

# Integration oder Ausgrenzung von Menschen mit Doppeldiagnosen – suchtkrank und psychisch krank?

Suibert Cechura

Aus der Kritik der Ausgrenzung von Menschen mit Doppeldiagnosen – suchtkrank und psychisch krank – entstand die Forderung nach integrativen, niederschweligen und wohnortnahen Ansätzen, die dem Konzept einer personenzentrierten Versorgung entsprechen sollen. Untersucht wurden zwei Einrichtungen, die sich diesem Anspruch gestellt haben und seit mehreren Jahren Überlebenshilfen für Menschen mit Doppeldiagnosen anbieten. Trotz unterschiedlicher Konzepte erreichen beide Einrichtungen eine Teilpopulation, die abweicht von der Populationszusammensetzung, wie sie sich in psychiatrischen Kliniken findet. Aus dem Vergleich mit anderen Erhebungen ergibt sich die Hypothese, dass Selektionsmechanismen wirksam sein müssen, die die unterschiedliche Zusammensetzung der Klientel in psychiatrischen Kliniken und denen in den Wohneinrichtungen bewirken. Obgleich die Angebote nicht synchron mit dem Konzept des personenzentrierten Ansatzes sind, bieten sie Überlebenshilfen für einen Teil des Personenkreises, der in andere beschützte Wohn- und Arbeitsformen integriert werden kann. Für Menschen mit aggressivem Verhalten stellen diese Angebote keine adäquate Versorgung dar. Die Arbeit der Einrichtungen kann als Teilangebot einer Versorgungskette oder eines vernetzten Hilfesystems betrachtet werden, der Klienten Zugang zu den Hilfesystemen erschließt.

## Einleitung

Menschen mit Doppeldiagnosen – suchtkrank und psychisch krank – sind in die Diskussion geraten und gelten als Beleg für die Ineffektivität des Versorgungssystems.<sup>1</sup> Bemängelt wird, dass diese Personengruppe systematisch ausgegrenzt und vielfach in die Obdachlosigkeit abgedrängt wird.<sup>2</sup> Es werden neue Wege gesucht, Menschen mit Doppeldiagnosen zu integrieren und ihnen das Versorgungssystem in veränderter Weise zugänglich zu machen. Die fachliche Diskussion rankt sich um Fragen der Diagnose, Therapie und beschützende Wohnformen.

Im so genannten komplementären Bereich oder anders ausgedrückt im Bereich der sozialen Rehabilitation wurden Menschen mit Doppeldiagnosen oft als Systemsprenger bezeichnet – dies kann als Kritik am System aufgefasst werden, das besonders beeinträchtigte Menschen nicht integrieren kann, oder als Kennzeichnung einer Personengruppe, für die bislang kein adäquates Versorgungsangebot existiert. Einigkeit herrscht in der Diskussion darüber, dass die bisherige zweigliedrige Form der Betreuung – Suchtkrankenhilfe und gemeindepsychiatrischem Versorgungssystem – mit der Abstinenzforderung als Aufnahmebedingung sowohl in Therapie wie in beschützte

Wohnformen nicht aufrechterhalten werden kann. Diskutiert werden alternative Behandlungs- und Betreuungsformen unter den Stichworten: ambulant vor stationär, niederschwellig, integrativ und wohnortnah. Dies signalisiert ein verändertes Verständnis von Hilfe.<sup>3</sup> Zusammenfassen lässt sich dies auch unter dem Stichwort »Personenzentrierter Ansatz« und erweckt damit den Verdacht, dass das Hilfesystem sich nicht um Personen gekümmert und die Struktur des Systems aus dessen Bedarf begründet hätte.

An dieser Diskussion knüpft diese Untersuchung an. Wenn das bisherige Hilfesystem Menschen mit Doppeldiagnosen ausgegrenzt hat, so stellt sich die Frage, ob niederschwellig und integrativ wohnortnahe Einrichtungen diesen oder Teile des Personenkreises erreichen und welchen Hilfebedarf diese Menschen aufweisen. Umgekehrt stellt sich die Frage welche neue Schwellen errichtet werden und ob es zu neuen Ausgrenzungen kommt.

