

Klausurtagung Faßbacher Hof 14. 3. 2013: „Das Ambulante ist die Zukunft des Stationären“

Wolfgang Krüger:

15 Jahre Ambulant Betreutes Wohnen: Von der Abstinenzorientierung zu zieloffenen Prozessen

Die Durchsicht der Konzeptionen des Betreuten Wohnens ergibt in der langfristigen Rückschau im Wesentlichen:

- Das Ambulant Betreute Wohnen wurde als eindeutig abstinenzorientierte Betreuungsform begründet (Konzeption Betreutes Wohnen 1997).
- Durch die fortschreitenden Erfahrungen wurde dies im Sinne einer sehr langfristig orientierten Abstinenzperspektive modifiziert, in der es Raum für langfristige, auch mehrjährige Begleitungen bei Rückfällen gab (Konzeptionen Betreutes Wohnen 2001 bis 2005).
- Erheblich später wurde dies durch die Vorstellung einer zieloffenen Betreuung ersetzt, bei der sowohl Abstinenz als auch kontrollierter Konsum Ziele sein können (siehe hierzu insbesondere: Konzeption des Wohn- und Betreuungsverbundes 2010).
- Heute stehen wir an einem Punkt, an dem wir unsere Zieldefinitionen neu ausloten, dies auch angesichts der Erfahrungen, dass bei einem Teil der Klienten die subjektive Zielsetzung des kontrollierten Konsums nur schwer realisiert werden kann teilweise eher in schwer kontrollierbare Eskalationen mündet.

Um diese Entwicklung zu verstehen scheint es sinnvoll, nochmals auf die Geschichte des gesamten Wohn- und Betreuungsverbundes zurückzugreifen.

I. 1977-1988: Der Faßbacher Hof als Selbsthilfeeinrichtung und beginnende Professionalisierung

1977 wurde der Faßbacher Hof als – meines Wissens erste und einzige – stationäre Einrichtung aus den Reihen der Selbsthilfebewegung Alkoholkranker gegründet.

Soweit es sich durch Drittquellen erschließt hatte die Gründung des Faßbacher Hofes aus der Selbsthilfebewegung positive und negative Aspekte.

- Sie spiegelte gravierende Defizite des Suchtversorgungsystems. Im psychiatrischen Bereich hatte es seit der Psychiatrie-Enquete Reformen gegeben, die einen Abbau der Langzeitpsychiatrie und den Aufbau der komplementären Versorgung beinhaltete.
- Dies fehlte weitgehend im Bereich der Sucht. Hier gab es ausschließlich psychiatrische Akutstationen und „Verwahrstationen“ für „depraviierte Alkoholiker“. Krankheitsbezogene Behandlungsansätze und Strukturen (z.B. Klinikambulanzen, komplementäre Einrichtungen für Suchtkranke) gab es praktisch nicht.
- Dass aus den Reihen der Selbsthilfebewegung von Alkoholikern eine stationäre Einrichtung gegründet wurde, die auf jedes professionelle Personal verzichtete beinhaltete aber auch eine Reihe von fachlichen Problemen – hier insbesondere eine geringe professionelle Distanz und teils eskalierende Rückfalldynamiken.

Vor diesem Hintergrund begann seit 1987 auf Druck des Kostenträgers (Landschaftsverband Rheinland) eine langsame Professionalisierung des Faßbacher Hofes.

Aus dieser Zeit stammt m.E. eine erste sinnvolle Zieldefinition:

In der Konzeption von 1988 wurde betont, dass das Ziel der Abstinenz die „Aufrechterhaltung eines Minimums an persönlicher Zufriedenheit voraussetze“. Ziel sei nicht eine „**verkrampte, innerlich nicht verarbeitete und emotional unwirksame Abstinenz**“; vielmehr würden Persönlichkeitsentwicklungen intendiert, die den Suchtmittelkonsum überflüssig machten und so zu einer nachhaltigen Abstinenz führen könnten.

Im Prinzip war hierin eine Abgrenzung angelegt, die später mit dem Begriff der „**Abstinenzabhängigkeit**“ als Reaktionsbildung beschrieben wurde (Rink et.al., 1995)

II. Lernen von sozialpsychiatrischen Ansätzen; Das Konzept der „flexiblen Rückfallbearbeitung“

Ich selbst übernahm die Verantwortung für den Faßbacher Hof zunächst 1990 (als Referent für den Bereich Psychiatrie im ASB-Landesverband), dann 1991 als Leiter.

Meine persönliche Biographie war dabei durch Vorerfahrungen aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie geprägt. Diese standen teils in diametralem Gegensatz zu Selbstverständnis und Denkweisen im Bereich „Sucht“.

Am erstaunlichsten war, dass es im Unterschied zur Behandlung von Psychosen im Bereich Sucht den Begriff des Rezidivs nicht gab. Vielmehr erschien der Umgang mit Rückfällen eher als disziplinarisches Problem.

Außerdem gab es im Bereich der Sucht keine der Kritik der Langzeitpsychiatrie vergleichbare Reflektion der Strukturen „totaler Institutionen“.

