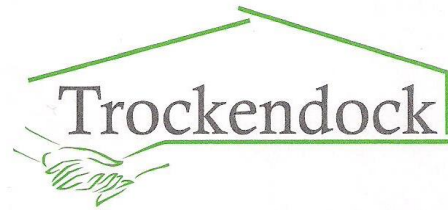


Wohnstätte für
mehrfach beeinträchtigte chronisch
Abhängigkeitskranke (CMA)
in Wriezen



Konzept der Einrichtung

Bearbeiter: Martin Zander (Einrichtungsleiter)
und Teammitglieder

Träger: Hilfe für Menschen in Not
Gemeinnützige Heimstättenbetriebs-GmbH

Bezeichnung: „Trockendock“

Anschrift: Sonnenburger Weg 13, 16269 Wriezen

Kontakt Tel. 033456/ 71345 o. 71346
Fax. 033456/ 71347
m.zander_trockendock@t-online.de
www.trockendock-wriezen.de

Betriebs-Nr. 02422065 (AA Frankfurt/O.)
Wohnstätten Nr. LASV F64SH-/PW103980 SHE-(WCMA)

Wriezen, April 2017

Die Erarbeitung dieser Konzeption erfolgte nach den vorausgegangenen Konzeptionen von 1998, 2003, 2008 und 2010. Die in diesem Konzept verwendeten Bezeichnungen sind jeweils geschlechtsneutral zu verstehen. Aus sprachlichen Gründen, insbesondere der besseren Lesbarkeit, wurde auf die gleichzeitige Formulierung in femininer und maskuliner Form verzichtet.

1. Charakter und Lage der Wohnstätte

Die Einrichtung in Wriezen ist eine Wohnstätte für mehrfach beeinträchtigte chronisch Abhängigkeitskranke (CMA) als Betrieb der Gemeinnützigen Heimstättenbetriebs-GmbH.

Alleiniger Gesellschafter der gemeinnützigen GmbH ist der Verein „Hilfe für Menschen in Not e.V.“. Sowohl der Verein (Träger) als auch die gemeinnützige GmbH sind Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Brandenburg e.V.

Die Wohnstätte ist eine Einrichtung der Eingliederungshilfe und hat mit dem zuständigen Träger der Sozialhilfe (dem Landesamt für Soziales und Versorgung Cottbus) gemäß § 75 Abs. 3 i.V.m. § 76 ff SGB XII Vereinbarungen abgeschlossen, die Grundlage des Betriebs der Einrichtung sind.

Die Ausgestaltung spezieller Angebote für Suchtkranke entsprang dem Wunsch des Trägers seine Hilfsangebote auszuweiten, weil in allen Versorgungssegmenten für diese Klienten im Bundesland Brandenburg nur unzureichende Hilfsstrukturen nach der Wende vorhanden waren, der Bedarf sich aber bereits schnell zeigte.

Unsere Einrichtung wurde am 16. April 1994 zunächst in Bad Freienwalde im Ergebnis der Regionalplanung zur Schaffung von Angeboten für Abhängigkeitserkrankte eröffnet. Im Rahmen der Bestrebungen zur Enthospitalisierung nutzten zuerst bedürftige Klienten unser Wohn- und Betreuungsangebot, die keine adäquate Versorgung erfuhren. Besonders für Konsumenten, die trotz zahlreicher Versuche nicht mit dem „Trinken“ aufhören konnten und deren Probleme offenbar wurden, gab es Sanktionen, wie gerichtliche Verurteilungen zu Haft oder Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken mit langer Aufenthaltsdauer oder unzureichende Versorgung in Seniorenheimen.

Als ein Teil der Fürsorge für hochbedürftige Personengruppen sind Gemeinschaftseinrichtungen in der Suchthilfe wegen des gegenseitigen Unterstützungskontextes eine Möglichkeit stabiles abstinentes Leben auch für Abhängige zu ermöglichen, die möglicherweise von Entwöhnungsbehandlungen nicht profitieren konnten.

Die Bewohner, die das soziotherapeutische Angebot nutzen, kommen in der Regel aus verschiedenen Kreisen des Landes Brandenburg oder der Stadt Berlin.

Vorwiegend nehmen wir Interessenten aus dem Landkreis Märkisch-Oderland auf.

Die Wohnstätte befindet sich in der „Oderbruchhauptstadt“ Wriezen in einer ruhigen Waldlage, ca. 500 m vom städtischen Krankenhaus entfernt; ca. 1 km vom Stadtzentrum entfernt und hat somit gute Bus- und Bahnverbindungen.

Das Haupthaus, welches 1998 erbaut wurde, ist ein modernes, architektonisch außergewöhnliches zweigeschossiges Gebäude, umgeben von Wald mitten in der Natur. Dennoch gibt es angrenzende Wohngebäude und Nachbarn, der Weg zu Läden und dem Stadtkern ist sehr kurz.

Für alle Bewohner stehen Einzelzimmer (zwischen 14 und 17 m²) zur Verfügung, die bereits grundausgestattet sind. Trotz moderner Einrichtung ist es möglich, eigene Möbel mitzubringen oder anzuschaffen.

Es gibt drei Wohngruppen für jeweils acht Personen und eine Wohngruppe für sechs Personen.

Alle Wohngruppen haben eigene Aufenthaltsräume mit Kleinküchen, Sitzgelegenheiten und Ruhezonen, eigene Toiletten, Bädern und Wirtschaftsräumen mit Waschmaschinen und Trocknern.

Die Wohnstätte verfügt zudem über zahlreiche Gemeinschaftsräume, die von den Bewohnern genutzt werden können, ein Kreativraum, behindertengerechte Sanitärräume, eine Lounge mit Internet-PC, einen Sportraum mit verschiedenen Ergometern und Trainingsgeräten, einen Saal mit Großbildfernseher und Spielkonsolen.

Ein Fahrstuhl ermöglicht auch gehbehinderten Personen Zugang zu allen Orten.

In der Wohnstätte selbst und in den Zimmern darf aus brandschutzrechtlichen Gründen nicht geraucht werden. Für die Raucher wurde neben Raucherzonen ein moderner Glaspavillon mit Sitzbänken errichtet, welcher beheizt und beleuchtet ist. In allen Zimmern ist ein Satelliten-Fernsehanschluss über Digital-Receiver vorhanden.

Den Bewohnern steht eine Bibliothek zur Verfügung und es können neben Tischtennis verschiedene andere Sportmöglichkeiten genutzt werden, wie z. B. Kegeln, Dart und Federball.

Zusätzlich werden den Bewohnern regelmäßige Freizeitaktivitäten angeboten. Es sind Fahrräder, die genutzt werden können.

Neben dem Hauptgebäude sind zwei große Gärten leicht zu erreichen und nutzbar. Eigene Anbauflächen können bereitgestellt werden.

In einem modernen Container-Kubus ist ein weiterer ergotherapeutischer Raum untergebracht, in dem auch in ruhiger Atmosphäre Freizeit- und Kreativangebote realisiert werden.

2. Zielgruppenbestimmung und Zielstellung

Die Angebote des stationären Wohnens richten sich an erwachsene Klienten, die bedingt durch Abhängigkeit von Alkohol einerseits häufig unter körperlichen Begleit – oder Folgesymptomen des langjährigen Konsums leiden, beispielsweise an Polyneuropathie oder amnestischen Syndrom (Korsakow-Wernicke) und andererseits im Zusammenhang damit deutliche soziale Einschränkungen in Arbeit, Wohnumfeld und Familie hinnehmen mussten.

Daneben ist es bedeutsam, dass in der Regel viele Komorbiditäten bei Patienten auftreten, z.B. Nikotinabhängigkeit, andere stoffgebundene Abhängigkeiten oder Verhaltenssüchte, mögliche somatische Erkrankungen des Verdauungssystems oder psychische Leiden. Charakteristisch für die Klientel ist die Chronizität des Trinkverlangens.

Daher wird diese Klientengruppe als mehrfach beeinträchtigte chronisch Abhängigkeitskranke (CMA) bezeichnet.

„Chronisch mehrfachgeschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol- bzw. anderer Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (incl. Comorbidiät) 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.“ (Leonhardt/Mühler 2006)

Diese Definition baut auf der Diagnose der Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 auf und fügt dieser folgende Merkmale hinzu:

- Infolge der Alkoholabhängigkeit sind bereits schwere/fortschreitende physische und psychische Schädigungen entstanden.
- Infolge der Alkoholabhängigkeit ist es zu überdurchschnittlicher/fortschreitender sozialer Desintegration gekommen.
- Infolge der Alkoholabhängigkeit und ihrer Folgen ist eine Lebensführung auf selbstständiger bzw. der Hilfe im sozialen Umfeld basierender Grundlage nicht mehr möglich, sodass es zur Angewiesenheit auf institutionelle Hilfe kommt.

Es ist der Schwere der Erkrankung geschuldet, dass wegen der latenten Rückfallgefährdung und der notwendigen einzuübenden Verhaltensmodifikationen, einige Klienten einer intensiven Unterstützung bedürfen. Die Abhängigkeitsproblematik lässt sich nicht isoliert von anderen Lebensbereichen lösen und somit sind tagesstrukturierende therapeutisch ausgerichtete Angebote, die wir vorhalten, für diese Personengruppe sehr wichtig.

