

Wohn- und Betreuungsverbund für Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht

Konzeption

Vorbemerkung	S.2
I. Der Wohn- und Betreuungsverbund im Überblick	S.3
II. Darstellung der Betreuungsangebote	S.4
II.1 Stationäre Wohnbetreuung (Besondere Wohnform)	S.4
Außenwohngruppe	
II.2 Ambulant Betreutes Wohnen	S.5
Betreutes Appartementhaus Schildgen	
Betreutes Wohnhaus Mauspfad (Eingliederungshilfe und Pflege)	
II.3 Tagesstrukturierende Angebote	S.6
III. Unsere Grundhaltungen	S.7
IV. Unsere Grundlegenden Ziele	S.9
IV.1 Sozial integrieren	S.9
IV.2 Fähigkeiten erhalten und aktivieren.....	S.11
IV.3 Psychisch und gesundheitlich stabilisieren.....	S.12
Beschreibung unserer Klientel	
Doppeldiagnose und Multimorbidität	
Betreuungskonzept	
IV.4. Suchtmittelkonsum überwinden oder reduzieren	S.16
Der Abschied vom Abstinenzparadigma	
Unser Umgang mit Substanzkonsum	
V. Aufnahmeverfahren	S.18

Vorbemerkung

Wir legen hiermit allen Interessierten die „runderneuerte“ Konzeption des Faßbacher Hofs vor. Seit Beginn der 90er Jahre haben wir unsere fachlichen Konzeptionen immer wieder aktualisiert. Dabei haben wir uns bemüht, die Praxiserfahrungen aus unseren langfristigen, meist mehrjährigen Betreuungsverläufen in Verbindung mit neueren fachlichen Erkenntnissen zu reflektieren und so unsere fachlichen Grundlagen weiterzuentwickeln.

Die jetzt vorliegende Konzeption trägt einer Reihe von Veränderungen und Weiterentwicklungen seit 2014 Rechnung.

Angesichts vielfältiger Umbrüche in der Eingliederungshilfe hielten wir es für wichtig, gerade unsere Grundauffassungen und Grundkonzepte ins Zentrum zu rücken.

Daher haben wir auf die Darstellung vieler Einzelheiten verzichtet und uns auf folgende Aspekte konzentriert:

Im ersten Teil stellen wir das Betreuungsangebot unseres Wohn- und Betreuungsverbundes in seinen Grundzügen dar.

Anschließend beschreiben wir die Grundhaltungen in unserer Betreuungsarbeit.

Es folgt die Formulierung von vier Grundzielen unserer Arbeit:

- Sozial integrieren
- Fähigkeiten erhalten und aktivieren
- Psychisch und gesundheitlich stabilisieren
- Suchtmittelkonsum überwinden oder reduzieren.

Im Kontext dieser Zielbeschreibungen legen wir auch unsere grundlegenden theoretischen Annahmen, insbesondere zum Thema „Doppeldiagnosen“ dar.

Wir wünschen uns, dass die vorliegende Konzeption in der Fachöffentlichkeit, bei Kooperationspartnern und nicht zuletzt Betroffenen interessiert aufgenommen wird. Insbesondere soll sie – wie in den letzten 30 Jahren auch – ein Beitrag zur fachlichen und fachpolitischen Diskussion über die Betreuung von Menschen mit „Doppeldiagnosen“ oder „Mehrfachdiagnosen“ sein.

Eine Weiterentwicklung in Verbindung von Theorie und Praxis wird im Rahmen der künftigen Entwicklung stattfinden.

Leverkusen, Oktober 2020

Leitung Faßbacher Hof

I. Der Wohn- und Betreuungsverbund im Überblick

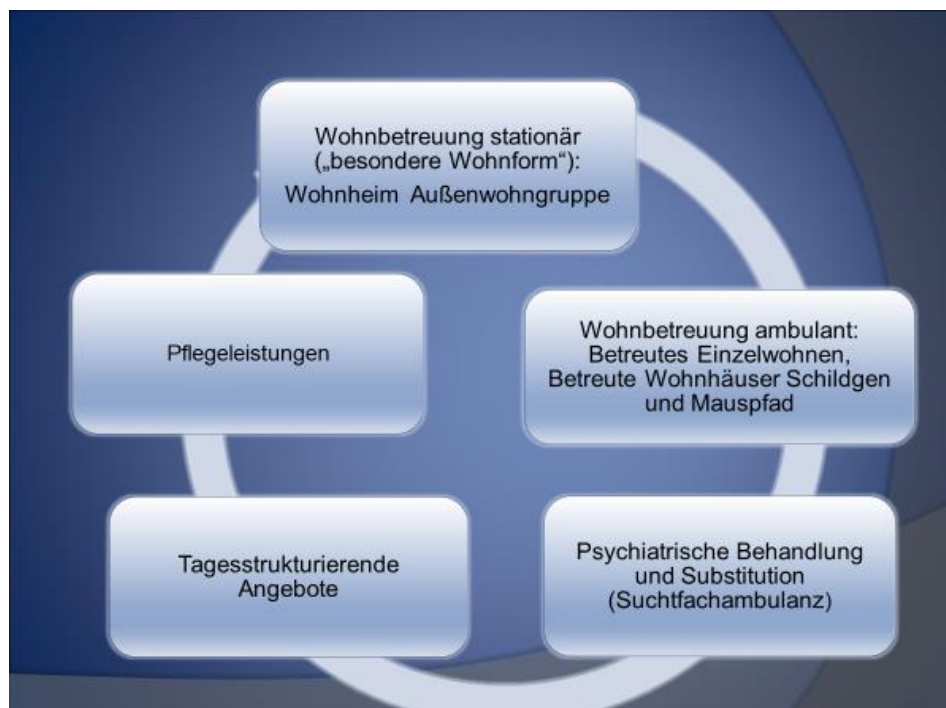
Der Faßbacher Hof in Leverkusen-Schlebusch besteht als Einrichtung für Suchtkranke seit 1977. Seit Ende der 80er Jahre begannen wir als eine der ersten Einrichtungen in Deutschland mit der Betreuung von Suchtkranken mit psychiatrischer Komorbidität, insbesondere von Menschen mit Psychose und Sucht.

Mangels empirischer Vorerfahrungen, leitender Beispiele und theoretischer Grundlagen gestaltete sich unsere Arbeit mit Menschen mit „Doppeldiagnose“ zwangsläufig zunächst als „kontrolliertes Experiment“: Im Rahmen eines integrierten Ansatzes betreuten wir Menschen mit unterschiedlichen (psychotischen und nicht psychotischen) Störungen, werteten die Praxiserfahrungen kontinuierlich aus, verknüpften dies mit vorliegenden theoretischen Hypothesen und entwickelten so die Betreuungskonzeption regelmäßig fort.

Ab dem Jahr 2001 öffneten wir uns für – meist substituierte – Opiatabhängige mit „Doppeldiagnosen“. Fast regelhaft handelt es sich hier um Menschen, die neben einer (substituierten) Opiatabhängigkeit weitere Substanzen (z.B. Alkohol, Benzodiazepine, Kokain, Amphetamine) konsumieren.

Parallel zu den konzeptionellen Weiterentwicklungen wurde der Faßbacher Hof von einer stationären Wohneinrichtung zu einem Wohn- und Betreuungsverbund. 1998 nahmen unser Ambulant Betreutes Wohnen und das tagesstrukturierende Angebot für ambulant betreute Klient:innen ihre Arbeit auf. 2003 eröffnete unsere Außenwohngruppe in Leverkusen Fettehenne, 2010 unser Betreutes Appartementhaus für Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht in Bergisch Gladbach Schildgen, 2016 unser Wohnhaus Mauspfad für Menschen mit Eingliederungshilfe- und Pflegebedarf.

Die Betreuung unserer Klient:innen ist seit Ende der 80er Jahre eng verknüpft mit der Behandlung in der Suchtfachambulanz der LVR-Klinik Langenfeld. Hier können unsere Klient:innen aus einer Hand psychiatrische Behandlung, suchtmmedizinische Hilfen und ggf. Substitution in Anspruch nehmen.



Träger unseres Verbundes ist die Arbeiter-Samariter-Bund Faßbacher Hof gGmbH (Alleingesellschafter: Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Bergisch Land).

Aufnahmen in die stationäre Einrichtung sind aus dem gesamten Versorgungsgebiet des Landschaftsverbandes Rheinland möglich. Kostenträger sind der Landschaftsverband Rheinland für die Fachleistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe und die örtlichen Träger für existenzsichernde Leistungen.

Ambulant Betreutes Wohnen kann im Rahmen der Regionalversorgung in Leverkusen, dem Rheinisch- Bergischen Kreis und Köln angeboten werden.

