

1. Die Einrichtung

Der „Verein zur Förderung der Wiedereingliederung psychisch- und Sucht-Kranker (komorbid Erkrankter) in Stadt und Kreis Aachen e.V.“, KOMO, verfolgt satzungsgemäß das Ziel, Menschen mit Behinderung, die gleichzeitig an einer psychischen- und an einer Sucht-Erkrankung (Komorbidität) leiden, in ihrer beruflichen, sozialen und Persönlichkeitsentwicklung zu stärken.

Gegründet wurde der Verein 2003 auf Initiative mehrerer in der Suchtarbeit tätigen Sozialpädagoginnen, die die bestehende Versorgungslücke für komorbid erkrankte Menschen durch ein spezialisiertes Hilfeangebot schließen wollten: Deutlich war, dass traditionelle niedrigschwellige Hilfeangebote für Suchtkranke bei dem benannten Personenkreis mit seinen spezifischen Schwierigkeiten nicht greifen, da keine Behandlung der psychischen Erkrankung erfolgt; ebenso wenig greifen traditionelle Angebote für psychisch Kranke, weil diese eine Abstinenz voraussetzen, die komorbid Erkrankte erst einmal nicht einhalten können, da der Suchtmittelgebrauch gezielt zur Selbstmedikation eingesetzt wird. Für niedrigschwellige Hilfeangebote wie das Ambulante Betreute Wohnen gilt Abstinenz nicht als Voraussetzung, vielmehr wird beispielsweise eine Substitutionsbehandlung verstanden als eine Maßnahme mit der begründeten Erwartung einer Reduktion des Heroinkonsums sowie einer Stabilisierung der gesundheitlichen und sozialen Lebenssituation.

Der Verein nahm 2004 seine Tätigkeit auf. Die rechtliche Grundlage der Wiedereingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ist § 53 SGB XII; finanziert werden die von KOMO e.V. im Rahmen des Ambulanten Betreuten Wohnens erbrachten Hilfeleistungen durch den Landschaftsverband Rheinland (LVR) als überörtlichem Träger der Sozialhilfe.

KOMO e.V. hat zur Zeit drei in einer Straße und eng beieinander gelegene Räumlichkeiten angemietet. Insgesamt stehen 6 Räume für die beratende Tätigkeit zur Verfügung, außerdem eine Lehrküche sowie ein großer Gruppenraum.

1.1. Zielgruppe / Aufnahmevoraussetzungen und -procedere

Zur Zielgruppe von KOMO e.V. gehören seelisch behinderte Menschen - erwachsene Frauen und Männer aus dem Aachener Stadt- und Kreisgebiet, die gleichzeitig an einer psychischen- und an einer Sucht-Erkrankung leiden und daher bei ihrer Alltagsbewältigung auf intensive professionelle Unterstützung angewiesen sind. Es handelt sich um Schwer-Abhängige, die aufgrund fehlender langfristig-konstruktiver Bewältigungsstrategien chronisch abhängigkeiterzeugende (legale und/oder illegale) Substanzen missbrauchen, um unerträgliche psychische und emotionale Zustände zu mildern.

Die häufigsten komorbiden Störungen dieser Personengruppe sind dabei verschiedene Persönlichkeitsstörungen und affektive Störungen, teilweise auch psychiatrische Doppeldiagnosen.

Voraussetzung für eine Aufnahme ins Ambulante Betreute Wohnen sind neben dem Wunsch, an der Verbesserung der eigenen psycho-sozialen Situation zu arbeiten, ein

Mindestmaß an praktischer Alltagsbewältigung und sozialer Kompetenz sowie das Vorliegen einer seelischen Behinderung, die in einer fachärztlichen Stellungnahme diagnostiziert werden muss.

In der Regel erfolgt vor Aufnahme ins Betreute Wohnen eine Motivationsprüfung über unsere zwei Mal wöchentlich stattfindende offene Sprechstunde. Die Interessenten werden von behandelnden Ärzten, Entgiftungs- oder psychiatrischen Stationen, Institutsambulanzen oder kooperierenden Einrichtungen an uns verwiesen; oftmals finden sie aber auch über eine Mund-zu-Mund-Propaganda zu uns.

1.2. Zielsetzung des Hilfeangebotes

KOMO e.V. verfolgt das Ziel, Menschen mit Behinderung, die an einer der oben beschriebenen dualen Störungen leiden, in ihrer beruflichen, sozialen und Persönlichkeitsentwicklung zu stärken mit dem Ziel einer stabilen Alltagsbewältigung jenseits von stationären Aufenthalten.

Dazu gehört die Sicherung stabilisierender Umgebungsfaktoren wie eigener Wohnraum, finanzielle Grundversorgung, justizieller Beistand oder auch medizinische und psychiatrische beziehungsweise psycho-soziale oder psychotherapeutische Versorgung im Sinne eines Case-Managements.

Dazu gehören weiterhin sozial-pädagogische Angebote, die sich einerseits beziehen auf eine Erweiterung von persönlichen Erlebnisweisen und eine Bearbeitung von maladaptiven affektiven Verarbeitungsprozessen; andererseits beziehen sie sich auf die Entwicklung von Strategien zum Aufbau und Erhalt zwischenmenschlicher Kontakte und deren Einüben im Kontext gruppendynamischer Prozesse.

Unabdingbarer weiterer Bestandteil zur Erreichung des definierten Zieles für Menschen mit Behinderung ist ein Krisennetzwerk zwischen den verschiedenen örtlichen Hilfeangeboten, das heißt eine enge Kooperation mit Institutsambulanzen und niedergelassenen (Fach-) Ärzten, psychiatrischen Krankenhäusern, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe.

1.3. Behandlungsplanung und -angebote

Bei der Versorgung von behinderten Menschen mit Komorbidität stellen sich eine Reihe von Problemen, die das Versorgungssystem in ganz besonderer Weise fordern: Es gibt hohe Chronifizierungs- und hohe Rückfallrisiken in süchtige Konsummuster sowie eine hohe stationäre Aufnahmefrequenz; außerdem erhöhte Risiken für soziale Randständigkeit, soziales Störpotential und suchtspezifische Begleit- und Folgeerkrankungen. Begleitet werden diese Risiken von einer vielfach reduzierten Behandlungs-Compliance. Da sich außerdem in der Erlebniswirklichkeit eines Menschen mit dualer Störung oft die Aspekte beider Störungen miteinander vermischen, bedarf es eines integrativen und störungsübergreifenden Hilfeangebotes, in dem neben der Hilfe zur Verbesserung sozialer Problemlagen und zur sukzessiven Reduzierung von (selbst-) destruktiven Verhaltensmustern eine Förderung des sinnvollen Umgangs mit der psychischen Problematik, das heißt eine Arbeit an alternativen Bewältigungsstrategien, stattfindet.

Grundlage des ambulanten Betreuten Wohnens sind der individuelle Hilfebedarf des Klienten und seine Bedürfnisse sowie seine Möglichkeiten und Ressourcen. Dabei wird aufsuchende Sozialarbeit aufgrund der multiplen Problembelastung dieser Klientengruppe als integraler Bestandteil von Betreuung verstanden. Die konkreten Hilfeleistungen werden in der Hilfeplanung zu Beginn einvernehmlich festgehalten und in einer Hilfe- und Betreuungsvereinbarung schriftlich niedergelegt. In regelmäßigen Abständen findet eine Überprüfung der angestrebten Ziele statt, die eine prozessuale Diagnostik ermöglicht, auf deren Basis der Hilfeplan eventuell fortgeschrieben wird. In der Regel werden die beim LVR beantragten Leistungen für 1 Jahr bewilligt.

Folgende einzelnen Bausteine von „KOMO“ e.V. sind als Bestandteile eines Hilfemodells zu verstehen, das integrative Beratungs- und Betreuungsformen zur Erarbeitung beziehungsweise Erhaltung von stabilen Lebensverhältnissen beinhaltet:

- Hausbesuche (Unterstützung bei der alltäglichen Lebensführung)
- Begleitung (bei Ämter- und Behördengängen, Arztbesuchen)
- Einzelberatung
- Paarberatung (bei der Betreuung von Paaren)
- Angehörigengespräche (wenn gewünscht)
- Krisenintervention
- Unterstützung bei der Etablierung einer Tagesstruktur
- Hinführung zu arbeitsspezifischen Hilfeangeboten
- Unterstützung bei der Entwicklung einer rekreativen Freizeitgestaltung
- Gruppenangebote (optional, nach Bedarf erweiterbar):
 - * Motivationsgruppe (für Neuaufnahmen)
 - * Frühstücksgruppe
 - * Kochgruppe
 - * Wald- und Wiesengruppe
 - * Strategieguppe (verhaltenspädagogisch orientiert)
 - * Theatergruppe
 - * Intensivgruppe (Themengruppe, gestaltpädagogisch orientiert)
 - * Mutter-Kind-Gruppe
 - * „Für Sie“ (Frauengruppe)
 - * Samstags-Werkstatt

1.4. Das Team / Supervision

Das Team von KOMO e.V. besteht aus qualifiziertem Fachpersonal (Diplom-Sozialpädagoginnen /-arbeiterinnen, Diplom-Pädagogen, Erzieherinnen), von denen mindestens fünf die Kriterien des LVR für eine fallverantwortliche Betreuung erfüllen (qualifiziertes Fachpersonal mit mindestens einjähriger praktischer Erfahrung in der Arbeit entweder mit dem zu betreuenden Personenkreis oder einer mindestens einjährigen Tätigkeit innerhalb des Betreuten Wohnens). Die zwei (2007) beziehungsweise drei (2008) weiteren Honorkräfte übernehmen Hilfstätigkeiten in einem geringeren Stundenumfang. Ein Hausmeister und eine Verwaltungskraft unterstützen die Arbeit stundenweise.

Ein Mal wöchentlich findet eine Teamsitzung mit integrierter Fallbesprechung statt; für die noch nicht fallverantwortlich Tätigen gibt es ein Mal wöchentlich ein weiteres Reflexionstreffen, bei dem der Entwicklungsprozess innerhalb der Betreuungsarbeit

dargestellt und in problematischen Situationen beleuchtet und angeleitet wird. Eine externe Supervision findet ein Mal im Monat statt.

Stellenbesetzung 2007:

- 1 Vollzeitstelle als Diplom-Sozialpädagogin mit den Zusatzqualifikationen Gestalttherapie, Traumazentrierte Fachberatung
- 1 Vollzeitstelle als Diplom-Sozialpädagogin mit der Zusatzqualifikation Traumazentrierte Fachberatung
- 1 Vollzeitstelle als Diplom-Sozialpädagogin / Diplom-Sozialarbeiterin
- 2 Honorarkräfte (Diplom-Sozialpädagoginnen)
- 1 Honorarkraft (Erzieherin)
- 1 Honorarkraft (Diplom-Pädagogin)

Stellenbesetzung 2008:

- 1 Vollzeitstelle als Diplom-Sozialpädagogin mit den Zusatzqualifikationen Gestalttherapie, Traumazentrierte Fachberatung
- 1 Vollzeitstelle als Diplom-Sozialpädagogin mit der Zusatzqualifikation Traumazentrierte Fachberatung
- 1 Vollzeitstelle als Diplom-Sozialpädagogin / Diplom-Sozialarbeiterin mit der Zusatzqualifikation Suchttherapie
- 1 Vollzeitstelle als Diplom-Sozialpädagogin
- 1 Honorarkraft (Diplom-Sozialpädagogin / Diplom-Sozialarbeiterin)
- 1 Honorarkraft (Erzieherin)
- 1 Honorarkraft (Diplom-Pädagogin)
- 1 Honorarkraft (Studentin der Sozialpädagogik)
- 1 Honorarkraft (pädagogische Hilfskraft)

1.5. Fort- und Weiterbildungen

Die Teammitglieder nahmen an folgenden Fort- und Weiterbildungen teil:

2007:

- Fachtagung „Junge psychisch kranke Menschen zwischen den Stühlen“, Tag der Sozialpsychiatrie, Aachener Verein (3 Teilnehmer)
- Fachtagung „Wir fangen Dich auf“ - Gemeinsam professionell Handeln im Umgang mit suchtblasteten Familien, WABe Suchtmedizinische Ambulanz (2 Teilnehmer)
- Fortbildung „Aggression - Wahrnehmung - Deescalation“, Verein für Berufsbetreuer für Stadt und Kreis Aachen (2 Teilnehmer)
- Masterstudiengang Suchthilfe an der KFH NW (1 Teilnehmer)

2008:

- Basislehrgang PQ Sys Teil 1 und 2, DPWV (2 Teilnehmer)
- Fortbildung „Der Umgang mit psychischen Erkrankungen im Betreuten Wohnen“, Aachener Betreuungsbüro (3 Teilnehmer)
- Info-Veranstaltung zum Thema „Betreuungs- und Unterbringungsrecht“, Dr. Michael Jüttner (7 Teilnehmer)
- Weiterbildung „Suchttherapie“ - Ergänzungscurriculum VDR, Hamburger Institut für gestaltorientierte Weiterbildung (1 Teilnehmer)

1.6. Kooperation / Vernetzung

In der Absicht einer vernetzten Zusammenarbeit pflegt KOMO e.V. den Kontakt mit verschiedenen Einrichtungen für Suchtkranke und psychisch Kranke in Stadt und Kreis Aachen:

- Entgiftungseinrichtungen
- substituierenden Ärzten
- Institutsambulanzen
- niedergelassenen Psychiatern und Therapeuten
- der Suchthilfe Aachen
- der Suchthilfe Eschweiler
- Anbietern von Ambulantem Betreuten Wohnen
- weiteren Angebote für Suchtkranke und psychisch Kranke wie Tagesstätten und offenen Angeboten

KOMO e.V. ist Mitglied in den Arbeitskreisen „Methadon“, „Allgemeine Psychiatrie“ und „Sucht“ der Stadt Aachen (beziehungsweise der gemeinsam tagenden Arbeitskreise von Stadt und Kreis Aachen).

Weiterhin ist KOMO e.V. Mitglied in der BeWo-Konferenz und der Interessensgemeinschaft IG BeWo. In den Hilfeplankonferenzen der Stadt und des Kreises Aachen für seelisch behinderte Menschen ist KOMO e.V. rotierendes Mitglied.