Im psychischen Bereich zeigen sich Beeinträchtigungen des Denkvermögens, der zeitlichen und örtlichen Orientierung, der Konzentrationsfähigkeit, aber auch Realitätsverlust und Störungen der affektiven und emotionalen Reizverarbeitung.

Häufig haben mehrere Entgiftungen, Entwöhnungen oder auch Rehabilitationsbehandlungen nicht dazu geführt, selbständig in einer eigenen Wohnung leben zu können. Die Klienten sind nicht mehr ausreichend in der Lage, Modifikationen ihres Trinkverhaltens in einer Verhaltenstherapie zu erlernen (z.B. rückfallpräventive Alternativstrategien bei Trinkstimuli, Reflexion der SORC-Verhaltenskette, Kompetenzen zum Umgang mit Suchtverlangen/Craving) und benötigen daher ein durch das Gemeinschaftsleben hochkontrolliertes Betreuungssetting, das den „Teufelskreis“ der exzessiven Konsumphasen, durchbrechen kann.

Unsere Wohnstätte ist für viele Betroffene eine echte Alternative zum bisherigen Leben.

In unserer Einrichtung wird den Bewohnern die Möglichkeit geboten, erste längere Abstinenzphasen aufzubauen und häufig auch dauerhaft abstinent zu leben. Diese Lebensweise wirkt sich stimulierend und stabilisierend auf die Bewohner aus. Grundziele sind, ein Fortschreiten der Schädigungen auch im Sinne einer „harm reduction“ zu minimieren und eine relative Zufriedenheit zu erreichen.

Verbesserungen körperlicher, seelischer, kognitiver und sozialer Kompetenzen können durch gezielte Förderungen bei den Bewohnern erreicht werden. Dazu dienen ein breites Angebotsspektrum von Therapieformen, insbesondere die Soziotherapie und die Kognitive Verhaltenstherapie, sowie die Erfahrungen des gemeinschaftlichen Zusammenlebens als Erfahrungs- und Lernfeld.

Immer gehen wir davon aus, dass sich der Hilfebedarfs eines Bewohners primär aus den krankheitsbedingten psychischen und somatischen Schädigungen und seinen persönlichen, häufig prekären Lebensbedingungen ergibt und Ressourcen zur Alltagsbewältigung wieder aufgebaut oder erlernt werden müssen.

3. Aufnahmeverfahren

Aufgenommen werden volljährige mehrfach beeinträchtigte chronisch Abhängigkeitskranke (bevorzugt Alkohol- und/oder Medikamentenabhängige) ohne Altersbegrenzung beiderlei Geschlechts.

Eine Bereitschaft zum suchtmittelfreien Leben in der Gemeinschaft wird erwartet. Eine medizinische Entgiftung, wenn nötig, wird vorausgesetzt.

Der zukünftige Bewohner sollte bei Aufnahme in der Lage sein, sinnvolle Tätigkeiten auszuüben, um in der therapeutischen Gemeinschaft Anerkennung zu finden. Der Verzicht auf Gewalt wird erwartet.

Wir können keine Personen mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder ansteckenden Krankheiten aufnehmen.

Die Gewährung der Eingliederungshilfe „Stationäres Wohnen“ obliegt den Kostenträgern. Häufig ist dies das Sozialamt bzw. der Arbeitsbereich Hilfe in besonderen Lebenslagen, in einigen Landkreisen und Städten werden die Behörden unterschiedlich benannt, i. d. R. Amt für Gesundheit und Soziales.

Die Einrichtung hat eine Leistungsvereinbarung nach SGB XII §75 mit dem Landkreis Märkisch-Oderland abgeschlossen, in der Aufnahmekriterien, Leistungen und Entgelte definiert sind.

Der staatliche Versorgungsauftrag ist in den entsprechenden Gesetzestexten des SGB XII formuliert. Maßgeblich für die in dieser Konzeption dargestellten Pflichtaufgaben sind die §§ 75ff SGB XII sowie der Rahmenvertrag nach § 79 Abs.1 SGB XII. Die Hilfestellung erfolgt gemäß §§ 53, 54, 55, 97 SGB XII, § 3 EHVO, § 55 in Verbindung mit § 58 SGB IX, § 43 a SGB XI, die den Personenkreis und die Aufgabe, sowie die Maßnahmen der Hilfe definieren.

§ 53 Abs. 3 SGB XII sagt aus: „...besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern“. Als Anspruchsrecht wird diese Eingliederungshilfe zukünftig durch Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) in das SGB IX Teil II überführt.

Die zuständigen Sachbearbeiter nehmen Anträge an und koordinieren die Bedarfsermittlung, Ansprüche und passende bedarfsgerechte Hilfeformen. Hier kann eine Aufnahme in eine CMA-Wohnstätte beantragt werden.

Sie können auch direkt bei uns anfragen, wir unterstützen dann die offizielle behördliche Beantragung oder geben Hinweise zur weiteren Verfahrensweise.

Um festzustellen, ob die Wohnstätte ein adäquates Hilfeangebot anbieten kann, wird dann ein Besichtigungstermin in der Einrichtung vereinbart, der auch ein erstes Kennenlernen ermöglicht. Hier können beispielsweise diese Themen zusammen angesprochen werden:

- relevante anamnestische Daten der Sucht- und Lebensgeschichte
- Vorstellung der Einrichtung mit ihren Angeboten und Regeln des Zusammenlebens
- Bereitschaft zum Leben in der Wohngemeinschaft und soziotherapeutisches Konzept
- die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine Aufnahme werden besprochen

Folgende formale und inhaltliche Kriterien sind zu erfüllen:

- die bewusste Entscheidung des Bewohners, in der Wohnstätte Wriezen ohne Alkohol leben zu wollen (Abstinenzgebot)
- die Akzeptanz der Hausordnung
- die Bereitschaft zur Teilnahme an tagesstrukturierenden Angeboten
- Anmeldung zur Aufnahme in schriftlicher Form
- Vorliegen der Kostenzusage für die Eingliederungshilfe durch den zuständigen Kostenträger,
- Vorliegen von Anamnesen, Sozialberichten, fachärztlichen Befunden, Gutachten, Pflegedokumentationen, ggf. Gesamtplan oder Auszüge davon des örtlichen Sozialhilfeträgers
- Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrag
- der erfolgreiche Abschluss einer stationären klinischen Entgiftungs- und/oder Entwöhnungsbehandlungen, wenn der Alkoholkonsum noch nicht eingestellt werden konnte

(eine Aufnahme ist auch möglich im Anschluss an eine klinische S4-Behandlung oder nach einem Aufenthalt in einer Sozialtherapeutischen Langzeiteinrichtung)

- ein ärztliches Zeugnis, dass keine ansteckende Krankheit, wie Lungentuberkulose vorhanden ist (gemäß § 36 des Infektionsschutzgesetzes).

Falls zum Bewerbungszeitpunkt kein freier Platz vorhanden ist, kann der Interessent in eine Warteliste aufgenommen werden. Nach der Aufnahme erfolgt das gegenseitige Kennenlernen, um möglichst schnell eine therapeutische Beziehung aufbauen zu können, um relevante Informationen zu erhalten, die es ermöglichen rasch einen Hilfeplan erstellen zu können.

4. Arbeits- und Therapiegrundsätze

Die Behandlungsansätze in der Suchthilfe sind vielfältig. Wir glauben, dass verhaltenstheoretische und –therapeutische Erkenntnisse, die Einbeziehung von Verhalten, Gedanken und Gefühlen, deren Methoden und Verfahren die besten Voraussetzungen bieten, der Alkoholabhängigkeit zu begegnen, gerade in Bezug auf die Verhaltensmodifikation in potentiellen Trinksituationen, der Auseinandersetzung mit sehr verfestigten Verhaltensmustern, der Rückfallprophylaxe, dem Ablehnungstraining und psychoedukativen Elementen.

Die Unterstützung unserer Wohnform zielt zunächst darauf ab, das Überleben der Abhängigen zu sichern, Stabilität und Aufbau einer Abstinenzphase zu ermöglichen.

Deshalb sind der Aufenthalt in einer schützenden Einrichtung und die konstruktive Nutzung eines Kontrollrahmens für viele Bewohner förderlich.

Dennoch werden Interaktion und Kontakte non-direktiv, sensibel, partnerschaftlich und auf „Augenhöhe“ durch Mitarbeiter gestaltet.

Die freiheitlichen und individuellen Lebensführung soll bei gleichzeitiger Anerkennung soziotherapeutischer struktureller Vorgaben Berücksichtigung finden.

Wir messen dem Erlernen von Sozialkompetenzen, dem Wiederaufbau von verschütteten Fähigkeiten eine große Bedeutung zu, da die Nutzer unserer Angebote zuvor häufig sozial isoliert, ausgegrenzt und stigmatisiert lebten. Schwerpunkte unserer Arbeit sind daher die verhaltenstherapeutisch orientierte Sozialtherapie, Angebote zur Tagesstrukturierung, die Betätigung in verschiedenen sinnstiftenden Beschäftigungsfeldern sowie die Bezugsbetreuung in den Wohngruppen.

Wir möchten die Selbstregulationskräfte des Bewohners stärken. Bedeutsam sind Achtsamkeit, die Entwicklung einer Stresstoleranz, das Erlernen funktionaler Skills, der Umgang mit Gefühlen, die Emotionsregulation, der Umgang mit Grenzsetzung und Bedürfnisaufschub, die Klärung von Zielen und Werten und das Erlernen zwischenmenschlicher Fähigkeiten. Dazu werden auch individuell gestaltete Therapiebücher genutzt.

