in regelmäßigen Hilfeplangesprächen

mit Mitarbeitern des Landratsamtes reflektiert und festgelegt. Die Bewohner der Wohngemeinschaft leben unauffällig in der Gemeinde Hinterzarten. Von drei bislang entlassenen Klienten sind zwei stabil abstinent und führen heute ein eigenständiges Leben.

Vorrangig versuchen wir jedoch, in das Betreute Wohnen anderer Anbieter zu vermitteln. Bevor er in unser eigenes Betreutes Wohnen aufgenommen wird, muss sich jeder Klient im Betreuten Wohnen eines anderen Trägers vorstellen. Der konzeptionelle Hintergrund dafür ist, dass dieser **Verselbstständigungsschritt mit einer Lösung von der stationären Einrichtung einhergehen sollte** (s.a. Pkt.3). **BewohnerInnen, die aus anderen Landkreisen stammen, sollten außerdem in die Lage versetzt werden, in diese zurückzukehren.**

Fakt und Problem ist, dass viele BewohnerInnen vor einem Wechsel zu einem unbekanntem Träger zurückschrecken und den direkten Übergang in eigenen Wohnraum bevorzugen - mit allen bekannten Folgen. Die Unsicherheit hinsichtlich eigener Fähigkeiten (Abstinenz, Sozialverhalten, Ordnung) und hinsichtlich der Verlässlichkeit neuer Beziehungen (Reaktion auf Rückfall, Umgang mit unangepassten Verhaltensweisen) ist so groß, dass sie sich lieber auf die eigenen Kräfte verlassen. Dieses Prinzip ist gut, aber an diesem Punkt der Entwicklung oft noch zu früh.

Hier fehlt den Bewohnern unserer Einrichtung ein Zwischenschritt im Angebot: der Außenwohngruppenplatz.

I-4. Begründung der Notwendigkeit für eine Erweiterung des Angebotes im Haus Altglashütten

- ▶ Im Haus Altglashütten fehlen (im Gegensatz zu allen anderen badischen CMA-Einrichtungen) Außenwohngruppenplätze als Erweiterung des stationären Angebots.
- ▶ Der Außenwohngruppenplatz steht zwischen dem stationären, institutionellen Wohnen und dem ambulanten Betreuten Wohnen. Er ist Erprobungs-, Bewährungs- und Trainingsraum für eine erfolgreiche Außenorientierung.

- ▶ In einer Einrichtung, die über aufeinander aufbauende Angebote verfügt, ist für die Klienten direkt erfahrbar, dass es Möglichkeiten der Weiterentwicklung gibt. Das stationäre Angebot wird nicht als Abschiebebahnhof oder Sackgasse erlebt. Es gibt sichtbare Vorbilder und Rollenmodelle innerhalb der Einrichtung, die es sinnvoll und realistisch erscheinen lassen, sich selbst Ziele zu setzen und schrittweise an ihrer Umsetzung zu arbeiten.
- ▶ Störungen im Bereich der Persönlichkeit, der Selbsteinschätzung, des Sozialverhaltens gehören zum CMA-Klientel. Dazu kommen fehlende Kenntnisse der allgemeinen, praktischen Lebensführung, die im vollstationären Rahmen nur begrenzt sichtbar werden. Vielen Klienten ermöglicht erst der Außenwohngruppenplatz eine realistische(re) Selbsteinschätzung und den Erwerb von Fähigkeiten, die für das Betreute Wohnen unabdingbare Voraussetzung sind.
- ▶ Die Lücke der fehlenden Außenwohngruppe zu schließen würde unserem Klientel eine abgestufte und damit risikofreiere Außenorientierung ermöglichen. Durch Rückfälle, die in zu schneller (überfordernder) Außenorientierung begründet sind, entstehen Leiden und Kosten, die aufgrund der bestehenden Erfahrung aus der Arbeit mit CMA-Klienten vermeidbar wären.
- ▶ Der Bedarf an CMA Plätzen ist steigend und es ist sicher sinnvoller, die vorhandenen Einrichtungen (die bereits auf langjährige Erfahrung mit dem Kleintel zurückgreifen können) im Sinne eines differenzierten, durchlässigen Angebotes auszubauen, als neue Einrichtungen zu schaffen.

II Beschreibung des Angebots

II-1. Anbieter

Die Außenwohngruppenplätze werden angeboten vom Haus Altglashütten dessen Träger der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH (bwlv.) ist.

Das Haus Altglashütten bietet seit 1.1.1999 30 stationäre Heimplätze für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Alkoholranke.

Seit 1.10.2004 gibt es zusätzlich ein Angebot von drei Plätzen Betreutem Wohnen in Hinterzarten.

