

# **Verantwortungsvolle Wege aus dem therapeutischen lock-down entwickeln**

## **Arbeitspapier für das Team des Faßbacher Hofs**

### **I. Vorbemerkung**

Fast genau seit Mitte März war auch unser Wohn- und Betreuungsverbund zu zahlreichen Restriktionen auf Grund der „Corona-Krise“ gezwungen. Wir haben dabei – häufig durch Anweisungen der Leitung ohne Teamdiskussion - eine Reihe von Veränderungen und Einschränkungen durchgeführt, die in der Summe und in ihren Wechselwirkungen das Gesicht unserer Einrichtungen teilweise wesentlich verändert hat.

Neben positiven Erfahrungen, wie dem zunächst drastischen Rückgang der Rückfälle in der stationären Einrichtung, ist durch viele Veränderungen eine deutliche Verringerung der therapeutischen Möglichkeiten und der therapeutischen Qualität zu verzeichnen. Daher die Überschrift „therapeutischer lock-down“.

Seit Mitte Mai haben wir auf verschiedenen Gebieten – z.B. bei den tagesstrukturierenden Angeboten – mit der Behebung dieser „Kollateralschäden“ begonnen, stehen aber insgesamt noch am Anfang bei der Wiederherstellung relativ normaler Verhältnisse. Dies muss schrittweise und unter Berücksichtigung des weiter bestehenden notwendigen Infektionsschutzes geschehen.

Dieses Arbeitspapier dient dazu, eine Zwischenbilanz zu ziehen und verantwortbare Veränderungen zu definieren. Hieran sollen die Teams beteiligt werden. Teilweise unterbreite ich dabei eigene Vorschläge, teilweise formuliere ich Fragen. Wir müssen also die Schwarmintelligenz bemühen.

Im dritten Teil geht es darüber hinaus um den Versuch, vorläufig zu beschreiben, wie sich die geänderten Bedingungen auf die psychische Situation unserer Klient\*innen (einschließlich des Suchtmittelkonsums) bisher ausgewirkt haben und welche Schlussfolgerungen für die Zukunft wir diskutieren sollten. Daher erhalten dieses Papier auch die verantwortlichen Ärzt\*innen in der LVR-Klinik Langenfeld.

Das Papier soll im Verlauf des Monats Juni in den einzelnen Teams diskutiert werden, um danach die nötigen Beschlüsse durch die neue Leitung fällen zu können.

### **II. Einschränkungen und Lösungsmöglichkeiten**

Allgemein drehen sich die Änderungen der letzten Monate um Kontaktreduktion nach außen (Besuchseinschränkungen, Einschränkungen der Mobilität) und nach innen (Einschränkungen der Gruppenangebote und der tagesstrukturierenden Angebote).

Zudem wurde der integrative Wohn- und Betreuungsverbund mit offenen Gruppengrenzen tendenziell in seine Einzelbestandteile „zerlegt“ (Wohnheim, AWG, Wohnhäuser Schildgen und Mauspfad, Klient\*innen in eigenen Wohnungen). Auch die Kontaktdichte im Team wurde entlang dieser Linien reduziert.

## II.1 Tagesstrukturierendes Angebot

Eine Schlüsselrolle hat bei dieser Segmentierung das tagesstrukturierende Angebot.

Mit den Betretungsverboten Mitte März entfiel von einem Tag auf den anderen das tagesstrukturierende Angebot für die Klientinnen der AWG und des Ambulant Betreuten Wohnens (ca. 50% der Teilnehmer\*innen).

Damit wurde ein Kernelement unseres Betreuungskonzeptes außer Kraft gesetzt. Das tagesstrukturierende Angebot halten wir seit ca. 20 Jahren für ambulant und stationär betreute Klienten gemeinsam vor. Dies hat sich bewährt. Es öffnet die stationäre Einrichtung nach außen, vermindert Institutionalisierungsschäden durch lange Heimaufenthalte und verhilft vielen ambulant betreuten Klient\*innen zu einer höheren Stabilität durch eine sinnhafte Tätigkeit.