Grundsätze des gemeinschaftlichen Lebens finden sich in der gemeinsam mit dem Bewohnerschaftsrat erarbeiteten Hausordnung (im Anhang).

Die individuelle Hilfestellung wird aus den abgebildeten Bedarfsbereichen abgeleitet (BK 75, 2006)

Konzept der CMA-Wohnstätte Wriezen



Als Einrichtung, die sich evaluiertem therapeutischer Methodik bedient, bekennen wir uns zu den Grundsätzen der Kognitiven Verhaltenstherapie. Dabei kann in der Arbeit auf etablierte Manuale zugegriffen werden, u.a. bei Aktivitätsaufbau und Skillstraining, Emotionsregulation, Selbstbeobachtung, -instruktion und -verbalisierung, Verstärkung, Achtsamkeits- und Akzeptanztraining, der Änderung von Grundüberzeugungen, Imaginationsübungen, Situationssanalyse, Entspannungsverfahren und Verhaltensverträgen (Linden/Hautzinger 2007).

Daneben werden rückfallprophylaktische Ansätze für CMA (Leonhardt/Mühler 2010) und weitere therapieübergreifende Arbeitsmaterialien verwendet, bspw. aus der Positiven Therapie, der Psychoedukation (Lindenmeyer 2010) und Systemischen Familientherapie genutzt.

Wir verstehen Sucht als ein bio-psycho-soziales Phänomen und wenden in unserer Arbeit die Erkenntnisse der Lerntheorie (Bandura 1991) an. Vieles im Leben ist erlernt und kann „gelöscht“ bzw. neu gelernt werden.

Soziotherapeutische Ansätze

Für die Bedürfnisse der CMA-Klientel wurde ein besonderer therapeutischer Arbeitsansatz, die **Soziotherapie** entwickelt, deren strukturelle Ordnung wir in unserer Einrichtung anwenden. Das einflussreiche Konzept von Steingass et al. (2000, 14), das auch für die meisten Einrichtungen in Brandenburg als prägende Vorlage angesehen werden kann, greift hier zurück auf die Definition der Soziotherapie nach Dörner und Plog (1978).

Demnach fördert die Soziotherapie die normalen, regelhaften, allgemeinen, alltäglichen, gesunden, nicht an Krankheit gebundenen, d. h. freien Anteile eines Individuums. [...] In dem Maße, in dem ein Patient in unbestimmten, in allgemeinen, d. h. auch in informellen Situationen seine Reaktionen auf Anforderungen aus dem Alltag, auf Regeln, auf

Normales, Banales kennen und überprüfen lernen kann, in dem Maße findet Soziotherapie statt.

Ziel ist es demnach, eine Umgebung zur Verfügung zu stellen, in der die Klienten diese Aspekte ihrer Individualität wiederentdecken, stärken und fördern können.

Als „Lernen am Ernstfall“ (Dörner/Plog 1978) ist Soziotherapie darauf ausgerichtet, in einem geschützten Umfeld in kleinen Schritten – entsprechend der Fähigkeiten bzw. dem individuellen Grad der Beeinträchtigung der Klienten – die Kompetenzen zu entwickeln, um schließlich ein „Hineinwachsen in den Alltag und Bewältigung von Alltäglichem außerhalb jeglicher Krankenhaus- und Betreuungsstrukturen“ (Steingass et al. 2000, 17) zu ermöglichen.

Geschaffen werden sollen also Bedingungen, die es den Klienten ermöglichen, sich im Alltäglichen einzuüben und zu erproben, ohne dass sie die schwerwiegenden Folgen, die ein anfängliches Scheitern dabei in der Außenwelt haben kann, erleiden müssen.

Im Anschluss an Clark (1977) sind besonders drei Bereiche hervorzuheben, die für die Soziotherapie entscheidende Bedeutung haben: *Aktivität*, *Freiheit* und *Verantwortung* (Steingass et al. 2000, 16).

Aktivität ist ein wesentliches Ziel, das im Gegensatz zu einem früheren, eher auf die Verwahrung der entsprechenden Klientel ausgerichteten Paradigma beabsichtigt, die Regression der Klienten zu unterbinden. Wesentlich ist, Klienten, die in Einrichtungen leben, an Tätigkeiten heranzuführen, die sozial anerkannt sind und damit rehabilitierenden Charakter haben, insbesondere hinsichtlich der oft fortgeschrittenen sozialen Desintegration, unter der CMA zu leiden haben.

Dem wird mit unterschiedlichen Maßnahmen der sinnvollen Tagesstrukturierung Rechnung getragen.

Der Aspekt der **Freiheit** bedarf im vorliegenden Zusammenhang einer stetigen Reflexion hinsichtlich der strukturellen Möglichkeiten und der individuellen Fähigkeiten der Klienten: Es gilt, für jeden Einzelnen das angemessene Maß herauszufinden, das seine freie Entfaltung fördert, ihm aber keinen Schaden im Sinne einer Überforderung zufügt.

Verantwortung als dritte Leitlinie soziotherapeutischen Handelns spielt eine wichtige Rolle, darauf hinzuarbeiten, die Klienten irgendwann wieder in Selbstständigkeit und Eigenverantwortung entlassen zu können.

Insofern ist es hochrelevant, auch im Alltag der Einrichtung bereits Stück für Stück Verantwortung auf die Klienten zu übertragen, um sie zu stärken und sie daran wachsen zu lassen. Dies gilt auch für unsere Einrichtungen, in der unter einer realistischen Perspektive vorwiegend solche Klienten leben, bei denen nicht davon ausgegangen wird, dass sie wieder in eine selbstständige Umgebung unabhängig von der Einrichtung zurückgebracht werden können.

Ziele einer sozialen Reintegration unabhängig von der Wohnstätte sowie einer Reintegration in den Arbeitsmarkt können definitionsgemäß entfallen.

Aus der Verwendung eines Soziotherapeutische Ansatzes heraus sehen wir uns spezifischen Behandlungsprinzipien verpflichtet, aus denen sich die konkreten Hilfeleistungen ergeben. Dazu gehören die aktive Hilfe zur Problembewältigung, die Klärungsarbeit, das Prinzip der realen Erfahrung, die Ressourcenorientierung sowie die Akzeptanz von Schwächen, Defiziten, Unzulänglichkeiten und Stagnation.

Soziotherapie ist darauf ausgerichtet, die Klienten im praktischen Alltag erkennen zu lassen, dass sich ihre Probleme – zum Teil selbstständig, zum Teil mit Unterstützung – in einem von Suchtmitteln freien Umfeld besser und erfolgversprechender lösen lassen. Indem sie sich praktisch vor Augen führen, wie sich Problemsituationen bewältigen lassen, werden sie im Hinblick auf „Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Selbstverantwortung, Selbstwirksamkeitserwartung und Stabilität“ (Steingass et al. 2000, 19) gestärkt.

Die Arbeit an der Klärung der Probleme, die ursprünglich zur Sucht geführt haben, gehört auch zu einer soziotherapeutischen Intervention. Häufig liegen die Ursachen weit zurück, sodass eine intensive, kleinschrittige Arbeit nötig ist, um sich ihnen zu nähern. Bei der eher kognitiv orientierten Auseinandersetzung mit der eigenen Vergangenheit ist eine nahe Ausrichtung am Einzelfall bzw. an den kognitiven Kapazitäten des Klienten von hoher Relevanz. Leidet der Klient unter (erkrankungsbedingten) Einschränkungen seiner kognitiven Leistungsfähigkeit, besteht eine wesentliche Herausforderung für die Soziotherapie darin, ihn dennoch in geeigneter einfacher Weise zu adressieren (vgl. Steingass et al. 2000, 20). Unter dem „Prinzip der realen Erfahrung“ verstehen wir eine Vorgehensweise, die darauf setzt, die Klienten im geschützten Rahmen den konkreten Problembereichen auszusetzen, in denen er sich später selbstständig zurechtfinden soll.

Das Leben in der therapeutischen Gemeinschaft mit seinen kommunikativen Herausforderungen spielt hierfür eine entscheidende Rolle. Hier können soziale Verhaltensweisen unter realen Bedingungen trainiert werden, wobei gleichzeitig ein Auffangen im Fall von Konflikten gewährleistet werden muss. Zwei Seiten derselben Medaille bilden schließlich die Ressourcenorientierung der soziotherapeutischen Arbeit und ihre Akzeptanz von Schwächen und Stagnation: Um die Perspektive des selbstständigen Lebens in Eigenverantwortung als realistische Zielsetzung auszuweisen, ist eine Konzentration auf Fähigkeiten und Potenziale, über die ein Klient verfügt, unabdingbar. Sie müssen im Therapieprozess gestärkt und gezielt ausgebaut werden, vor allem im Rahmen einer wertschätzenden und fördernden Therapeuten-Klienten-Beziehung.

Hierzu gehört es auch, die Kleinschrittigkeit des Vorgehens sicherzustellen sowie mögliche Hindernisse und Rückschläge als Aufgaben des Therapieprozesses zu betrachten: Stagnation im Therapieprozess ist angesichts der komplexen Problemlagen, vor denen CMA stehen, ein ständig einzubeziehender Aspekt, dem durch Wertschätzung kleiner Fortschritte und konkrete Hilfeleistungen zu begegnen ist.

