

II.A 3 Setting: Betreutes Wohnen

Aktuell sehen wir uns damit konfrontiert, dass Wohnraum insbesondere in den Großstädten immer teurer wird. Dies führt dazu, dass nicht nur Drogengebraucher_innen, sondern auch Familien mit geringem Einkommen, Geringverdiener_innen, Student_innen und viele Rentner_innen sich mit drohendem Verlust von Wohnraum konfrontiert sehen und kaum eine Chance haben neuen Wohnraum zu finden. Die Folgen sind, dass Hilfsangebote für Menschen auf der Straße überlaufen sind und die Zahl der Obdachlosen seit Jahren ansteigt. Vor allem der zunehmende Mangel an Sozialwohnungen (aktuell weniger als 1,5 Millionen) wirkt wie ein Trigger für eine zunehmende Zahl obdachloser Menschen.

Für Drogengebraucher_innen ist die Bewältigung des Wohnungsproblems in der Regel Voraussetzung für die weiteren Hilfen. Die Wohnung als persönlicher und privater Schutzraum ermöglicht erst die Bezugsbetreuung. Der Einzug in den Wohnraum des betreuten Wohnens gibt Klienten ein „Zuhause“ auf Zeit.

Im Betreuungskontext sollte jede_r Klient_in eine_n Bezugsbetreuer_in haben. Die Bezugsbetreuung ist eine persönliche, professionelle Beziehung, die sich im Laufe der Zeit entwickelt. Diese Betreuungsform schafft einen intensiven Kontakt zwischen Klient_in und Bezugsbetreuer_in.

In diesem Zusammenhang können ganz grundsätzliche, aber auch persönliche, evtl. mit Scham besetzte Themen besprochen werden.

Das Gespräch über die Kenntnis des Infektionsstatus sowie bereits erfolgte oder aktuelle antiretrovirale Therapien sollte ein wichtiges Thema zwischen Klient_in und Bezugsbetreuer_in sein. Im Rahmen solcher Gespräche gilt es sich einen Eindruck vom Wissensstand hinsichtlich Maßnahmen der Infektionsprophylaxe zu verschaffen. Darüber hinaus bietet ein intaktes Betreuungsverhältnis eine Möglichkeit über Risiken im Kontext von Drogengebrauch und Sexualität ins Gespräch zu kommen.

Nicht selten sind behandlungsbedürftige HCV-infizierte Klient_innen aufgrund eigener Vorerfahrungen oder aufgrund von Erfahrungsberichten anderer Bewohner_innen überaus zurückhaltend in Bezug auf eine erneute oder erstmalige Behandlung der HCV Infektion mit heute modernen Medikamenten, die sich grundlegend von bis 2015 verordneten Therapien unterscheiden.

Insbesondere das „Betreute Wohnen“ ermöglicht die Durchführung von Informationsveranstaltungen im Rahmen derer, neben einem erfahrenen Mediziner auch Drogengebraucher_innen teilnehmen sollten, die mit den neuen Therapien erfolgreich behandelt wurden. Diese Veranstaltungen sind nicht nur geeignet, um einen Wissenszuwachs zu erwirken, sondern sollten dazu benutzt werden um das Vertrauen der Bewohner_innen in moderne Behandlungsregime zu stärken.

Schadensminderung im Betreuten Wohnen

Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass auch das Betreute Wohnen ein Ort ist, an dem Drogen konsumiert werden und auch risikoreiche Verhaltensweisen an der Tagesordnung sind.

Deshalb sollte im Team diskutiert werden, ob neben verschiedenen Formen der Informationsvermittlung auch Safer Use Trainings durchgeführt werden und Materialien zum risikoreduzierten Drogengebrauch zur Verfügung gestellt werden. Um einen Zugang ohne Hinzuziehung von Betreuer_innen zu ermöglichen kann z.B. im offenen Bereich der Einrichtung im Schrank eine Auswahl von Einwegspritzen, Nadeln, Filtern, Einweglöffeln und weiteren Konsumutensilien bereitgestellt werden. Hierbei sollten

neben Utensilien für den inhalativen und nasalen Konsum auch Kondome und Gleitgel sowie entsprechende Kurzinformationen zur Verfügung gestellt werden. Im Betreuungskontext selbst sollte der Fokus auch auf risikoreduzierte Applikationsformen jenseits von Spritze und Nadel gerichtet werden.

Eine 15 teilige Serie mit Kurzinformationen zu den wichtigsten Safer Use Themen kann über die Deutsche AIDS-Hilfe kostenfrei bezogen werden⁶.