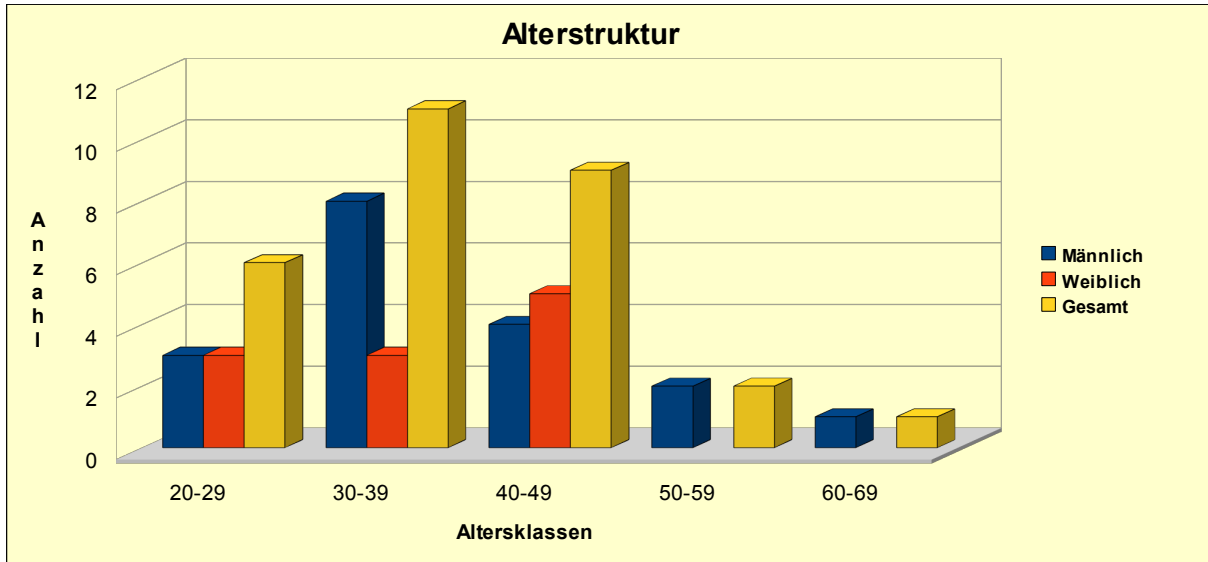
Je nach Einzelfall stehen wir im engen Austausch mit behandelnden Ärzten, Therapeuten, Krankenhäusern, dem Gesundheitsamt, gerichtlich bestellten Betreuern, der Bewährungshilfe, den Sozialämtern oder auch den Familien der von uns Betreuten. Dieser wichtige Grundstein unserer Arbeit ermöglicht es zunehmend, den so genannten Drehtüreffekt zu vermeiden und den bestmöglichen Lösungsweg zu erarbeiten und zu verfolgen.

Auf überörtlicher Ebene ist die Mitgliedschaft im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband zu benennen.

In Kooperation mit der Drogenhilfe Aachen betreut KOMO e.V. eine Selbsthilfegruppe für Angehörige von Suchtkranken.

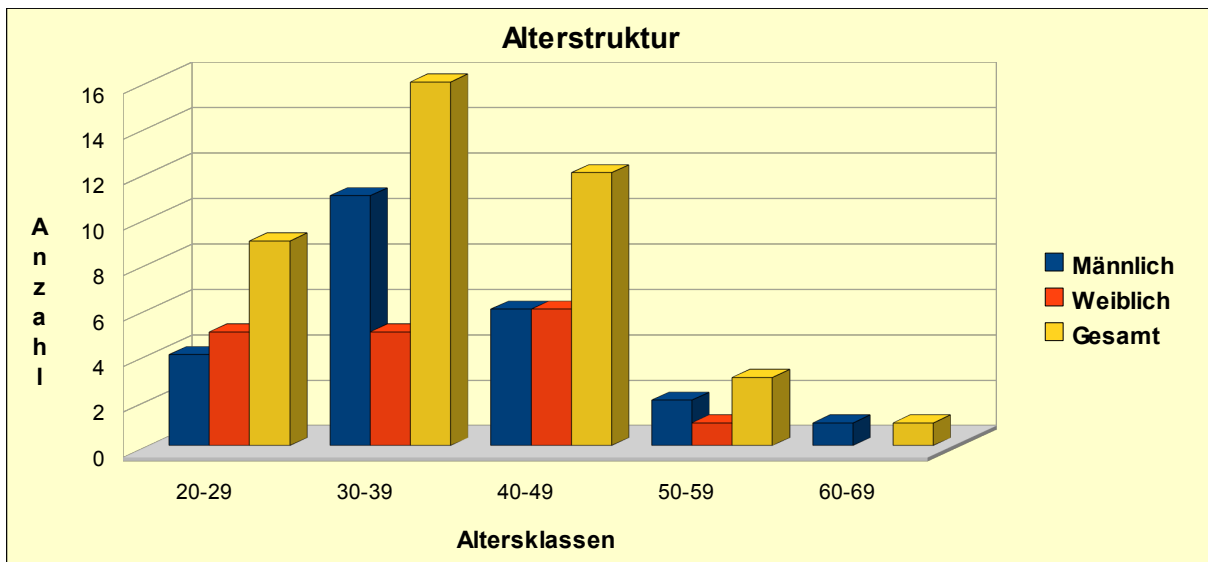
2. Betreuungsentwicklung 2007 / 2008

2007:

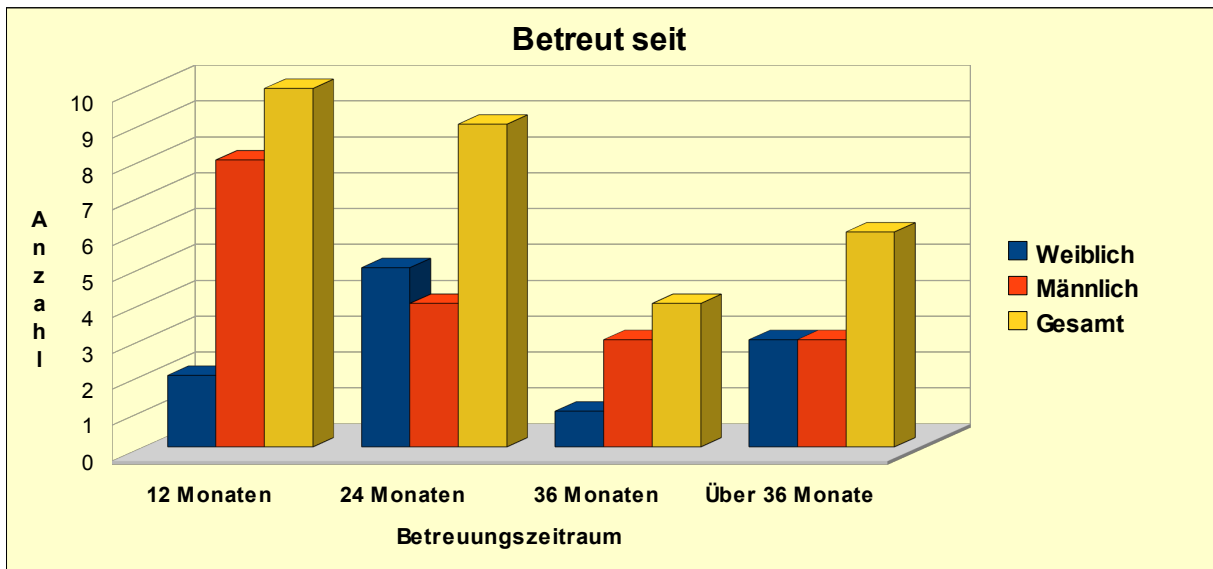


Insgesamt wurde im Jahr 2007 mit 29 psychisch- und suchtkranken Menschen innerhalb eines intensiven Betreuungsprozesses zusammengearbeitet, im Jahr 2008 erhöhte sich die Zahl der betreuten Personen um mehr als 30 % auf insgesamt 41. Zum einen kann dies als Zeichen eines erhöhten Bekanntheitsgrades sowie einer zunehmenden Akzeptanz unseres spezialisierten Hilfeangebotes gewertet werden, zum anderen als Zeichen eines gestiegenen Bedarfs an Unterstützungsleistungen beziehungsweise als Hinweis darauf, dass das Angebot des „Betreuten Wohnens“ nun auch die seelisch behinderten Menschen erreicht, die bisher keinen Zugang zum Hilfesystem gefunden haben. Die Altersstruktur der Betreuten veränderte sich kaum.

2008:

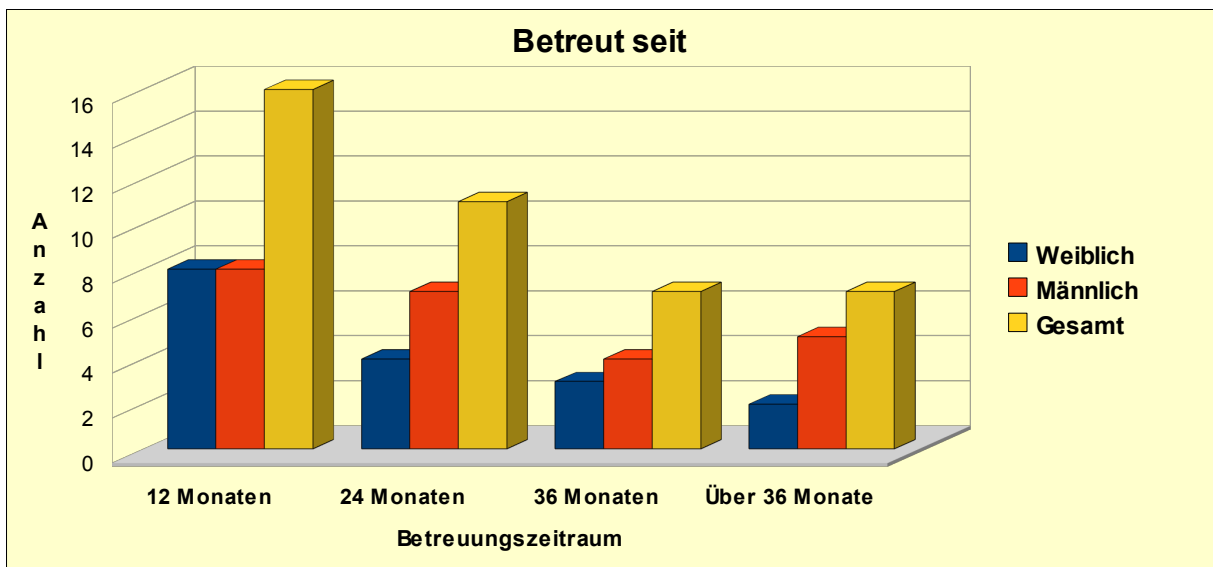


2007:



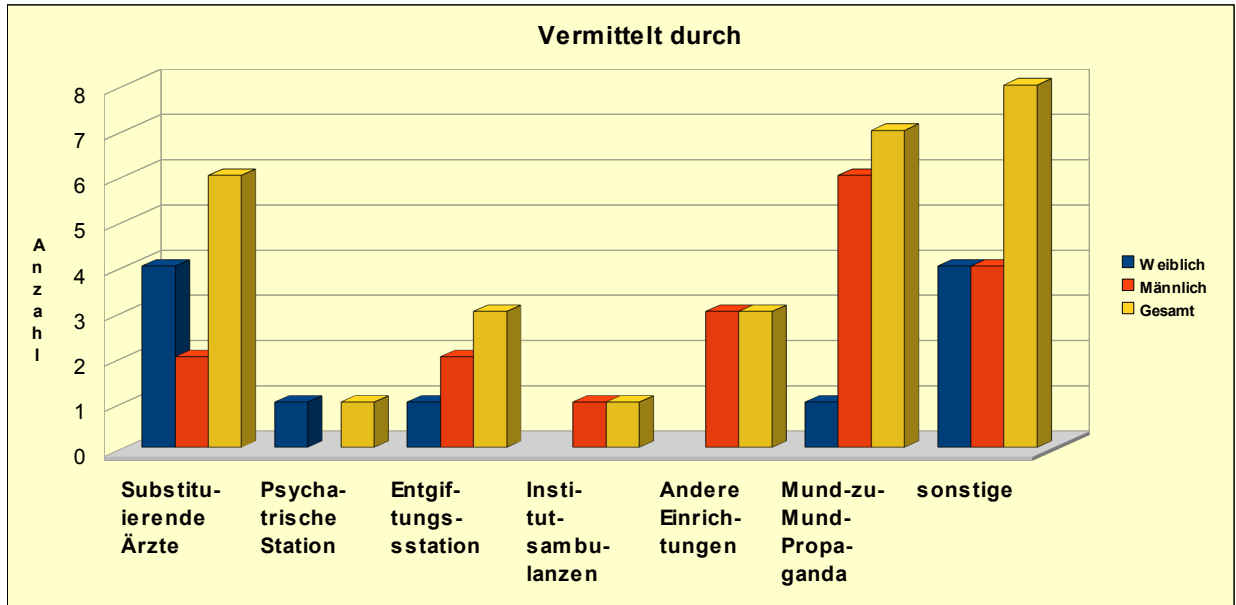
Hier ist zu erkennen, dass der Schwerpunkt der Dauer der Betreuung bei 24 bis 36 Monaten liegt, Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass nach einer längeren Zusammenarbeit eine Vermittlung in weiterführende und höherschwellige Hilfeangebote möglich ist beziehungsweise – wenn auch seltener – der Lebensalltag selbstständig gemeistert werden kann. Bei den über einen längeren als drei Jahre währenden Zeitraum betreuten Menschen ist in der Regel das Ziel der Verhinderung einer weiteren Verschlechterung der Alltagssituation zentral; es ist davon auszugehen, dass diese Menschen zeitlebens auf äußere Unterstützung angewiesen bleiben, um ausreichend stabile Lebensverhältnisse aufrecht erhalten zu können.