Pflegeaspekte

Unsere Wohnstätte ist explizit keine Pflegeeinrichtung. Dennoch sind wir uns bewusst, dass unsere Bewohner durch die begleitenden Folgeschädigungen häufig auch pflegerischer Unterstützung bedürfen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff (PSG II) beinhaltet Teilhabeelemente, auch pflegerische Versorgung dient dem Erhalt und der Wiederherstellung von Selbständigkeit und berücksichtigt unsere wichtigen Zielsetzungen wie die Fähigkeit zur Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten.

Das Pflegeleitbild von Monika Krohwinkel (in Löser 2008), insbesondere die Beachtung der Bereiche der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen, die alle dazu dienen, Fähigkeiten zu fördern, um ein Höchstmaß an Unabhängigkeit und Wohlbefinden der Bewohner zu erreichen, entspricht unseren Werten.

Die pflegerischen Anteile der Betreuungsleistungen konzentrieren sich besonders auf aktivierende und beaufsichtigende Hilfen wie z.B.:

- die Anregung, grundlegende lebenspraktische Dinge wie Körperhygiene, regelmäßige Ernährung, Ordnung weitgehend selbständig zu gewährleisten
- Förderung oder Stabilisierung der körperlichen und psychischen Fähigkeiten
- die Beobachtung von Gesundheitszustand, Vitalwerten und Krankheitssymptomatik
- Erlernen eines gesunden Umgangs mit dem Körper (gesunde Ernährung, Schlaf-Wach-Rhythmus, angemessene Mobilität, ausreichende Körperhygiene)
- die medizinische Betreuung in Form von Vermittlung zu Allgemein- und Fachärzten (nach dem Prinzip der freien Arztwahl), wozu auch ggf. eine Begleitung gehört und die Medikamentenversorgung (Rezeptbeschaffung, Apothekengänge, Stellen und Gabe von Medikamenten, Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme), wenn dies nicht selbständig erfolgen kann

Daneben werden im lebenspraktischen Bereich sozialarbeiterische Hilfe und Beratung, wie z.B. die Klärung von bürokratischen Fragestellungen (Schulden, Versicherungsstatus, anhängige Gerichtsverfahren) angeboten und Kontakt zu gesetzlichen Betreuern gehalten.

Unser Ansatz ist es, dass Bewohner ihre sozialen Kompetenzen, z.B. das Wiedererlernen elementarer sozialer Fähigkeiten oder die Bearbeitung von Problemen im zwischenmenschlichen Bereich bis hin zu einer Wiederaufnahme familiärer Beziehungen, wieder aufbauen oder erweitern.

Der obligate Bewohnerschaftsrat, der aus gewählten Vertretern der Bewohner und einem Vertreter der Öffentlichkeit (Ombudsperson) besteht, ist bedeutend, weil er an wichtigen Entscheidungsfindungen beteiligt ist und Vermittler zwischen Bewohnern und Team ist.

Im Suchtbereich zielen die Betreuungsleistungen darauf ab, die Motivation zur Abstinenz zu stärken und Rückfallproblemen durch eine ausgewogene Lebensführung vorzubeugen.

Dazu dienen Einzelgespräche, Gruppengespräche und besonders die Diskussionen in der Großgruppe. Entsprechend unserer verhaltenstherapeutischen Sichtweise unterscheiden wir zwischen Vorfall und Rückfall und bearbeiten diese konsequent mit dem Ziel, einen Rückfall zu vermeiden.

Da ein Vorfall bzw. Rückfall selten spontan kommt, sondern sich ankündigt, kommt es darauf an, diese Rückfallanzeichen zu erkennen und vorbeugend tätig zu werden, z.B. durch engmaschige Betreuung, die Gabe von Anticravingsubstanzen bzw. vorbeugende Krankenaufklärung.

Kommt es zu einem Rückfall, wird zur Vermeidung von Gefahren (Entzugssymptomatik, Delir, emotionale Instabilität, aggressive Wesensveränderung unter Alkoholeinfluss) eine Krankenhausentgiftung eingefordert (ab ca. 1,5 ‰).

Wenn sich ein Bewohner entschlossen hat, nicht mehr trocken leben zu wollen, muss er die Einrichtung verlassen, um den Schutz der anderen abstinentwilligen Bewohner zu garantieren.

Alkoholkontrollen haben bei uns in erster Linie die Funktion, den Bewohner zu ermutigen und die Selbstwirksamkeitserwartung, also die Vorstellung, das Abstinenzvorhaben selbst gezielt beeinflussen und kontrollieren zu können, auch in Krisen-, Versuchungs- oder Anforderungssituationen trocken geblieben zu sein, zu stärken.

Mit anderen Worten: Nur wenn es dem Bewohner hilft trocken zu bleiben, ist eine Alkoholkontrolle wichtig. Kommt es aber zu einem Vorfall bzw. Rückfall dient die Alkoholkontrolle dazu, den Alkoholabbau zu dokumentieren.

Die Aufenthaltsdauer in unserer Einrichtung hängt von individuellen Entwicklungen der Bewohner ab. Grundsätzlich sollte eine stabile Abstinenzphase aufgebaut werden, also mindestens ein Jahr genutzt werden, um realistische Perspektiven zu erarbeiten.

Unsere Einrichtung ist auch als Dauereinrichtung darauf vorbereitet, die Bewohner solange wie nötig zu begleiten, d.h. ggf. bis hin zur Sterbebegleitung. Eine Verlegung in eine Pflegeeinrichtung ist daher nur dann notwendig, wenn der Pflegebedarf des Bewohners so groß wird, dass er nicht durch eigene bzw. Fremdleistungen abgedeckt werden kann.

Unser Team ist zur multidisziplinären Zusammenarbeit verpflichtet, d.h. wir arbeiten mit den zuständigen Ärzten, gerichtlich bestellten Betreuern, einem niedergelassenen Psychiater usw. eng zusammen, um Anregungen und eine ganzheitliche Sichtweise zu ermöglichen.

Wir wünschen, dass sich alle Bewohner an den Gruppenzusammenkünften im Wohnraum und Arbeitsbereich beteiligen, dass sie an der täglichen Großgruppe teilnehmen und mindestens einmal wöchentlich ein Freizeitangebot wahrnehmen. In unserer Arbeit hat sich erwiesen, dass ein strukturierter Tagesablauf sinnvoll ist, weil er die abstinenten Lebensweise stützt. Dasselbe gilt auch für eine entsprechende Wochenplanung.

5. Tätigkeiten, Beschäftigung und Freizeitangebote

Alle 30 Bewohner gehören zu einem der vier Wohnbereiche, die jeweils mit 8 bzw. 6 Personen bewohnt sind. Dieses Zusammenleben erfordert verschiedene Tätigkeiten, die sich z.B. auf die notwendigen Reinigungsarbeiten im Wohnbereich beziehen bzw. die Sicherstellung der Mahlzeiten betrifft und (mit Unterstützung von Betreuern) so weit wie möglich selbständig ausgeführt werden sollen.

Wichtig sind auch regelmäßige Wohngruppenzusammenkünfte, um die verschiedensten Dienste zu organisieren.

Wir bieten für alle Einzel- und Gruppenstunden an, z.B. für das Training sozialer Kompetenzen, den Ausbau kognitiver Fähigkeiten, zur Mobilisierung oder zur Veränderung dysfunktionaler Denkstile, soweit das indiziert ist.

Im Rahmen der verpflichtenden Beschäftigungszeiten am Vormittag (täglich etwa drei Stunden) bemühen wir uns, für jeden Bewohner eine sinnvolle Tätigkeit zu finden und bieten z.Z. mehrere Haupttätigkeiten an:

- eine Außengruppe (mit Gartentätigkeiten, Handwerk, Reparaturen, Grundstückspflege, Einkauf, Transporte etc.)
- eine Hauswirtschaftsgruppe, die für Wäsche und für die Reinigung des Hauses verantwortlich ist; mit Bügel- u. Nähstube
- eine Küchengruppe, die das Mittagessen zubereitet und die kalten Speisen für die Wohngruppen zusammenstellt
- eine Einkaufsgruppe
- eine Aktivgruppe für spezielle Förderziele, in der z.B. Kognitions- und Gedächtnistraining, feinmotorische Übungen, Mobilisierung und Gymnastik und Spiele gemacht werden.

Ziel ist es, für jeden Bewohner eine Tätigkeit zu finden, in der er Erfolgserlebnisse hat und die ihm nach seiner Tätigkeit ein positives Feedback durch seine Mitbewohner erlauben. Daher sind im Einzelfall auch einzelne besondere Tätigkeiten möglich, wie z.B. Einkaufen

bzw. Kartoffel schälen, wenn es das Interesse des Bewohners trifft und keine anderen Tätigkeiten physisch möglich sind.