In der Einrichtung arbeiten 15 MitarbeiterInnen auf 10,8 Stellen. Über qualifizierte Fachausbildungen im sozialen Bereich verfügen 9 MitarbeiterInnen (7,8 Stellen): 3

SozialarbeiterInnen (2,6 Stellen), 2 ErgotherapeutInnen (2,0 Stellen), 2 ArbeitstherapeutInnen (2,0 Stellen), 1 Arbeitserzieher, 1 Ärztin (0,18 Stelle).

II-2. Größe

Wir möchten acht Außenwohngruppenplätze anbieten. Diese Plätze sollten sich auf mehrere Wohneinheiten verteilen (abhängig u.a. von dem dem Angebot geeigneter Wohnobjekte). **Die Größe einer einzelnen Einheit sollte fünf Plätze nicht übersteigen.**

II-3. Lage und Ausstattung

Die Außenwohngruppenplätze sollen in einem gut erreichbaren Radius um die Haupteinrichtung liegen. Sie sind als Wohngemeinschaftsplätze (WG) gedacht. Die Form der WG beugt sozialer Vereinsamung vor. In der therapeutischen Gemeinschaft erfolgt ein vertieftes soziales Lernen und es bietet die Möglichkeiten gegenseitiger Unterstützung und Kontrolle in der Abstinenz.⁹

Jeder Einheit ist ausgestattet mit:

Einzelzimmern für KlientInnen

Küche

Bad

Waschmaschine

Telefon

⁹ vgl. Kayser, H., Krüger, H., Mävers, W. und Yablonski, L.
H:\Flyer\2021-11-17_Konzeption_AWG.doc

Für die Räumlichkeiten gelten die Vorgaben des Heimgesetzes.

II-4. Voraussetzungen für die Aufnahme in die Außenwohngruppe

vorheriger Aufenthalt im Haus Altglashütten
(evtl. auch in vergleichbarer Einrichtung)

Diagnose CMA nach den Kriterien der AG CMA des BMG
Motivation und Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Abstinenz

ausreichende psychische Stabilität

Ausreichende Kompetenzen zur selbständigen Haushaltsführung (kein oder nur geringer Hilfebedarf bei der individuellen Basisversorgung und genügende Fertigkeiten in der alltäglichen Lebensführung nach Metzler Bogen)

II-5. Zielsetzung

Das Leben in der Außenwohngruppe soll weitmöglichst den Bedingungen und Anforderungen eines selbstständigen Lebens entsprechen. Ziel ist es, dass alltagspraktische Aufgaben wie, Kochen, Versorgung der Wäsche, Sauberhaltung, Geldverwaltung von den Klienten selbstständig erledigt werden. Die Ausführung wird von Mitarbeitern begleitet und an vorhandenen Schwachstellen gezielt gearbeitet.

Der **Außenwohngruppenplatz** ist **Startpunkt** für die **Außenorientierung**. Wesentliche Themen neben den alltagspraktischen Fähigkeiten sind: Abstinenz, Arbeit/Tagesstruktur, Wohnungsmarkt, Freizeit.

Die Bewohner sollen über weitere ambulante Hilfsmaßnahmen orientiert sein. Sie sollen Kontakt zu einem Anbieter des Betreuten Wohnens, zu einer Selbsthilfegruppe oder Suchtberatungsstelle aufnehmen.

Sie sollen Grundformen des Schriftverkehrs kennen.

Sie sollen mit den Gegebenheiten des Arbeits- und Wohnungsmarktes vertraut werden.

Im Freizeitbereich sollen sie eigene Interessen entwickeln. Eventuell Anschluss an eine Gruppe oder einen Verein finden.

Sie sollen ein Repertoire von Handlungsoptionen für Krisensituationen entwickeln und Möglichkeiten der Unterstützung kennen.

Sie sollen ihre Ausgaben planen und ihr Geld selbständig verwalten.

II-6. Hilfeleistungen

Es wird mit jedem Klienten ein Hilfeprofil erstellt über die Bereiche alltagspraktischen Aufgaben, Abstinenz, berufliche Wiedereingliederung, Sozialverhalten und Freizeitverhalten. **Anhand dieses Profils werden mit dem Klienten Ziele vereinbart.** Unsere Hilfsangebote orientieren sich an diesen Zielen. **Die Ziele werden in regelmäßigen Abständen gemeinsam mit den Leistungsträgern überprüft und gegebenenfalls modifiziert.**

Folgende Hilfen werden durch ein multiprofessionelles Team, das aus Diplom-Sozialarbeitern, Ergotherapeuten und Arbeitserziehern besteht, erbracht:

Unterstützung / Förderung bei der Alltagsbewältigung und Basisversorgung (Kochen, Wäschepflege, Hygiene, Ordnung)

Beratung in sozialen Kontakten (Nachbarn...)