Unsere tagesstrukturierenden Leistungen können Menschen in Anspruch nehmen, die stationär oder ambulant Eingliederungshilfen im Wohnbereich erhalten.

II. Beschreibung der Betreuungsangebote

II.1 Stationäre Wohneinrichtung (besondere Wohnform)

Das Stammhaus, der Faßbacher Hof, ist ein ehemaliger Gutshof am Rande von Leverkusen - Schlebusch. Er liegt in landschaftlich reizvoller Lage und hat zugleich gute Verkehrsanbindungen nach Leverkusen, Köln und in die umliegenden Landkreise. Auf dem 5 ha. großen Gelände befinden sich zwei Wohngebäude, ein Gewächshaus und eine 2001 neu erbaute Schreinerei.

Die Einrichtung ist in drei Wohngruppen von 8 bzw. 6 Plätzen untergliedert. In den Wohngruppen wird eine nach Alter, Geschlecht, Diagnosen und Substanzpräferenz gemischte Zusammensetzung angestrebt. Für jede Wohngruppe sind zwei Bezugsbetreuer:innen verantwortlich, die als Hauptbezugspersonen zur Verfügung stehen und den Hilfeprozess begleiten.

Über die Einzelbetreuung hinaus bestehen Gruppenangebote, die für alle Anliegen der Bewohner:innen offen sind .

Neben der Wohnbetreuung steht ein umfangreiches tagesstrukturierendes Angebot zur Verfügung.

Um möglichst viel Selbständigkeit zu ermöglichen, wird auf dem Faßbacher Hof ein Selbstversorgungskonzept praktiziert. Die Bewohner:innen erhalten ihre existenzsichernden Leistungen (meist Grundsicherung oder Renten) vollständig ausgezahlt und können sich hiermit selbst versorgen. Alle alltagspraktischen Tätigkeiten erfolgen so weit wie möglich in Eigenregie der Bewohner:innen mit Unterstützung des Betreuungspersonals.

Um auch im stationären Bereich möglichst viel persönliche Unabhängigkeit zu sichern, haben alle Bewohner:innen Einzelzimmer. Sie sind mit Waschbecken, Külschrank und Fernsehen, WLAN und bei Bedarf mit einer Grundmöblierung ausgestattet. Möbel können mitgebracht, die Zimmer nach eigenem Geschmack eingerichtet werden. Sanitärräume müssen mit durchschnittlich vier Bewohner:innen geteilt werden.

Das Stammhaus hält ein vollstationäres Betreuungsangebot vor. Betreuungspersonal ist 24 Stunden präsent; es bestehen Wochenenddienste, eine Nachtbereitschaft, sowie eine hauseigene Rufbereitschaft durch Fachpersonal (Kriseninterventionsdienst) nachts und an Wochenenden.

Außenwohngruppe

Die im September 2003 eröffnete Außenwohngruppe hat sechs Wohnplätze in einem alten Bergischen Landhaus, das 2002 komplett modernisiert wurde. Das Haus in Leverkusen-Fettehenne ist vom Stammhaus aus gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder in 20 Minuten zu Fuß erreichbar. Die Außenwohngruppe ist Bestandteil der stationären Wohneinrichtung, allerdings ist nachts und am Wochenende kein Betreuungspersonal präsent. Die Bewohner:innen können im Notfall die Rufbereitschaft des Stammhauses nutzen. Darüber hinaus ähnelt das Betreuungsangebot dem der stationären Einrichtung. Jede(r) Bewohner:in der Außenwohngruppe hat eine Bezugsbetreuung.

Wöchentlich findet eine Gesprächsgruppe statt. Die Teilnahme an einem tagesstrukturierenden Angebot innerhalb des Stammhauses ist möglich. Alle Angebote des Stammhauses auf den Gebieten Freizeit, Bewegung und Sport sind für die Bewohner:innen der Außenwohngruppe offen.

Der Aufenthalt in der Außenwohngruppe kann dem Übergang in eine selbständige Wohnform dienen oder auf Dauer angelegt sein

II.2 Ambulant Betreutes Wohnen

Das 1998 eröffnete Betreute Wohnen erfolgt überwiegend in von den Klienten:innen selbst angemieteten Wohnungen. Soweit wir Vermieter sind, werden voneinander unabhängige Miet- und Betreuungsverträge geschlossen.

Wie im stationären Bereich werden die Ziele und Hilfestellungen individuell vereinbart. Die Nutzer:innen haben einen Bezugsbetreuer oder eine Bezugsbetreuerin. Es findet überwiegend eine aufsuchende Betreuung mit Hausbesuchen statt, dabei wird die Privatsphäre respektiert („der Betreuer ist Gast“). Dieses Kernangebot wird nach Bedarf durch Freizeit- und Kontaktangebote ergänzt um Isolierung und Vereinsamung entgegen zu wirken und zu helfen, in der Freizeit Kontakte ohne Substanzkonsum zu ermöglichen. Bei Bedarf und bei Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen ist eine Teilnahme am tagesstrukturierenden Angebot möglich.

Betreutes Appartementhaus Schildgen

Als weiterer Baustein des Ambulant Betreuten Wohnens wurde im Oktober 2010 im Ortszentrum von Bergisch Gladbach Schildgen das „Betreute Appartementhaus für Menschen mit psychischer Erkrankung und Sucht“ eröffnet. Der Neubau umfasst acht Zwei-Zimmer- Wohnungen und einen kleinen Gemeinschaftsbereich.

Nach unseren Erfahrungen im ambulanten Betreuten Wohnen ist ein Teil der Nutzer dadurch überfordert, vollständig alleine zu wohnen, während andererseits Wohngemeinschaften als zu nah und als zu große Einschränkung der persönlichen Autonomie empfunden werden. Das Betreuungskonzept verbindet zwei Faktoren miteinander: Es soll eine normale Wohnsituation mit abgegrenzter Privatsphäre schaffen („my home is my castle“). Gleichzeitig soll es den Nutzern möglich sein, jederzeit freiwillig Kontakt zu Nachbarn mit ähnlichen Erfahrungen zu pflegen und diese stabilisierend zu nutzen.

Die Bewohner:innen erhalten Mietverträge nach allgemeinem Mietrecht. Die jeweiligen Betreuungsleistungen (zum Beispiel: ambulante Wohnbetreuung, psychiatrische Behandlung, ambulante Pflege, Substitution, Tagesstruktur) werden individuell vereinbart. Dabei haben die Mieter:innen eine freie Wahl des Anbieters.

Betreutes Wohnhaus Mauspfad (Eingliederungshilfe und Pflege)

In der stationären Einrichtung bestehen enge Grenzen für die Erbringung der notwendigen Leistungen bei Pflegebedürftigkeit. Ein Grund hierfür sind fehlende bauliche Voraussetzungen. Der zweite Grund besteht darin, dass trotz der Reformen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes Bewohner:innen stationärer Einrichtungen immer noch nicht die gleichen Ansprüche gegenüber der Pflegeversicherung haben wie Menschen außerhalb von Einrichtungen. Ambulante Pflegedienste werden hier in den meisten Fällen nicht finanziert. Bei der Aufnahme in die stationäre Einrichtung besteht bei Menschen mit einem durch uns nicht zu erbringenden Pflegebedarf daher ein Ausschlusskriterium. Außerdem muss eine ausreichende Mobilität gegeben sein, da die Gebäude nicht barrierefrei sind.

Tritt während des stationären Aufenthalts eine Pflegebedürftigkeit ein, versuchen wir unsere

Leistungen anzupassen. Wenn die nötige Pflege gewährleistet werden kann, versuchen wir bei lange beheimateten Klient:innen eine Begleitung bis zum Lebensende möglich zu machen. Bei gegenseitigem Einvernehmen ist auch der Übergang in eine Pflegeeinrichtung oder ein Hospiz möglich und kann für die Betroffenen von Vorteil sein.

Eine Möglichkeit zur Integration von ambulanter Eingliederungshilfe und Pflege besteht in unserem 2016 modellhaft eröffneten Projekt „Wohnhaus Mauspfad“ in Leverkusen Manfort. Aus dem Detailkonzept:

„Bei chronisch schizophren Erkrankten sind häufig vorzeitige Alterungsprozesse zu beobachten. Dies betrifft sowohl die psychiatrische Seite (chronische Defizitzustände mit fortschreitenden kognitiven Einbußen) als auch chronische somatische Erkrankungen, die häufig früher als bei gesundheitlich gut versorgten Bevölkerungsgruppen auftreten und teilweise auch mit Nebenwirkungen langfristiger medikamentöser Behandlungen zusammenhängen.