Untersucht wurden zwei Wohneinrichtungen, die ihr Angebot als niederschwellig bezeichnen und Menschen mit Doppeldiagnosen eine Überlebenshilfe anbieten: Haus Alia (HA) in Wesel und das Wohnheim am Worringer Reitweg (WWR) in Duisburg. Die Auswahl dieser beiden Einrichtungen ergab sich zum einen aus der Tatsache, dass bereits eine Evaluationsstudie des HA vorlag,<sup>4</sup> in der versucht wurde, Veränderungsprozesse bei den Bewohnern während des Aufenthaltes in der Einrichtung zu erfassen. Für die andere Einrichtung war die große Bereitschaft des Trägers des WWR ausschlaggebend, an einer solchen vergleichenden Studie mitzuwirken.

Um einen Vergleich der beiden Einrichtungen zu erreichen, ohne im HA eine zweite Studie durchzuführen, wurde auf das Untersuchungsdesign der ersten Studie zurückgegriffen.

## Untersuchungsdesign

Für den Vergleich der Einrichtungen wurden folgenden Daten in die Untersuchung einbezogen:

1. Stammdaten der Klienten, Anamnese und psychiatrische Auffälligkeiten
2. eine psychopathologische Einschätzung der Bewohner anhand des BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale, siebenstufige Ratingskala)
3. Befragung der Klienten zu ihrer aktuellen Gesundheitssituation, ihren Zukunftsperspektiven und der Bewertung der Arbeit des Wohnheimes
4. Auswertung der Förderplanung

5. Befragung von Trägervertretern/Einrichtungsleitung zur Konzeption
6. Befragung der Mitarbeiter zur Konzeption, Bewertung der Arbeit des Wohnheimes und zu ihren Arbeitsbedingungen
7. Befragung von Experten zum Bedarf, Bewertung der Arbeit des Wohnheimes
8. Auswertung der Abbrecher/Entlassstatistik

### Konzepte der Einrichtungen

Beide Einrichtungen betrachten sich als Überlebenshilfe für »schwierige, nicht-wohnheimfähige psychisch Kranke« – dies schließt Menschen mit Doppeldiagnosen ein, aber auch Menschen mit massiven Verhaltensauffälligkeiten. Das HA befindet sich in Trägerschaft des Vereins Spix (Sozialpsychiatrische Initiative Xanten e. V.) und hat im Dezember 2001 seine Arbeit aufgenommen. Der Verein Spix ist Träger verschiedener gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote im Raum Wesel und Xanten und Träger eines Wohnheimes für psychisch schwer kranke Menschen in Wesel: Haus Vivaldi. Das HA bildet eine Art Außenstelle dieses Wohnheimes für den besonderen Personenkreis. Es umfasst sechs Wohnheimplätze. Laut Konzept ist die Arbeit des Hauses gekennzeichnet:

- »– durch Toleranz auffälliger Verhaltensweisen und Akzeptanz der aktuellen Lebenssituation, d. h. durch Verzicht auf Veränderungsdruck,
- besonders qualifizierte, psychiatrienerfahrene Fachkräfte und einen hochindividuellen Betreuungsansatz bei einem Personalschlüssel 1 : 1,5,
- ein Haus, das in einem Neubauviertel integriert ist und neben Gemeinschaftsräumen aus sechs separat zugänglichen Einzelappartements mit Küche und Bad besteht. Konflikte, die durch Unterbringung in Gruppen entstehen würden, sollen vermieden werden.«

Die Einrichtung versteht ihre Arbeit in erster Linie als Beziehungsarbeit, die auf einen positiven Beziehungsaufbau zum Bewohner basiert und durch Wertschätzung geprägt ist. Nicht die Störung steht im Vordergrund, sondern der Mensch und seine aktuellen Bedürfnisse. Das schließt auch die Akzeptanz des Alkoholkonsums im Hause ein. Das Haus verfügt über Arbeitsangebote. Die Bewohner sollen einen Umgang mit der Sucht oder der Krankheit erlernen, so dass andere diese ertragen können und Sozialkontakte nicht abbrechen.