Krisenintervention (psychische Krisen, Rückfall, Konflikte, Krankheit)

Unterstützung in der abstinenten Lebensführung (Rückfallprävention, Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen, Motivation, Alkoholkontrollen)

Hilfe bei Behördenkontakten (Erläuterung von Schriftsätzen, Hilfe beim Schriftverkehr, Begleitung zu Behörden)

Unterstützung bei der Arbeitssuche / Finden einer Tagesstruktur

Unterstützung bei der Wohnungssuche (Anzeigen, Bewerbungen, Kontakt zum Heimatskreis)

Einzelgespräche

Gruppengespräche

Psychoedukation (Umgang mit Depression, Aggressionen, ausgewogene Lebensführung)

Freizeitangebote (Teilnahme an Angeboten des Haupthauses, Findung und Umsetzung eigener Interessen)

Kognitive Therapie

Akupunktur nach dem NADA-Protokoll

24-stündige Rufbereitschaft

Es erfolgt eine jährliche Auswertung der Tätigkeit in Form eines Jahresberichtes, in dem die geleistete Arbeit dargestellt wird, Veränderungen und neue Perspektivbildungen dokumentiert werden und die Kooperation mit dem Verbundsystem dargestellt wird.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung werden die grundsätzlichen Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung gemäß § 76 Abs. 2 SGB XII berücksichtigt.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankenhilfe – Fachverband in den Diakonischen

Werken der Evangelischen Kirche von Westfalen und der Lippischen Landeskirche: Verantwortung für mehrfachbeeinträchtigte abhängige Menschen – ein Rahmenkonzept Münster: 2002

Arbeitsgruppe CMA: Definitionsvorschläge zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 45, 6 – 13. 1999

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung „ Psychiatrie Enquete“ Bundestagsdrucksachen 7/4200 Bonn 1975

Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke - ein Überblick zum gegenwärtigen Forschungs- und Diskussionsstand in: Brandenburgische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.) Behandlungsziele bei chronisch-mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken: Dokumentation der Fachtagung am 11. April 2000 in Potsdam Potsdam 2001

Böttger, G., Härtel, F., Leonhardt, H.-J., Mühler, K.: Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke-CMA; Leipzig 1999

Feyler, Ulrike (u.a.): Neurobiologische Veränderungen bei chronischem Alkoholismus: Sind die hirnorganischen Beeinträchtigungen reversibel? Versorgung von "chronisch mehrfach geschädigten" Suchtkranken: Beiträge zur Ausschuss-Sitzung am 25.10.2000 in Quedlinburg / Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt Halle, 2001

Fiedler, Peter von: Persönlichkeitsstörungen. Weinheim 2007

Fleischmann, Heribert: Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Alkoholabhängige (CMA) und Alkoholkranke in Entwöhnungstherapie (EWT) - zwei unterschiedliche Gruppen Alkoholabhängiger im psychiatrischen Krankenhaus in: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, Jg. 47(2001), H. 5, S. 321-330

Gastpar, Markus; Mann, Karl; Rommelspacher, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart 1999

Happe, E.: Eingeschränkte Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagssituationen bei chronischen Alkoholikern aufgrund einer Beeinträchtigung der Entscheidungskompetenz. Bergische Universität - Gesamthochschule Wuppertal 2000

Internationale Klassifikation psychischer Störungen:ICD-10, Kapitel V (F) Bern 2008

Kayser, H., Krüger, H., Mävers, W.: Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft. Stuttgart 1981

Landesstelle für Suchtfragen in Baden-Württemberg (Hrsg.) Untersuchung zur Versorgung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken (CMA): Juni 2002 - November 2003 Arbeitsbericht. Stuttgart 2003

Leonhardt, Hans-Jürgen; Mühler, Kurt Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke Freiburg i.Br. 2006

Rost, Wolf-Detlef: Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart 1987

Schaust, Judith Drinnen oder Draußen?: Außenwohngruppen als Ergänzung zum traditionellen Angebot für chronisch Alkoholabhängige in: Fachausschuß Soziotherapie des Wissenschaftsrates (Hrsg.) Entweder oder sowohl als auch?: Aspekte der Soziotherapie Alkoholabhängiger. Hilden: 1996

Schu, Martina, Schlanstedt; Günter, Oliva, Hans: Hilfeplanung für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigen - zwischen Anspruch und Wirklichkeit in: Suchttherapie: Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen, Jg. 2(2001), H. 2, S. 65-72

Schwoon, Dirk R Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA) in: Fengler, Jörg (Hrsg.) Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung - Therapie - Prävention; 100 Schlüsselbegriffe Landsberg/Lech 2003

Steingass, H.-P. (Hrsg.): Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – Geesthacht: 2003

Steingass, H.-P., Dreckmann, I., Evertz, P., Huf, A., Knorr, D., Kreuels, A., Linder, H. T., Tichelbäcker, H., Verstege, R.: Soziotherapie chronisch Abhängiger – ein Gesamtkonzept Geesthacht 2000

Strobel, Wolfgang: Haus Altglashütten für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Alkoholranke in: Partner-Magazin, Jg. 35(2001)

Yablonski, Lewis: Die Therapeutische Gemeinschaft, Weinheim 1990