Eine solche Praxis kann im Team durchaus zu kontroversen Diskussionen führen. Einerseits finden sich in vielen Konzepten von Organisationen, die betreute Wohnformen zu ihren Angeboten zählen, Ziele wie die Förderung eines drogenfreien Lebens bzw. das Hinwirken auf die Aufnahme einer Substitutionsbehandlung. Als Betreuer_innen müssen wir uns aber auch darüber bewusst sein, dass das Ziel eines abstinenten Lebens für viele der Bewohner_innen nicht realistisch ist und vielleicht auch nicht erstrebenswert erscheint.

In den Teambesprechungen sollten eine proaktive Auseinandersetzung und ein personenzentrierter individueller Umgang mit diesem Thema angestrebt werden. Jeder Klient wird für sich betrachtet und bewertet. Grundlage ist die aktive Zusammenarbeit zwischen dem Klienten und der Bezugsbetreuung.

Nimmt man das Konzept der Schadensminderung (Harm Reduktion) ernst, so ist ein individueller und praxisnaher Umgang mit dem Thema alternativlos. Seit mehr als 30 Jahren sehen wir, dass das Vorenthalten von Informationen und Konsumutensilien keinesfalls zu einer Reduktion des Drogengebrauchs führt, sondern ein risikoreicherer Umgang die Folge ist.

Wichtig ist, dass das Team zum Thema Drogennotfall und- Prophylaxe geschult ist und Aufmerksamkeit für den Selbstschutz vor Infektionsrisiken durch Nadelstichverletzungen oder anderweitigen Blutkontakt entwickelt. Hierzu gehört auch, dass Mitarbeiter_innen eine Impfung gegen Hepatitis A und B angeboten wird.

Die folgende Checkliste fasst die wesentlichen Maßnahmen, innerhalb der psychosozialen Beratung und Betreuung von Menschen mit chronischer Hepatitis C noch einmal zusammen.

⁶ <https://www.aidshilfe.de/shop/loffel-filter-wasser-konsumutensilien-hepatitis-bc>

Die Reihenfolge der Maßnahmen kann variieren.

SOFORTMASSNAHMEN BEI ALLEN AUFGENOMMENEN KLIENT_INNEN	
Aufklärung / Infektionsvermeidung	
1	Übertragungsrisiken: Re-Infektionsmöglichkeiten, Infektionen Dritter, Koinfektionen (Alltagshygiene, Safer Use, Sexualpraktiken)
2	Erhöhung des Hygiene- / Blutbewusstseins (Schlagwort: „Händewaschen“)
3	Verlauf der Infektion, Risiken bei Nichtbehandlung sowie Test-, Impf- und Behandlungsmöglichkeiten besprechen
4	Testen lassen: Hepatitis A, B und C / HIV (Koinfektionen)
5	Hepatitis A und B Impfung fordern und fördern
FOLGEMASSNAHMEN BEI BETROFFENEN KLIENT_INNEN	
Behandlungsoptionen klären: (in Kooperation mit dem Arzt / keine „Second Opinion“)	
6	Motivation zur Behandlung und Behandlungsoptionen individuell prüfen
7	Auf Meldepflicht des Arztes hinweisen
8	Beratung zur Arztwahl, Dreiergespräche, ggf. Zweitmeinung
9	Diagnose: Genotyp, Fibrosestadium, Relevanz von Koinfektionen, Vorbehandlung (Relapser / Non-Responder)
10	Konsequenzen: Ernährung, Alkohol- und Drogenkonsums, Lebensgewohnheiten, Verbindlichkeit, Partnerschaft, Familienplanung, Umgang mit Freund_innen, Arbeit, Beschäftigung
11	Therapiebeginn: Erfolgsaussichten, günstiger Zeitpunkt, neue Therapieoptionen, Therapiedauer, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Kontraindikationen
	Therapiebegleitung
	Krankheitsbegleitung: Wenn Behandlung nicht erfolgreich war oder (z.Zt.) nicht möglich / erwünscht ist
12	Informationen zu mögl. Therapieverläufen und Nebenwirkungen
13	Therapievorbereitungen: Mitwirkung durch Klient(in), Medikamente (Einnahmeschemata), ggf. Erhöhung des Substituts / Einstellung mit Antidepressiva
	Informationen zum Krankheitsverlauf
	Schadensbegrenzung / -minimierung
14	Absprachen mit Arbeitgeber, JobCenter und Kostenträger
15	Alltagsstruktur anpassen
16	Umgang mit Nebenwirkungen
	Krankheitsbewältigung
17	Regelmäßige Dreiergespräche zur Verlaufskontrolle
18	Compliance bzw. Adhärenz stärken und Durchhaltevermögen fördern
	ggf. Behandlungsmotivation fördern
MASSNAHMEN NACH ERFOLGREICHER THERAPIE	
19	Nachuntersuchungen empfehlen (alle 6 Monate)
20	Re-Infektionsmöglichkeiten thematisieren