Das WWR befindet sich in Trägerschaft des Vereins Regenbogen, einem sozialpsychiatrischen Träger, der verschiedene Einrichtungen in Duisburg betreibt. Das Haus umfasst 20 Plätze, mit Einzelzimmern, die in Wohngruppen zusammengefasst über Gemeinschaftsräume verfügen, und Einzelappartements. Die Versorgung erfolgt über eine Zentralküche. Das Haus befindet sich weitab jeder Wohnbebauung im Wald. Der Ort wurde bewusst so gewählt, um Konflikte mit Nachbarn zu vermeiden und um den Bewohnern den Zugang zu Rauschmitteln zu erschweren.

Eine formulierte Konzeption des Hauses existiert nicht, dennoch gibt es so etwas wie eine heimliche Konzeption, die

sich aus Gesprächen und dem Tagesablauf ermitteln ließ. Bestandteil des Konzepts ist ebenfalls die Toleranz gegenüber dem Suchtmittelkonsum, der aber nicht auf dem Gelände erfolgen darf, sondern nur außerhalb. Der Besitz und Konsum auf dem Gelände und im Wohnheim ist untersagt auf Wunsch und Antrag der Bewohner, die ihren Konsum reduzieren wollen und sich durch den Konsum von anderen beeinträchtigt sehen. Dieses Konsumverbot bzw. Verbot des Besitzes von Suchtmitteln auf dem Gelände wird sanktioniert. Dadurch dass der Konsum außerhalb toleriert wird, soll das Konsumverhalten offen angesprochen werden können. Die Arbeit des WWR versteht sich in erster Linie als Überlebenshilfe durch Gewährung von Unterkunft, regelmäßiger Ernährung und Zugang zur medizinischen Versorgung.<sup>5</sup> Die Teilnehmer wirken auf freiwilliger Basis an der Gestaltung des Zusammenlebens mit, sie erhalten Arbeitsangebote und die Teilnahme an Gemeinschaftsveranstaltungen soll ihre sozialen Kompetenzen erhöhen. Die Schwellen dieser Arbeit ergeben sich aus dem gemeinsamen Wohnen im Wohnheim und der damit verbundenen Auseinandersetzung mit anderen Bewohnern. Die Zentralversorgung ermöglicht den Bewohnern die Kontaktdichte zu anderen weitgehend selbst zu regulieren.

### Ergebnisse

An der Expertenbefragung nahmen 15 Experten aus dem Raum Duisburg/Mühlheim zum WWR teil und elf Experten aus dem Raum Wesel/Xanten zum HA. Es handelt sich bei den Experten um Ärzte der kooperierenden Kliniken, Vertretern der Gesundheitsbehörden, Trägervertretern anderer Einrichtungen und einen Vertreter des Kostenträgers.

Von den Bewohnern des WWR erklärten sich 14 von 19 bereit, an der Untersuchung teilzunehmen, im Haus Alia beteiligten sich sechs von sechs Bewohnern an der Untersuchung. Von den Mitarbeitern des WWR entschieden sich zwölf von 14 für die Teilnahme, im HA nahmen alle Mitarbeiter (vier) an der Befragung teil. Außerdem wurden jeweils zwei Träger-/Einrichtungsvertreter befragt.

### Zusammensetzung der Bewohnerschaft

Beide Einrichtungen werden ihrem Anspruch gerecht, Überlebenshilfen für Menschen zu bieten, die einen Ausgrenzungsprozess durchlaufen haben und erreichen damit auch in unterschiedlicher Art und Weise Menschen mit Doppeldiagnosen (WWR 100 %, HA (50 %).

Die Erhebungen im WWR und im HA ergaben folgende Verteilung der Diagnosen (wobei einige Mehrfachnennungen aufwiesen): Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis WWR 71 %, HA 83 %; Persönlichkeitsstörungen WWR 29 %, HA 17 %, affektive Störungen WWR 14 %, HA 0 %; Essstörungen WWR 7 %, HA 0 %; Alkoholabhängigkeit WWR 21 %, HA 17 %, Polytoxikomanie WWR 50 %, HA 33 %, Medikamentenabhängigkeit WWR 7 %, HA 0 %; illegale Drogen WWR 7 %, HA 0 %; organisch-psychische Störungen WWR 14 %, HA 0 %; massive Verhaltensauffälligkeit WWR 0 %, HA 83 %.