In der Freizeit organisieren wir viele Aktivitäten, z.B.:

- Kegeln in einer modernen Kegelstube in Wriezen
- Federball in einer Sporthalle in Wriezen
- Fahrradtouren, Einkaufsfahrten, Urlaubsfahrten
- Keramik-, Holz-, Filz- u. Bastelarbeiten, eine Bibliothek
- DVD-Abende, Gesellschaftsspiele, Computer- und Konsolenspiele
- Billard und Kicker, Wikingerschach und Dart
- Koch-, Back-, Handarbeitszirkel
- PMR-Kurse, Rückenschule, Gymnastik und Tischtennis
- Alphabetisierungskurse und Raucherentwöhnung
- Frauengruppe, Zeitungsredaktion des hauseigenen Journals
- Gartenarbeit in umliegenden Grundstücken
- Therapeutische Reitangebote, Bogenschießen
- Angeln, Baden an umliegenden Gewässern oder in einer Schwimmhalle etc.

Als Entspannungsmethode bieten wir PMR-Kurse an. Wir können mit den Bewohnern Rückfälle therapeutisch bearbeiten, wobei eine notwendige Entgiftung im benachbarten Krankenhaus bzw. in Eberswalde möglich ist.

Wir begehen gerne Feiertage (Geburtstage, Jubiläen, Frühjahrsfest, Sommerfest, Fasching u.a.).

Wir versuchen, die Hilfe zur Selbsthilfe zu fördern, indem wir z.B. die Teilnahme an Selbsthilfegruppen in der Region unterstützen.

Wir pflegen Kontakte mit anderen Einrichtungen und organisieren gemeinsame Veranstaltungen (z.B. Skat- oder Kegeltourniere).

Wir achten darauf, dass nur kostengünstige Angebote gemacht werden bzw. der Eigenanteil Bewohner z.B. bei Kinobesuchen oder Wohngruppenfahrten gering bleibt (z.Zt. maximal die Hälfte der Unkosten als Eigenanteil).

Die konzeptuelle Ausgestaltung von Leistungsangeboten, die wir im Rahmen der soziotherapeutischen Eingliederungshilfe als zentral betrachten, individuell entsprechend den Hilfebedarfen des einzelnen Nutzers aber sehr variieren können sind im Anhang der Leistungsmodule beschrieben. (Alle Leistungen werden im Rahmen der pauschalen Vergütung in Einteilung nach Hilfebedarfsgruppen /System BK 75 Metzler+) kompakt erbracht.)

Beratung und Vorinformation

Die Mitarbeiter des Trägers geben Informationen für an den Angeboten der Wohnstätte interessierten Klienten sehr gerne, bieten auch Gesprächstermine für deren Angehörige, gesetzliche Betreuer, oder Kostenträger.

Wir besuchen zeitnah vor Ort, Besuche der Wohnstätte sind nach Anmeldung möglich und zu empfehlen.

Anfragen zur weiteren Suchtberatung, bspw. zur Einschätzung von riskantem oder missbräuchlichem Trinken, der Vermittlung an Institutionen und Behandler, zum Austausch von Drogenerfahrung und Edukation, therapeutische Gespräche für Betroffene oder deren Angehörige können nur bedingt angeboten werden.

Wir empfehlen die Kontaktaufnahme mit einer örtlichen Suchtberatungsstelle, die auch anonym Informationen weitergeben kann.

Die Angebote und das Konzept der Einrichtung werden im Internet auf der Webseite www.trockendock-wriezen aktuell und transparent dargestellt.

6. Personalstruktur und Teamarbeit

Das Team (insgesamt 11 Mitarbeiter bei durchschnittlicher Hilfebedürftigkeit) ist im Hinblick auf die Erbringung der Eingliederungshilfe sowie dem Hilfebedarf der Leistungsempfänger entsprechend multiprofessionell.

Wir sind ein vielseitiges und flexibles Team, welches sich im Fachpersonal, den Betreuern (über 50 %), und Hilfspersonal, den Betreuungshelfern, gliedert.

Das multifunktionale Personal besteht aus Heilerziehungspflegern, Sozialpädagogen, Suchttherapeut, Altenpfleger, examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern, Altenpflegern und Arbeitsanleitern. Es sind rund um die Uhr, also auch nachts, professionelle Mitarbeiter in der Einrichtung tätig. Sie sichern eine qualifizierte Hilfeplanung, die in einer entsprechenden Dokumentation ihren Niederschlag findet.

Alle Mitarbeiter haben einen Pkw-Führerschein, um mit einem Kleinbus Fahrten anbieten zu können.

Wichtig ist für unsere Arbeit die externe und interne Weiterbildung. Wir führen regelmäßig Fall- und Teamsupervisionen durch.

Weiterbildungen werden langfristig geplant. Jährlich wird ein Fortbildungsplan erarbeitet, durch den themen- und strukturspezifische Beratung und Qualifizierung der im Rahmen der zur Verfügung stehenden Mittel geleistet wird. In der Fortbildung orientieren wir uns auf die Angebote des Paritätischen Bildungswerkes in Potsdam.

Die Arztwahl ist für jeden Bewohner frei. Wir haben jedoch einen festen Hausarzt, der einmal wöchentlich Sprechstunde abhält, sowie einen Psychiater, der regelmäßig etwa vierwöchentlich in unsere Einrichtung kommt.

Unsere Einrichtung ist durch Vertreter in mehreren Arbeitskreisen verbindlich eingebunden, darunter die PsAG und den Arbeitskreis Sucht des Landkreises Märkisch-Oderland. Zudem wir auf Vernetzungsarbeit viel Wert gelegt, auch durch Teilnahme an CMA-Wohnstättentreffen, Arbeitskreisen der Dachverbände und Kommune. Wir erfahren umfangreiche Unterstützung von Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, Psychotherapeuten, Sozialtherapeuten und anderen Fachleuten. Besondere Unterstützung erhalten wir durch einen niedergelassenen Psychiater und einen niedergelassenen Arzt, die bei Bedarf unsere Einrichtung aufsuchen.

Selbstverständlich unterstützt uns auch der Bewohnerschaftsrat in unserer Arbeit. Eine Ombudsfrau ist zudem Ansprechpartner und unabhängiger Interessenvertreter der Bewohner.

Wir arbeiten mit den gerichtlich bestellten Betreuern eng zusammen und pflegen umfangreiche Kontakte zu anderen Einrichtungen.

Sowohl der Verein als auch der Träger der Wohnstätte sind Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Brandenburg e.V.

7. Qualitätssicherung

Wir verpflichten uns zur Einhaltung der rahmenvertraglichen Qualitätssicherungsmaßnahmen (BK 75, Rahmenvertrag nach §79, Abs. 1 SGB XII) entsprechend §20 „Sicherung der Qualität“ unter Einbeziehung der Leistungsvereinbarung mit dem Landkreis Märkisch-Oderland.

Qualitätssichernde Maßnahmen führen wir regelmäßig durch.

Darunter gewährleisten wir

- die Einrichtung eines regelmäßig tagenden Qualitätszirkels
- Arbeitsgruppen zum Verbesserungsmanagement
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten
- die Mitwirkung an Qualitätskonferenzen
- Fort- und Weiterbildung des Personals, Supervision und Fallbesprechungen
- die Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Betreuung
- die Förderung, Pflege und Versorgung der Leistungsberechtigten
- Planung der Hilfen für einzelne Bewohner mit Erstellung eines Hilfe-/Förderplans
- schriftliche Förder- und Betreuungsdokumentation
- schriftliche Entwicklungsberichte
- Anpassung oder Aufrechterhaltung vereinbarter eindeutiger Standards, Dokumente, Formulare
- die Fortschreibung der Konzeption mit Blick auf den Gesamtbedarf der Bewohner
- die Fortschreibung und Aktualisierung eines QM-Handbuchs
- die Einbeziehung (soweit möglich) des Leistungsberechtigten und seiner Angehörigen und gesetzlicher Betreuer
- tägliche Mitarbeiterbesprechungen, regelmäßige monatliche Teamsitzungen der Gesamtmitarbeiterschaft
- Beschreibung des vorgehaltenen Leistungsangebotes.

Wir führen umfassende, transparente und nachvollziehbare Nachweise über die Durchführung von Maßnahmen der Qualitätssicherung.

Prozessqualität

Um eine bedarfsorientierte Hilfeleistung zu erbringen, erstellen die beteiligten Fachkräfte der Einrichtung mit dem Bewohner einen individuellen Rehabilitations- und Behandlungsplan.

Bei der Planung wird berücksichtigt:

- klare überschaubare Zielsetzungen hinsichtlich der angestrebten Wohnform, der Tages- u. Wochengestaltung und der Stabilisierung oder Besserung der Fähigkeiten
- eine transparente Abstimmung des Vorgehens und die Festlegung der Zuständigkeiten
- flexible Anpassung von Art und Intensität der Hilfen an die Erfordernisse im Verlauf der regelmäßigen Überprüfung des Behandlungsplans

Daraus ergeben sich folgende Leitlinien für den Umgang mit den Bewohnern, die zugleich als Qualitätsstandards dienen:

- Anknüpfen an die Bedürfnisse der Bewohner
- Anstreben weitestgehender Mitwirkung und Autonomie der Bewohner (Selbsthilfeprinzip)
- Ausrichten auf die Förderung von (noch vorhandenen) Fähigkeiten, Interessen, Neigungen, die Besserung der Befindlichkeit und der Lebenszufriedenheit
- Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes der Bewohner und aller darin bestehenden Ressourcen
- Problemlösungsorientierung auf der Grundlage eines ganzheitlichen und verhaltenstherapeutischen Krankheitsverständnisses
- Ausgleich zusätzlicher sozialer Belastungen
- Durchführung der Betreuung und Behandlung nach dem Normalisierungsprinzip
- Persönliches Engagement und Reflexionsfähigkeit sowie hoher fachlicher Standard der professionellen Mitarbeiter (Fortbildung, Supervision, Qualitätsmanagement, Tätigkeit eines Qualitätszirkels, Begleitforschung)

Als Dokumentation dient eine selbst entwickelte Verlaufsdokumentation der in den Betreuungsschwerpunkten erbrachten Leistung. Grundlage dafür ist das Brandenburger Hilfebedarfserfassungsinstrument entsprechend der BK 75 vom 18.10.2006

Bei der Durchführung des Rehabilitations- u. Behandlungsplans ist eine regelmäßige Abstimmung zwischen den beteiligten Fachkräften und den ärztlichen Kooperationspartnern, in verbindlich vereinbarten Abständen bzw. bei besonderen Entwicklungen zur Anpassung der Behandlungskonzeption sowie notwendiger Maßnahmen vorzunehmen.