Hierzu zwei „Schlüsselerlebnisse“ aus den ersten Wochen meiner Tätigkeit:

- Die Geschichte mit dem Ausgangsbuch:
Eine meiner ersten Amtshandlungen bestand darin, dass bis dahin auf dem Faßbacher Hof übliche Ausgangsbuch zu beschlagnahmen, da ich der Auffassung war, dass auch Suchtkranke, die in einem Wohnheim leben das Recht auf Privatsphäre und Bewegungsfreiheit haben. Folge waren extrem verunsicherte Reaktionen des Teams. Zentrale Erkenntnis war für mich hier: Viele Regeln in Suchteinrichtungen sind therapeutisch sinnlos oder kontraproduktiv, dienen eher dazu dem therapeutischen Personal eine Illusion von Sicherheit zu verschaffen.

- Der Fall Erich U.:
Wie in Suchteinrichtungen nicht unüblich galten recht schematische Regeln bei Rückfällen, u.a. „gelbe“ und „rote“ Karten (= disziplinarische Entlassung nach einem Rückfall). Bereits in der zweiten Woche meiner Leistungstätigkeit erlaubte ich einem Klienten, Erich U., der bereits die „rote“ Karte hatte, nach einer Entgiftungsbehandlung die Rückkehr in die Einrichtung. In der Folgezeit begleitete ich ihn als Bezugsbetreuer ca. 6 Jahre durch eine Vielzahl von Rückfällen hindurch bis er – aus letztlich unbekanntem Gründen- abstinent wurde, als einer der ersten ins Betreute Wohnen wechselte und hier bis an sein Lebensende (nochmals ca. 8 Jahre) abstinent lebte.

Zentrale Lehre war für mich hier: Bei chronisch Abhängigkeitskranken müssen wir sehr langfristige Beziehungen halten und Rückfälle auch sehr langfristig als Teil eines Entwicklungsprozesses behandeln. (siehe z.B. Körkel, der Rückfall des Suchtkranken 1992).

Lernen von den Patienten mit Doppeldiagnose

Bei den schon seit 1987 vereinzelt auftauchenden Patienten mit „**Doppeldiagnose**“ **Psychose und Sucht** ich am ehesten zur Theorie der Selbstmedikation, die seit Beginn der 90er Jahre in der wissenschaftlichen Diskussion eine erhebliche Bedeutung hatten (siehe z.B. Schwon/Krausz Psychose und Sucht 1992)

Dies hieß:

- Menschen mit Psychose behandeln vermutlich in der Psychose (oder in deren Frühsymptomen) begründete Befindlichkeitsstörungen mit einem Substanzkonsum; bei einem Teil entwickelt sich hieraus auch eine Abhängigkeit.
- Ein ähnlicher Prozess findet vermutlich auch bei Menschen mit „neurotisch“ geprägten Störungen statt.
- Bei beiden ist daher ein behutsamer und langfristiger Umgang mit der psychischen Erkrankung und hierin (mit) begründeten Rückfällen angezeigt.

Im Ergebnis war dies nicht weit von der Theorie der „**Grundstörung**“ entfernt, die in den 90er Jahren bei psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Schulen eine Rolle spielte. Dabei ging es um die Frage, ob man „Sucht“ überhaupt als eigenständige „Krankheit“ definiert oder als „Symptom“ einer psychischen Störung.

Mir selbst wäre vor diesem Hintergrund ein **uneingeschränkt individueller Umgang mit Rückfällen** schon 1991 am liebsten gewesen („Wer zwei Patienten gleich behandelt, behandelt mindestens einen falsch“). Allerdings stieß dies auf erhebliche Widerstände sowohl innerhalb des Teams als auch innerhalb der Bewohnerschaft. Beide Seiten pochten nicht selten auf „gleiche Regeln“.

Das Ergebnis war ca. 10 Jahre lang das Ringen um tragfähige Kompromisse im Sinne einer schrittweisen Individualisierung und Liberalisierung.

III. Warum konzipierten wir ein „abstinenzorientierten Betreuten Wohnens“?

Bis zur Eröffnung des Betreuten Wohnens Ende 1987 hatten wir im Rahmen der stationären Einrichtung tatsächlich die Erfahrung, dass – für unsere damalige Klientel – eine Abstinenzperspektive im Rahmen der stationären Einrichtung trug.

- Eine Reihe von chronisch Alkoholabhängigen lebte innerhalb des Faßbacher Hofes abstinenter;
- Bei nicht wenigen Klienten mit Psychose-Sucht-Komorbidität war innerhalb der Einrichtung eine auch für uns überraschend schnelle Entaktualisierung des Suchtmittelkonsums zu verzeichnen;
- Auch die damals noch häufigen Klienten mit hirnorganischem Psychosyndrom und Alkoholismus entwickelten oft rasch ein abstinentes Verhalten, da das relativ strukturierte Umgebungsmilieu ihnen Halt und Orientierung gab.

