

ERGEBNISSE AG 2: BETREUTES WOHNEN (BeWo) FÜR KOMORBID ERKRANKTE

Die 37 Teilnehmer der AG äußerten zunächst verschiedene aus ihrer Sicht bestehende Probleme. Dazu gehörten:

Antragsverfahren BeWo:

- * schwierige Antragstellung beim Kostenträger
- * unzureichende Möglichkeiten der Zeit-Beantragung
- * Gefahr der Unterwanderung des Datenschutzes durch Anforderung von immer mehr Belegen

Integration in Arbeit

- * fehlende Flexibilität bei den Werkstätten für behinderte Menschen
- * generell unzureichende Möglichkeiten, überhaupt eine Beschäftigung zu finden

Psycho-therapeutische Behandlung

- * fehlende Psychotherapie-Plätzen für nicht abstinente Klienten
- * prinzipielle Schwierigkeiten, zeitnah freie Psychotherapie-Plätze zu finden
- * Versorgungslücken im Hinblick auf substitutions-gestützte Therapie-Einrichtungen

Gesellschaftliche Aspekte

- * nach wie vor festzustellende Stigmatisierung von suchtkranken Menschen
- * Erschwerung der Integration von gesellschaftlichen "Randgruppen" allgemein und Menschen mit psychischer- und Suchterkrankung im Besonderen durch das Auseinandergehen der sozialen Schere

Einrichtungsbezogene Aspekte

- * Gefahr der kontinuierlichen Überschreitung der Grenzen der Mitarbeiter (gerade im stationären Setting bei komorbiden Störungen, bspw. Suchterkrankung und Borderline-Persönlichkeitsstörung)

Welche besonderen Merkmale hat KOMO e.V. in der Arbeit mit komorbid erkrankten Menschen entwickelt?

a) Etablierung besonderer Strukturen oder Angebote

Ein besonderes Augenmerk legten die Teilnehmer auf die Frage der Etablierung spezieller Strukturen oder Angebote für komorbid erkrankte Menschen. Hier konnten genannt werden:

- * eine konsequente Zusammenarbeit innerhalb des (suchtspezifischen und psychiatrischen) Hilfesystems (mit z.B. behandelnden Ärzten, Kliniken, gesetzlichen Betreuern, Suchtberatungsstellen, Arbeits- und Beschäftigungsangeboten aller Art) zur Herstellung von Transparenz; zur Entwicklung möglichst passgenauer und aufeinander abgestimmter Hilfen und Ermöglichung zeitnaher Interventionen.
- * für besondere Krisensituationen konnten bei besonders gefährdeten Klienten Alternativen zu den im allgemeinen einzuhaltenden Zugangswegen für die Inanspruchnahme stationärer Hilfen (z.B. Entgiftungsplatz) erarbeitet werden (Erlassen der Motivationsprüfung, "kurze Wege");
- * einzelne Psychiater bieten für den Notfall die Möglichkeit von Hausbesuchen an o.ä.
- * Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung können u.U. über eine Ausschöpfung aller kassenärztlichen Möglichkeiten (Plätze bei Therapeuten ohne Kassenzulassung nach Nachweis erfolgloser Bemühungen) überbrückt werden (bei dem Vorgang benötigen Klienten i.d.R. intensive Unterstützung).
- * Die Klienten von KOMO e.V. entbinden für spezielle Krisensituationen (die dann jeweils im Rahmen der Zusammenarbeit zu präzisieren sind) die zentralen Mitarbeiter innerhalb des Hilfesystems von ihrer Schweigepflicht, damit (überlebens-) wichtige Informationen weitergeleitet werden können und eine gemeinsame Hilfestrategie verfolgt werden kann. Allerdings gilt hier, dass wir uns innerhalb bestehender Strukturen bewegen und die jeweils notwendigen "kurzen" "Wege individuell mit den beteiligten Personen innerhalb des Hilfesystems gemeinsam entwickelt werden müssen – aber auch entwickelt werden können. Für eine Verbesserung der Qualität des Ambulant Betreuten Wohnens für suchtkranke (oder

komorbid erkrankte) Menschen innerhalb der StädteRegion Aachen und zur besseren Kommunikation mit dem Kostenträger hinsichtlich fachlicher Fragen ist KOMO e.V. Mitglied im Qualitätszirkel BeWo-Sucht innerhalb der Städtereion Aachen.