Bei Menschen mit einer (singulären oder zusätzlichen) Suchterkrankung finden sich häufig fortschreitende Folgeerkrankungen mit dauerhaften Schädigungen des Nervensystems, der inneren Organe und des Bewegungsapparates durch den Substanzkonsum, insbesondere von Alkohol. In der Untergruppe der Menschen mit Drogenabhängigkeit (mit oder ohne psychiatrischer Komorbidität) hat sich in den letzten Jahren die Lebenserwartung in Folge flächendeckender Substitutionsprogramme massiv erhöht. Andererseits ist der Gesundheitszustand der Betroffenen häufig alarmierend: Schädigungen innerer Organe durch Alkohol, verschiedene Formen von Hepatitis, Leberzirrhosen, (durch Medikation mitbedingte) Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD), verschiedene neurologische Erkrankungen.

Bei allen hier beschriebenen Bedarfsgruppen kann nicht von einem fest definierten Alter ausgegangen werden. Schwere chronische organische Erkrankungen und ein vorgealterter, deutlich reduzierter Allgemeinzustand sind nicht selten auch schon im fünften Lebensjahrzehnt, gelegentlich auch früher, zu beobachten. Treffender als eine altersmäßige Beschreibung („psychische Erkrankung im Alter“ oder „Sucht im Alter“) ist eine diagnostische: Es handelt sich um Menschen, bei denen eine vielschichtige Multimorbidität, vorzeitige Alterungsprozesse und – hiermit verbunden – ein vorzeitiger Pflegebedarf gegeben sind. Zugleich führt diese Multimorbidität dazu, dass wesentliche soziale Funktionen (so die Fähigkeit selbständig zu wohnen und am Gemeinschaftsleben teilzunehmen) stark eingeschränkt sind, so dass auch ein (u.U. lebenslanger) Bedarf an Eingliederungshilfeleistungen besteht.“

Im Wohnhaus werden auf drei Etagen elf großräumige moderne Apartments mit Balkon, Küchenzeile und Badezimmer vermietet. Auf jedem Stockwerk steht ein zusätzliches Gemeinschaftswohnzimmer zur Verfügung. Das gesamte Haus ist barrierefrei, behinderten- und pflegegerecht, auch für Rollstuhlfahrer:innen geeignet. Im Erdgeschoss stehen ein Büro unseres Ambulant Betreuten Wohnens und die Pflegestation des ASB Regionalverbandes Bergisch Land zur Verfügung. Wie in unserem Betreuten Apartmenthaus sind auch hier die Mietverträge von den Verträgen über die verschiedenen Betreuungsleistungen (z.B. Betreutes Wohnen, Pflegeleistungen, Substitution, psychiatrische Behandlung) getrennt.

II.3 Tagesstrukturierende Angebote

Unsere tagesstrukturierenden Angebote bestehen seit Ende der 80er Jahre und sind seitdem kontinuierlich weiterentwickelt worden. Sie werden generell durch Fachpersonal angeleitet.

Das tagesstrukturierende Angebot **Garten** ist für die Pflege des 5 ha. großen Geländes zuständig. Hierzu gehören vor allem die Obstplantage, der Gemüseanbau im eigenen Gewächshaus und im Freiland sowie Tierhaltung. Die Produkte der Gartengruppe werden weiterverarbeitet, im Haus verbraucht oder verkauft. Auf Grund der Größe des Geländes und der Differenziertheit der Aufgaben können auch Teilnehmer:innen, die gerne alleine arbeiten und wenig Nähe zu Gruppen ertragen, gut partizipieren. Erfolge sind unmittelbar erlebbar die Identifikation mit „dem Hof“ wird gefördert. Zum Aufgabenbereich der Gartengruppe gehört zusätzlich die Pflege der Außenanlagen unserer Außenwohngruppe, des Wohnhauses Mauspfad und des Wohnhaus Schildgen.

In unserer **Schreinerei** werden überwiegend termingebundene Auftragsarbeiten für private oder gemeinnützige Kund:innen auf qualitativ hohem Niveau durchgeführt (Fertigung von Möbeln nach Maß, gelegentlich Restaurationen). Relativ betrachtet sind die Anforderungen an die Teilnehmer:innen daher höher. Ein gewisses handwerkliches Interesse und Geschick, die Fähigkeit, hierbei zu lernen und eine relativ hohe Verbindlichkeit der Teilnahme sind erforderlich. Durch die Kundenorientierung des Bereichs sind andererseits Erfolge und Belohnungen besonders gut erlebbar.

Das **Kreativangebot** besteht seit Ende 2011. Es ist für Teilnehmer:innen gedacht, die durch „arbeitsorientierte“ Bereiche mit Termindruck und Stressfaktoren überfordert wären. Die Zugangsschwellen sind niedrig, es wird eine psychische Stabilisierung durch Beschäftigung und Strukturierung angestrebt. Neben gestaltenden Tätigkeiten werden Bewegungs- und Freizeitangebote vorgehalten. Das Angebot ist auch für Teilnehmer:innen mit schweren affektiv-kognitiven Störungen gut geeignet.

Hauswirtschaft: Der Bereich ist am wenigsten mit Erwerbsarbeit assoziiert und sehr gut für das Erlernen elementarer Fähigkeiten geeignet. In ihm sind verschiedene Tätigkeiten (wie: Beteiligung an Speiseplanung, Einkäufe, Vorratsverwaltung, Reinigungsdienste, Betrieb der Waschküche, gezielte Kochtrainings) zusammengefasst.

In allen tagesstrukturierenden Angeboten erhalten die Teilnehmer:innen eine kleine finanzielle Prämie, die an Anwesenheitstagen bemessen wird.

Alle unsere tagesstrukturierenden Gruppen werden seit 1998 gemeinsam für „ambulant“ und „stationär“ betreute Klient:innen angeboten. Hierzu können auch Teilnehmer:innen gehören, die im Wohnbereich von anderen Trägern betreut werden. Diese Offenheit wirkt Hospitalisierungstendenzen bei Wohnheimbewohner:innen entgegen. Ambulant betreuten Klient:innen verhilft es häufig zu hoher Stabilität. Die Anforderung von „Punktabstinenz“ reduziert deutlich den Suchtmittelkonsum.

III. Unsere Grundhaltungen

In der Definition der Grundlagen therapeutischen und betreuenden Handelns finden wir häufig eine Verkürzung auf „technische“ und „methodische“ Aspekte. In einem tiefer verstandenen Sinne hängen therapeutische Haltungen aber eher von unserem grundlegenden Bild des Menschen und seiner Psyche sowie von ethischen Kriterien menschlichen Handelns ab. Die daraus abgeleiteten Haltungen sind keineswegs störungsspezifisch sondern allgemein.

- Wir gehen davon aus, dass Menschen prinzipiell Entwicklungsmöglichkeiten haben. Hieraus resultiert die Haltung, dass Veränderungen nie etwas von außen „Gemachtes“ sind – etwa der Erfolg therapeutischer „Interventionen“ oder „Fördermaßnahmen“. Betreuung oder Therapie können im Prinzip nur dabei helfen, dass die Betroffenen ihre eigenen Möglichkeiten ausschöpfen und weiterentwickeln. Es kann nichts erreicht werden, was nicht schon in uns angelegt ist. Betreuung und Therapie fördern das „Noch nicht Gewordene“.
- Menschliche Entwicklung ist nicht streng determiniert, hat aber notwendige Entwicklungsphasen und benötigt Zeit. Veränderungen sind oft nur in hierfür sensiblen Lebensphasen möglich. Das Betreuungspersonal muss dies akzeptieren („das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht“).
- Jede menschliche Entwicklung ist eine Einheit von Gegensätzen. Daher kennt jeder von uns Ambivalenzen, bei denen gegensätzliche psychische Regungen gleichzeitig bestehen. Wir müssen dies als normal akzeptieren und helfen, Ambivalenzen durchzuarbeiten.

- Erleben und Verhalten von Menschen sind in der Regel zunächst einmal funktional und damit primär sinnvoll. Auch „abweichende“ Erlebens- und Verhaltensweisen sollten wir daher nach Möglichkeit für uns verstehbar machen.
- Es gibt immer eine Vielfalt von Persönlichkeitsstrukturen, Erlebens-, Denkens- und Verhaltensweisen. Dies muss grundsätzlich als Bereicherung bewertet werden. Veränderungsprozesse sollen nicht auf Nivellierung oder einseitige Anpassung zielen. Das Problem der Anpassung stellt sich nur dann und insoweit, wie der/die Betroffene durch einen wenig realitätsgerechten Zugang zur Umwelt unter seinen/ihren Möglichkeiten bleibt, subjektiv leidet oder Anderen Schaden zufügt.
- Grenzen zwischen „Normalität“ und „Pathologie“ sind immer fließend. Wahrscheinlich finden wir keine Klient:innen ohne normale und keine Betreuer:innen ohne pathologische Anteile. Eine helfende Beziehung setzt daher voraus, dass Betreuer:innen sich in der Beziehung mit ihren eigenen „Licht- und Schattenseiten“ beschäftigen.