Dies spiegelte sich auch empirisch in einem massiven Rückgang in unseren Rückfallstatistiken im Vergleich zur „Selbsthilfeära“.

Als wir 1998 das erste Betreute Wohnen für Suchtkranke in Leverkusen realisieren konnten war dies aus zwei Gründen abstinenzorientiert:

- Wir wollten den Versuch unternehmen, auch unter ambulanten Bedingungen, die erreichten Fortschritte zu erhalten und nach Möglichkeit auszubauen – bis hin zur Perspektive der Abstinenz ohne weitere Betreuung (Konzeption von 1997). Es ging also um die Übertragung von Verhaltensweisen im Rahmen des stationären Kontextes in einen ambulanten Kontext.
- Innerhalb des Versorgungsgebietes gab es bereits sehr niedrigschwellige Angebote (Überlebenshilfen) im Rahmen der „Hilfe bei besonderen sozialen Schwierigkeiten“.

IV. Das Konzept der Zielhierarchie

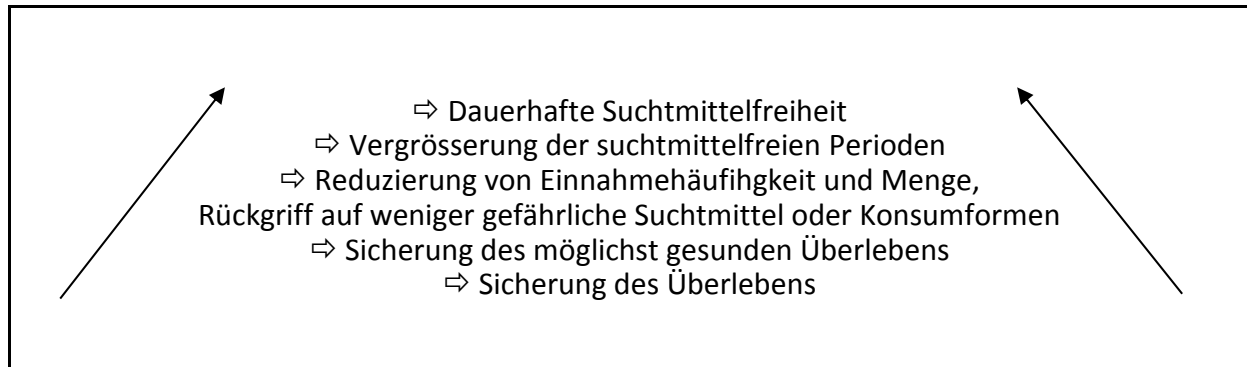
In der folgenden Phase wurden unsere konzeptionellen Ansätze im stationären Bereich nicht unwesentlich durch die Erfahrungen im ambulant Betreuten Wohnen modifiziert.

Zum Zeitpunkt der Eröffnung des Betreuten Wohnens gab es auf der Basis der früheren Finanzierungsregeln noch keinen Rechtsanspruch auf Ambulant Betreutes Wohnen, sondern eine Pauschalfinanzierung auf der Basis einer **limitierten Platzzahl** (erst sechs, dann zwölf Plätze). Dies führte zu einer **inneren Selektion**: Wir übernahmen vor allem die KlientInnen ins Betreute Wohnen, denen wir am ehesten eine Abstinenz unter ambulanten Bedingungen zutrauten.

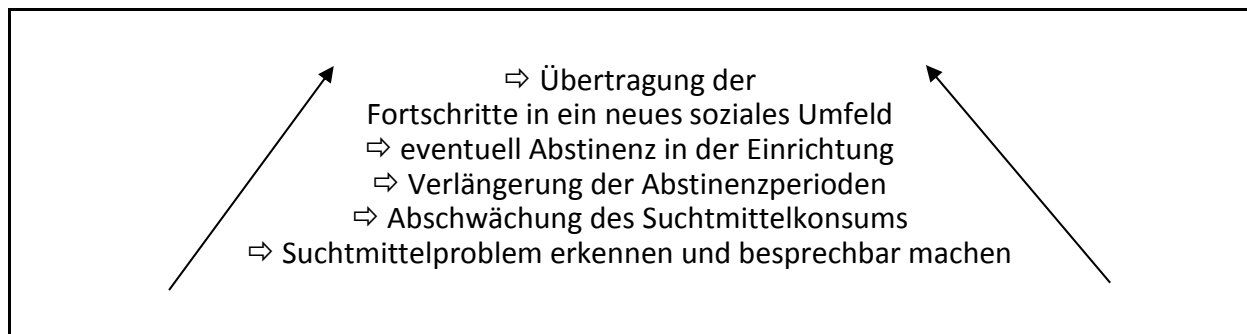
Dennoch zeigte sich in der Folgezeit eine Relativierung der Abstinenzperspektive. Nicht wenige Klienten entschlossen hatten unter ambulanten Bedingungen häufigere Rückfälle oder entschieden sich – auch nach jahrelanger Abstinenz im stationären Rahmen - zu dem Versuch eines kontrollierten Konsums.