Dazu gehören Verhaltensweisen, die zu der Diagnose »nicht wohnheimfähig« geführt haben: Aggressivität/körperliche Angriffe (fünfmal = 83 %), andere sozial sehr störende Verhaltensweisen (viermal = 66 %), Erzwingen von laufenden Klinikeinweisungen (einmal = 17 %).

Die Bewohnergruppen unterscheiden sich durch ihr unterschiedliches Lebensalter (WWR 42; HA 33 Jahre) und die Aufenthaltsdauer (WWR 69 % mehr als ein Jahr, HA zehn Monate) in der Einrichtung. Es kann ein Zusammenhang vermutet werden zwischen höherem Lebensalter, Krankheitsdauer und Polytoxikomanie.

Der Zeitpunkt der Ersterkrankung der Bewohner des WWR liegt zu zwei Dritteln vor dem 30. Lebensjahr und die Krankheitsdauer weist eine Spanne von fünf Jahren bis hin zu 25 Jahren auf. Über die Krankheitsdauer der Bewohner des HA lagen keine genaueren Angaben vor.

In den Stellungnahmen der Experten wird immer wieder hervorgehoben, dass nicht die Komorbidität als solche das Problem der Klienten darstelle, sondern die Perspektive, nicht abstinent leben zu können oder zu wollen. Dies lässt sich auch beschreiben als »Menschen, die in kein Angebot passen, die aus der Reihe fallen«, die Gruppe der »schwierigen, nicht-wohnheimfähigen psychisch Kranken«. Kennzeichen dieser Problemgruppe sei es, dass man sich Rehabilitations- und Integrationsmaßnahmen entzieht bzw. diese abwehrt, Menschen, die »desintegriert und entwurzelt« sind; »Menschen mit merkwürdigen Verhaltensweisen, mit dissozialen Verhaltensweisen, mangelnder sozialer Kompetenz, die schon durch ihr Äußeres ins Auge springen«; »multimorbider Systemsprenger«. (Alle Zitate aus – Expertenbefragung WWR und HA.) Andere Expertenäußerungen – hier vor allem von Vertretern von Einrichtungen – zielen eher auf den Bedarf des Personenkreises und deuten damit ähnliche Problemfelder aus einer anderen Perspektive an: »Menschen, die Struktur im Leben brauchen, die Regeln brauchen, die Schutz brauchen.« (Experten WWR)

Niederschwelligkeit »kann nicht auf Dauer angelegt sein... man muss irgendwann von der Niederschwelligkeit weg und gucken, dass die ein bisschen mehr gefordert werden, in Eigenverantwortung genommen werden« (Experten HA).

Aus der Aktenanalyse der Bewohner des HA und des WWR ergeben sich Angaben über die Herkunft der Bewohner und markieren die verschiedenen Stationen des Ausgliederungsprozesses mit Unterschieden zwischen den Einrichtungen, die eine unterschiedliche Aufnahmepolitik vermuten lassen: 35 % von ihnen kommen aus betreuten Wohnformen (43 % WWR, 17 % HA). 25 % kamen aus Notunterkünften oder der Obdachlosigkeit (14 % WWR, 50 % HA); aus der Justizvollzugsanstalt oder der Forensik kamen 14 % der Bewohner des WWR (HA 0 %); zuvor allein gelebt hatten 14 % der Bewohner des WWR (HA 0 %); aus Familien stammen 33 % der Bewohner des HA (WWR 2 %).

Die Ergebnisse der Kurzpsychiatrischen Beurteilung im Rahmen des BPRS weisen Werte auf, die im Durchschnitt für die

Bewohnergruppen keine Extreme zeigen (HA 3,79; WWR 3,37) und sich nicht signifikant unterscheiden. Auffällig ist zudem, dass die Rangfolge der Symptomausprägungen sich kaum unterscheidet. Ängste, Körperbezogenheit, Depressive Verstimmtheit weisen die höchsten Ausprägungen auf. Bemerkenswert ist, dass störungsspezifische Symptomatiken in beiden Einrichtungen nicht überwiegen, dies zeigt sich im WWR stärker als im HA.