Aus diesen Grundannahmen resultieren persönliche Grundhaltungen wie Akzeptanz, grundlegende Sympathie, Empathie, Wertschätzung und Toleranz sowie ein weitgehender Verzicht auf normative Kriterien.

Es wird in allen unseren Betreuungsbereichen keine „Symptomfreiheit“ verlangt, Maßstab unseres Handelns ist primär die subjektive Lebenszufriedenheit unserer Klient:innen.

Unsere Betreuungsarbeit ist mehr als eine Addition von Hilfe- und Fördermaßnahmen. Die einzelnen Hilfestellungen sind eingebettet in ein Konzept von Lebensbegleitung und immer beziehungsbasiert.

„Begleitung“ heißt dabei nicht Anpassung an den/die Klient:innen und Verlust der Kritikfähigkeit.

- Die Betreuer:innen brauchen kritische Distanz, um immer wieder inadäquate Selbstwahrnehmungen der Klient:innen zu korrigieren und Auseinandersetzungen mit Widerständen einzugehen.
- Sie müssen für ihre Klient:innen als eigene abgegrenzte Person mit eigenen fachlichen Einschätzungen sichtbar sein, auch wenn diese kontrovers sind.
- Insbesondere dann, wenn Klient:innen lebensgeschichtlich erworbene problematische Verhaltensmuster an Betreuer:innen reinszenieren, ist ein hohes Maß an Abgrenzung nötig.
- Angesichts der vielfältigen Verschleierungs- und Bagatellisierungstendenzen bei Suchtmittelkonsum sind an diesem Punkt auch ein gesundes Misstrauen und ein Vertrauen in die eigene Einschätzung bei grundsätzlichem Respekt gegenüber der Person angebracht.
- Betreuerinnen und Betreuer sollten nicht von einer eigenen Wertebasis abstrahieren. Nicht jedes Verhalten muss – etwa bei Gewalt, Dissozialität und Kriminalität – als störungsbedingt unvermeidlich betrachtet werden. Es gibt immer Entscheidungsalternativen. Förderung von Empathiefähigkeit, friedliche Konfliktlösungen, sinnvolle Integration aggressiver Impulse und Gewaltprävention sind daher wesentliche Betreuungsbestandteile.
- Innerhalb der Einrichtung gibt es keine Zwangsmaßnahmen. Allerdings können bei akuten Selbst- oder Fremdgefährdungen in Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung oder dem Suchtmittelkonsum auch zwangsweise Klinikunterbringungen unter den entsprechenden rechtlichen Voraussetzungen zwingend erforderlich sein.

IV. Unsere grundlegenden Ziele

Im Jahre 2009 führten wir bei 70 Klient:innen und ihren Bezugsbetreuer:innen eine anonyme Zufriedenheitsbefragung durch, in den wir u.a. ermitteln wollten, welche Lebensbereiche eine besondere Bedeutung für die subjektive Zufriedenheit hatten. Hierbei ergab sich folgende Differenz: Die Betreuer:innen setzten den Umgang mit der psychischen Erkrankung und dem Suchtmittelkonsum auf Platz 1 und 2 einer Skala von 1-7. Die Klient:innen setzten diese Faktoren ganz ans Ende auf Platz 6 und 7. Für sie standen ganz normale Ziele im Mittelpunkt, wie: Gesundheit, soziale Kontakte, Freizeitgestaltung, sinnvolle Tätigkeit. Den Suchtmittelkonsum betrachteten sie also funktional und wollten ihn dort verändern, wo er sie an der Verwirklichung übergeordneter Glücksansprüche hindert.

Eine Fixierung der Betreuungsarbeit auf den Substanzkonsum muss also zwangsläufig zu Brüchen in der Betreuungsbeziehung führen.

Diese Bedürfnishierarchie trägt unsere Zielformulierung Rechnung:

- Sozial integrieren
 - Fähigkeiten erhalten und aktivieren
 - Psychisch und gesundheitlich stabilisieren
- Suchtmittelgebrauch überwinden oder reduzieren.

IV.1 Sozial integrieren

Inklusion und Schutzraum

Soziale Integration unserer Klientel kann nicht als Einbahnstraße definiert werden, bei der sich Menschen mit abweichenden Erlebens- und Verhaltensweisen einseitig Werten und Strukturen der Majorität anpassen. Es geht ebenso darum, Wohn-, Lebens- und Arbeitsformen zu gestalten, die den besonderen Bedürfnissen, Möglichkeiten und Grenzen unserer Klient:innen gerecht werden. Dies ist der wesentliche Kern der Diskussionen über „Inklusion“ in den letzten Jahren.

Andererseits wissen wir, dass nicht wenige Menschen mit psychischen Erkrankungen und Sucht zeitweise oder auf Dauer „Schutzräume“ brauchen, die es ihnen möglich machen, sich von Anforderungen der „normalen“ Gesellschaft und ihrer Mitglieder zu distanzieren. In ihnen müssen Anforderungen reduziert sein und eine hohe Toleranz für die verschiedensten Formen von Verhaltensabweichungen und „Ver-rücktheit“ bestehen.

Besonders ausgeprägt gilt dies für die Gruppe chronisch schizophrener Erkrankter. Störungen von Ich-Funktionen, Denken, Wahrnehmung und Affekten sind stark ausgeprägt. Stabilisierungen sind fragil, eine hohe Vulnerabilität führt rasch zu neuen Destabilisierungen bei Reizüberflutungen, negativem Stress und Überforderungen.

Andere Klient:innen – in der Regel Suchtkranke mit Persönlichkeitsstörungen und affektiven Störungen – benötigen einen Schutzraum eher vorübergehend zur Stabilisierung der psychischen Verfassung und des Suchtmittelkonsums.

Offenheit nach innen und außen

Obwohl „Schutzräume“ nötig sind, wissen wir andererseits, dass das Leben in Ausnahmesituationen und insbesondere in Institutionen selbst zu Störungen führen kann. Der Faßbacher Hof hat daher schon in den 90er Jahren die Kritik totaler Institutionen adaptiert:

Die „totale Institution“ ist geprägt durch eine starre Abgrenzung nach außen, eine strenge hierarchische Kontrolle in Innern und eine Aufhebung der sonst üblichen Trennung von Privatheit und Öffentlichkeit. Unter diesen Bedingungen zwangsläufige Institutionalisierungsschäden sind kaum von klinischen Bildern wie Antriebsschwäche, Depression oder psychotischen Negativsymptomen zu unterscheiden.

Ein Lernfeld in diese Frage waren zuletzt die Veränderungen während des Corona bedingten „lock-downs“ seit März 2020. Schon wenige Monate Ausgangs- und Besuchsbeschränkungen verbunden mit weniger gruppenweise Betreuung führten zu deutlichen Verhaltensänderungen. Bei Menschen mit einer psychotischen Positivsymptomatik (z.B. chronischem Wahn und Halluzination) waren keine oder sogar positive Veränderungen, vermutlich durch Stressreduktion, zu beobachten. Andererseits nahmen durchweg rasch Phänomene wie Passivität, Antriebsschwäche, Ängstlichkeit und Depressivität zu, so dass bei der schrittweisen Aufhebung „lock-down“ banale Dinge wie selbständige und angstfreie Ausgänge und Einkäufe regelrecht neu eingeübt werden mussten.

Im Kern gelten auf dem Faßbacher Hof seit den 90er Jahren folgende Regeln: Die Einrichtung ist nach außen offen, es bestehen keine Beschränkungen von Ausgang und Besuch. Ausnahmen hiervon können zeitweise Ausgangsbeschränkungen zur Unterbrechung eines Suchtmittelkonsums sein. Hierbei soll eine Übereinkunft mit dem/ der Klient*in angestrebt werden. Innerhalb der Einrichtung werden die Zimmer der Bewohner:innen als Privatsphäre akzeptiert. Das Betreten der Zimmer ist zu vereinbarten Betreuungsleistungen, bei Verdacht auf Suchtmittelaufbewahrung und bei gravierenden hygienischen Mängeln möglich. Kontrollen sind auf das nötige Minimum (Suchtmittelkontrollen) beschränkt.