Solche und ähnliche Erfahrungen führten uns dazu, in der Folgezeit das Konzept der "Zielhierarchie" zu übernehmen.

In seiner ursprünglichen Fassung bei Körkel et.al. sah dies wie folgt aus:



Da uns das Problem bekannt war, dass Verhalten immer kontextabhängig ist, modifizierten wir dies für die stationäre Einrichtung wie folgt:



IV. Korrigierende Erfahrungen durch das Ambulant Betreute Wohnen

Im Verlauf der weiteren Entwicklung haben die Erfahrungen des Ambulant Betreuten Wohnens die Entwicklung des Gesamtkonzeptes wesentlich mitbeeinflusst. Dies galt verstärkt seitdem die Platzbegrenzung im Betreuten Wohnen durch die „Hochzoonung“ ab 2003 (Zuständigkeit des Landschaftsverbandes Rheinland) aufgehoben wurde.

Im Kern ging es dabei darum, dass das Ziel „Übertragung der Fortschritte in ein neues soziales Feld“ offenbar nur eingeschränkt erreicht werden kann. Die Veränderung, die mit einem selbständigen Wohnen verbunden ist, kann zwar in der stationären Einrichtung gedanklich antizipiert werden, hat aber häufig eine weit tiefergehende emotionale Komponente. Dem hat sich das Betreute Wohnen schrittweise angenähert:

Konzeption Betreutes Wohnen 2004:

„ Die Frage, ob sie eine nicht von äußeren Zwängen bedingte, innere und vor allem emotional wirksame Abstinenzentscheidung treffen möchten oder nicht, wird häufig erst nach dem Umzug in eine weniger kontrollierte Wohnform deutlich.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen kann ein Teil der Betroffenen unter diesen Bedingungen eine Abstinenzentscheidung aufrechterhalten, während ein anderer auch durch längere Phasen von Rückfälligkeit oder bei anderen Bewältigungs- und Kontrollversuchen des Suchtmittelkonsums begleitet werden muss.“

Konzeption Betreutes Wohnen 2005:

„Viele Klienten nutzen die äußeren Regeln, Strukturen und sozialen Kontrollmechanismen von Einrichtungen dazu, zu mindestens zeitweise abstinenz zu bleiben. Dieser Prozess kann sowohl positiv, als auch negativ bewertet werden:

Der negative Aspekt besteht darin, dass abhängige Strukturen durch die Einrichtung quasi aufrechterhalten werden. Strukturen und Regelwerk nehmen dem Klienten mit einer gewissen Zwangsläufigkeit die Entscheidung über einen Substanzkonsum ab und können regressionsfördernd wirken. (...) Die strukturellen Bedingungen im ambulanten Betreuten Wohnen unterscheiden sich hiervon grundsätzlich durch die stärkere Abwesenheit äußerer Regeln und Zwänge. Auch dies kann positiv und negativ gewertet werden:

Als negativ kann betrachtet werden, dass eine Reihe von Betroffenen mit eingeschränkter Fähigkeit zu Abstinenz oder Konsumkontrolle in ambulanter Betreuung stärker durch ein exzessives Konsumverhalten gefährdet sind. Andererseits kommen nicht selten erst durch den Wechsel in eine selbstbestimmtere Wohnform Auseinandersetzungen in Gang, die zu einer psychisch wirksamen Klärung führen. (...)

Aus heutiger Sicht scheint uns dabei unabweisbar, dass im Betreuten Wohnen die Bandbreite subjektiver Entscheidungen über den Umgang mit Suchtmitteln zwangsläufig erheblich größer ist, als im stationären Bereich. Dies erfordert einen sehr flexiblen und individualisierten Umgang mit unterschiedlichen Problemlösungsversuchen der Betroffenen.“

V. Die Auswirkungen der Aufnahme substituierter Klienten

Die Aufnahme substituierter Klienten begann 2001 bewusst zunächst im stationären Bereich und war anfangs auf wenige Klienten (6 von 28 Plätzen) limitiert. Angesichts der Tatsache, dass wir diesen Schritt als bundesweit erstes soziotherapeutisches Wohnheim und auf der Basis eines fachlich fundierten Konzeptes unternahmen, kann hierin – ähnlich wie bei der Aufnahme von Psychose-Sucht-Patienten in den 90er Jahren – durchaus ein „pionierhafter“ Ansatz gesehen werden.

In der konzeptionellen Diskussion führte die Aufnahme substituierter Klienten, ebenso wie die Erfahrungen des Ambulant Betreuten Wohnens, dabei zwangsläufig zu einer Relativierung der Abstinenzperspektive.

Eine weitgehend neue Zieldefinition wurde nicht zufällig 2004 in einer ersten Auswertung der Erfahrungen mit Substituierten in der „Suchttherapie“ vorgenommen:

In unserem grundlegenden Selbstverständnis 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. Der Aufenthalt in der Einrichtung soll als sozialer Rahmen und „Zeitfenster“ genutzt werden, in dem der Betroffene für sich einen adäquaten Umgang mit dem Substanzkonsum entwickeln kann.