Auch für die stationären Bewohner\*innen musste ein Teil der Angebote reduziert werden. Der beliebteste Tagesstrukturbereich Küche musste aus Infektionsschutzgründen für Klient\*innen gesperrt und damit eingestellt werden. Durch diese Maßnahmen ist eine echte Notlage in der Betreuung entstanden.

Zu ihrer Überwindung haben wir folgende Dinge schon angegangen:

Wir können wieder jedem Teilnehmer ein Tagesstrukturangebot machen. Allerdings findet es möglichst wohnortnah statt (im Wohnheim, in der AWG, auf unseren Außengrundstücken, teilweise in eigenen Wohnungen). Hierzu wurde die „Gartengruppe 2“ installiert. Mit den Erfahrungen stehen wir noch am Anfang.

Damit ist möglicherweise eine Notlage behoben, aber noch kein integriertes Konzept wiederhergestellt. Im Unterschied zu WfBs und tagesstrukturierenden Solitäreinrichtungen ist das tagesstrukturierende Angebot räumlich eng mit dem Wohnheim verknüpft. Eine Öffnung ist nicht möglich, ohne auch mögliche neue Infektionsketten in das Wohnheim in Kauf zu nehmen.

Dies ist aktuell noch nicht vertretbar. Vermutlich ist hierfür zunächst eine weitere deutliche Entspannung der epidemiologischen Lage nötig. Eventuell muss perspektivisch darüber nachgedacht werden, ob zunächst diejenigen Teilnehmer\*innen zurückkehren können, die unter vergleichbaren Bedingungen des Infektionsschutzes leben. Vermutlich empfiehlt sich auch später eine Kombination von Innen- und Außenstandorten.

In den bestehenden Arbeitsbereichen müssen wir vermutlich noch länger auf Abstandsgebote achten. Der Plan für das gemeinsame Frühstück in den Arbeitsgruppen sollte daher zunächst weiter ausgesetzt bleiben.

Ein gravierendes Problem ist die Wiedereröffnung eines Arbeitsbereichs Küche. Hier handelt es sich um einen infektionstechnisch extrem sensiblen Bereich, da die Tätigkeit in die „Heimversorgung“ einfließt. Wir sollten daher Übergangslösungen für die Zeit bis zu einer evtl. Wiedereröffnung entwickeln. Macht es zum Beispiel Sinn neben der „Heimversorgung“ Kochkurse und Kochtrainings anzubieten? Für wen? Mit welchen Hygienerichtlinien? Mit welchem Anleitungspersonal?

## II.2 Offenheit versus Abschottung

Offenheit nach innen und außen gehört zum „Markenkern“ des Faßbacher Hofes und unterscheidet uns positiv von oft stark reglementierten und abgeschlossenen Strukturen in klassischen „Suchteinrichtungen“.

Die spezifische, häufig für Besucher auf den ersten Blick erkennbare offene Atmosphäre ist derzeit deutlich eingeschränkt. Dies ergibt sich aus unterschiedlichen Faktoren: der Abwesenheit der ambulanten Klient\*innen, den besonderen Regelungen für Besuche, den Empfehlungen, die Einrichtung nicht zu verlassen. Teilweise verzichten Klient\*innen auch aus einer ängstlichen Grundstimmung heraus auf gewohnte Außenkontakte (auch zu Angehörigen) und ziehen sich auch aus Binnenkontakten zurück. Kurzfristig hat dies vermutlich eine Schutzfunktion erfüllt. Mittlerweile sind aber gegenläufige Tendenzen zu beobachten. Kontakteinschränkungen fangen an, zu Verstimmungen und teilweise latenter Depressivität und Aggressivität zu führen, was durchaus als normale Reaktion auf restriktive Lebensbedingungen gewertet werden kann.