Lernfeld Gruppe

Menschen haben immer unterschiedliche soziale Bedürfnisse. Dies gilt zum Beispiel für „Bindung und Autonomie“ oder „Nähe und Distanz“. Hier kann nur jede(r) Einzelne seine individuell sinnvolle und befriedigende „Mischung“ finden. Veränderungen im interpersonellen Verhalten sind dort sinnvoll, wo der/die Betroffene unter seinen/ihren gegenwärtigen Lösungen leidet.

Auch gegenüber Gruppen sind nicht wenige unserer Klient:innen ambivalent. Negative Vorerfahrungen (insbesondere in der Familiengruppe), Ängste (u.a. vor zu viel Nähe und Verletzungen des Privaten), generell angstvolle Besetzungen des zwischenmenschlichen Kontaktes, Reduzierung der sozialen Kontakte auf subkulturelle Milieus (Drogenszene), sind einige der wesentlichen Gründe hierfür. Andererseits können gerade Gruppen, behutsam angeleitet, ein zentrales Medium sein, soziale und kommunikative Kompetenzen zu fördern.

Unsere Gruppen haben unterschiedliche Fokussierungen:

Die wöchentlichen Kleingruppen in den Wohngruppen des Faßbacher Hofes und in der Außenwohngruppe sind Gesprächsgruppen, die für alle Themen offen sind. Hierzu gehören auch interpersonelle Probleme und Konflikte sowie Krisen und Rückfälle.

In der Gruppe kann die Erfahrung gewonnen werden, mit den eigenen Problemen nicht allein zu sein. Empathie kann gefördert werden. Nicht selten können indirekte Lerneffekte erreicht werden: es fällt in einem ersten Schritt Gruppenmitgliedern leichter, eine eigene Problematik am Anderen zu erkennen und Impulse für Selbstreflexionen zu erhalten. In der wöchentlichen Hausversammlung, die aktuell (Oktober 2020) auf Grund der Corona-Pandemie noch ausgesetzt ist, können alle Themen besprochen werden, die die Bewohnergruppe als Ganze betreffen.

Andere Gruppen (Tagesstrukturgruppen, Freizeitgruppen, Kreativgruppen) sind um gemeinsames Handeln zentriert. Dies erleichtert die Herstellung von Kontakt und Kommunikation häufig stark.

Generell geht es bei unseren Gruppenangeboten um die Vermittlung von positiven Erfahrungen, von Anderen akzeptiert und emotional getragen zu werden, was langfristig wesentliche Verbesserungen des emotionalen Befindens zur Folge haben kann.

Förderung von Kontakten und Beziehungen

Durchgängiger Bestandteil unserer Betreuung ist das Bemühen, wichtige persönliche Kontakte und Beziehungen zu erhalten und soweit gewünscht neue Kontakte und Beziehungen einzugehen.

Ein Teil unserer Klientel hat praktisch keine tragenden familiären Beziehungen mehr. Beziehungen zur Primärfamilie sind oft angespannt und konfliktbeladen. Früh erkrankte Klient:innen haben häufig wenige Erfahrungen mit Beziehungen im Erwachsenenalter.

Soweit es möglich und gewünscht ist, soll es den Betroffenen während der Betreuung ermöglicht werden, wichtige tragende Kontakte wiederherzustellen und zu pflegen.

Dazu können Bezugspersonen (Familienangehörige, Kinder, Partner:innen) durch gemeinsame Gespräche in die Betreuung einbezogen werden. Hierbei geht es nicht um einen familientherapeutischen Ansatz im Sinne der Veränderung eines Familiensystems, sondern die Begleitung des Kontaktes durch stützende und konfliktlösende Gespräche.

Ausdrücklich positiv bewerten wir seit langem auch Beziehungen sexueller Art zwischen Klient:innen innerhalb und außerhalb unserer Einrichtungen. Sie wirken in der Regel nicht destabilisierend und rückfallgefährdend, sondern können durch eine höhere Zufriedenheit eher stabilisieren. Es besteht die Möglichkeit, dies, wenn beider Partner:innen es möchten, durch Paargespräche zu begleiten.

Auch die Aufnahme von Paaren ist in der Einrichtung seit langem möglich.

IV.2 Fähigkeiten erhalten und aktivieren

Selbstversorgungskonzept

Zentrales Element für den Erhalt und die Förderung alltagspraktischer Kompetenzen ist das seit Bestehen des Faßbacher Hofes praktizierte Selbstversorgungskonzept.

Auch gravierende psychiatrische Störungsbilder sind kein Grund, Menschen umfassend zu versorgen und ihnen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung zu entziehen. Klassische Heimstrukturen mit extrem geringen finanziellen Mitteln und Vollversorgung fördern Passivität, Unselbständigkeit und Regression.

Den Grundsatz der Selbstversorgung haben wir deshalb auch im Zuge der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes seit 1.1.2020 aufrechterhalten. Die Bewohner:innen der „besonderen Wohnform“ (Faßbacher Hof und Außenwohngruppe) erhalten zur Existenzsicherung den ihnen zustehenden Regelsatz im Rahmen der Grundsicherung (bzw. Renten) ungeschmälert. Wir nehmen keine Abzüge für hauswirtschaftliche Versorgung vor.

Die Klient:innen können sich hiervon vollständig selbst versorgen, montags bis freitags können sie ein in der Einrichtung hergestelltes Mittagessen zum Selbstkostenpreis erwerben. Wenn es zwingende behinderungsbedingte Gründe gibt, gilt dies auch für das Wochenende.

Im Umgang mit Geld (Zugang zu den eigenen Konten, Einteilung des Geldes) erhalten die Bewohner:innen bei Bedarf Hilfen durch uns oder durch gesetzliche Betreuer, wenn diese für Vermögensangelegenheiten zuständig sind.

Der Vorrang der Selbstversorgung gilt auch für andere Bereiche, wie die Reinigung der eigenen Räume, der Gemeinschaftsräume und der Innenräume der Kraftfahrzeuge. Diese findet durch die Bewohner:innen unter Anleitung statt. Die Reinigung der Sanitärräume und Infektionsschutzmaßnahmen (z.B. notwendige Flächendesinfektionen) obliegen dem Personal.

Tagesstruktur

In Bezug auf die Tagesstruktur gehen wir davon aus, dass im Tages- und Wochenverlauf auch ausreichende frei verfügbare - d.h. nicht von außen strukturierte - Zeit vorhanden sein muss. So werden Rückzugsmöglichkeiten erhalten, Überforderungen und übermäßige Restriktionen vermieden.

Nur ein Teil des Betreuungsangebots in der stationären Einrichtung ist verpflichtend (Kleingruppen, Hausversammlung). Zeitlich den größten Raum nehmen unsere tagesstrukturierenden Angebote ein. Zeitpunkt und Teilnahmezeiten werden individuell vereinbart.

Die tagesstrukturierenden Angebote des Faßbacher Hofes sind aus den ursprünglich als „Arbeitstherapie“ definierten Angeboten der Einrichtung entstanden. Wir sprechen heute nicht mehr von „Arbeitstherapie“, um zu verdeutlichen, dass es nicht um Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gehen kann.

Arbeit kann grundsätzlich als „Stoffwechsel mit der Natur“ verstanden werden, in dem Menschen für sie nützliche stoffliche oder nicht stoffliche Produkte herstellen. In diesem Prozess entwickeln sich wesentliche individuelle kognitive und psychische Fähigkeiten und Fertigkeiten. Insofern kann nahezu jede Form von Tätigkeit (körperliche oder geistige Arbeit, Produktions-, Haus- und Familienarbeit, Kunst und Kreativität) als Arbeit definiert werden.

Andererseits vollzieht sich Arbeit in spezifischen gesellschaftlichen Formen, wobei als „Arbeit“ vor allem Erwerbsarbeit anerkannt ist. Daher werden die Abwesenheit von Erwerbsarbeit (etwa durch Arbeitslosigkeit, Krankheit, Behinderung) nicht selten als Stigma und als Verlust von persönlichem Wert-Sein empfunden. Dies ist bei nicht wenigen unserer Klient:innen der Fall.

Daneben entsteht in den letzten Jahren eine zunehmend größere Gruppe früh erkrankter Menschen, die nie sozial integriert waren, keine Erwerbsarbeitserfahrungen haben und dies auch nicht ändern können und möchten.

Für die überwältigende Mehrheit unserer Klient:innen ist die Fähigkeit zur Erwerbsarbeit unrealistisch. Dies liegt an der Schwere der psychischen Störungsbilder, aber auch an dauerhaften sozialen Interaktionsstörungen, hohen Rückfallgefährdungen sowie ökonomischen Rahmenbedingungen (Wegfall gering qualifizierter Nischenarbeitsplätze).