Als Voraussetzung hierfür gilt während des Aufenthalts der in der Hausordnung verankerte Verzicht auf den Konsum aller nicht verordneten psychotropen Substanzen.

Im Unterschied zu niedrighschwelligem, ausschließlich auf „harm-reduction“ zielenden Angeboten gilt der Konsum also nicht als „Normalfall“, sondern als „Rückfall“, der einer Behandlung bedarf. Rückfälle werden jeweils individuell mit dem Klienten und in der Klientengruppe bearbeitet. Der Aufenthalt in der Einrichtung wird so lange fortgesetzt, wie eine Betreuungsbeziehung aufrechterhalten wird und Entwicklungen sichtbar sind.

(Krüger, Quabach, Suchttherapie 2004)

In der gleichen Publikation verzeichneten wir einen überwiegend positiven Verlauf.

Nur in zwei Fällen waren wir zu einer Kündigung des Betreuungsvertrages gezwungen. 7 von 9 substituierten Klienten konnten hingegen nachhaltig von der Aufnahme in unsere Einrichtung profitieren. Die Betroffenen blieben überwiegend psychisch stabil, so dass es lediglich zu einer stationären Krisenintervention kam. Es gelang den meisten Klienten im Verlauf des Aufenthaltes ihren Beikonsum zu reduzieren oder ganz aufzugeben. Bei lediglich 3 von 9 Klienten waren – zumeist in den ersten Monaten des Aufenthaltes – stationäre Beikonsumsentsgiftungen erforderlich.

Aus heutiger Sicht sind m.E. die grundlegenden Festlegungen immer noch richtig („Der Gegensatz von Abhängigkeit ist nicht Abstinenz sondern Unabhängigkeit“). Allerdings war die weitere Entwicklung deutlich schwieriger.

Eine dauerhaft erhöhte Rückfallzahl im stationären Rahmen war spätestens seit dem Jahre 2006 zu verzeichnen.

Jahr	Anteil von Klienten mit Konsumfällen
2000	13 von 28
2001	10 von 31
2002	12 von 28
2003	19 von 35

2004	14 von 37
2005	17 von 33
2006	15 von 36
2007	18 von 33
2008	16 von 34
2009	17 von 35
2010	24 von 39
2011	28 von 37
2012	27 von 37

Es gibt also offenkundig eine Entwicklung, bei der der Satz „Der Rückfall ist nicht der Normalfall“ DE FACTO nicht mehr gilt. Offenkundig war die Aufnahme drogenabhängiger Klienten hierbei ein Einschnitt. Aber auch bei Klienten mit Psychose-Sucht-Komorbidität, die nicht substituiert sind sowie bei Alkoholabhängigen ist Abstinenz in der Einrichtung heute seltener als in den 80er und 90er Jahren. Typischer sind häufige Rückfallbearbeitungen, teilweise auch Versuche des kontrollierten Konsums im Wohnheim. Insofern hat sich die Perspektive grundsätzlich verschoben: Es geht nicht mehr um die „Übertragung von Abstinenz in ein neues soziales Feld“, sondern auch um die Frage, wo die Grenzen und Möglichkeiten **in beiden Bereichen** liegen.

Um diese Frage zu diskutieren, sollten wir uns zunächst mit einigen möglichen Ursachen beschäftigen.

VI. Vom Schlechten im Guten

Analysieren wir die Entwicklung der Versorgungssituation in den letzten Jahren haben sich mehrere gravierende Veränderungen ergeben:

Der Aspekt der Substitution:

Bereits in den Diskussionen um die Jahrtausendwende war ich der Auffassung, dass man Substitution nur bei wenigen Klienten als **Behandlung der Drogenabhängigkeit** betrachten kann. Von wenigen vorübergehend substituierten Klienten mit günstiger Prognose abgesehen, ist sie eine **Ersatzvergabe**. Dabei haben die meisten Substituierten für sich keine Vorstellung, ihr Empfinden auf absehbare Zeit anders als durch die Zufuhr psychotroper Substanzen regeln zu können, die Suchtdynamik bleibt im Kern erhalten. Daher ist der Schritt von der Substitution zum „Beikonsum“ auch sehr klein.

Für die ersten substituierten Klienten die wir aufnahmen war der Aufenthalt auf dem Faßbacher Hof eine relativ privilegierte Situation. Insbesondere erschien es ihnen möglich von der angestammten Szene zu distanzieren. Ein Klient formulierte dies einmal so:

„Nimm nicht zu viele von uns auf, dann funktioniert das nicht mehr“. (Thomas s.)

Die Substitution selbst war keine „Standardbehandlung“ und stand keineswegs allen offen. Im Unterschied dazu wird heute **flächendeckend substituiert**. Dabei gibt es keine einheitlichen Standards (z.B. zur Take-Home-Vergabe). Dies hat zur Folge, dass heute jeder Substituierte sich sicher sein kann weiter substituiert zu werden – **und zwar unabhängig von Quantität und Qualität seines Beikonsums**.