Weiterhin wird im Rahmen der Fachkräfte der Einrichtung eine therapeutische Bezugsperson und deren Vertretung benannt, in der Regel der Wohngruppenleiter und deren Stellvertreter, deren Aufgabe darin besteht, den Bewohner im kontinuierlichen persönlichen Kontakt zu begleiten und die Durchführung des Rehabilitations- u. Behandlungsprogramms in Anpassung an die Entwicklung des Bewohners und an seine soziale Situation zu koordinieren.

Die Dauer eines Komplexleistungsprogramms richtet sich ebenso wie der Umfang und die Intensität der notwendigen Hilfen nach den Erfordernissen und Besonderheiten des Einzelfalls.

Überprüft wird der Rehabilitations- u. Behandlungsplan

- bei der Ersterstellung und regulär fortlaufend einmal jährlich bzw. nach Vereinbarung mit dem Sozialhilfeträger
- oder, wenn ein Bewohner das soziale oder räumliche Umfeld wechselt
- oder, wenn geplante betreuerische Maßnahmen dauerhaft nicht durchgeführt werden konnten (z.B. Bewohner entzieht sich oder arbeitsorganisatorisch nicht möglich)
- oder, wenn sich deutliche Veränderungen im Erscheinungsbild zeigen.

Bezüglich der Mitwirkung der Erstellung eines Gesamtplanes ist mit dem zuständigen Sozialhilfeträger ein Verfahren zur Dokumentation vereinbart, welches die erbrachten Leistungen und erreichten Veränderungen der Bewohner festhält.

Aus der Zielsetzung, dem Bewohner die Perspektive zu einer möglichst eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung und Gestaltung zu eröffnen, wird

- der Bewohner unter Berücksichtigung seiner Bedürfnisse und Ziele so früh wie möglich aktiv in die Planung des Behandlungsprogramms einbezogen
- mit relevanten Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls und bei Einverständnis des Bewohners eng zusammengearbeitet und dabei
- die Selbsthilfepotentiale des Bewohners sowie die Ressourcen im sozialen Umfeld mobilisiert und ggf. bestehende Belastungen reduziert.

Durch die oben genannte Zielsetzung und die Standards unserer Einrichtung, die Maßnahmen in ihrem Inhalt selbstbestimmt und in ihrer Ausführung selbständig zu gestalten, ist den Selbsthilfepotentialen des Bewohners Rechnung getragen.

Durch qualifizierte Mitarbeiter wird im Rahmen der Betreuung prozessbegleitende Beratung geleistet.

Während einer Krisenintervention leistet der Bezugstherapeut unter Supervision durch den Einrichtungsleiter (Suchttherapeut, M. sc.) eine Beratungstätigkeit für den Bewohner, den jeweiligen Gruppenbetreuer und die Angehörigen und/oder gesetzlichen Betreuer.

Im Rahmen einer monatlich stattfindenden Arbeitsgruppe wird die Qualität der Einrichtung weiterentwickelt. Anleitung, Beratung sowie Fallgespräche zur Betreuungsplanung und Dokumentation finden zweimal monatlich statt.

Mindestens einmal im Monat findet eine Teamsitzung für das gesamte Mitarbeiterteam statt, in der themenbezogene und arbeitsveränderte Inhalte sowie Belehrungen, Dienstanweisungen und Informationen aus allen Bereichen bearbeitet werden.

In diesen Sitzungen werden auch Inhalte und Schwerpunkte, die die Wohngruppenarbeit betreffen, wie wohngruppenbezogene konzeptionelle Inhalte, Neuaufnahmen, Entlassungen, qualitätsfördernde Maßnahmen, Einzelfallbesprechungen etc, beraten und bearbeitet. Außerdem werden z.B. Hilfebedarfsermittlung, Planung, Koordinierung und Reflexion etc. besprochen.

Bei Bedarf klären Fall- und Fachgespräche inhaltliche, strukturelle und organisatorische Fragen der Gruppenbetreuer und/oder Anfragen der Bewohner.

Die Anleitung des Arbeits- und Beschäftigungsbereiches erfolgt fortlaufend in den zweimal täglich stattfindende Dienstberatungen mit inhaltlichen Schwerpunkten, die diesen Bereich betreffen, z.B. zu tagesstrukturierenden Angeboten, zu Angeboten außerhalb der Einrichtung etc.

Die Anleitung und Beratung des Wirtschaftsbereiches findet regelmäßig zu bereichsspezifischen inhaltlichen Schwerpunkten statt, z.B. Ordnungs- und Sicherheitsfragen, Hygiene, bereichsübergreifende Aufgaben und Inhalte etc.

Die Prozessqualität der Einrichtung wird von den Gremien der Psych-AG und dem Arbeitskreis Sucht des Landkreises Märkisch-Oderland reflektiert und begleitet. Durch die Mitarbeit im AK Sucht sowie dem Arbeitskreis stationäre Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe beim Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Brandenburg e.V. und der Arbeitsgruppe Einrichtungsleiter erfolgt der fachlich-inhaltliche Austausch.

Die Einbeziehung der Angehörigen und/oder gesetzlichen Vertreter und des gesamten sozialen Umfelds der Bewohner/innen und aller darin bestehenden Ressourcen in die Betreuungsplanung gehört zum Qualitätsstandard der Einrichtung.

Befugte Angehörige und gesetzliche Vertreter haben auf Anfrage jederzeit die Möglichkeit, an einer Fallbesprechung teilzunehmen und diese gemeinsam zu erörtern.

Die bedarfsgerechte Fortentwicklung der Konzeption wird gesichert durch regelmäßige Evaluierung durch den Qualitätszirkel, in dem mehrere Mitarbeiter aus unterschiedlichen Verantwortungsbereichen mitwirken. Verantwortlich dafür sind der Einrichtungsleiter und die Qualitätsbeauftragte.

Das Konzept der Einrichtung bildet die Arbeitsgrundlage für alle Mitarbeiter und wird somit aufgrund von Arbeitserfahrungen und Ergebnisevaluationen fachlich ausdifferenziert und fortgeschrieben.

Ziel der Dienstplangestaltung und der fachübergreifende Teamarbeit ist es, alle gesetzlichen Vorgaben für eine optimale Dienstplanung zu berücksichtigen. Bewohner werden so optimal versorgt und beraten. Dem Dienstplan liegt eine exakte Planung der Betreuungsaufgaben sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung der einzelnen Bewohner zu Grunde, die die Sicherstellung der optimalen Betreuung gewährleistet.

Die Selbstversorgung ist im Sinne des Trainings von normalen Alltagstätigkeiten bei uns Fachprinzip.

Der Wareneinsatz für Frühstück, Mittagessen und Abendessen wird durch die Einrichtung gewährleistet. Nach entsprechender ärztlicher Verordnung wird durch den Einrichtungsträger Schon-, bzw. Diätkost angeboten.

Der Lebensmitteleinkauf erfolgt nach Registrierung der Wünsche zentral bzw. durch eine Einkaufsgruppe. Die Vor-, Zu- und Nachbereitung von Frühstück und Abendessen wird in den Wohngruppen selbständig geplant, organisiert und durchgeführt. Betreuungs- und Hauswirtschaftspersonal sind Ansprechpartner und beraten die Bewohner bei der Zubereitung der Mahlzeiten.

Bedingt durch den unterschiedlichen Schweregrad der Beeinträchtigungen und der sich ständig verändernden persönlichen Befindlichkeit der Bewohner wird die Mittagessenversorgung aller Gruppen zentral durch eine Küchengruppe unter Anleitung eines fachkundigen Anleiters gewährleistet. Die Reinigung des Geschirrs erfolgt innerhalb der Wohngruppe. Jede Küche ist dazu mit einer Spüle ausgestattet.

Ergebnisqualität

Unsere Einrichtung beteiligt sich an der Qualitätsgemeinschaft im Paritätischen Wohlfahrtsverband Landesverband Brandenburg e.V.

Ziele sind die kontinuierliche Verbesserung der Betreuung, die konsequente Umsetzung der in der Einrichtung entwickelten QM- Werkzeuge und die Evaluation der Ergebnisse zur Erhöhung der Mitarbeitermotivation und zur stetigen Verbesserung der Organisation.

Instrumente zur Sicherung der Ergebnisqualität sind u.a.

- a) die Betreuungsplanung, Betreuungsdokumentation, Fallbesprechung, Dienstberatung, Dienstübergabe usw.,
- b) die Zusammenarbeit mit dem Bewohnerschaftsrat ,
- c) Supervision,
- d) das Personalentwicklungsgespräch etc.