Da es zu dem Thema Ausgang, Besuche und Übernachtungen außer Haus ein eigenes Papier gibt, hier nur einige grundsätzliche Aspekte. Für alle gilt: „soweit der Infektionsschutz es zulässt“.

In der Corona-Krise ist die Versuchung für uns groß, aus berechtigter Sorge Angst heraus Kontakte generell negativ zu konnotieren. Dies geschieht teils reflexhaft und wenig bewusst.

Andererseits können wir davon ausgehen, dass mit den allgemeinen Lockerungen stationäre Klienten sich teilweise wieder mehr nach außen bewegen werden. Wir werden also vor der Aufgabe stehen, dies in der Betreuung zu begleiten. Die Frage, wie sie dies verantwortungsvoll gestalten können muss zum ständigen Gesprächsthema mit den Betreuer\*innen werden.

„Lockerungen“ gibt es auch bei den Besuchsregelungen. Unter anderem soll nach der aktuellen Allgemeinverfügung Besuch unter bestimmten Bedingungen auch in Einzelzimmern stattfinden können. Wir sollten daher beraten, wann und wie wir das zumindest für solche Besucher\*innen umsetzen, die wir aus eigener Kenntnis für ausreichend verantwortungsbewusst halten (zum Beispiel Angehörige).

Während der Besuchseinschränkungen hat sich bei einem Teil unserer Klient\*innen gezeigt, dass auch von uns als „problematisch“ angesehene Familienkontakte eine große Bedeutung haben können. Wir sollten daher die Frage diskutieren, ob wir die früher erheblich intensivere „Angehörigenarbeit“ wieder verstärken können. Hierzu können regelmäßige Gespräche über den Kontakt während des stationären Aufenthaltes gehören. Selbstverständlich müssen hierbei die Vorgaben des Bewohners und unsere Schweigepflicht beachtet werden. Dies gilt auch für andere intensive Kontakte wie Paarbeziehungen und enge Freundschaften. Gelungene Erfahrungen belegen, dass dies auch zum Wohlbefinden unserer Klient\*innen beitragen kann.

Dies könnte als „begleitete Öffnung“ beschrieben werden.

### **II.3 Selbstversorgung und Eigenverantwortlichkeit**

In der stationären Einrichtung ist die Entwicklung im Jahr 2020 paradox.

Noch zu Jahresbeginn haben wir als vermutlich einzige Einrichtung in NRW im Zuge der Umsetzung des BTHG darauf bestanden, dass unsere Bewohner\*innen den vollen Regelsatz erhalten und keine Abzüge für „Heimversorgung“ in Ansatz gebracht. Neben größerer finanzieller Autonomie und Gleichstellung mit nicht behinderten Menschen war hier die Aufrechterhaltung unseres seit Bestehen des Faßbacher Hofs praktizierten Selbstversorgungsgrundsatzes ein zentraler Grund.

Um Kontakte und Ausgänge zu reduzieren sind wir im März zu Sammeleinkäufen von Lebensmitteln für fast alle Bewohner\*innen übergegangen. In Zusammenhang mit anderen Restriktionen fördert dies m.E. übermäßig Passivität, Abgabe von Verantwortung und Regression. Da Menschen sich an solche Muster rasch gewöhnen sollten wir diese Praxis so bald wie möglich schrittweise zurückführen.

Im Lauf der nächsten zwei Monate sollten die Bezugsbetreuer\*innen drei Gruppen definieren: Bewohner\*innen, die, vor allem aus gesundheitlichen Gründen, weiter versorgt werden müssen; Bewohner\*innen, bei denen begleitete Einkäufe sinnvoll sind; Bewohner\*innen, die ihre Einkäufe wieder ganz selbständig tätigen.

### **II.4 Gruppenangebote**

Eine wesentliche Beeinträchtigung der Betreuungsangebote ist die Reduktion der Gruppenangebote.