Positiv an dieser Entwicklung sind die Reduktion der Mortalitätsraten und die Verhinderung weiterer Verelendung. Andererseits scheint der **Anreiz zu Verhaltensänderungen** heute deutlich reduziert. Diese Beobachtung scheinen viele langjährig tätige qualifizierte Einrichtungen zu teilen.

In der Folge ist im stationären Bereich zu verzeichnen, dass fast alle neu aufgenommenen Substituierten wie selbstverständlich davon ausgehen, einen Beikonsum fortzuführen. Im ambulanten Bereich ist ein „Ärzte-Hopping“ bei gravierendem Beikonsum nicht ungewöhnlich.

Der Aspekt des Betreuten Wohnens:

Bis Mitte der 2000er Jahre war auch das Betreute Wohnen ein privilegiertes Angebot. Dies hat sich durch die Explosion der – nicht immer qualifizierten – Anbieter deutlich verändert. Es findet keine „Selektion“ nach positiver Prognose statt. Vielmehr kann sich jeder substituierte und nicht substituierte Suchtkranke heute sicher sein, ein Betreutes Wohnen zu erhalten, wenn er die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe für Behinderte erfüllt – und zwar unabhängig vom Ausmaß seines Konsums. Auch dies hat eine positive Seite: dauerhaft konsumierende Menschen fallen nicht ins Bodenlose.

Weitere soziale Faktoren:

In die gleiche Richtung wirken weitere Verbesserungen: So hat die Drogenhilfe Köln ihren „Druckraum“ mangels Bedarf geschlossen und dies (wohl zu Recht) mit der verbesserten Wohnraumversorgung im Zuge einer besseren Psychosozialen Begleitung begründet. („Der Kölner Junkie setzt sich seinen Druck auf dem Wohnzimmersofa“).

Deutlich reduziert sind auch – allerdings durch Verschlechterungen - die Anreize, die durch eine Integrationsperspektive auf dem Arbeitsmarkt entstehen könnten. Hierzu gehören insbesondere rasche Frühverrentungen wegen Erwerbsunfähigkeit.

Ein hypothetisches Szenario **Klient XY denkt:**

„Wenn ich sowieso

- *Auf Dauer psychisch krank bin*
- *Immer auf Methadon bleibe*
- *Eine schöne Wohnung habe*
- *Mit meiner ebenfalls konsumierenden Freundin zusammenlebe*
- *Regelmäßig Besuch von einem netten Sozialarbeiter bekomme, der mich bei Krisen unterstützt*
- *mein Lebensunterhalt auf Dauer gesichert ist;*

warum soll ich mich dann dem aussichtslosen Unterfangen unterziehen

- *mir jeden Kick zu verkneifen*
- *nicht auch die eine oder andere Psychose zu riskieren*
- *meine Beziehung aufs Spiel zu setzen, weil meine Freundin konsumieren will*
- *und jeden Tag arbeiten gehen ohne viel mehr Geld zu haben?“*

Ambulante und stationäre Betreuung:

Seit der Eröffnung des Betreuten Wohnens haben wir (auch als einer der ersten Träger) unser tagesstrukturierendes und arbeitstherapeutisches Angebot für Ambulant Betreutes Wohnen geöffnet. Nach der Einführung entsprechender Kostenregelungen (LT 24) ist dies deutlich expandiert: An den tagesstrukturierenden Angeboten des FH nehmen heute mehr ambulant betreute Klienten teil. Dabei ist allgemein bekannt, dass die Mehrheit von ihnen – mehr oder weniger – konsumiert.

Positiv ist hieran: Den ambulant betreuten Klienten verleiht die Teilnahme am tagesstrukturierenden Angebot oft ein Minimum an Stabilität. Den stationär betreuten Klienten bleibt von Beginn an die Perspektive eines „Lebens nach dem Faßbacher Hof“ erfahrbar. Dies stellt einen erheblichen Fortschritt dar, wenn man berücksichtigt, dass in den 80er und 90er Jahren viele Klienten deutliche Hospitalisierungsschäden hatten, weil es keine ambulante Perspektive gab.

Andererseits können sie sich auch sagen: „Meine Arbeit auf dem Faßbacher Hof habe ich auch dann, wenn ich weiter trinke“.

VII. Reale Ergebnisse des Ambulant Betreuten Wohnens

Im Vorfeld unserer Klausur habe ich Euch eine statistische Auswertung (15 Jahre Betreutes Wohnen) zu kommen lassen.