Als positiver Indikator kann die Kategorie »Emotionale Zurückgezogenheit« gesehen werden, sie findet sich in beiden Häusern auf den unteren Rängen und signalisiert, dass es in beiden Häusern gelungen ist, Zugang zu den Klienten zu finden, so dass diese auch in der Lage sind, ihre Emotionen auszudrücken. In der Verhaltensbeschreibung aus den Aktenauszügen des WWR werden weitere Auffälligkeiten vermerkt. So findet sich bei vielen, wenn auch nicht sehr ausgeprägt aber häufig manisch-expansives Verhalten, Aggressivität tritt in verschiedenen Varianten auf (selten aber stark, oder häufig schwach bis mäßig). Antriebsminderungen werden bei einem großen Anteil der Bewohner (über 80 %) vermerkt, und Merkfähigkeits- und Orientierungsstörungen. Demgegenüber spielt der Gebrauch von illegalen Drogen nur bei einer kleinen Zahl der Bewohner eine Rolle im Gegensatz zu Alkohol und anderen Drogen. Suizidalität ist zwar Thema in den Einrichtungen, nimmt aber keine ausgeprägte Stellung ein.

Die Bewohner äußerten sehr unterschiedlichen Wünsche, die sich durch sehr unterschiedlichen Realitätsbezug auszeichnen, sie drehen sich um vier Themenkreise: Umgang mit der Suchtmittelabhängigkeit, persönliche Stabilität, berufliche Zukunft oder Arbeit und Wohnen. Das Ziel der Abstinenz hat keinen großen Stellenwert. Die Zielsetzungen im persönlichen Bereich weisen darauf hin, dass die Bewohner sehen, wo sie ihren Unterstützungsbedarf haben. Das Ziel des eigenen unabhängigen Lebens drückt sich in dem Wunsch nach eigener Wohnung und nach Arbeit aus und kann als Motivation verstanden werden, sich mit seiner Suchtproblematik oder den psychischen Problemen auseinander zu setzen.

Die Förderplanung des WWR zeigt eine Rangfolge in der Häufigkeit der Förderbedarfe, aus denen ersichtlich wird, welche Probleme sowohl die Bewohner als auch die Mitarbeiter als dringlich einstufen, sind diese doch Resultat eines Aushandlungsprozesses zwischen beiden Parteien: Behandlung somatischer Beschwerden; Eingliederung in Arbeit, sei es in der Form der Eingliederung in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) – sei es in Form eines Praktikums oder Ähnlichem; Förderung der Tagesstruktur, Förderung sozialer Kontakte; Arbeitstherapie; Ergotherapie; Umzug in andere beschützte Wohnformen; Reduktion des Suchtstoffkonsums; Fragen der Abstinenz.

Dass Abstinenz erst am Ende aufgeführt ist, zeigt, wie das Thema behandelt wird. Die Integration in eine Werkstatt für behinderte Menschen setzt die phasenweise Abstinenz voraus. Wer dort arbeiten will, muss tagsüber auf die Einnahme von Suchtmitteln verzichten, weil er sonst nicht arbeitsfähig ist.

In den untersuchten Einrichtungen findet sich eine selektierte Population, was durch den Vergleich mit Daten psychiatrischer Kliniken<sup>6</sup> deutlich wird. In den Aufnahmestationen der Psychiatrischen Kliniken finden sich häufiger Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen als Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis und Suchterkrankung. Das Bild ist somit umgekehrt wie in den untersuchten Wohnheimen, deren Diagnoseverteilung eher den Ergebnissen entsprechen, die auf einer Schwerpunktstation gefunden wurden.<sup>7</sup>

Dies bedeutet nicht, dass sich in allen Wohnheimen überwiegend Menschen mit bestimmten Störungsbildern finden, auch zwischen Wohneinrichtungen gibt es erhebliche Unterschiede wie aus Berichten durch den Bonner Verein für gemeinde-nahe Psychiatrie e. V. dem der Einrichtung »Faßbacher Hof« deutlich wird.<sup>8</sup> Welche Selektionsmechanismen hier wirksam sind und die unterschiedliche Zusammensetzung der Klientel bewirken, bleibt offen und ist aus dem Angebot und seiner Selektionswirkung nicht zu entnehmen.