In diesem Verständnis geht es vor allem darum, sinnstiftende Tätigkeit zu entwickeln.

- Im „Stoffwechsel mit der Natur“ können die Teilnehmer:innen eigene Fähigkeiten durch zielgerichtetes Handeln erfahren.
- Hierdurch werden Erfolgserlebnisse möglich, Selbstwirksamkeitserwartungen und Selbstwertgefühl gestärkt.
- Soweit die Tätigkeit mit anderen erfolgt, können Fähigkeit zur Kooperation und Sozialverhalten entwickelt werden.

Diese Faktoren tragen im optimalen Fall zur allgemeinen psychischen Stabilisierung und Verbesserungen im Suchtmittelkonsumverhalten bei.

IV.3 Psychisch und gesundheitlich stabilisieren

Beschreibung unserer Klientel

Der Faßbacher Hof nimmt Menschen mit verschiedenen psychiatrischen Störungsbildern auf. Es gibt keine Ausschlusskriterien nach Diagnosen der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10).

Anknüpfungspunkt der Betreuung sind die gegenwärtige Situation und die Funktionsfähigkeiten und –beeinträchtigungen, wie sie in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) beschrieben sind. Andererseits greift eine Fixierung auf einzelne Erscheinungsformen von Funktionsbeeinträchtigungen zu kurz, wenn wir uns nicht ein grundsätzliches Verständnis der zu Grunde liegenden Störungen (Erkrankungen) bilden. Ein verstehender Zugang hierzu ist nötig, um eine helfende Beziehung aufzubauen und ein Verständnis von Möglichkeiten und Grenzen von Entwicklung und Veränderungen zu gewinnen.

Die Entstehungsbedingungen psychischer Störungen werden heute – allgemein gesprochen – mit einem bio-psycho-sozialen Modell betrachtet. Für nicht wenige Störungen werden organische Dispositionen angenommen - so beispielsweise für die Schizophrenie eine angeborene erhöhte Vulnerabilität - wobei diese Dispositionen allein nicht zwangsläufig zu einer Erkrankung führen müssen. Hinzu kommen meist psychosoziale Entwicklungsstörungen in frühen Lebensphasen.

Einige Faktoren, die bei unserer Klientel erfahrungsgemäß besonders häufig sind: Geringe Empathie und Bindungsfähigkeit der primären Bezugspersonen; emotionale oder physische Vernachlässigung; Beziehungsabbrüche und Verlusterlebnisse, mangelnde emotional-kognitive Förderung, Traumatisierungen durch missbräuchliche - z.B. inzestuöse – Beziehungen; sexueller Missbrauch und Gewalterfahrungen; Aufwachsen in Suchtfamilien. Sexuelle Missbrauchserfahrungen gibt es bei Männern und Frauen, sind aber bei drogenabhängigen Frauen fast die Regel und werden oft in unterschiedlichen Formen im Erwachsenenalter reinszeniert. Traumatisierungen führen dabei nicht nur zu einem speziellen Störungsbild (posttraumatische Belastungsstörung), sondern begünstigen - je nach Disposition - die Entstehung verschiedenster Störungsbilder wie z.B. Angststörungen, Depressionen, Psychosen.

In vielen Fällen treten die ersten manifesten Erkrankungen auf der Basis einer instabilen und wenig resilienten Persönlichkeit in den Umbrüchen der Pubertät und des jungen Erwachsenenalters auf. Abbrüche von Ausbildungen, gescheiterte Beziehungen oder Familiengründungen, soziale Desintegration, Rückzug in peer-groups Drogenabhängiger sind häufige Folgen.

Vor der Betreuung im Bereich der Eingliederungshilfe haben in der Regel eine Vielzahl von Vorbehandlungen stattgefunden, Störungsbilder und soziale Funktionseinbußen sind chronifiziert.

Doppeldiagnosen und Multimorbidität

Einer der Schwerpunkte des Faßbacher Hofes war seit Anfang der 90er Jahre die Betreuung von Menschen mit „Doppeldiagnose“ Psychose und Sucht. Dabei haben wir kontinuierlich versucht, die Erfahrungen aus unseren mittlerweile fast 400 langfristigen, meist mehrjährigen Betreuungsverläufen kontinuierlich auszuwerten und in Beziehung zu aktuellen Theoriebildungen und empirischen Forschungsergebnissen zu setzen. Hier werden die wichtigsten aktuellen Grundlagen dargestellt.

- (1) Wie ist das Verhältnis von Psychose und Substanzkonsum? Hierzu bestehen seit den 90er Jahren unverändert vier Modelle: Modelle der Substanzinduktion, nach der eine psychische Störung durch die stoffliche Substanz ausgelöst wird; Modelle der psychischen Induktion, nach denen eine psychische Störung einen Substanzmissbrauch auslöst; bidirektionale Modelle die von einer wechselseitigen Beeinflussung ausgehen; Modelle, die die psychische Störung und den Substanzmissbrauch auf einen oder mehrere gemeinsame dritte Faktoren zurückführen.

Unter denjenigen Modellen, die auf ein Primat der psychischen Störung ausgehen, sind die bekanntesten das Selbstmedikationsmodell, nach dem der/die Betroffene versucht, mit dem Suchtmittel bestimmte Krankheitssymptome positiv zu beeinflussen und das neuere Affektregulationsmodell. Dieses stellt weniger auf eine direkte Beeinflussung von

Symptomen ab, mehr auf eine Regulation des affektiven Zustandes mit Hilfe von psychotropen Substanzen.

- (2) Modelle sind ebenso wie psychiatrische Diagnosen kein objektives Abbild der Realität des/der Betroffenen. Allerdings können sie, wenn sie empirisch begründet sind, auf regelmäßig auftretende Phänomene und Beziehungen hinweisen.
Die Erfahrungen unserer langfristigen Betreuungsverläufe legen nahe, dass keines dieser Modelle alleinerklärend ist. Die Frage, ob ein Suchtanzengebrauch vor einer ersten psychiatrischen Diagnose diagnostiziert wurde hat nur eine begrenzte Aussagekraft, da viele psychische Störungen, u.a. die Schizophrenien, ein „Prodromalstadium“ mit zunächst schwer erkennbaren „Frühsymptomen“ vor einer ersten Akuterkrankung haben. Die Frage, ob die Henne oder das Ei zuerst da waren ist also weiter offen.
- (3) Eher zu beurteilen ist für uns die Frage, wie sich die Funktionalität des Substanzkonsums bei unseren bereits erkrankten Menschen mit Doppeldiagnosen darstellt.
Im Vergleich der Modelle psychischer Indikation fällt auf, dass Betroffene offenbar nur selten Akutsymptome (zum Beispiel Stimmen-Hören) direkt beeinflussen. Häufiger versuchen Klient:innen eher, ihre Stimmungslagen positiv zu beeinflussen, negative Gefühle zu vermeiden, positive und euphorische Gefühle hervorzurufen („Affektregulation“). Nicht selten erleben wir, dass Psychosen, vor allem maniformer Art, im Vergleich zu quälenden Negativsymptomen positiv erlebt und daher durch geeignete Mittel hervorgerufen werden. Häufig lässt auch die als einschränkend und mit zahlreichen Nebenwirkungen verbundene Neuroleptikabehandlung Menschen zu anderen Substanzen greifen, dies vor allem bei schwerwiegenden Überdosierungen oder Wechselwirkungen verschiedener Medikamente.
- (4) Differenziert werden muss auch nach Substanzwirkungen. Euphorisierende Substanzen oder Substanzen mit halluzinogenem Potential können stark Psychose fördernd wirken, während Opiate, wie Heroin, eher zur Vermeidung oder Dämpfung psychotischer Akutsymptome führen können.
Auch in der Substitution können schon Veränderungen in der Dosierung des Substituts neue psychiatrische Symptome der verschiedensten Art begünstigen. Benzodiazepine haben einen Behandlungseffekt bei verschiedenen psychischen Erkrankungen, dies aber mit gravierenden Folgeschäden bei einem Fehlgebrauch oder einer Abhängigkeit. Ambivalent scheint die Wirkung von Cannabis im Erwachsenenalter zu sein. Trotz des Risikos, psychotische Symptome auszulösen wird es häufig zur Entspannung und Stimmungsaufhellung konsumiert.
- (5) Im Mittelpunkt der Beschäftigung mit Doppeldiagnosen stand zunächst - so auch bei uns - das Thema Psychose und Sucht. Mittlerweile liegen Erfahrungen auch zu anderen Störungen vor. So gibt es bei fast allen Abhängigkeiten hohe Komorbiditätsraten mit psychischen Störungen. Ein problematischer Substanzgebrauch liegt überproportional bei Angststörungen, affektiven Störungen (wie depressiven oder bipolaren Störungen) und Persönlichkeitsstörungen (wie der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ oder antisozialen Persönlichkeitsstörungen) vor. Auch hier ist die Frage nach der Henne oder dem Ei offen. Oft scheinen eine primäre Disposition zu einer der Störungen und substanzinduzierte Symptome eng miteinander verknüpft zu sein.
Vor dem Hintergrund unserer langfristigen Erfahrungen und vor dem Hintergrund der heutigen Forschungsergebnisse kann daher durchaus die Frage gestellt werden, ob es in der speziellen Gruppe der chronisch Abhängigkeitskranken den „nur“ Suchtkranken überhaupt gibt, oder ob neben einer Eigendynamik der Abhängigkeit Faktoren der emotionalen Regulation immer eine wichtige Rolle spielen. Andererseits ist nach unseren Erfahrungen gerade bei „nur“ Alkoholabhängigen das Risiko tödlicher Rückfälle häufig besonders hoch. Dies kann auch darin begründet sein, dass es eine der Substitution vergleichbare wirksame medikamentöse Hilfe nicht gibt.