Im Betreuten Wohnen betrifft dies die vorübergehende Einstellung der Gruppenangebote im Wohnhaus Mauspfad. Im stationären Bereich geht es um die Beschränkung der Kleingruppensitzungen in den Wohngruppen und in der AWG auf ein Minimum sowie die Einstellung der wöchentlichen Hausversammlungen (Großgruppe).

Das Problem besteht darin, dass in der stationären Einrichtung selbstverständlich Gruppendynamiken weiterwirken, aber eher spontan und unter der Oberfläche wuchern und nur noch wenig bearbeitet werden können. Außerdem sind die Möglichkeiten, „gemeinschaftsbildend“ zu wirken und gemeinsame Anliegen zu bearbeiten reduziert.

Wir sollten diskutieren, ob, wie und wann wir zu regulären Kleingruppensitzungen unter Beachtung der Mindestabstandsregelungen zurückkehren können.

Eine Wiederbelebung der Großgruppe erscheint mir derzeit leider unrealistisch. Gibt es Ideen, ob und wie wir bis dahin andere übergreifende Kommunikationsformen etablieren können?

Auch für einige Spezialangebote gibt es noch keine Lösung. Die im Rahmen der Freizeitangebote sehr wichtigen Außenaktivitäten können noch nicht oder nur in sehr kleinem Umfang reaktiviert werden, da gemeinsame Fahrten mit Mindestabstand nicht möglich sind.

Unter welchen Hygienebedingungen das Akkupunkturangebot evtl. wieder möglich wäre, ist offen.

## **II.5 Teamstrukturen**

Allgemein gesprochen ist Teamarbeit ein Mittel zur Gewinnung von Erkenntnissen: Teammitglieder gewinnen aus unterschiedlichen Blickwinkeln unterschiedliche, häufig sich aber ergänzende Eindrücke von einem Klienten. Dies kann im gelungenen Fall zu einem Gesamtbild führen, das den Erkenntnissen des Einzelnen überlegen ist (eben: Schwarmintelligenz).

Durch die Verkleinerung der „Teambesprechungen“ und die Trennung zwischen Innenteam und Außenteam kommen zwangsläufig nicht mehr alle Aspekte zur Geltung. Dies beeinträchtigt Erkenntnis- und Betreuungsqualität zwangsläufig. Außerdem werden gemeinsame Beschlüsse erschwert, was ich in der Krise häufig durch Leitungsentscheidungen ersetzen musste.

Die Frage ist, in welchen Schritten wir hier wieder Normalisierungen schaffen können.

Die Unterscheidung zwischen Innenteam und Außenteam bedeutet, dass das Außenteam die unmittelbare Klient\*innenbetreuung durchführt und daher einen intensiven Klient\*innenkontakt hat. Nicht zu vermeiden ist, dass die Zusammensetzung des Außenteams bei Urlauben und anderen Ausfallszeiten sich verändert. Die Unterteilung heißt nach allen bisherigen Erfahrungen aber nicht, dass Mitglieder des Innen- und Außenteams untereinander keinen Kontakt haben.

Daher stellt sich auch die Frage, ob wir eine Form von Teamsitzungen finden, in denen Mitglieder des Innen- und Außenteams gemeinsam teilnehmen, wenn hierbei ein ausreichender Abstand gewährleistet werden kann. Regelmäßige Sitzungen des gesamten stationären Teams halte ich derzeit auf Grund der Größe und der eingeschränkten räumlichen Möglichkeiten noch nicht wieder für möglich. Dennoch stellt sich die Frage, ob repräsentativere Zusammensetzungen erreicht werden können, z.B.: wöchentliche Teambesprechungen aller Bezugsbetreuer\*innen plus Leitung; wöchentliche oder vierzehntägige Teambesprechungen Tagesstruktur plus Leitung. Weitere Vorschläge sind willkommen.