### **Bewertung der Arbeit der Einrichtungen**

#### **– durch die Bewohner**

Unabhängig von den unterschiedlichen Konzeptionen gibt die überwiegende Zahl der Bewohner beider Häuser an, dass der Aufenthalt in der Einrichtung ihnen hilft (WWR 58 % ja, 21 % nein, 21 % keine Angaben; HA 80 % ja, 20 % keine Angaben). Als besonderen Vorteil gegenüber ihrer vorherigen Situation bezeichnen die Bewohner beider Häuser, dass sie es positiv erleben:

- »mit anderen Menschen zusammen zu sein, die aber auch zuhören können und einem eine andere Sicht zeigen
- die Trennung vom Bisherigen
- regelmäßiges Essen
- mehr Selbstständigkeit«.

Das Konzept der Einrichtung sei ihnen bekannt (68 % WWR, 60 % HA). Beide Konzepte werden von den Bewohnern als gut bewertet (HA 1,7 (fünfstufige Skala), WWR 2,2).

63 % der Bewohner des WWR und 80 % des HA sind mit der Betreuung in der Einrichtung zufrieden (16 % WWR nicht zufrieden, die übrigen keine Angaben). Die Änderungswünsche betreffen den Umgang im Haus, den Entscheidungsspielraum, das Gemeinschaftsgefühl und Alternativen der Unterbringung.

Der aktuelle Gesundheitszustand wird von den Bewohnern im Durchschnitt als befriedigend bezeichnet (HA 2,75; WWR 3,0). Nicht so positiv wird die aktuelle Lebenssituation bewertet (HA 3,5; WWR 3,2). Die Zukunftsperspektive der Bewohner fällt sehr unterschiedlich aus, einige haben keine konkreten Vorstellungen, andere haben genaue Planungen und streben eine andere Unterbringung oder eine eigene Wohnung an. Einige der Bewohner werden ihren Lebensabend in der Einrichtung verbringen.

Trotz positiver Sicht der Unterstützung durch die Einrichtung, die auch die aktuelle Gesundheitssituation trotz vorhan-

dener somatischer Beschwerden einschließt – wahrscheinlich gemessen am vorherigen Zustand – wird von der überwiegenden Zahl der Bewohner eine Änderung der Lebenssituation angestrebt. Dass die aktuelle Lebenssituation eher als ausreichend bewertet wird, zeigt, dass eine Unterbringung in einer beschützten Wohnform nicht als Dauerzustand angesehen wird. Die Motivation zur Veränderung in Richtung auf mehr Unabhängigkeit und Selbstständigkeit ist vorhanden und stellt auch einen Antrieb dar, sich weiter mit der Suchtproblematik auseinander zu setzen.

#### **– durch die Mitarbeiter**

Die Beurteilung der Konzeption der beiden Einrichtungen durch die Bewohner und die Mitarbeiter unterscheidet sich kaum (WWR 2,1; HA 2,3).

Verwunderlich ist allerdings, dass 60 % der Mitarbeiter des WWR und nur 50 % des HA die Hauptziele der Arbeit erreicht sehen, während 20 % der Mitarbeiterschaft des WWR und 50 % des HA die Ziele als nicht erreicht ansehen. Die übrigen machten keine Angaben. Die unterschiedliche Bewertung der Konzeption und der Zielerreichung kann unterschiedliche Gründe haben: Unterschiedliche Bewertung der Arbeitsergebnisse, unterschiedliche Beurteilungsmaßstäbe oder Gründe, die sich aus der Art der Erhebung ergeben.

Die Änderungswünsche der Mitarbeiter des WWR richten sich auf die Gestaltung der Arbeit im Sinne von: mehr Konsequenzen im Umgang mit aggressivem Verhalten, mehr Sicherheit durch eigene Entscheidungsspielräume, bessere Zusammenarbeit mit anderen Kooperationspartnern und mehr Kontinuität in der Mitarbeiterschaft.