Eigene besondere Angebote jenseits der innerhalb des Ambulant Betreuten Wohnens bestehenden Möglichkeiten hat KOMO e.V. nicht entwickelt – Ziel des Vereins ist ein qualitativ gutes BeWo-Angebot für komorbid erkrankte Menschen.

b) Wesentliche Faktoren für die Ausgestaltung eines förderlichen Arbeitsprozesses im Ambulant Betreuten Wohnen für komorbid erkrankte Menschen

Hier konnten aufgrund des Zeitmangels und der Heterogenität von Ausgangslagen, Krankheitsbildern und Ressourcen der Klienten nur zentrale Ansätze skizziert werden:

- * Wesentliche Voraussetzung für eine Zusammenarbeit ist die Formulierung von Zielen (Veränderungs- oder Erhaltungsziele), die von Klienten und aus fachlicher Sicht gemeinsam getragen werden können zur Stabilisierung der psychosozialen Situation des Klienten
- * der Klient muss "abgeholt werden da, wo er steht", d.h. seine Lebenserfahrung incl. seiner empfundenen Abhängigkeit von einem Suchtmittel zur "Überlebensfähigkeit" ist absolut ernst zu nehmen
- * grundsätzliche Orientierung an der Hilfe zur Selbsthilfe; Ressourcen- und Zielorientierung; Vermitteln eines "therapeutischen Optimismus"

- * Welche Funktion erfüllt das Suchtmittel innerhalb der psychiatrischen Problematik?
 - a) "obsessive craving": Das Suchtmittel dient eher der Aufrechterhaltung von psychiatrisch auffälligen Symptomen – (z.B. Kokain-Konsum in manischen Phasen): Hier: Notwendigkeit von Begrenzung (Entgiftung), da sonst keinerlei konstruktive Zusammenarbeit möglich
 - b) "relief-craving": Das Suchtmittel dient dazu, als unerträglich empfundene Erlebnis-Zustände zu minimieren. Grundlegende Akzeptanz der Tatsache, dass das Suchtmittel das unmittelbarste und effektivste Mittel zur Milderung der Erlebniszustände ist.

- * Weniger theoretischer Input (meist gab es schon ein Vielfaches an Psychoedukation usw.), vielmehr gemeinsame und an der gemeinsamen Erfahrung orientierte Erarbeitung der Nachteile des Suchtmittelkonsums insb. bei der Verfolgung der selbst gesteckten Ziele;
- * Unterstützung bei der Differenzierung von kurzfristiger Entlastung versus mittel- bis langfristiger Verbesserung; Erarbeiten von Alternativen (ggf. psychiatrische Medikation; Erinnern an in anderen Kontexten - psychiatrische Aufenthalte, Suchtberatungsstellen, Langzeittherapien usw.- erarbeitete(s) Verständnis und Verhaltensstrategien, Übertragen in den aktuellen Alltagskontext, Entwickeln kleinstufiger Übungsschritte usw.);
- * bei der Kontaktgestaltung: Ausdrückliches Formulieren des Nicht-in-Konkurrenz-Tretens zum Suchtmittel (statt dessen Angebot einer tragfähigen, langfristig verlässlichen Beziehung)
- * Identifizieren der kleinsten erfolgversprechenden Herausforderung (bzgl. Tempo, Dichte und Umfang) zur Ermöglichung von Erfolgserlebnissen
- * sukzessives Heranführen an Momente relativen Wohlbefindens ohne Suchtmittel (Genusstraining)
- * Arbeit mit Selbstbeobachtungsbögen (Handwerkszeug zur Realitätsprüfung, zum Verständnis/zur Rekonstruktion von Zusammenhängen und als Mittel der Selbstkontrolle)
- * Erarbeiten und Einüben von alltagstauglichen Möglichkeiten der Selbstfürsorge ("Strukturierung der Tristesse"); sukzessive Überführung von als außergewöhnlich erlebten Strukturpunkten des Tages in habitualisierte Verhaltensweisen ("Darüber diskutiere ich mit mir nicht mehr" – z.B. jeden Abend wird gespült); Entlastung und Halt durch selbstverständliche Alltagsstrukturen
- * ggf. Respektieren von kontrolliertem Konsum (z.B. bei psychotischen Klienten, deren Symptome durch Medikamente nicht ausreichend gemildert werden können, Toleranz einer bestimmten Menge an Alkoholkonsum am Abend zur Beruhigung)