- (6) Die schizophrenen Störungen haben wegen ihrer qualitativen Andersartigkeit eine Sonderstellung. Grundlegende Störungen von Ich-Funktionen, Denken und Wahrnehmung stellen schwerste Beeinträchtigungen dar, die wir bei eher „neurotischen“ Störungen nicht finden. Nach einem Stadium mit Frühsymptomen können sich nach einer oder mehreren Akuterkrankungen Residualsyndrome mit einer starken Negativsymptomatik oder auch chronisch-akute Zustände herausbilden. Auch wenn sie aus einem Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren entstehen, stehen die Schizophrenien den organischen Psychosen vermutlich am nächsten. Übermäßiger Stress und Reizüberflutungen müssen vermieden, auf höhere Funktionsbeeinträchtigungen Rücksicht genommen werden. Gleichzeitig kann es sinnvoll sein, sich mit dem Sinn von Wahn und Halluzination – etwa im Sinne der Bewegung der Stimmen-Hörer – auseinanderzusetzen. Die Inhalte von Wahn und Halluzination sind meist nicht un-sinnig, sondern drücken Grundprobleme und emotionale Grundtönungen der Person aus. Bei neuroleptischer Medikation befürworten wir Minimaldosierungen, haben aber auch die Erfahrung, dass ein vorzeitiges oder vollständiges Absetzen zu schwersten, u.U. auch lebensbedrohlichen, Krankheitsrückfällen führen kann.
- (7) In der Gruppe der chronisch Kranken geht es häufig nicht nur um „Doppeldiagnosen“, sondern um „Multimorbidität“. Nicht selten sind Intelligenzminderungen unterschiedlichen Ursprungs und hirnorganische Schädigungen durch Suchtmittelkonsum und / oder medikamentöse Behandlungen. Hinzu kommen häufig chronische Erkrankungen innerer Organe und des Nervensystems. Dies wirkt selbstverständlich als zusätzliche, für die Betroffenen oft entscheidende, Belastung auf die psychische Verfassung zurück.

Betreuungsgrundsätze

- (1) Da wir mit chronisch Erkrankten zu tun haben kann in der Regel nicht „Heilung“ das Ziel sein. Diese gibt es gesichert bei keiner der hier relevanten Störungen. Realistisch sind eher Symptomlinderungen und Verbesserungen des psychischen Allgemeinbefindens auch bei Akzeptanz der Störung.
- (2) Hierzu können alle unsere Maßnahmen der sozialen Integration gut beitragen. Positiv erlebte Beziehungen und das Gefühl, „beheimatet“ zu sein, stabilisieren und wirken häufig indirekt auf Symptomlinderungen zurück. Die Betreuung darf daher nicht auf Störungen fixiert sein.
- (3) Im Umgang mit der Doppelproblematik gibt es keine Stufenfolge. Insbesondere die Vorstellung, Betroffene müssten zunächst abstinent sein, um dann korrekte psychiatrische Diagnosen stellen und behandeln zu können, geht an der Realität vorbei. Die Betreuung erfolgt von Beginn integrativ statt sequentiell. Da der Substanzkonsum funktional ist können vorzeitige Abstinenzforderungen eher zu Krisen führen. Eher kontraproduktiv ist in der praktischen Betreuung eine einseitige Fixierung auf den Substanzkonsum. Dies führt bei Klient:innen, die sich durch den Konsum stabilisieren nicht selten in therapeutische „Sackgassen“. Die Kunst besteht dabei darin, zu jedem Zeitpunkt, alle Faktoren und ihre Wechselwirkungen zu berücksichtigen.
- (4) Ein wirksames Hilfsmittel ist die stabile Verbindung zwischen sozialer Betreuung, medikamentöser psychiatrischer und suchtmittelmedizinischer Behandlung und ggf. somatisch medizinischen Hilfen. Auf dieser Erkenntnis beruht die seit Ende der 80er Jahre bestehende enge Verknüpfung unserer Betreuungsarbeit mit der Behandlung durch die Suchtfachambulanz der LVR-Klinik Langenfeld. Durch Sprechstunden, an denen Betreuungspersonal des Faßbacher Hofes teilnimmt, können Erfahrungen aus der sozialen Betreuung in die psychiatrische Behandlung einfließen und umgekehrt. Bei substituierten Klient:innen können psychiatrische Behandlung und Substitution aus einer Hand angeboten und dabei die Erkenntnisse aus der sozialen Betreuung integriert werden.

IV.4 Suchtmittelkonsum überwinden oder reduzieren

Der Abschied vom Abstinenzparadigma

Offenbar gibt es in der gesamten menschlichen Entwicklung ein biologisch verankertes Bedürfnis und eine Möglichkeit, das eigene Erleben durch psychotrope Substanzen positiv zu beeinflussen. Es ist keine menschliche Gesellschaft bekannt, in der hierin nicht erheblicher Erfindungsreichtum und erhebliche Ressourcen investiert würden.

Dennoch gibt es den Begriff der „Sucht“ erst seit der Entwicklung des medizinischen Krankheitsmodells in den industriellen Gesellschaften und wurde später globalisiert. Erst seit den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts besteht eine rechtliche Einordnung als behandlungsbedürftige Krankheit. Suchttherapie beruhte über Jahrzehnte auf dem „Abstinenzparadigma“ und ging davon aus, dass bei dem einmal Erkrankten jeder Konsum mit Zwangsläufigkeit wieder eskalieren müsse. Die Möglichkeit einer Selbstkontrolle des Konsums als Behandlungsziel war per definitionem ausgeschlossen.

Dies wurde seit den 90er Jahren schrittweise durch die Realität korrigiert:

- Im Bereich der Alkoholtherapien erwies sich, dass lebensgeschichtlich betrachtet nur ein sehr geringer Teil nach stationären Behandlungen wirklich dauerhaft abstinente blieb, was zu der Erkenntnis führt, dass Sucht immer eine Rückfallkrankung ist. Hierauf folgten die ersten, noch heftig umstrittenen, Konzepte eines kontrollierten Trinkens.
- Im Bereich der Drogenhilfe entstanden erste Konzepte der „harm-reduction“, unter anderem begünstigt durch die hohen Mortalitätsraten während der HIV-Epidemie.
- Es folgten Modellversuche und ab Beginn der 2000er Jahre flächendeckende Substitution. Dies war der Bruch mit dem Abstinenzparadigma schlechthin. Auch wenn in Einzelfällen Substitution ein Einstieg in eine abstinenzorientierte Behandlung sein kann, beruht sie bei der überwiegenden Mehrheit darauf, dass bei chronisch Opiatabhängigen eine Abstinenzperspektive gerade **nicht** trägt.

Diese Umbrüche spiegelten sich auch in unserer Entwicklung:

- Seit Beginn der 90er Jahre gingen wir inspiriert durch Erkenntnisse der Psychiatriereform-Bewegung davon aus, dass menschliches Verhalten, damit auch Störungen wie Psychosen und Sucht, ein prinzipiell nachvollziehbares und einfühlbares Verhalten sind. Dementsprechend praktizierten wir geduldige und oft wiederholte Rückfallbearbeitungen, ohne jedoch zunächst Abstinenz als „Endziel“ in Frage zu stellen (Konzept der „Zielhierarchie“).
- Die Eröffnung ambulanter Angebote (Betreutes Wohnen) weitete unseren Blick von einer eher institutionsbezogenen zu einer lebensgeschichtlichen Betrachtungsweise. Wir mussten die narzisstische Kränkung hinnehmen, dass nicht wenige in der Einrichtung abstinenten Menschen in eigenen Wohnungen und ohne institutionelle Kontrollen rasch wieder Suchtmittelkonsum aufnahmen, teils in gut kontrollierter Form, teils mit rascher Tendenz zur Eskalation. In der Folge nahmen wir in unsere Konzeption des Betreuten Wohnens die Begleitung bei einem kontrollierten Substanzkonsums als ein mögliches Ziel auf.