Hierzu einige Akzentuierungen:

- Nach unseren Statistiken hatten wir in den letzten 15 Jahren 94 Klienten im Betreuten Wohnen, aktuell sind es 43. Hiervon sind im Verlauf der Jahre nur zwei (!) Klienten in ein selbständiges Wohnen **ohne Betreuung und ohne bekannte Suchtmittelrückfälle** verzogen. Hinzu kommen (im Verlauf von über 20 Jahren) 4 Klienten, die aus der stationären Einrichtung heraus ohne Betreutes Wohnen abstinent lebten. Hieraus leitet sich für mich logisch ab: Die Mehrheit unserer Klienten wird lebenslang auf eine Form des Betreuten Wohnens angewiesen sein. Für die Mitarbeiter des Ambulant Betreuten Wohnens scheint mir wichtig zu sein, sich durch äußere Erwartungen nach raschen und „messbaren“ Ergebnissen im Rahmen des Hilfeplanverfahrens nicht unter Druck setzen zu lassen. Sie haben dabei die „Rückendeckung“ der Leitung.
- Schon im Jahre 2009 führten anonym wir eine „Zufriedenheitsbefragung“ durch. Hierbei gab es einen signifikanten Unterschied: Die ambulant betreuten Klienten bewerteten ihre gegenwärtige Wohnsituation mit fast 100% als „positiv“, die stationär betreuten mit nur ca. 40%. Andererseits ist KEIN Fall bekannt, bei dem es im Ambulant Betreuten Wohnen WENIGER Rückfälle gegeben hat als im stationären Rahmen. Das heißt in der Konsequenz: „Übergeordnete“ Kriterien wie persönliche Selbständigkeit und Zufriedenheit spielen eine erheblich höhere Rolle als die Substanzfreiheit. Im Ergebnis spricht dies dafür, dass aus Sicht der Betroffenen die ambulante Betreuung eine langfristige Perspektive, der Wohnheimaufenthalt eher eine passagere Lösung ist. Ausgenommen hiervon sind u.U. einzelne stark hospitalisierte Klientinnen und Klienten.

- In der statistischen Auswertung über 15 Jahre zeigt sich m.E. eine relativ zuverlässige Angabe darüber, wie die Klienten außerhalb stationärer Einrichtungen zur Frage des Substanzkonsums verhalten. Wir haben hierbei differenziert nach zwei Faktoren: Welche Zielsetzung haben die Klienten subjektiv? Was können sie erreichen oder nicht?

Auswertung 15 Jahre Betreutes Wohnen: Ziele und tatsächliches Konsumverhalten

Ziele		Tatsächliche Entwicklung	
Abstinenzziel (auch mit Rückfällen)	39 41,5 %	Abstinenz gelingt im Wesentlichen:	23
		Abstinenz mit Rückfällen:	6
		Schwere Rückfälligkeit:	10
		Hiervon: alkoholbedingte Todesfälle (1):	4
Kontrollierter Konsum	20 21,7%	Kontrollierter Konsum gelingt im Wesentlichen:	10
		Kontrollierter Konsum eskaliert phasenweise:	8
		Kontrollierter Konsum scheitert:	2
		Hiervon: Alkoholbedingte Todesfälle:	1
Substitution ohne Beikonsum	9 9,6%	Substitution ohne Beikonsum gelingt im Wesentlichen:	5
		Substitution ohne Beikonsum mit Rückfällen:	3
		Dauerhafter Beikonsum:	1
		Suchtmittelbedingte Todesfälle:	0
Substitution mit Beikonsum	16 17,0%	„Kontrollierter“ oder mäßiger Beikonsum:	1
		Zeitweise oder ganz eskalierender Beikonsum:	15
		Suchtmittelbedingte Todesfälle:	0
Keine Zuordnung	10		
Gesamt	94		

(1) teilweise nach Betreuungsende

Ein zweites wesentliches Ergebnis der statistischen Auswertung ist der nach wie vor geringe Teil von chronischen Psychosekranken im Ambulant Betreuten Wohnen.

Anteil im Wohnheim (mit AWG): 63%

Anteil im Betreuten Wohnen: 30,2%

Zweifellos hängt dies mit der Schwere der Erkrankung zusammen, aber auch damit, dass wir Psychosekranken noch eher hospitalisieren. Ich denke, wir müssen im Wohnheim noch mehr lernen, die meisten unserer psychotischen Bewohner nicht als Wohnheimbewohner sondern als zukünftige Nutzer des Betreuten Wohnens zu betrachten.

Dazu sollten wir uns am Beispiel der heutigen Klienten im Betreuten Wohnen mit der Frage beschäftigen: Was hält sie stabil?

Hierzu gehört auch die Frage, ob wir für sie andere Betreuungsformen als das Betreute Einzelwohnen brauchen. Hierzu sollten die Erfahrungen des Appartementhauses und der „WG“ Berliner Straße ausgewertet werden.

VIII. Versuch eines Resümees: Was können wir beeinflussen, was nicht?

Ich habe hier eine Reihe von objektiven Veränderungen angeführt, um mich der Frage zu nähern, was wir in unserem Wohn- und Betreuungsverbund in der Zukunft erwarten können und was nicht.

Zusammengefasst gehören hierzu:

1. Die Substitution hat sich zu einer Regelversorgung entwickelt, was aber auch die Anreize zu Veränderungen reduziert.
2. Das Betreute Wohnen ist nicht mehr ein privilegiertes Angebot für Klienten mit Abstinenzperspektive, auch dies verringert die Anreize zu Veränderungen.
3. Wir haben die stationäre Einrichtung weit geöffnet. Dadurch hält die Realität Einzug, dass für einen nicht unerheblichen Teil der Klienten Abstinenz keine wirklich realistische Perspektive ist.