Grundlage für die Dokumentation sind die im QM erstellten vorhandenen, angegebenen Protokolle, Checklisten usw., welche regelmäßig evaluiert und ggf. verändert werden.

Strukturqualität

Die Mindestanforderungen der Strukturqualitätsverordnung (SQV vom 28.10.2010) werden erfüllt, alle 30 Einzelzimmer sind zwischen 14-18 m² groß.

Daneben können 4 Gruppenräume mit 21-40 m² und 5 gruppenübergreifende Räume mit Größen zwischen 20-56 m² direkt in der Wohnstätte genutzt werden.

Ein weiterer ergotherapeutischer Raum im Kiefernweg hat die Größe von 31,63 m².

Die drei Funktionsräume haben eine Gesamtgröße von 17,43m². Ein Aufzug ist vorhanden.

8. Leitbild

Das Leitbild von „Hilfe für Menschen in Not“ orientiert sich an den Grundsätzen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Brandenburg und ist konfessionell, weltanschaulich und parteipolitisch unabhängig.

Die Besonderheiten unserer Einrichtungen und unserer Arbeit liegen in der Betonung der Wichtigkeit von Tagesstruktur und sinnvoller regelmäßiger Beschäftigung, der gesprächsorientierten, emotionalen und fachlich fundierten Begleitung der Betroffenen als PartnerInnen im Vorrang vor pflegerischen Aspekten als Unterstützungsform, der Einbettung in eine funktionierende kleinstädtische Struktur in einem Naturumfeld, der Arbeit mit kleinem MitarbeiterInnen-Team, in überschaubarem Rahmen, familiärer Atmosphäre und Gemeinschaft begründet.

Wir Mitarbeiter wollen uns für Abhängigkeitskranke, aber auch für alle anderen sozial benachteiligten und von Ausgrenzung bedrohten Menschen mit Einfühlungsvermögen, Sozialen Engagement, unter der Beachtung der Individualität und Würde der Betroffenen, mit Humor und Freude, Authentizität und dem Ernstnehmen der Anliegen und Wünsche der KlientInnen

mit dem Ziel der Entfaltung der Persönlichkeit, dem Erhalt und Ausbau der Kompetenzen für den Einsatz der eigenen sozialen Belange, der vollwertigen Teilnahme und Teilhabe für das Erleben von Glück und Zufriedenheit in allen Lebensbereichen der KlientInnen

auf dem Hintergrund der konzeptionellen Ausrichtung, welche den Prinzipien der Toleranz, Offenheit und Vielfalt verpflichtet ist und die Gleichheit aller in ihrem Ansehen und ihren Möglichkeiten achtet einsetzen.

„Abstinenz macht stark – Trocken leben lohnt sich eben!“

Wir wollen zur Inklusion beitragen, indem wir keinen ausschließlich ressourcenorientierten Ansatz, der sich erfahrungsgemäß mit Defiziten und Problemlagen befasst, sondern gemeinwesenorientierte Ansätze zur Entfaltung unserer KlientInnen mit Teilnahme an kulturellen, beschäftigungs- und arbeitsstrukturierten Angeboten mit Hinwendung zu einer „normalen“ befriedigenden Lebensweise, die den Wünschen der Betroffenen entspricht, verfolgen.

Die Klienten sollen aktiv Entscheidungen für ihr weiteres Leben fällen und eine eigene Kontrolle über ihre Lebensführung erlangen.

Wir wollen Vertrauen schaffen, indem wir verständlich, nachvollziehbar und im Interesse der KlientInnen kommunizieren und handeln.

Wir arbeiten mit einem Bezugsbetreuersystem, in dem jede/r KlientIn persönliche Ansprechpartner und Unterstützer findet. Jede/r MitarbeiterIn zeigt jedoch für alle Arbeitsbereiche Verantwortung und ist befähigt alle Gruppen, Beschäftigungsfelder und Veranstaltungen anzuleiten und zu begleiten.

Als Team wollen wir uns untereinander stets zum Wohle der KlientInnen informieren, unterstützen und koordinieren und im Rahmen unserer Arbeit eine Atmosphäre des gegenseitig respektvollen Miteinanders herstellen.

Ziel ist es dabei, ein Prinzip der effektiven Selbstführung zu etablieren, also kontinuierlich und konsequent zu persönlicher Sicherheit, Stärke, Klarheit und Zielorientierung jedes/r einzelnen Mitarbeiters/-in zu gelangen, wobei der Handlungsspielraum erweitert wird, ohne den Handlungsbereich anderer einzuschränken.

Wir wollen proaktiv handeln, ein Zeitmanagement nutzen, immer wertschätzend kommunizieren, Probleme gemeinsam kreativ und qualitäts- und verbesserungsorientiert zum Nutzen aller Beteiligten lösen.

9. Zusammenfassung und Ausblick

Die hier beschriebene Leistung, die wir in einer Wohnstätte für die Klientel der CMA anbieten, hat sich bewährt. Die erfolgreiche Arbeit kann sich mit einer Rückfallquote von etwa 50% nach Beendigung der Maßnahme mit anderen Suchthilfebereichen, der Langzeittherapie, der Adaption und Entwöhnungsbehandlung messen, obwohl die besonderen Herausforderungen der Klientel dies nicht vermuten lassen.

Im Rahmen der Überarbeitung der Gesetzesvorgaben, das Bundesteilhabegesetz wurde mit Wirkung vom 01.01.2017 verabschiedet, werden hier beschriebene Anspruchsgrundlagen und Personengruppen modifiziert, bleiben aber in der Intention erhalten.

Die Auflösung des Begriffs „Stationäre Wohnform“ und der anvisierte Übergang zu einer individuellen personenzentrierten Leistungsform wird möglicherweise zu einer Differenzierung der Komplexleistung führen und andere Fachleistungsabrechnungen notwendig machen.

Die hier beschriebenen Inhalte der Komplexleistung sind auch als Teilleistungen zu verstehen und können ggf. in individueller Berücksichtigung gewählt werden oder irrelevant bleiben. Aus unserer Sicht sind Soziotherapie und der Ansatz des gemeinschaftlichen Lebens jedoch nur auf der Grundlage eines allgemeinverbindlichen Rahmens zu realisieren. Zu Veranschaulichung von Einzelaspekten der Leistung sind folgend im Anhang bereits Module des Spektrums unserer Arbeit beschrieben.

Die Gemeinschaftliche Wohnform als Option für Suchtbehandlung mit CMA-Klientel wird auch zukünftig wegen der Hilfebedarfe in allen Lebensbereichen angemessene und optimale Hilfe für Betroffene darstellen.

Eingliederungshilfe soll befähigen, Lebensplanung und –führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrzunehmen, dies entspricht auch unseren Handlungsansätzen.

Aufgabe ist eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern.

Neben diesen strukturellen gesetzlichen Veränderungen sind auch im Bereich der Suchtarbeit und –forschung Erkenntnisgewinne und neue Arbeitsansätze entstanden.

Die grundsätzliche inhaltliche Arbeit unserer Einrichtung basiert nach wie vor auf dem Suchtmodell der Kognitiven Verhaltenstherapie, welches neben der Verhaltensanalyse und –modifikation aber auch zunehmend Rücksicht auf neuro-biologische Untersuchungen nimmt, bspw. die neuronale Gehirnveränderungen und Rückbildung von Nervengeflechten und die Umstrukturierung des Belohnungszentrums.

Die Zusammenarbeit mit dem Verein „Hilfe für Menschen in Not“, der das ambulant betreute Wohnen für Bewohner unserer Einrichtung anbietet, in dem als Übergangsphase der Weg in das eigenständige Leben trainiert werden kann, ist seit mehreren Jahren sehr erfolgreich. Somit konnte das regionale Netz der Suchtkrankenhilfe komplettiert werden.

Literatur , Arbeitsstandards

- Arbeitsgruppe CMA (1999): Definitionsvorschläge zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von psychotropen Substanzen. In: Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 45, 6–13.
- AWMF (2016): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften: S3-Leitlinie: „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. AWMF-Register Nr. 076-001. Stand: 28.02.2016.
- Bachmann, M./El Akhras, A. (2014): Lust auf Abstinenz. Ein Therapiemanual bei Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bandura, A. (1991): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart. Klett-Cotta.
- Barth, M. (2002): Qualitätsentwicklung und –sicherung in der Altenpflege. München. Urban und Fischer.
- Beck, A./Wright, F. et al. (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim. Beltz.
- BK75 (2006): Brandenburger Kommission nach § 75 SGB XII, Land Brandenburg: Beschluss Nr.6/2006: Hilfebedarfserfassungsinstrument für den Personenkreis der seelisch behinderten Menschen. Potsdam, 18.10.2006.
- Böttger, G. et al. (1999): CMA – Zur Definition und Therapie. Arbeitspapier 3. Leipzig.
- Clark, D. H. (1977): Soziotherapie in der Psychiatrie. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Dilling, H. et al. (2004): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage. Bern. Huber.
- Eisenreich, T./Halfar, B. et al. (2005): Steuerung sozialer Betriebe und Unternehmen mit Kennzahl. Bielefeld: Nomos.
- Frank, R. (2011): Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie. Berlin. Springer.
- Hilge, T. et al. (1999): Entwicklung eines Messinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger: Die Braunschweiger Merkmalsliste (BML). In: Sucht, 1, 55–68.
- Hillemacher, T./Bleich, S. (2014): Alkoholabhängigkeit und komorbide psychische Störungen. In: Walter, M./Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. Stuttgart: Kohlhammer, 149–158.
- Körkel, J./Lauer, G. et al. (1995): Sucht und Rückfall. Stuttgart. Enke.
- Körkel, J. (2003): Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In: Steingass, H.-P. (Hrsg.), Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – Erfahrungen aus der Soziotherapie. Geesthacht: Neuland, 24–52.
- Leonhardt, H.-J./Mühler, K. (2006): Chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeits- kranke. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Leonhardt, H.-J./Mühler, K. (2010): Rückfallprävention für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke. Freiburg i. Br.: Lambertus Verlag.
- Linden, M./ Hautzinger, M. (Hrsg.) (2011): Verhaltenstherapiemanual, 7. A. Heidelberg. Springer
- Lindenmeyer, J. (2005): Alkoholabhängigkeit. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Lindenmeyer, J. (2010): Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. 8., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.
- Loffing, C. (Hrsg.) (2005): Qualitätszirkel erfolgreich gestalten. Stuttgart. Kohlhammer.