2008:

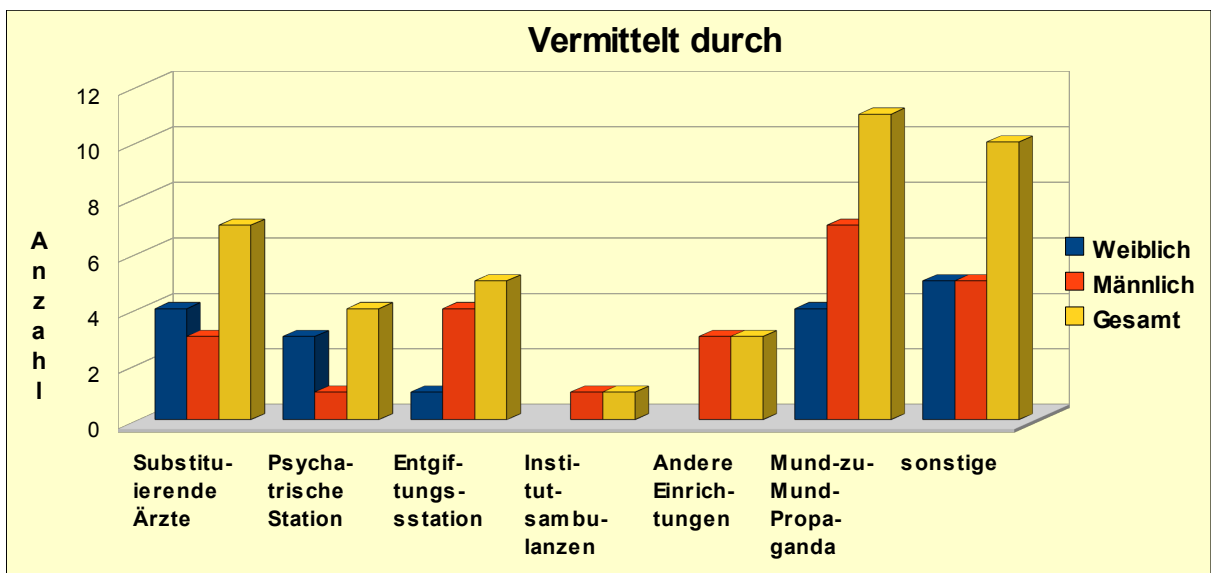


Die Vermittlung an unsere Einrichtung erfolgte über unterschiedliche öffentliche Stellen. Nach wie vor finden die Betreuten aber hauptsächlich über Mund-zu-Mund-Propaganda zu uns.

2007:



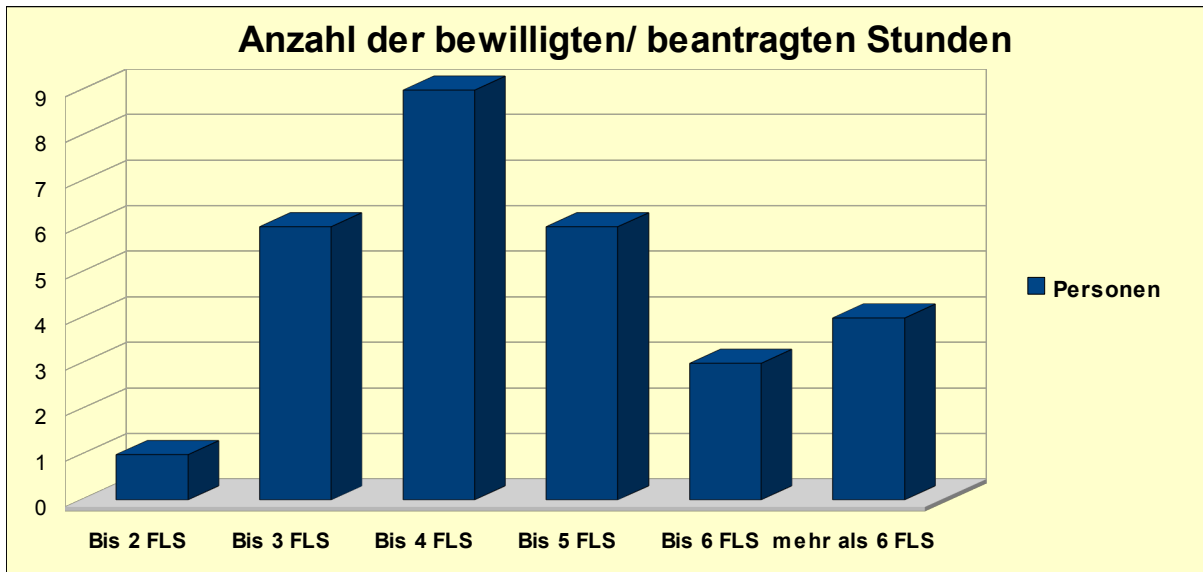
2008:



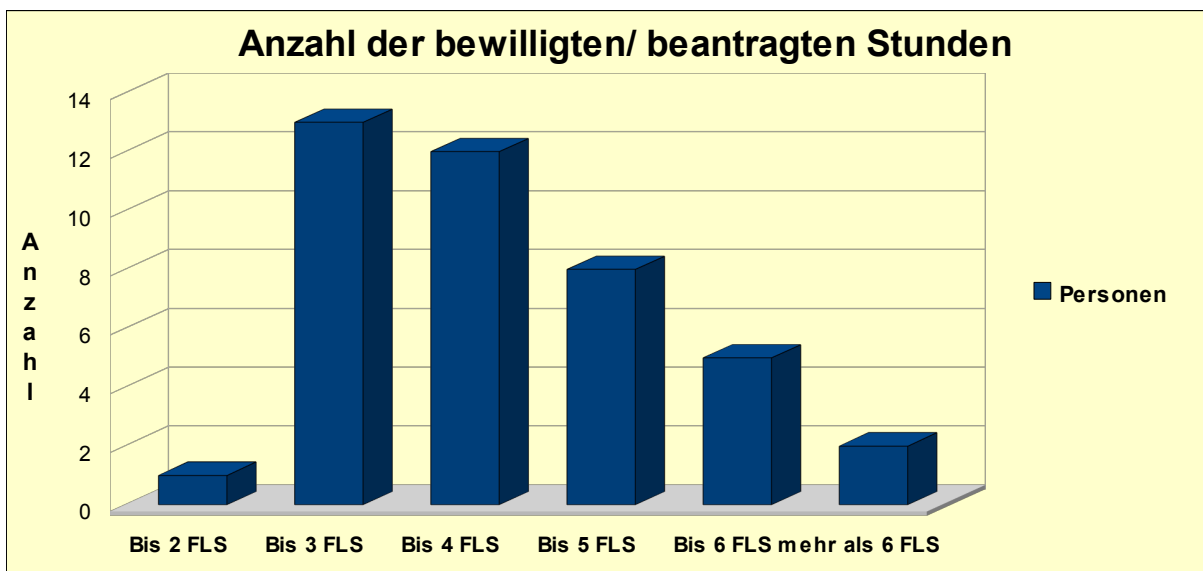
2.1. Kontaktfrequenzen, Einzel- und Gruppenbetreuung

Die Kontakte zwischen Team-Mitgliedern und Betreuten sollen unter den Gesichtspunkten der Höhe der bewilligten wöchentlichen Fachleistungsstunden (FLS) sowie der Anzahl der wöchentlichen Einzel-Kontakte dargestellt werden, außerdem im Hinblick auf die Verteilung von Einzel- und Gruppenkontakten bezüglich der Gesamtheit der von KOMO e.V. betreuten Menschen.

2007:

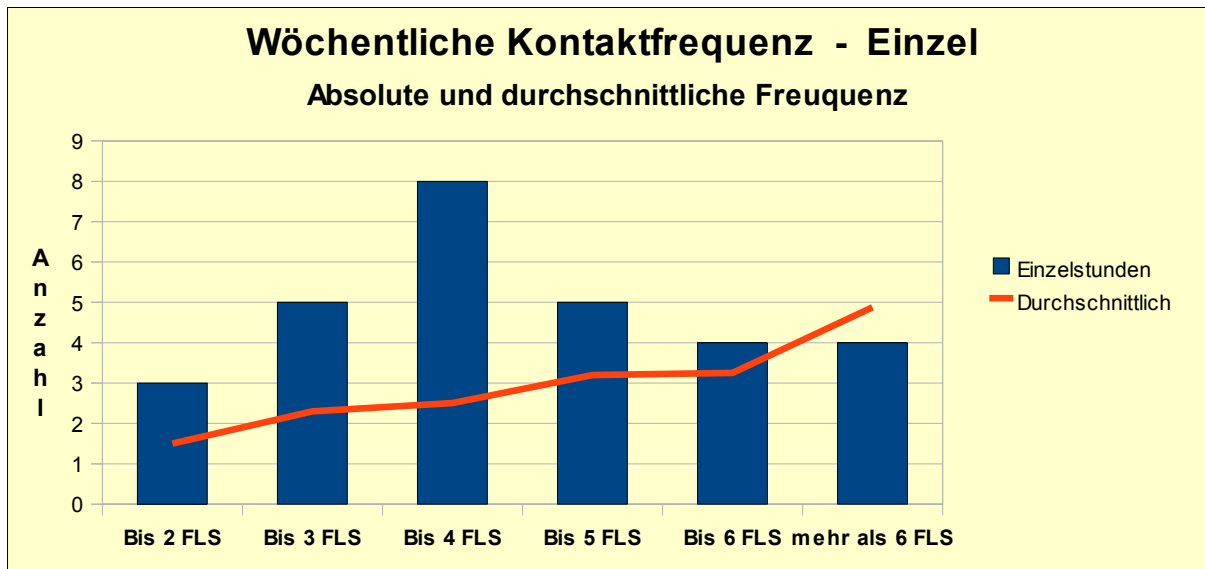


2008:

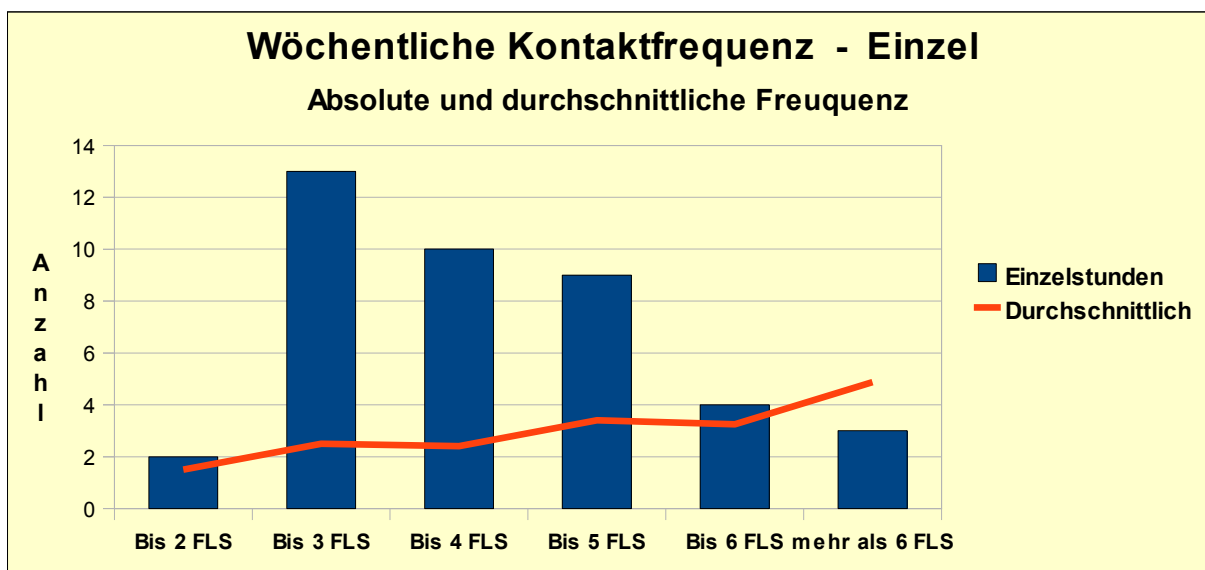


Im Jahr 2008 hat sich die Anzahl der zeitintensiven Betreuungen (mehr als 4 FLS) von etwa der Hälfte auf ein Drittel der gesamten Betreuungen reduziert. Dies führen wir darauf zurück, dass nach einer ersten zeitintensiven Phase neue Impulse gesetzt und Strukturen etabliert werden konnten, die die Selbstständigkeit der Betreuten förderten.