Ein jüngerer Beleg für die Kontextabhängigkeit von Suchtverhalten waren auch die Erfahrungen während der Corona-Restriktionen seit März 2020. Die Rückfallzahlen sanken

mehrere Monate rapide und kehrten mit zunehmender Öffnung auf das „normale“ Niveau zurück. Es ist also offenbar möglich, Menschen zeitweise mit institutioneller Kontrolle „trocken zu legen“, was aber unter gesellschaftlichen „Normal“bedingungen nicht aufrechterhalten werden kann und daher auch als Therapie- und Betreuungsziel wenig tauglich ist.

- Der dritte Einschnitt war die Aufnahme substituierter Klient:innen seit Beginn der 2000er Jahre. Mit ihm wurde erstmals auch im stationären Bereich der kontrollierte Konsum einer psychotropen Substanz in den Bereich der „stationären Normalität“ gerückt. Vor diesem Hintergrund formulierten wir programmatisch:

„In unserem „idealtypischen“ Leitbild gehen wir davon aus, dass der Gegensatz von „Abhängigkeit“ nicht „Abstinenz“, sondern „Unabhängigkeit“ ist. Damit meinen wir eine innere, emotional wirksame Entscheidung über das „Ob“, „Wie“ und „Wann“ des Konsums psychotroper Substanzen.“

Unser Umgang mit dem Substanzkonsum

Wo stehen wir heute?

Die Abkehr vom Abstinenzparadigma bedeutet keine Entscheidung gegen Abstinenz sondern die Abkehr von einem *gedanklichen Muster* mit dem wir an Realität herangehen. Dieses Muster ist auf *einen* Lösungsansatz zentriert. Es tendiert dazu, Abhängigkeit durch *Abstinenzabhängigkeit* im Sinne einer ebenso einengenden Reaktionsbildung zu ersetzen.

Demgegenüber gehen wir heute von einer *generellen Zieloffenheit* aus, in der es gilt, individuelle Lösungen auch unter Berücksichtigung der grundlegenden psychischen Störung zu finden. Wenn der Gegensatz von Abhängigkeit nicht Abstinenz sondern Unabhängigkeit ist, impliziert dies:

- Es ist sinnvoll, alles zu unterstützen, was dabei hilft, möglichst viel Selbstregulierung oder Selbstkontrolle zurückzugewinnen. Eine zentrale Rolle hat die Veränderung von Selbstwirksamkeitserwartungen (die Annahme, der erste Konsum münde zwangsläufig in Kontrollverlust führt nicht selten zu den schwersten Rückfällen).
- Eine emotional unverkrampfte Haltung gegenüber dem Substanzkonsum kann wirksamer sein als eine Umkehr des abhängigen Schemas (Abstinenzabhängigkeit), die häufig mit zu viel Druck und daher erhöhter Gefährdung verbunden ist.
- Lösungsversuche sind unterschiedlich und vielfältig. Zum Beispiel: Abstinenz, kontrollierter Konsum, Substitution, Teilabstinenz, Vermeidung von besonders gefährlichen Suchtmitteln, reduzierte Konsummengen, erhöhte Abstinenzzeiten, Punktabstinenz.... . Dabei gibt es keine Lösungen zweiter Klasse („wenn schon nicht abstinenz, dann wenigstens...“). Alle Lösungen sind wertvoll, wenn sie zu einem gesünderen und psychisch stabileren Zustand führen können.
- Bei substituierten Klient:innen ist erstes Ziel eine stabile Substitution ohne Beikonsum nicht verordneter Substanzen. Nach unseren Erfahrungen sind darüber hinaus gehende Ziele („Abdosierung“) eher selten realistisch. Um ein stabiles Gleichgewicht zu erreichen muss besondere Aufmerksamkeit der Frage geschenkt werden, wie Substitution und psychiatrische Medikation sich gegenseitig beeinflussen.
- Die Frage nach Erfolg oder Misserfolg kann nicht beantwortet werden, wenn wir nur den Faktor Substanzkonsum betrachten. Entscheidend ist, ob der Betroffene eine Verbesserung seiner bio-psycho-sozialen Gesamtsituation erreicht.

- Wie wir in vielen Fällen schon praktiziert haben, gilt dies auch und gerade für die Bewohner:innen der stationären Wohnangebote. Es ist wenig sinnvoll im stationären Bereich Bewältigungsstrategien erzwingen zu wollen, die in der Lebensrealität überfordern und scheitern.
- Soweit andererseits bei einem gruppenweisen Zusammenwohnen durch ein Rückfallgeschehen zu große Gefährdungen Anderer entstehen, müssen Grenzen gezogen und individuelle Lösungen gefunden werden. Dies gilt auch für die Weitergabe von Suchtmitteln. Eine Kündigung des Wohn- und Betreuungsvertrages über besondere Wohnformen ist in der Regel nur möglich, wenn eine anderweitige angemessene Unterkunft angeboten wird. Eine ausnahmsweise Kündigung nach § 17 Absatz 4 des Wohn- und Betreuungsvertrages ist nur dann möglich, wenn eine gravierende Gefährdung Anderer durch Gewalt und/oder massive Rückfälligkeit besteht und wenn diese anhält, weil der / die Betroffene eine angemessene Behandlung ablehnt.
- Die Bearbeitung von Rückfällen soll so weit wie möglich dort erfolgen, wo die Betroffenen leben, im stationären Bereich also im Faßbacher Hof oder seiner Außenwohngruppe. Die Begleitung durch vertrautes Personal im eigenen sozialen Umfeld kann, wenn sie suchtmmedizinisch gut begleitet ist, effektiver sein als eine stationäre Klinikbehandlung. Diese soll dann stattfinden, wenn anders ein gravierender Konsum nicht unterbrochen werden kann oder eine medizinische Notwendigkeit besteht. Auch bei zwischenzeitlichen Klinikbehandlungen wird die Bezugsbetreuung fortgeführt und im Interesse von Betreuungskontinuität eine enge Zusammenarbeit mit den Behandler:innen in der Klinik angestrebt (Betreuungskontinuität).

V. Aufnahmeverfahren

Wer von uns betreut werden möchte erhält zunächst ein persönliches Vorstellungsgespräch mit einer eingehenden Besichtigung der in Frage kommenden Einrichtung. Nachdem die erforderlichen Unterlagen, z.B. ärztliche Stellungnahmen, vorliegen, wird entschieden, ob eine Betreuung prinzipiell möglich ist. Leider ist im stationären Bereich und in unseren Wohnhäusern mit Wartezeiten zu rechnen. Kurzfristiger ist meist die Aufnahme einer ambulanten Betreuung in eigener Wohnung möglich.

Die Kostenübernahme für existenzsichernde Leistungen einschließlich der Mieten und der Kosten der Unterkunft in der stationären Einrichtung erfolgt über den örtlichen Träger der Grundsicherung, manchmal über Rente und ergänzende Grundsicherung.

Alle Fachleistungen (Wohnbetreuung in der stationären Einrichtung, Wohnbetreuung im Ambulant Betreuten Wohnen, Tagesstrukturierende Angebote) werden bei Vorliegen aller Anspruchsvoraussetzungen vom Landschaftsverband Rheinland als Träger der Eingliederungshilfe übernommen.

Grundlage für die Kostenanerkennung ist der für NRW gültige Individuelle Hilfeplan BEI. In Einzelfällen ist auch eine Aufnahme außerhalb des Zuständigkeitsbereichs von LVR und LWL möglich.

Eine besondere Voraussetzung für unser Wohnhaus Mauspfad ist, dass ein Pflegegrad vorliegen muss.

Für die stationäre Einrichtung einschließlich unserer Außenwohngruppe wird ein kombinierter Wohn- und Betreuungsvertrag geschlossen, der nicht befristet ist. Für das Ambulant Betreute Wohnen wird ein Betreuungsvertrag geschlossen.

Soweit wir im ambulanten Bereich selbst Wohnungseigentümer sind, werden getrennte und unabhängig voneinander rechtsbeständige Miet- und Betreuungsverträge geschlossen.