Entlang solcher Strukturen könnte dann auch ab Herbst eine Wiederaufnahme der Supervision in Untergruppen sinnvoll sein. Für das Ambulant Betreute Wohnen ist bereits festgelegt, dass regelmäßige Teamsitzungen mit Mindestabstand wieder stattfinden und die Supervision wieder aufgenommen werden kann. Für die Mitarbeiter\*in der Außenwohngruppe muss diskutiert werden, ob eine Rückkehr in die stationären Teambesprechungen Sinn macht oder die jetzige Regelung gewünscht und von Vorteil ist.

### **III. Erfahrungen mit psychischen Störungsbildern und Suchtmittelkonsum unter Corona-Bedingungen**

Bei aller Tragik der Epidemie könnte die Lage in den letzten drei Monaten auch als eine Art „Feldversuch“ zu der Frage angesehen werden, wie sich unter den geänderten Rahmenbedingungen die Störungsbilder entwickeln und welche Lehren wir daraus ziehen können. Dies ist selbstverständlich ausschnitthaft und provisorisch.

Eine erste Beobachtung ist, dass vor allem die am schwersten beeinträchtigten Klientinnen, die Gruppe der „chronisch akuten“ Psychosekranken, die Krise bisher deutlich besser überstanden hat, als wir angenommen hatten. Es hat nur einen stationären Aufenthalt (im Betreuten Wohnen) auf

Grund einer verstärkten psychotischen Symptomatik stattgefunden, bei der die Bedingungen der Corona-Krise wahrscheinlich eine geringe Rolle gespielt haben. Bei der Mehrheit der Klient\*innen ist keine Veränderung, in einigen Fällen eine Verbesserung eingetreten. Es waren in dieser Gruppe auch keine Medikamentenerhöhungen nötig.

Wir sollten darüber diskutieren, woran dies liegen kann. Meines Erachtens sind hier zwei Faktoren erwägenswert. Zum einen die Frage, ob Krisensituationen allgemein dazu befähigen, zumindest zeitweise höhere Ressourcen abzurufen; zum anderen die Frage, ob die Reduzierung von Reizen und Anforderungen aus der Außenwelt auch stabilisierend wirken kann. Wenn letzteres zutrifft könnte dies auch Auswirkungen auf die zukünftige Betreuung dieser Gruppe haben.

Eine zweite Beobachtung ist der deutliche Rückgang der Rückfälle im stationären Bereich.

Die erkannten Rückfälle sind zunächst fast auf „Null“ zurückgegangen, derzeit ist ein leichter Wiederanstieg zu verzeichnen.

Ein Faktor ist wahrscheinlich die Vergabe auf dem Hof bzw. an den Wohnorten der Bewohner\*innen durch Mitarbeiter\*innen. Der Kontakt zur Drogenszene im Umfeld und auf dem Weg zur Vergabe, der häufig Rückfälle triggert, wurde hierdurch von einem auf den anderen Tag abgeschnitten. Wie hoch der Anteil der Vergabe auf dem Hof wirklich ist, kann nicht abschließend bewertet werden. Eine Rolle könnten auch die generell geringeren Außenkontakte spielen. Hierfür spricht auch, dass der Rückgang auch die nicht substituierten Bewohner\*innen betrifft.

Generell hat sich der Wegfall der Ambulanzsprechstunden eher negativ ausgewirkt. Zwar funktionierte die Kooperation mit den behandelnden Ärzten, gelitten haben aber der enge Austausch und damit die enge Abstimmung zwischen unserer Betreuung und psychiatrischer bzw. suchtmedizinischer Betreuung. Eine Wiederaufnahme der Sprechstunden in der bisherigen Form ist derzeit nicht möglich, dies auch deshalb, weil es keine Möglichkeit gibt, Gruppen von Klient\*innen ohne Mindestabstand zu transportieren.