2007:

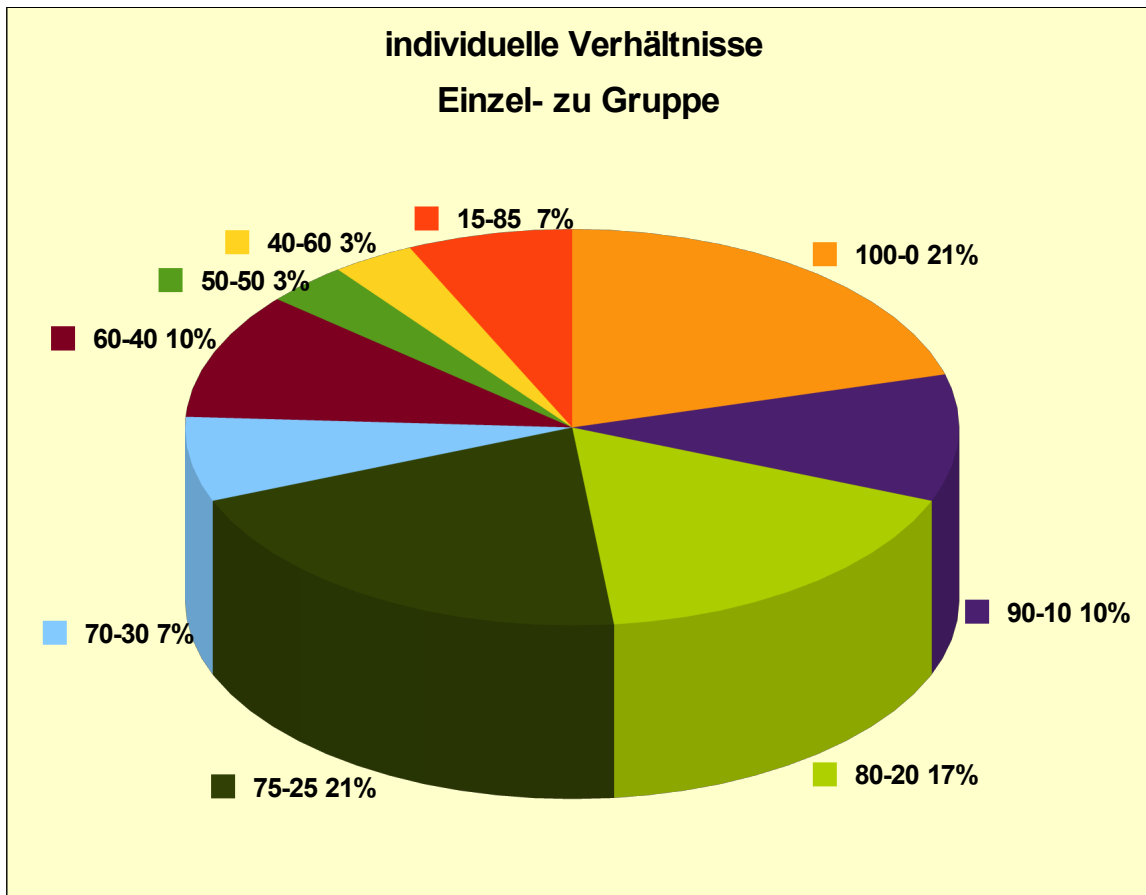


2008:



Wie nicht anders zu erwarten, ist die durchschnittliche Kontaktfrequenz im Einzelsetting im Verlauf der Jahre 2007 / 2008 in etwa gleich geblieben. Die Anzahl der wöchentlichen Einzelkontakte steigt nicht parallel zu der Anzahl der bewilligten Fachleistungsstunden an, vielmehr sind die Einzelkontakte bei vier bewilligten FLS von längerer Dauer als bei bewilligten 3 FLS, ebenso die bei bewilligten 6 FLS im Vergleich zu bewilligten 5 FLS. Grund dafür sind vor allem die erheblichen Schwierigkeiten einiger Klienten damit, einen Einstieg in ein drängendes Thema zu finden und dann konzentriert bei der Sache zu bleiben; bei anderen Klienten spielen eine extreme Antriebsarmut und eine deutliche Verlangsamung in sämtlichen Lebensäußerungen eine entscheidende Rolle, so dass für jeden zu durchlaufenden Prozess ein längerer Zeitrahmen veranschlagt werden muss.

2007:

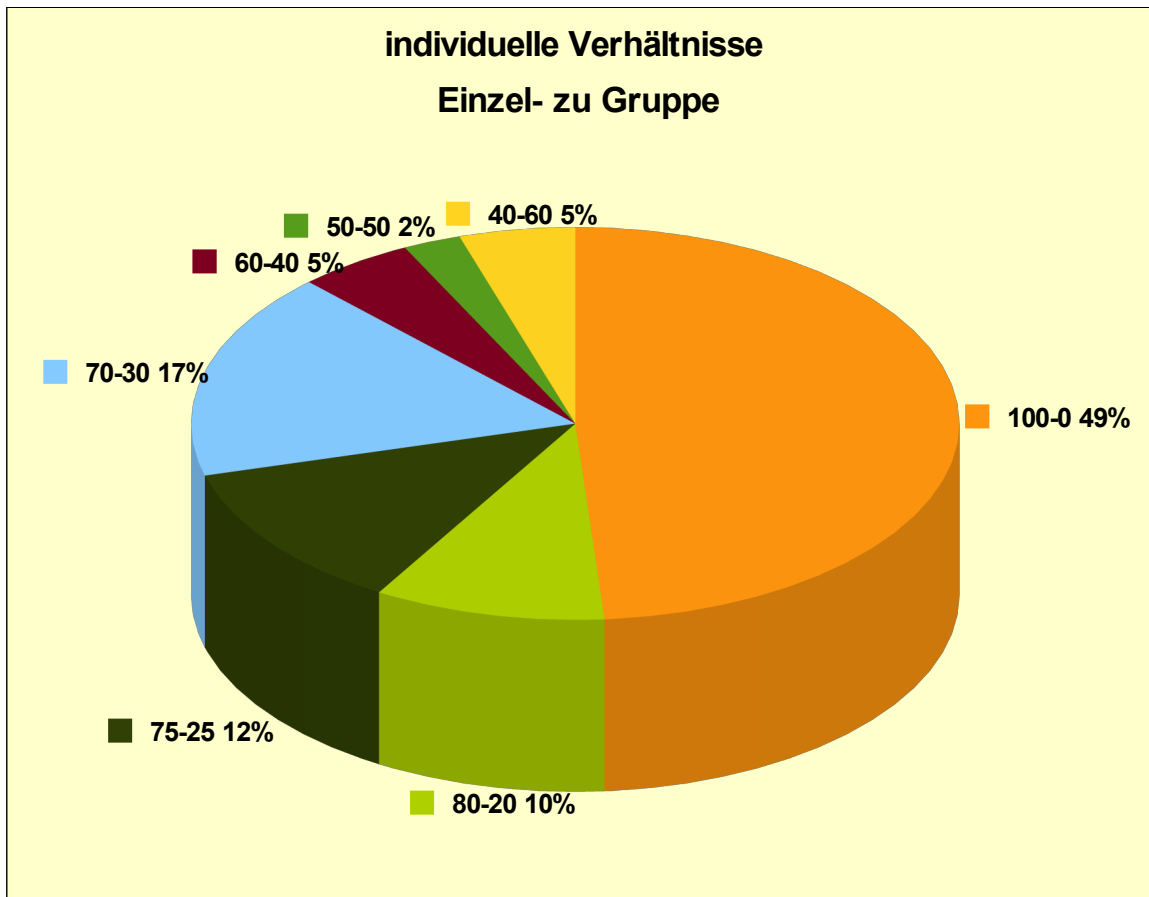


Im Vergleich zum Jahr 2007 ist im Jahr 2008 eine Zunahme derjenigen Betreuten, die ausschließlich im Einzelsetting Kontakt zu KOMO e.V. haben, um etwa 30 % angestiegen. Dieser Anstieg entspricht dem Anteil unserer Neu-Aufnahmen im Jahr 2008. Hier wird deutlich, dass mit zunehmender Größe der Einrichtung und der damit zusammenhängenden Gefahr der Anonymität (nicht mehr jeder Betreute kennt jeden anderen sowieso) die Ängste vor einer Anbindung an unsere Gruppenangebote steigen. Geplant ist aus diesem Grund für das kommende Jahr eine Motivationsgruppe, die den Einstieg in die Gruppenarbeit erleichtern und möglichst für alle neu aufgenommenen Betreuten verbindlich sein soll. Dies erscheint umso dringlicher, als Gruppenarbeit nach wie vor im Hinblick auf die deutlichen sozialen Schwierigkeiten unserer Klientel einen integralen Bestandteil des Betreuungskonzeptes von KOMO e.V. darstellt

Gleichzeitig stehen zumeist bei Betreuungsbeginn zahlreiche drängende Aufgaben an, die oftmals kaum oder nur wenig Raum und Energie für Gruppenprozesse übrig lassen. Außerdem orientieren sich einige schon über einen längeren Zeitraum Betreute an Gruppenangeboten im öffentlichen Raum, so dass sich das Verhältnis von Einzel- zu Gruppenkontakten insgesamt zugunsten der Einzelkontakte verschoben hat:

Im Jahr 2007 nahmen 14 % der Betreuten bis zu 50 % der bewilligten FLS in Gruppenangeboten wahr (2008: 7 %); 66 % der im Jahr 2007 Betreuten nahmen zwischen 10 und 40 % der bewilligten FLS in Gruppenangeboten wahr (2008: 43 %).

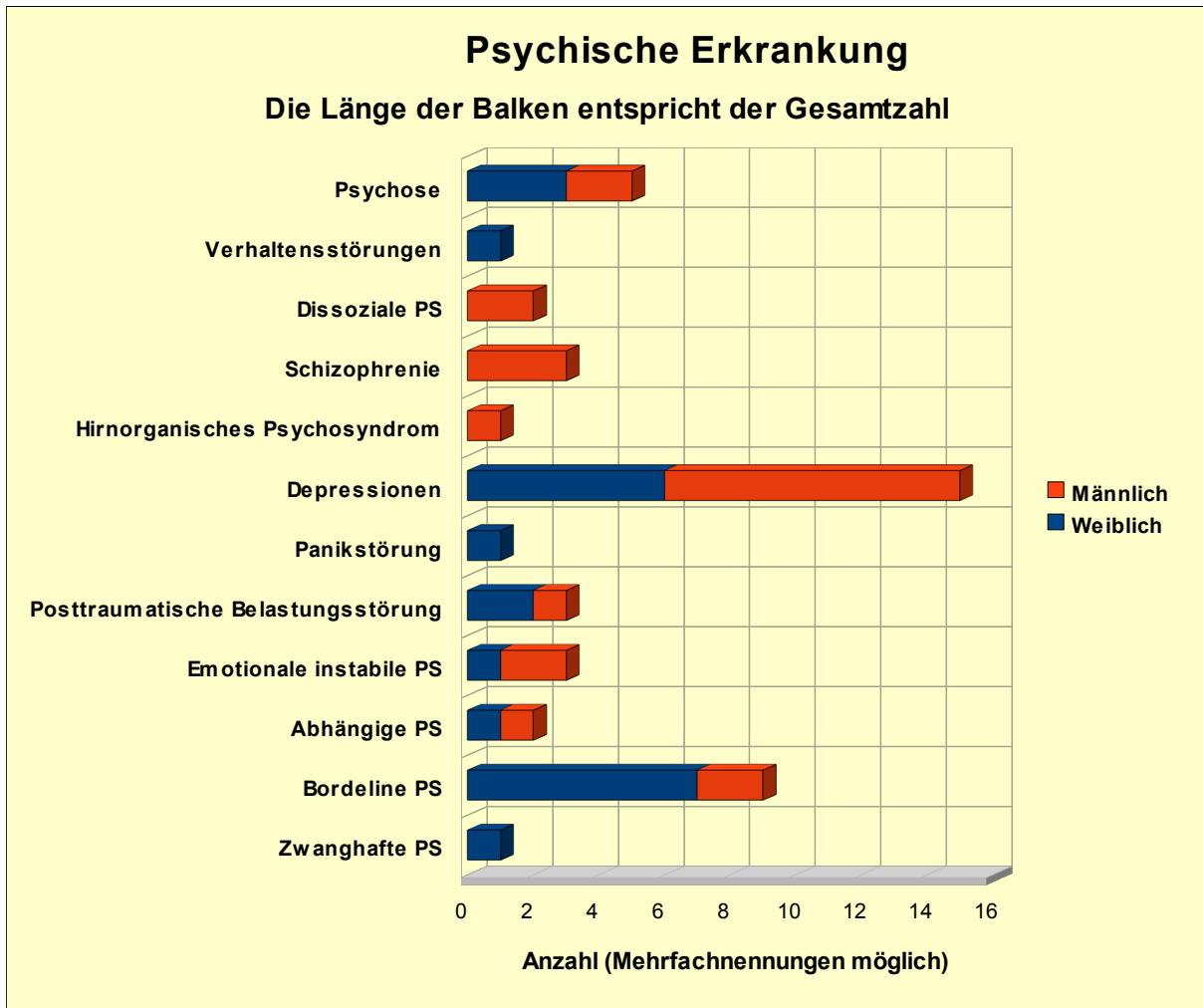
2008:



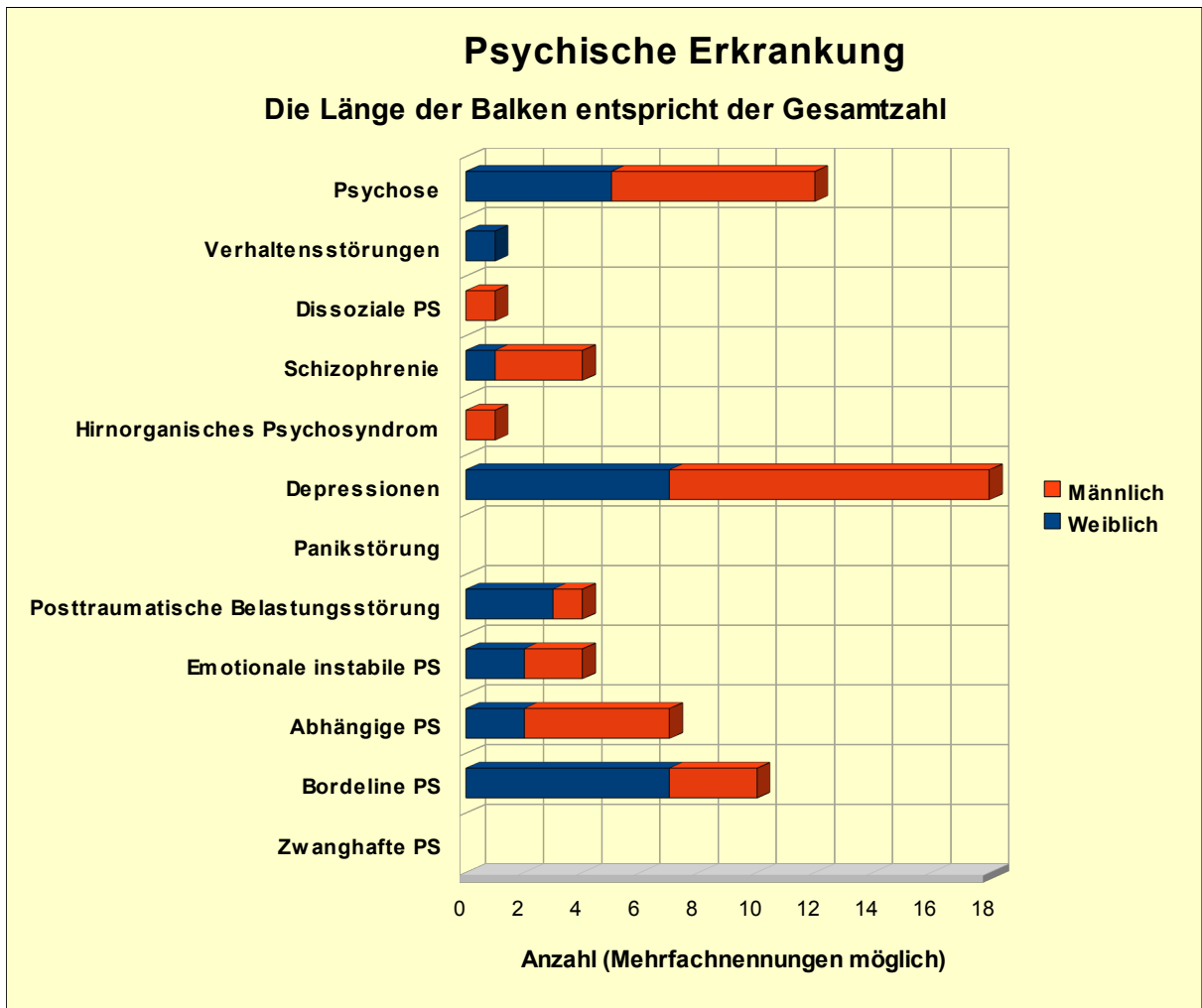
2.2. Krankheitsbilder, Medikation, Konsummuster

Die relevanten Aspekte der multiplen Erkrankungen der uns anvertrauten Menschen werden differenziert untersucht nach psychischer Erkrankung, Suchterkrankung, schweren körperlichen Begleiterscheinungen, psychiatrischer Medikation, Substitution und Konsummustern.