- Löser, A. (2008): Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege. Leicht und sicher selbst erstellen (ehem. nach Monika Krohwinkel), Schlütersche, 3. Auflage
- Margraf, J./Schneider, S. (Hrsg.) (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen. Heidelberg. Springer. 3. Auflage
- Miller, W./Rollnick, S. (2009): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg. Lambertus. 3.Auflage
- Offermann, C. (2002): Selbst- und Qualitätsmanagement für Pflegeberufe. Bern. Hans Huber.
- Noyon, A., Heidenreich, T. (2009): Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. Weinheim. Beltz.
- Reinecker, H. (2005): Grundlagen der Verhaltenstherapie. Weinheim. Beltz.
- Revenstorf, D. (1996): Psychotherapeutische Verfahren – Band II – Verhaltenstherapie. Stuttgart. Kohlhammer.
- Rugor, R./von Studzinski, G. (2003): Qualitätsmanagement nach der ISO Norm. Weinheim. Beltz.
- Schmitt, R./Pfeifer, T. (2010): Qualitätsmanagement. Strategien – Methoden – Techniken. München. Hanser. 4. Auflage
- Schneider, R. (2012): Abstinenz oder was? Was ist das Ziel der Suchttherapie? In: Psychotherapie im Dialog, 13, 4, 64–68.
- Schneider, R. (2015): Die Suchtfibel – Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Schneider. Baltmannsweiler. 18. Auflage
- Schwoon, D. R. (2002): Chronisch mehrfach Beeinträchtigte (CMA). In: Fengler, J. (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung: Beratung – Therapie – Prävention. Landsberg a. Lech: ecomed, 94–100.
- Soyka, M. (1997): Alkoholismus – Eine Krankheit und ihre Therapie. Stuttgart. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Steingass, H.-P. (Hrsg.) (2003): Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige. Erfahrungen aus der Soziotherapie. Geesthacht: Neuland.
- Steingass, H.-P. (2003a): Suchtkrank, suchtkränker, am suchtkränksten – Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke (CMA). In: ders. (Hrsg.): Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige. Erfahrungen aus der Soziotherapie. Geesthacht: Neuland, 7–22.
- Steingass, H.-P. (Hrsg.) (2004): Geht doch! Soziotherapie chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger. Geesthacht: Neuland.
- Steingass, H.-P. (Hrsg.) (2015): Aspekte der Soziotherapie chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger. Lengerich: Pabst.
- Steingass, H.-P. et al. (2000): Soziotherapie chronisch Abhängiger. Ein Gesamtkonzept. Geesthacht: Neuland.
- Tretter, F. (2012): Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Stuttgart. Schattauer. 2. Auflage
- Uchtenhagen, A. (2009): Abstinenz als gesellschaftlicher und therapeutischer Leitgedanke. In: Suchttherapie, 10, 75–80.
- Wagner, T. et al. (2003). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke – Überprüfung des Konstrukts CMA im Rahmen der Ambulanten Langzeit-Intensivtherapie für Alkoholranke (ALITA). In: Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 5, 221–236.
- Wilken, B. (2006): Methoden der Kognitiven Umstrukturierung – Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis. Stuttgart. Kohlhammer

Anhang 1: Hausordnung

Um in der Wohnstätte ein zufriedenes und gemeinschaftliches Leben für jeden Bewohner zu ermöglichen, sind auf Grundlage von Toleranz und Höflichkeit einige Regeln verbindlich einzuhalten.

1. Als Einrichtung der Suchthilfe dürfen Bewohner keinen Alkohol konsumieren. Das **Abstinenzgebot** gilt auch für Lebensmittel, die Alkohol enthalten.
Die missbräuchliche Einnahme von Medikamenten ist untersagt. Ebenso dürfen keine illegalen Drogen eingenommen werden.
Kontrollen dienen der Beachtung dieser Regel, zielen aber grundsätzlich auf die Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung des einzelnen Bewohners ab.
2. Bei **Vor- bzw. Rückfall** wird zur Vermeidung von Risiken eine Entgiftung in der Klinik auf Anweisung der Einrichtungsleitung durchgeführt. Der Bewohner erhält die Unterstützung der Mitarbeiter, eine Abstinenz aufzubauen. Ggf. werden dafür Abwesenheitsregelungen vereinbart für die Rückfallbehandlung.
3. Grundsätzlich gilt, dass **keine Gewalt** oder Androhung von Gewalt akzeptiert wird. Die Mitarbeiter unterstützen bei der Lösung von Konflikten.
4. Das **Rauchen** ist nur im Außenbereich der Einrichtung in den vorgesehenen Zonen gestattet, dem Pavillon und im Eingangsbereich. Alle Bewohner dürfen auf dem Balkon rauchen.
5. Die pünktliche **Teilnahme an der Beschäftigungstherapie** (Mo-Fr 9.15 – 12.00 Uhr), an der Großgruppe (Mo-Fr 9.00 Uhr) und Wohn- und Arbeitsgruppenversammlungen ist Pflicht. Ausnahmen werden durch die Anleiter nur bei Krankheit, Arztbesuch oder Urlaub gewährt.
Die Teilnahme an den regelmäßigen Belehrungen zum Brandschutz und zum Arbeitsschutz ist Pflicht jedes Bewohners.
6. Jeder Bewohner soll wöchentlich mindestens einmal zusätzlich an einem **Freizeitangebot** teilnehmen.
7. Die **Mahlzeiten** sollen zur Einhaltung der Hygiene und als gemeinschaftliches Ritual in der Regel in den Wohngruppenräumen eingenommen werden.
Im Bewohnerzimmer werden keine leichtverderblichen Speisen gelagert, dafür sind Kühl- und Gefrierschränke in den Gemeinschaftsräumen zu nutzen.
Gemeinsame Mahlzeiten sind:
Frühstück 08.00 Uhr
Mittag 12.30 Uhr
Abendbrot 18.00 Uhr
Von den Zeiten kann in einer gemeinsamen Erklärung der Bewohner einer Gruppe in Absprache mit den Mitarbeitern abgewichen werden.
8. Die **Toiletten** und Sanitärräume sind nach der Benutzung sauber zu hinterlassen.
Bewohner waschen sich die Hände nach dem Toilettengang und spülen oder reinigen die genutzten Becken, Wannen und Duschen.
9. Das **Bewohnerzimmer** wird sauber und aufgeräumt gehalten, um Schädlingsbefall zu vermeiden.
Regelmäßiges Lüften dient der Vermeidung von Schimmelbildung.

10. Jeder Bewohner hat die Pflicht auf eine gesunde **Körperhygiene** zu achten und saubere Kleidung zu tragen. In einer Gemeinschaftseinrichtung erhöht sich das Risiko von Infektionen.
11. Ab 22.00 Uhr bis um 6.00 Uhr ist in der Einrichtung die Zimmerlautstärke einzuhalten. Nehmen sie Rücksicht auf das **Ruhebedürfnis** anderer Bewohner, auch am Wochenende, an den Feiertagen und in der Mittagszeit.
12. Zur Erhöhung der eigenen Sicherheit und zur Einhaltung des Brandschutzes wird die **Benutzung eigener elektrischer Geräte** zunächst immer mit Mitarbeitern besprochen. Großgeräte, wie bspw. Kühlschränke, aber auch andere besonders leistungsstarke Geräte, werden nicht im Bewohnerzimmer betrieben.
13. Bewohner sind berechtigt, **Urlaub** außerhalb der Einrichtung zu nehmen. Um die Ab- bzw. Anwesenheit in der Einrichtung zu dokumentieren, ist ein Antrag vor Antritt zu stellen. Dazu werden Formulare von den Mitarbeitern bereitgestellt.
Auch bei kürzeren Ausgängen sind Mitarbeiter kurz über die **Abwesenheit** zu informieren.
14. Bewohner sollen im Interesse ihrer eigenen **Gesundheit** über Krankheitssymptome, Arztbesuche und Medikamentenverordnungen Mitarbeiter informieren. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.
15. Kürzere private **Telefonate** können kostenfrei mit einem bereitgestellten Mobiltelefon, welches im Büro erhältlich ist, geführt werden.