Ein Teil dieser Veränderungen beruht auf Faktoren, die wir nicht beeinflussen können, insbesondere neue – durchaus fortschrittliche – Finanzierungsregelungen.

Ein Teil davon sind „hausgemachte“ Faktoren. Dies gilt insbesondere für zwei Grundsatzentscheidungen:

1. Die Entscheidung zur Aufnahme substituierter Klienten mit psychiatrischer Komorbidität
2. Die Entscheidung zur Öffnung der Einrichtung für ambulant betreute Klienten, insbesondere im Bereich der Tagesstruktur.

Bei beiden Entscheidungen müssen wir feststellen, dass wir Dynamiken ausgelöst haben, die wir in ihrer ganzen Tragweite vorher nicht kannten.

Dennoch kann es ein „Zurück“ meines Erachtens nicht geben.

Die theoretischen Alternativen wären eine abstinenzorientierte Einrichtung und ein weitgehend abstinenzorientiertes Betreutes Wohnen - wie in den 80er und 90er Jahren.

Dies könnte nur mit einem Bruchteil unserer gegenwärtigen (und zukünftigen) Klientel realisiert werden.

Darüber hinaus hätte es einen gravierenden fachlichen Nachteil: Die Erfahrungen des Betreuten Wohnens lehren uns, dass eine Abstinenz im stationären Rahmen nur begrenzte Prognosen über das Verhalten in einem freieren Rahmen zulässt. Ein gutes Beispiel hierfür sind diejenigen Alkoholabhängigen, die im stationären Rahmen problemlos „laufen“, im ambulanten Bereich aber in kürzester Zeit bis zu einem lebensbedrohlichen Kontrollverlust rückfällig werden.

Menschen, die nicht durch eine stationäre Kunstwelt abgeschottet waren, vielleicht häufig rückfällig wurden, die Erfahrungen sammelten, dass auch dies keine lebensbedrohliche Katastrophe werden muss, haben langfristig manchmal eine **bessere** Prognose.

Für die Mitarbeiter im stationären Bereich scheint mir die entscheidende Frage zu sein: „**Auf welche Zukunft bereiten wir unsere Klienten eigentlich vor?**“

Als einer der wenigen Teammitglieder nehme ich regelmäßig an allen unseren Teams teil.

Hierbei fallen mir mehrere signifikanter Unterschiede auf:

- Im Team Betreutes Wohnen nehme ich wahr, dass die Mitarbeiter trotz einer relativ hohen Arbeitsbelastung im Schnitt deutlich gelassener und entspannter mit Krisen, Rückfällen, eventuell auch dauerkonsumierenden Klienten umgehen. In den stationären Teams (Wohnheimteam und AT-Team) spüre ich häufig einen deutlich höheren psychischen Druck in vergleichbaren Situationen.
- Im Betreuten Wohnen erlebe ich häufig die Haltung „man muss die Dinge sich entwickeln lassen“. In den stationären Teams erlebe ich häufig den Zwang zu raschen Entscheidungen.

Bei der Frage, warum dies so ist, möchte ich wieder zwischen Faktoren unterscheiden, die wir beeinflussen und die wir nicht beeinflussen können.

- Nicht beeinflussen können wir die Tatsache, dass beim gruppenweisen Zusammenleben im Faßbacher Hof schneller eine destruktive Gruppendynamik im Sinne gegenseitiger „Ansteckungseffekte“ entsteht. In solchen Situationen ist es nötig „gegenzusteuern“. Die konzeptionellen Festlegungen des Ambulant Betreuten Wohnens (langfristige Begleitung auch bei kontrolliertem Konsum) für das Wohnheim zu übernehmen erscheint mir daher nach wie vor nicht sinnvoll.
- Beeinflussen können wir unsere eigenen Erwartungshaltungen im Sinne einer „**Dissonanzreduzierung**“. Haben wir bewusst oder unbewusst den Anspruch, (alle) unsere Klienten auf ein Leben in Abstinenz oder Beikonsumsfreiheit vorzubereiten entsteht zwangsläufig eine große Dissonanz zwischen Erwartungen und Realentwicklung. Dies kann unsere eigene Arbeitszufriedenheit deutlich beeinträchtigen.
Halten wir uns vor Augen, dass wir unsere Klienten auf eine Zukunft vorbereiten, in denen viele von ihnen andere Lösungsversuche unternehmen werden, findet eine „Realitätskorrektur“ statt. Krisen, Konsum- und Rückfälle können wir dann vielleicht „gelassener“ nehmen, was eine gelegentlich notwendige „Trauerarbeit“ über das Scheitern eigener Ansprüche nicht ausschließt.

In diesem Sinne kann die Beschäftigung mit den Erfahrungen des Betreuten Wohnens im ganzen Wohn- und Betreuungsverbund zu Realismus und Arbeitszufriedenheit beitragen.