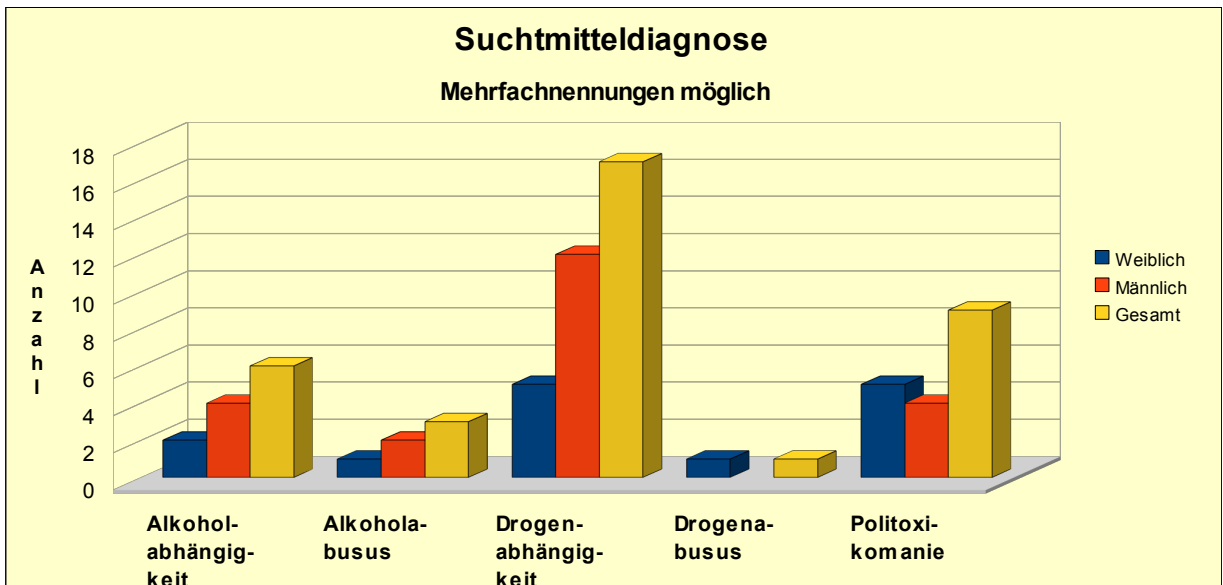
2007:



Nach wie vor zählen zu den häufigsten komorbiden Störungen der von KOMO e.V. betreuten Menschen unterschiedliche Persönlichkeitsstörungen (PS) wie Borderline-, emotional-instabile-, zwanghafte-, dissoziale- und vor allem die abhängige PS, wobei letztere im Jahr 2008 deutlich häufiger diagnostiziert wurde. Gleichzeitig ist eine Verdoppelung der Diagnosen Psychose / Schizophrenie vom Jahr 2007 bis zum Jahr 2008 festzustellen, so dass mittlerweile genauso viele Menschen, die an Erkrankungen aus dem psychotischen Formenkreis leiden, bei KOMO e.V. betreut werden wie Menschen, bei denen eine Persönlichkeitsstörung attestiert wurde. Unverändert hoch ist der Anteil der depressiven Erkrankungen, leicht gestiegen die Häufigkeit einer diagnostizierten Posttraumatischen Belastungsstörung.

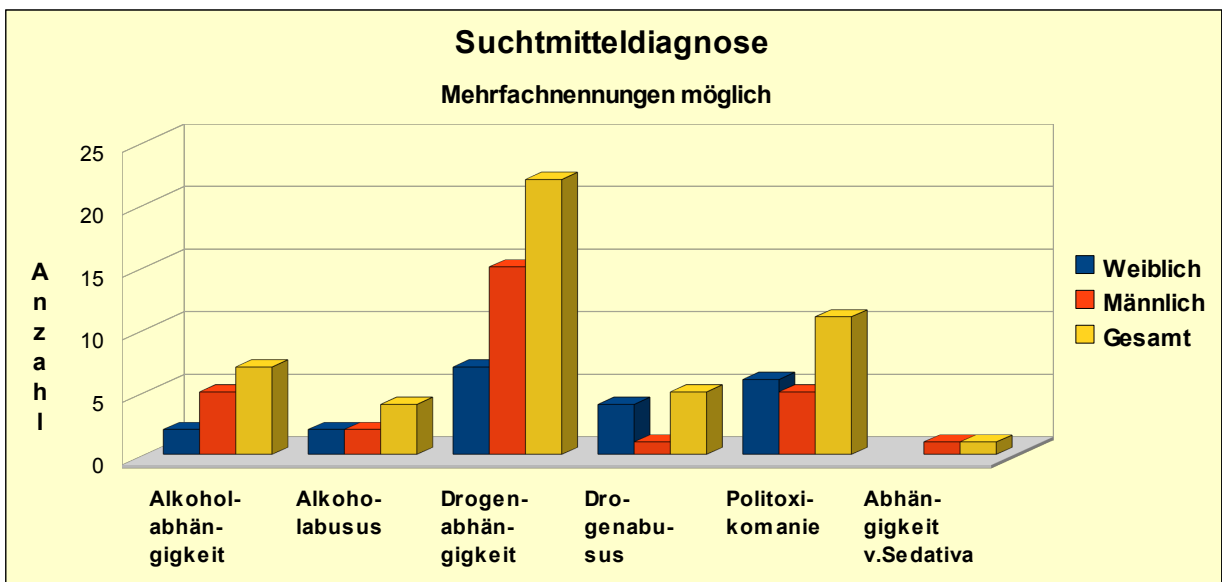
2008:

2007:

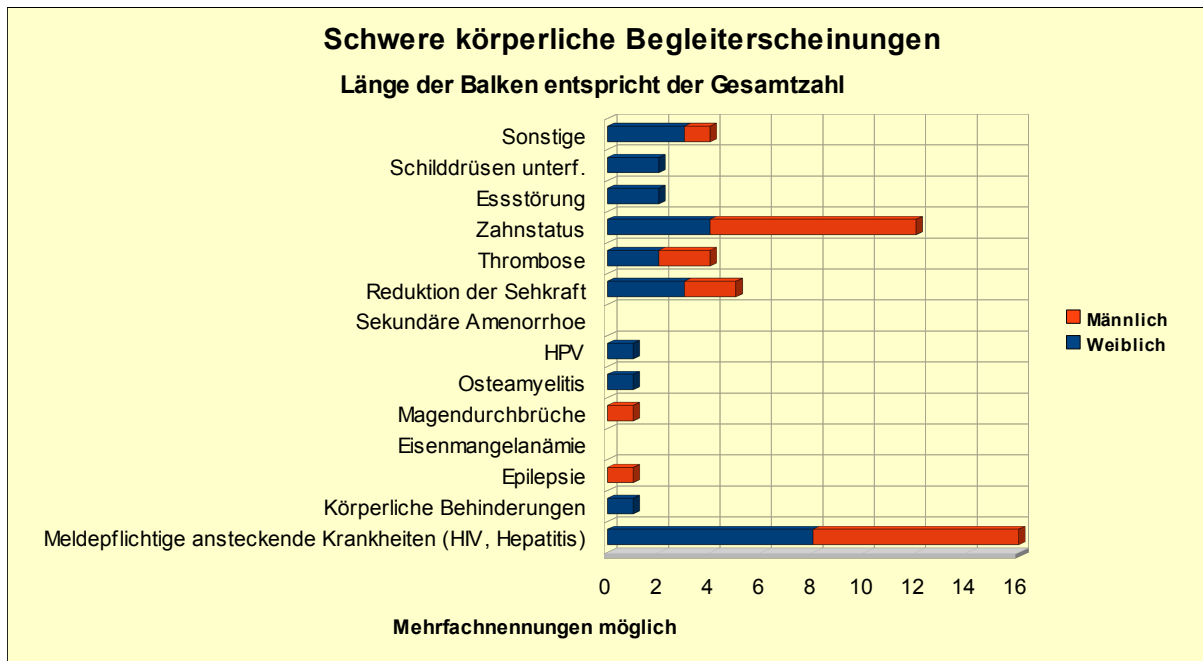


Unverändert zeigt sich die Statistik der Suchtmitteldiagnosen: Der Schwerpunkt liegt in beiden Jahren bei der Abhängigkeit von illegalen Substanzen (Drogen) bzw. bei einem politoxikomanen Konsumstil, aber auch Alkohol wird von einem Teil unserer Klienten als zentrales Mittel mit dem Ziel einer Veränderung des Selbst-Erlebens eingesetzt. Neu hinzugekommen ist eine primäre Abhängigkeit von Sedativa.

2008:

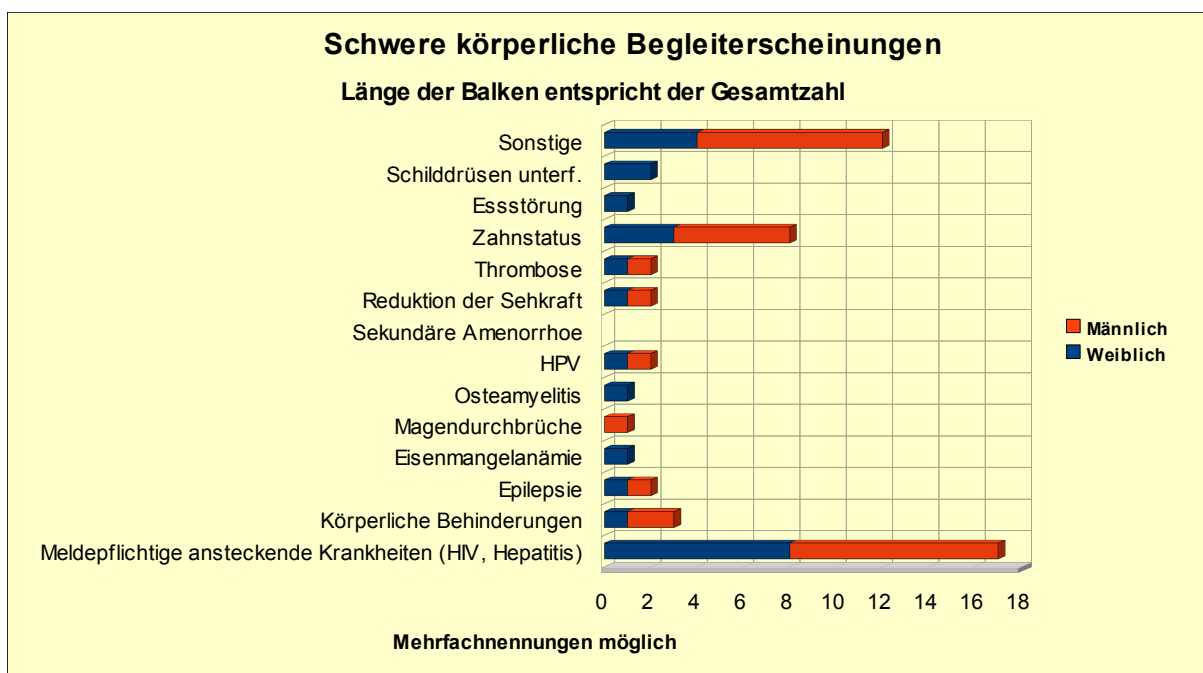


2007:

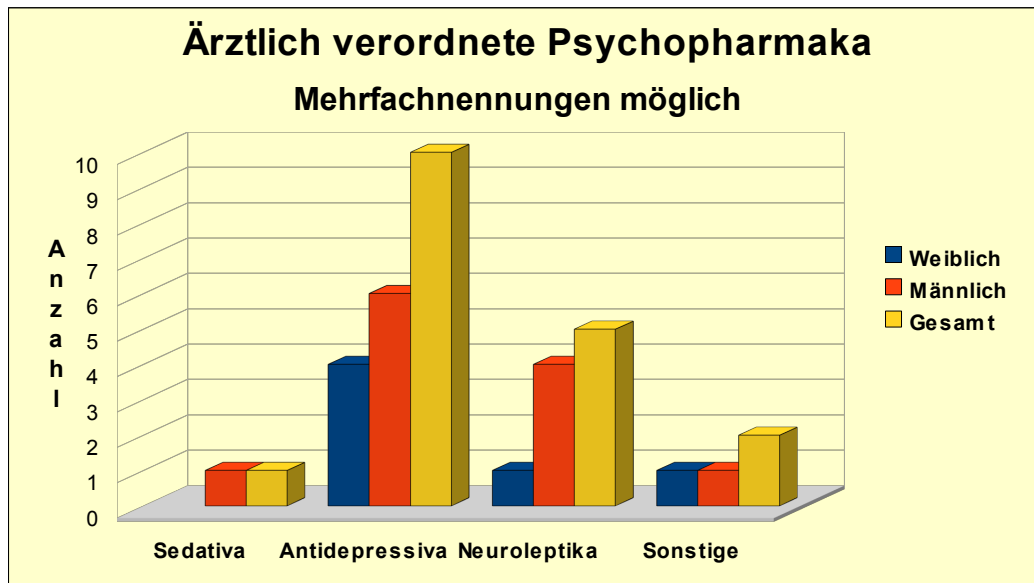


Die deutlichste Veränderung bezüglich der schweren körperlichen Begleiterscheinung lässt sich beim Zahnstatus feststellen: Trotz der Zunahme der von KOMO e.V. betreuten Menschen um 30 % wird diese Diagnose deutlich seltener getroffen. Es ist zu vermuten, dass die schon länger von unserer Einrichtung betreuten und oftmals auch älteren Menschen im Laufe der Betreuung ihre Zahnsanierung abgeschlossen haben, während bei den häufig auch jüngeren, neu aufgenommenen Klienten der körperliche Verfall noch nicht ganz so weit fortgeschritten ist.