Im Umgang mit Rückfällen in der Einrichtung hat es mehrere Veränderungen gegeben:

Ab April haben wir Klinikaufnahmen praktisch verboten, wenn es keine zwingende medizinische Notwendigkeit gibt. Dies war vordergründig durch die Gefahr von Quarantänen veranlasst. Es entspricht aber im Grundsatz meiner Auffassung, dass die Behandlung immer so lange und soweit wie möglich in der Einrichtung stattfinden sollte. Der privilegierte Zugang zu Behandlungen in Langenfeld hat zur Kehrseite, dass die Versuchung groß ist, Klinikaufenthalte bewusst oder unbewusst auch aus Gründen der Absicherung einzuleiten, ohne dass sie unbedingt erforderlich sind. Andererseits werden die Möglichkeiten von Kliniken tendenziell überschätzt. Die Bearbeitung von Rückfällen in der vertrauten Umgebung und mit langjährigen Bezugspersonen kann einem stationären Aufenthalt durchaus überlegen sein, wenn parallel eine angemessene suchtmedizinische Behandlung stattfindet.

Im Umgang mit den vorhandenen Rückfällen haben wir in den letzten Wochen verstärkt Ausgangssperren ausgesprochen. Auch dies war nicht nur infektionspräventiv (z.B. bei Kontakten zur Drogenszene) begründet.

Die Unterbrechung von Rückfälligkeit durch Ausgangsbeschränkungen verbunden mit einer intensiven Betreuung im Haus kann eine sinnvolle und wirksame Alternative zu Klinikaufenthalten sein. Dies wurde früher häufiger praktiziert. Erst durch die Substitutionsregeln (Vergabe in der Ambulanz auch und gerade nach Rückfällen) wurde dieses Instrument für einen erheblichen Teil der Betroffenen obsolet und später kaum noch praktiziert.

Gerade weil wir in der Praxis längst auch in der stationären Einrichtung nicht mehr nur mit dem Ziel der Abstinenz, sondern auch mit dem Ziel der Konsumreduktion arbeiten, könnte dieses Instrument sinnvoll wiederbelebt werden, um Eskalationen zu unterbrechen. Wir sollten konzeptionell festschreiben, dass die Betreuung und Behandlung bei Konsumfällen in erster Linie in der Einrichtung, begleitet durch die behandelnden Ärzte, erfolgt.

Last not least muss erwähnt werden, dass wir in der „Corona-Krise“ in der stationären Einrichtung die routinemäßigen Atemluftkontrollen eingestellt haben (was im Betreuten Wohnen fast immer so ist). Vermutlich haben wir daher mehr nicht erkannte Rückfälle. Dies finde ich bislang wenig besorgniserregend, weil es auch heißt, dass die Betroffenen - zumindest so lange sie in der stationären Einrichtung leben - ein Minimum an Selbstkontrollfähigkeiten haben. Die Frage ist derzeit, ob und wie wir diese Konsumfälle besprechbar machen können.

Zusammenfassend würde ich im Verlauf der zweiten Jahreshälfte ein gemeinsames Gespräch zwischen den Verantwortlichen in der LVR Klinik und uns vorschlagen, um folgende Fragen zu lösen:

Wie kann die bewährte enge Verzahnung zwischen soziotherapeutischer Betreuung und psychiatrischer Behandlung in Zukunft organisiert werden? Wie kann und soll künftig die Vergabe stattfinden? Wie definieren wir künftig die Voraussetzungen für Klinikaufnahmen unter der Voraussetzung, dass die Behandlung schwerpunktmäßig bei uns stattfindet?

Ich bitte um lebhaftige Diskussion, Rückmeldungen und Lösungsvorschläge.

Wolfgang Krüger

8.6.2020

Der Autor, Wolfgang Krüger, war von 1989 bis 2020 Leiter des Wohn- und Betreuungsverbundes Faßbacher Hof und ist Vorstandsmitglied der DFPS