2008:

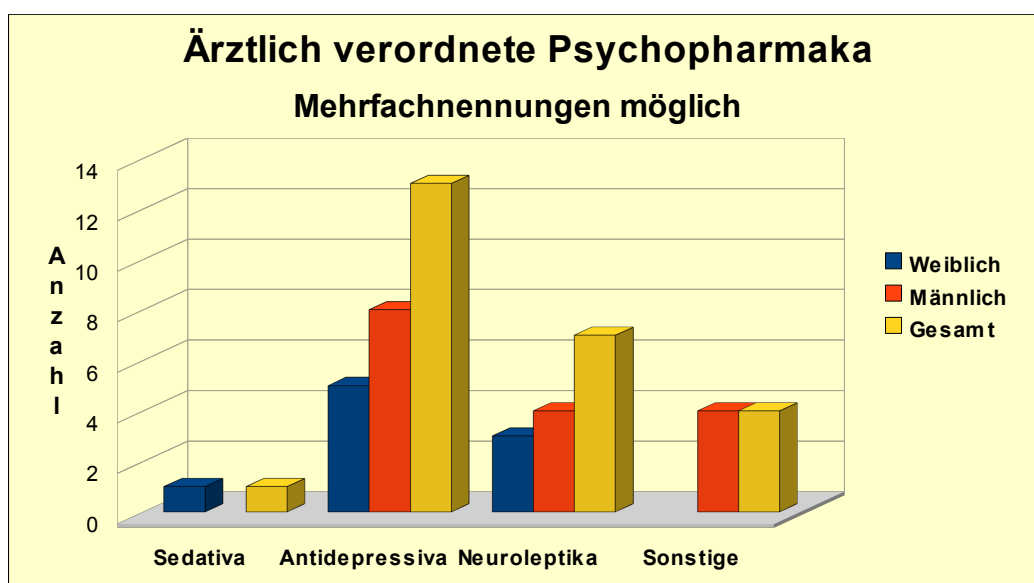


2007:

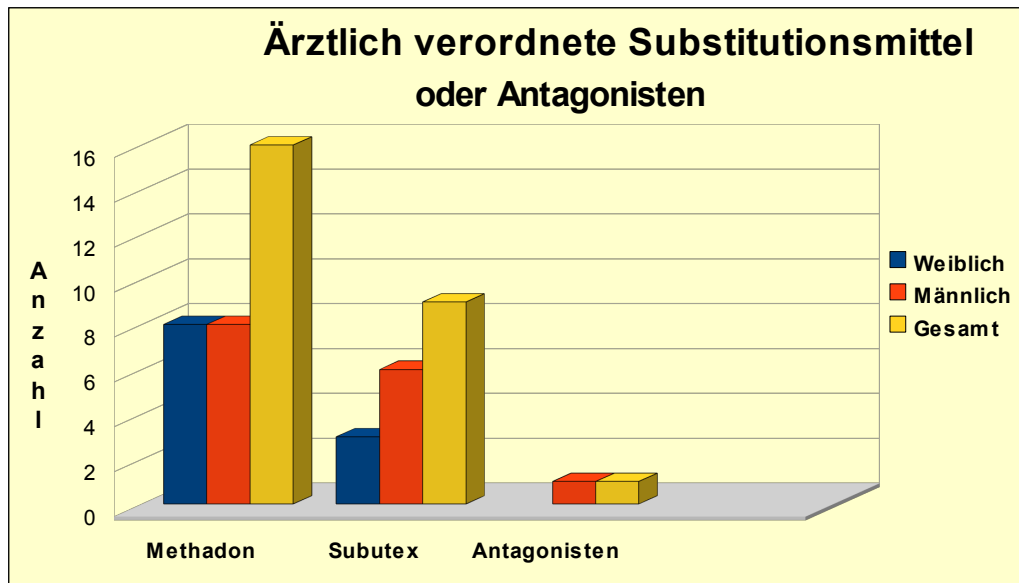


Bei den ärztlich verordneten Psychopharmaka erscheint zunächst einmal erstaunlich, dass sich die nahezu Verdoppelung der Diagnosen aus dem psychotischen Formenkreis innerhalb des Zeitraumes 2007 / 2008 nicht auch in einem deutlichen Anstieg der ärztlich verordneten Medikamente niederschlägt. Erklärt werden kann dies mit der noch nicht ausreichend entwickelten Behandlungs-Compliance bei unseren neu aufgenommenen Klienten, die eine medikamentöse Behandlung trotz psychiatrischer Anbindung (noch) verweigern auf der einen Seite, mit Erkrankungs-Verläufen, die sich resistent gegen eine psychopharmakologische Behandlung zeigen, auf der anderen Seite.

2008:

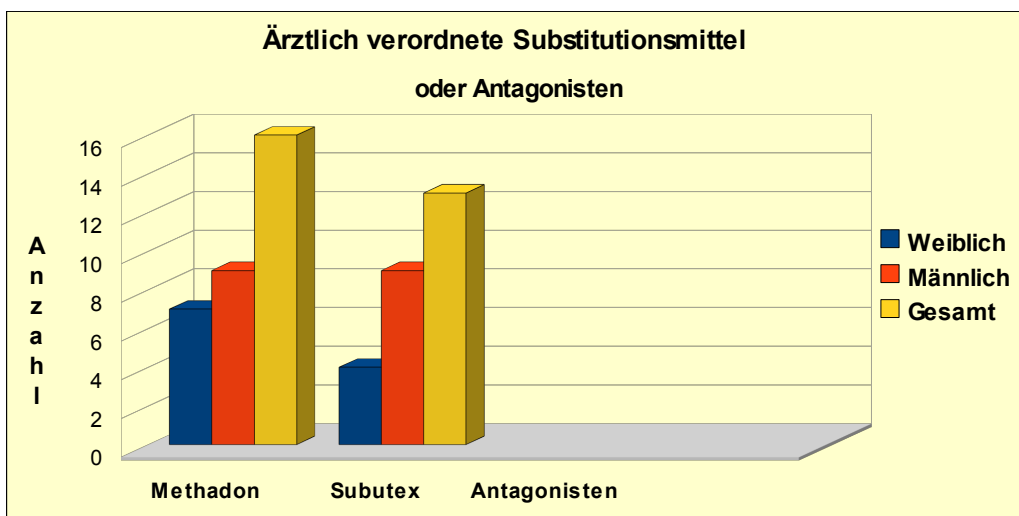


2007:

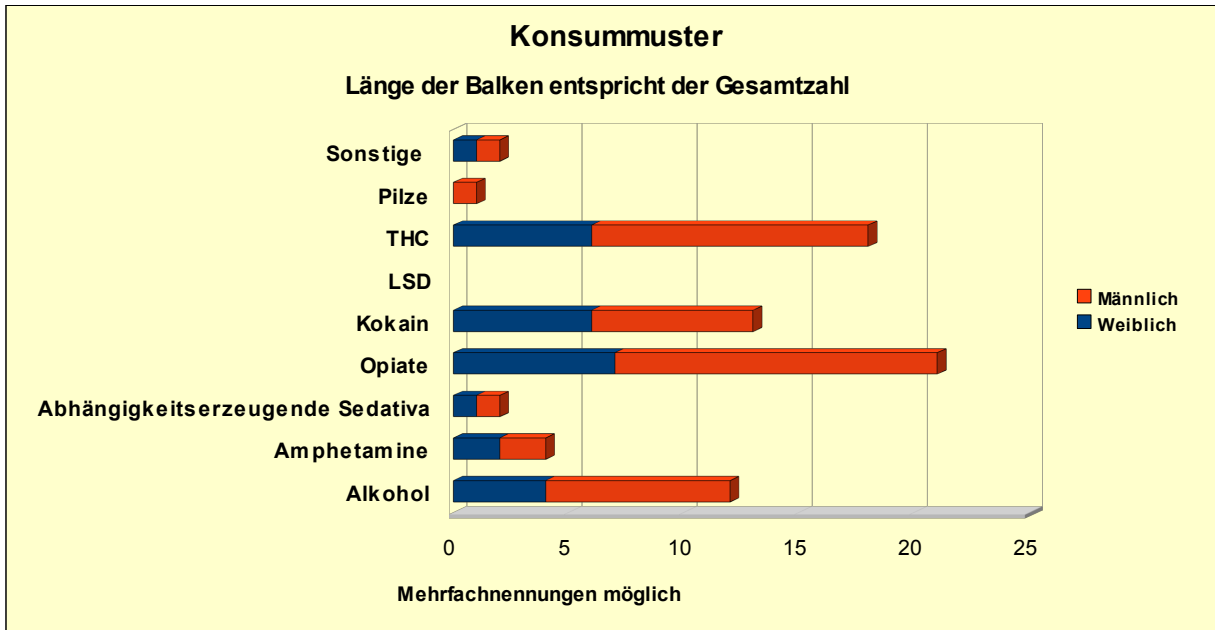


Im Hinblick auf die ärztlich verordneten Substitutionsmittel ist bezüglich des Zeitraumes 2007 - 2008 insbesondere ein deutlicher Anstieg von „Subutex“-Verordnungen festzustellen. Diese Entwicklung kann als Zeichen der Stabilisierung der Suchterkrankung (Opiate) insofern gewertet werden, als die Vergabe von „Subutex“ im Vergleich zu „Methadon“ höherschwellige Voraussetzungen hat: Exzessiver Beikonsum hat in der Regel den Ausschluss aus dem Subutex-Programm zur Folge; die Einstellung auf Subutex erfolgt in aller Regel in einem niedrigen Dosisbereich.

2008:

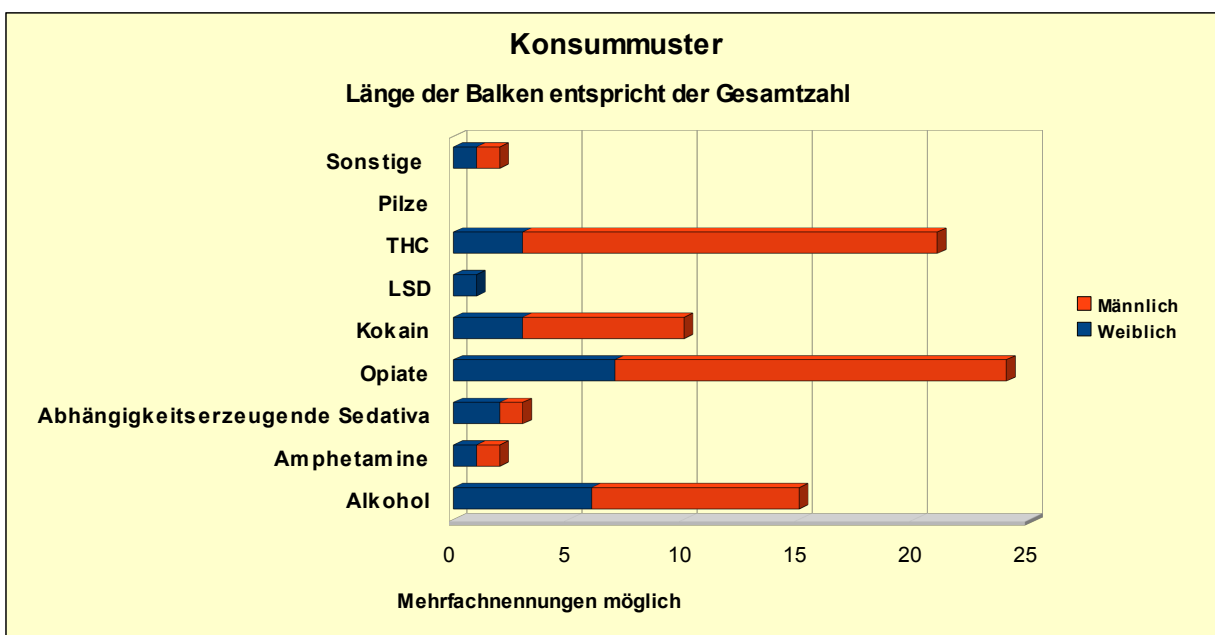


2007:



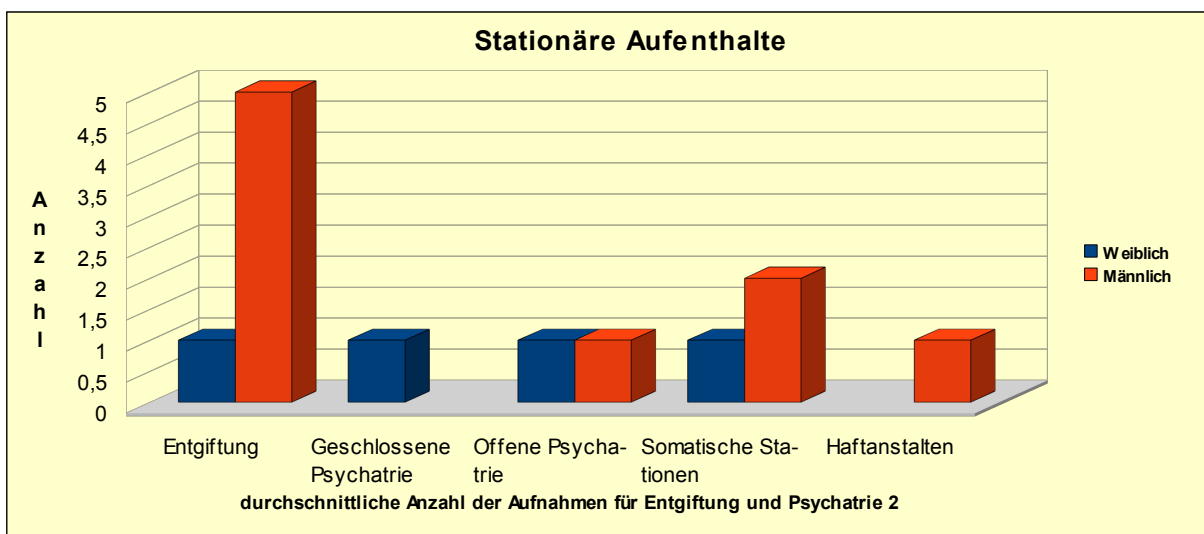
Die oben beschriebene Tendenz zur Stabilisierung der Suchterkrankung zeigt sich auch im Vergleich der Konsummuster: Zwar werden weiterhin Opiate, THC und Alkohol konsumiert, ebenso – wenn auch rückläufig – Kokain und Amphetamine, allerdings hat sich die Zahl der Nennungen (Wer hat Beikonsum mit welcher Substanz?) trotz des Anstieges der von KOMO e.V. betreuten Personen nur minimal um vier Nennungen erhöht.

2008:



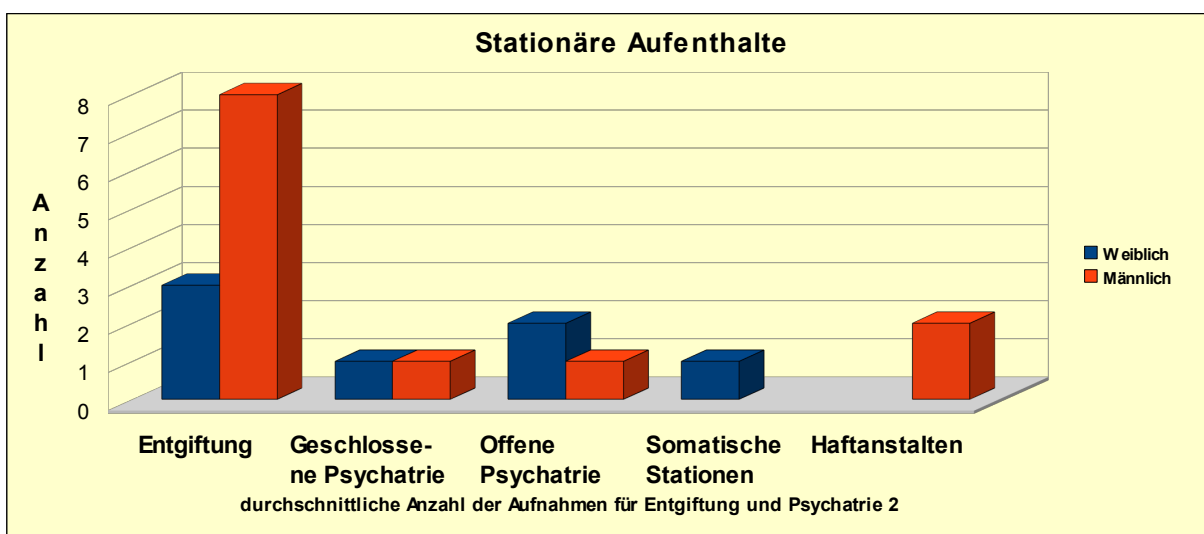
2.3. Stationäre Aufnahmen

2007:



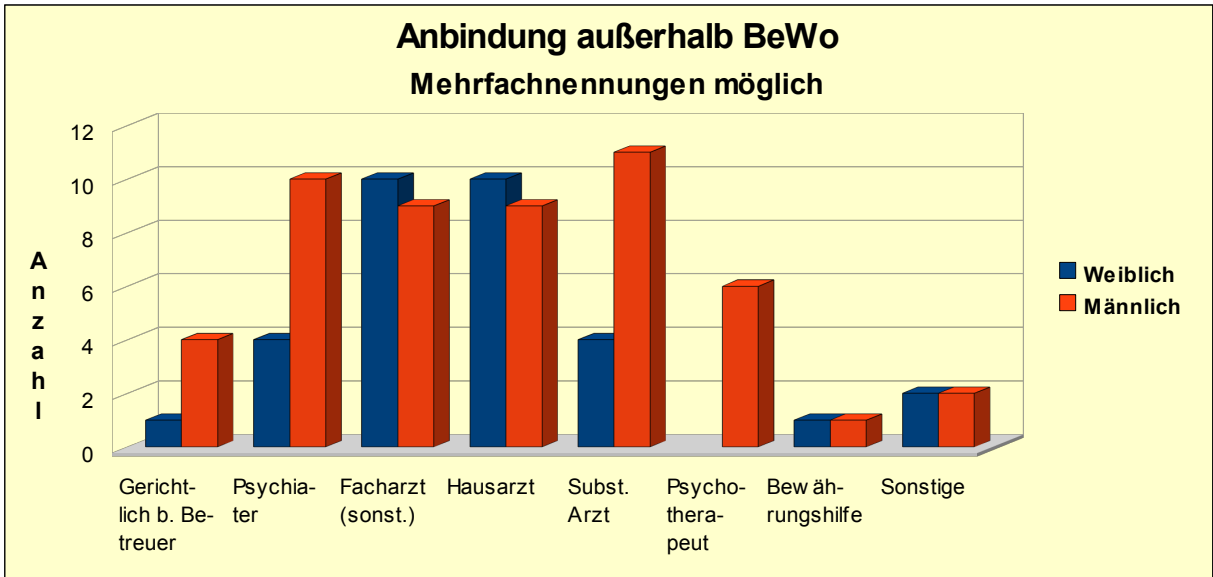
Insgesamt sind die stationären Aufnahmen in Relation zu den zwischen 2007 und 2008 um 30 % gestiegenen Betreuungszahlen rückläufig. Nach wie vor belegen die Entgiftungsstationen den größten Teil stationärer Aufnahmen. Dies erscheint verständlich vor dem Hintergrund des Prozesses der Etablierung konstruktiver Bewältigungsmechanismen im Umgang mit eigenen Stimmungen, Gefühlen und Bedürfnissen, der immer langwierig ist und nicht gradlinig verläuft, sich vielmehr durch wiederkehrende Rückschläge und Krisen auszeichnet, die zunächst über einen erneuten Substanzkonsum aufgefangen werden sollen. Dieser macht dann seinerseits oftmals eine erneute Entgiftungsbehandlung notwendig, bevor wieder an die bisher erreichten Fortschritte angeknüpft werden kann.

2008:



2.4. Anbindungen außerhalb von Betreutem Wohnen

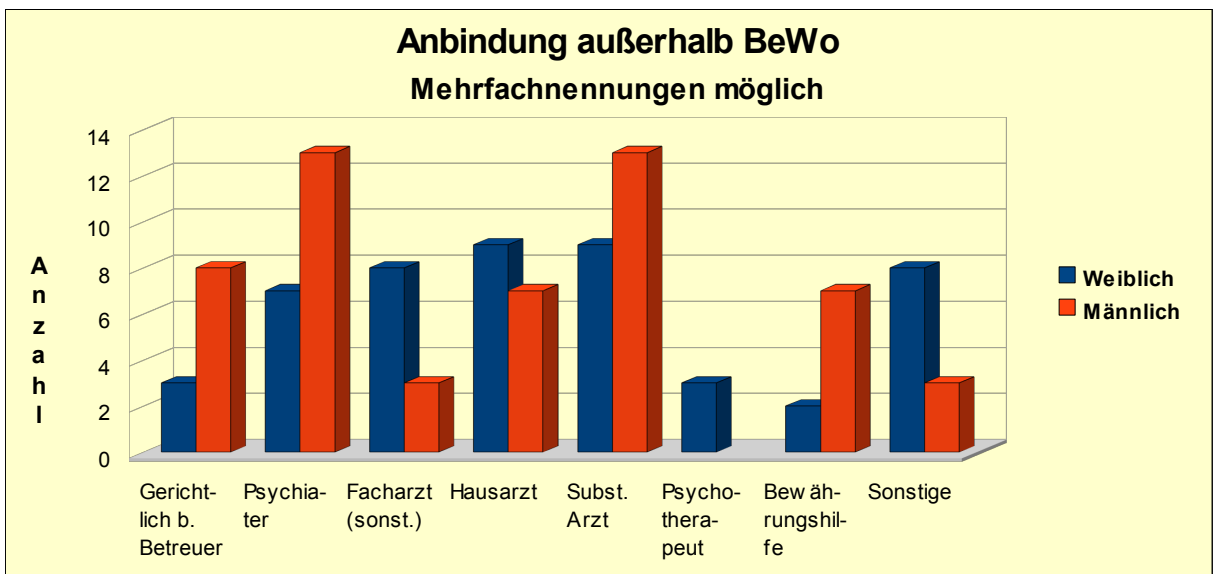
2007:



Im Vergleich der beiden Kalenderjahre ist insbesondere eine in absoluten Zahlen deutlich Zunahme bei den Anbindungen an gerichtlich bestellte Betreuer, Psychiater, substituierende Ärzte und die Bewährungshilfe sowie bei Sonstigen zu verzeichnen.

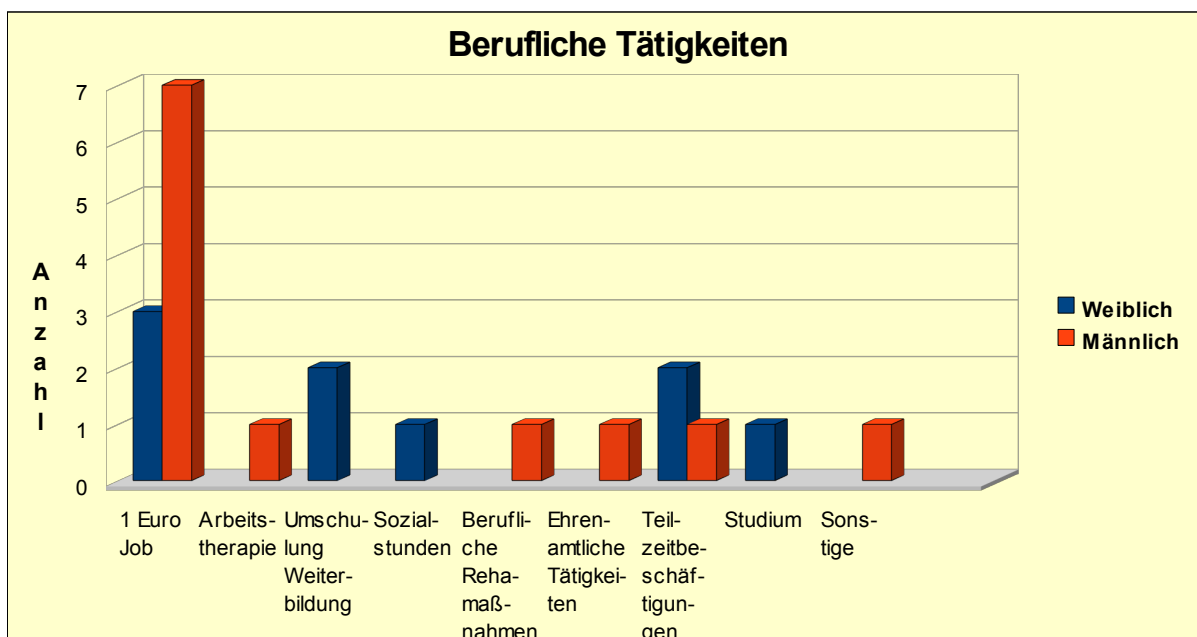
Im Hinblick auf den um 30 % gestiegenen Betreuungsumfang von KOMO e.V. gibt es auch einen relativen Anstieg bei den Anbindungen an gerichtlich bestellte Betreuer, was auf eine Zunahme der Betreuung von Menschen mit komplexen Problematiken verweist, außerdem gleichfalls einen relativen Anstieg von Anbindungen an die Bewährungshilfe. Letztere wird verständlich, wenn man die hohe Zahl von Neuaufnahmen im Jahre 2008 berücksichtigt, wobei zu Betreuungsbeginn häufig zunächst noch gerichtliche „Altlasten“ abgearbeitet werden müssen.

2008:



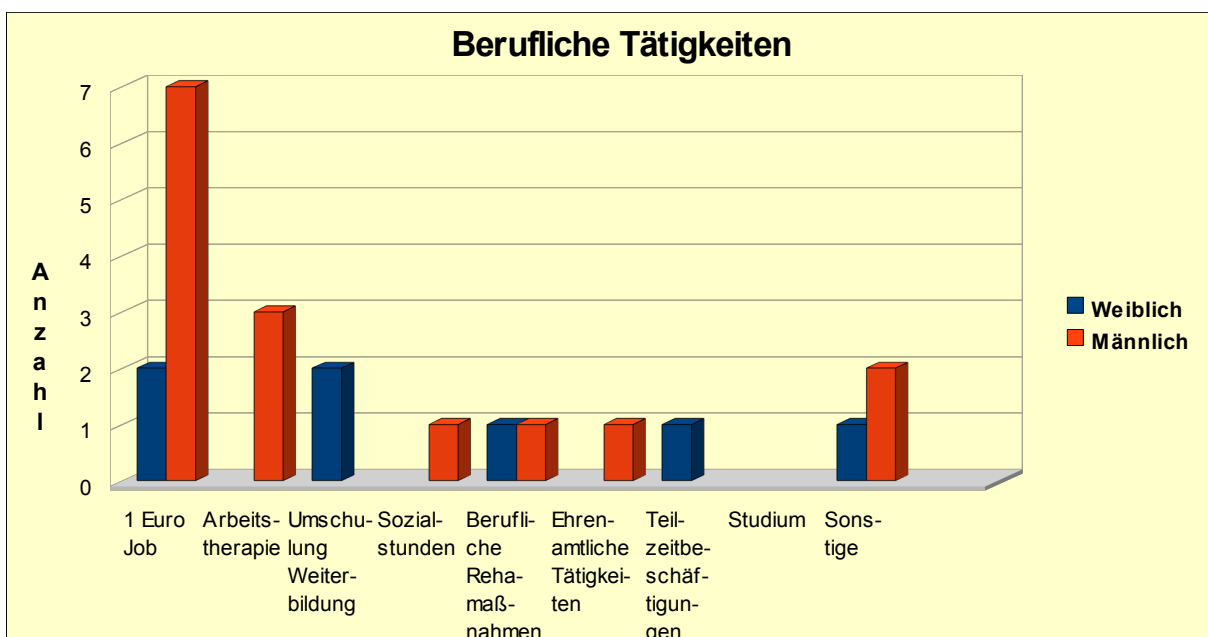
2.5. Arbeit und Beschäftigung

2007:



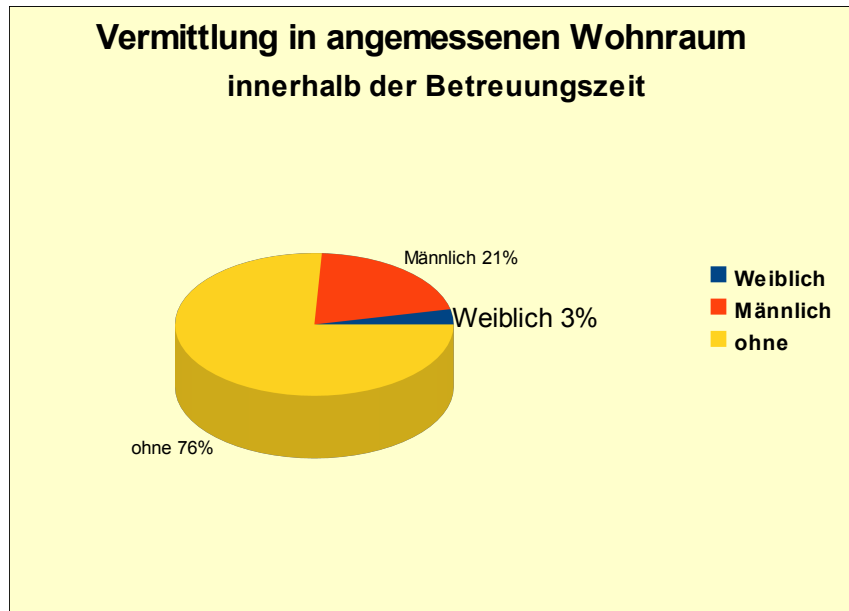
Ein deutlicher Entwicklungssprung bezüglich der beruflichen Tätigkeiten der von KOMO e.V. betreuten Menschen fand zwischen den Jahren 2006 und 2007 statt und bezog sich im Wesentlichen auf die Zunahme von 1-€-Jobs: Hatten im Jahr 2006 lediglich 2 der von uns Betreuten einen solchen (vgl. Jahresbericht 2006), so waren es im Jahr 2007 10 Menschen, ein Jahr später 9. Nach wie vor muss jedoch ein deutlicher Mangel an tagesstrukturierenden und sinnstiftenden Beschäftigungsangeboten für den von uns betreuten Personenkreis festgestellt werden. Hier Abhilfe zu schaffen, wird eine wichtige Aufgabe für die Zukunft sein.

2008:



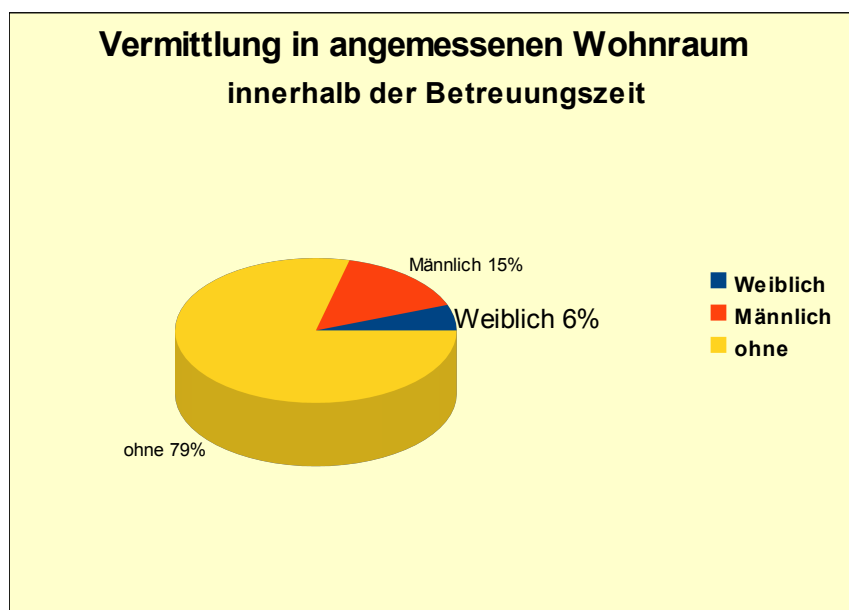
2.6. Vermittlung in angemessenen Wohnraum

2007:



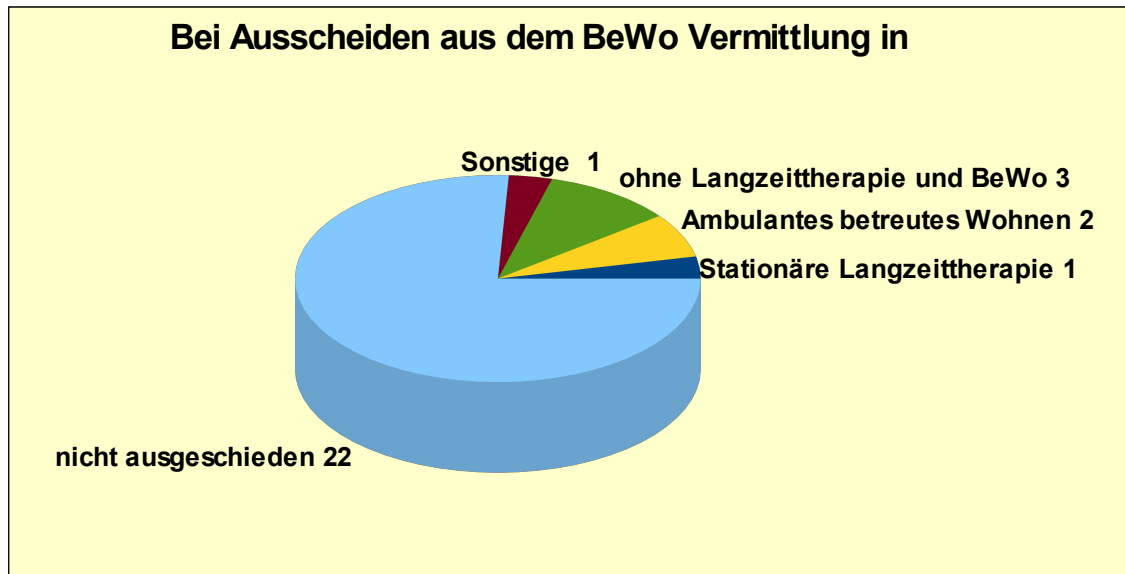
Minimal rückläufig ist im Zwei-Jahres-Vergleich die Vermittlung in angemessenen Wohnraum. Auch hier spielt sicherlich die 30 %ige Steigerung des Betreuungsumfanges von KOMO e.V. eine entscheidende Rolle. Diese geht einher mit zahlreichen Neu-Aufnahmen, wobei in aller Regel zu Betreuungsbeginn entweder überhaupt die Vermittlung in eigenen Wohnraum erfolgt oder aber eine Vermittlung in einen adäquateren Wohnraum, wobei hier insbesondere Wert gelegt wird auf ein möglichst intaktes Wohnumfeld.

2008:



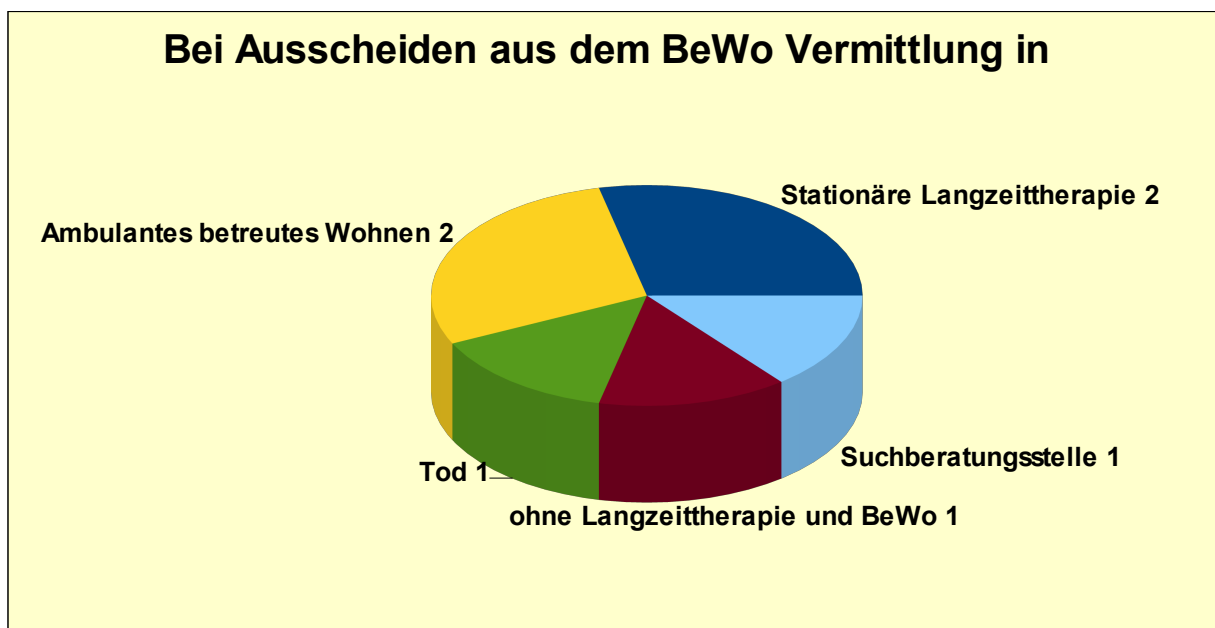
2.7. Weitervermittlung bei Ausscheiden aus dem BeWo

2007:



Sowohl 2007 als auch 2008 haben 7 Personen das Angebot des Ambulanten Betreuten Wohnens von KOMO e.V. verlassen und wurden zum größten Teil an andere Hilfeangebote weitervermittelt. Betroffen hat uns der Tod von einem unserer Betreuten im Sommer 2008. Zwar war der Verstorbene noch nicht lange in unserer Einrichtung angebunden, aber dennoch waren erste Entwicklungsprozesse initiiert, die ihm Hoffnung zu machen schienen. Es bleibt schmerzlich, feststellen zu müssen, dass die angebotene Unterstützung nicht von jedem unserer Klienten schnell genug angenommen werden oder / und nicht schnell genug ihre Wirkung entfalten kann.

2008:



3. Schlusswort

Auch im vierten und fünften Jahr nach Aufnahme der Vereinstätigkeit zeigt sich die Entwicklung von KOMO e.V. expansiv und sowohl in der internen Arbeit als auch in der Außenwirkung erfolgreich.

Wie wir erkennen mussten, hat die zunehmende Größe der Einrichtung auch ihre Schattenseiten:

Erstens ist hier zu benennen eine gewisse Tendenz zur „Anonymisierung“, d.h.: In den ersten Jahren nach Aufnahme der Vereinstätigkeit gab es bis zu 20 betreute seelisch behinderte Menschen bei KOMO e.V. Dies war eine überschaubare Zahl, jeder Neankömmling kannte zumeist mehrere der anderen Betreuten, jeder Betreuer konnte leicht persönlichen Kontakt zu jedem Betreuten herstellen. Mit der Vergrößerung des Personalstabes sowie der Anzahl der betreuten Personen gingen die ursprünglich schnelle Vertrautheit mit der gesamten Einrichtung und die vertrauensfördernde, manchmal „familiär“ anmutende Atmosphäre ein Stück weit verloren. Nicht jeder Betreuer hat unweigerlich zu jedem zu Betreuenden unmittelbar entweder im Einzel- oder Gruppensetting Kontakt. Wie beschrieben, hat sich damit die Schwelle zur Teilnahme an unseren Gruppenangeboten erhöht. Eine zentrale Aufgabe des kommenden Jahres wird es sein, durch die Etablierung einer Motivationsgruppe, die möglichst verbindlich für alle „Neulinge“ sein soll, den Einstieg in die Gruppenarbeit als einem Kernstück des integrativen Betreuungsansatzes von KOMO e.V. zu erleichtern und jedem Betreuten Kontakt zu mehreren Mitarbeitern zu ermöglichen, so dass die regelmäßig vorhandenen Sozialängste leichter abgebaut werden können.

Zweitens hat sich die Verteilung der Arbeitsplätze von KOMO e.V. auf drei zwar nah beieinander liegende, gleichwohl aber verschiedene Standorte sowohl im Hinblick auf die Organisation von Arbeitsabläufen als nicht effizient als auch bezüglich der Kommunikationsmöglichkeiten aller Beteiligten miteinander als sub-optimal erwiesen. Aus diesem Grund ist für das kommende Jahr ein Umzug an einen zentralen Ort mit ausreichendem Platzangebot für sämtliche Tätigkeiten des Vereins geplant. Schön wäre es, wenn entsprechende Räumlichkeiten in der Nähe der aktuellen Standorte gefunden werden könnten.

Drittens und nicht zuletzt wird eine zentrale Aufgabe des kommenden Jahres die Auseinandersetzung mit den fehlenden Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten für den von uns betreuten Personenkreis sein. Diese komplexe Aufgabe wird sicherlich nicht innerhalb eines Jahres zu bewältigen sein – allerdings sollte es gelingen, sich eingehender mit der Thematik auseinander zu setzen und erste Handlungsansätze zu konzipieren, vielleicht auch schon erste Impulse zu setzen.

Herzlich bedanken möchten wir uns bei allen, die mit uns eine vernetzte Zusammenarbeit zum Wohle unserer Betreuten pflegen.

Sabine Janitzek
Dipl.Soz.Päd.
Gestalttherapeutin
Suchttherapeutin (VDR)
Traumazentrierte Fachberatung

Angelika Zeike
Dipl.Soz.Päd.
Traumazentrierte Fachberatung