Die Arbeitszufriedenheit (WWR 2,7; HA 1,8), die Gehaltszufriedenheit (WWR 2,7; HA 2,3), die Zufriedenheit mit der Organisation des Hauses (WWR 2,8; HA 2,5) ist hoch. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Mitarbeiter nicht eine ganze Reihe von Verbesserungsvorschlägen haben. Dies betrifft zum einen die Qualifikationsstruktur der Mitarbeiterschaft, so wünschen sich 53 % der Mitarbeiter des WWR und 83 % des HA weitere Qualifikationen im Hause im Sinne von Weiterbildung im medizinisch-psychiatrischen Bereich, psychologische und psychotherapeutische Kenntnisse, methodische und suchttherapeutische Kompetenzen. Der Mangel an praktischen Vorbildern wird beklagt und die fehlende Möglichkeit zum Austausch mit vergleichbaren Einrichtungen.

Das WWR hatte in der Anfangsphase große Probleme in der Teambildung, eine große Fluktuation in der Mitarbeiterschaft. Inzwischen hat sich das Team konsolidiert, was sich in den Zufriedenheitswerten mit den Arbeitsbedingungen niederschlägt. Dass hier eine neue Aufgabe begonnen wurde, die keine direkten Vorbilder aufweist, kann zu Verunsicherung führen. So ist vielleicht auch der große Wunsch nach zusätzlichen Qualifikationen zu sehen. Den Fortbildungs- und Supervisionswünschen scheint entsprechend Rechnung getragen worden zu sein, wie die Beurteilung von Fortbildung und Supervision deutlich werden lässt.

### – durch Experten

Während die Experten des HA ihre Erwartungen in Bezug auf die zukünftige Arbeit des Hauses äußerten und noch nicht in der Lage waren, Ergebnisse oder die Arbeitsweise des Hauses selbst zu beurteilen, zielte die Befragung der Experten zum WWR auf die Erfahrungen, die die Experten mit der Arbeit des Hauses gemacht hatten. Ihr Urteil fällt über die Arbeit des WWR überwiegend positiv aus:

Die Arbeit ist bisher ohne Vorbild,

- betrifft Menschen, die ansonsten nur auf Ablehnung stoßen;
- die Geduld und Gelassenheit im Umgang mit der schwierigen Klientel;
- das Konzept der kleinen Schritte;
- das Fehlen zeitlicher Vorgaben und damit die Möglichkeit, ohne Erfolgs- bzw. Änderungsdruck arbeiten zu können;
- die Offenheit des Angebotes ohne Einschränkung für bestimmte Personen.

Die Lage des Hauses außerhalb der Gemeinde, durch die Streit mit Nachbarn vermieden werden kann, wird als Vorteil gesehen.

Einschränkend wurde die Frage aufgeworfen, ob eine solche Arbeit nicht integrativ möglich sei. Aus Sicht der überwiegenden Zahl der Experten ist eine solche Einrichtung nie fertig, muss sich immer verändern und auch die eigenen Grenzen sehen und Grenzsetzungen überprüfen.

Zu der Bewertung der personellen und sachlichen Ausstattung konnten die meisten Experten wenig sagen. Es wird konstatiert, dass die finanzielle wie personelle Ausstattung vorteilhafter ist als in anderen Einrichtungen, dies entspreche aber durchaus der schwierigen Aufgabenstellung.

Unterschiedlich waren die Meinungen, ob innovative Impulse vom WWR auf andere Einrichtungen ausgehen. Dagegen sprach, dass das WWR selbst einen Lernprozess durchlaufen musste und Anregungen anderer aufgenommen hat, zum anderen wurden innovative Impulse eher der fachlichen Diskussion um Niederschwelligkeit, Arbeit mit Rückfällen u. Ä. zugeordnet. Vorbildhaft für andere Einrichtungen ist die Umsetzung dieser Diskussion im WWR, da Änderungsbedarf in anderen Einrichtungen bestehe. Vertreter von Einrichtungen stufen den Änderungsbedarf geringer ein und betonen die Notwendigkeit von unterschiedlichen Angeboten für unterschiedliche Menschen.

Geteilt war auch die Meinung in Bezug auf die Einrichtung weiterer Wohnheime dieser Art. Die Befürworter sehen darin eine Möglichkeit, eine forensische Unterbringung zu vermeiden, die Ablehnenden präferierten integrative Ansätze.

Die Expertenmeinungen geben den Stand der Diskussion um integrierte Versorgungskonzepte wieder und zeigen sehr unterschiedliche Positionen: Die Notwendigkeit von Angeboten für Menschen mit Doppeldiagnosen oder für multimorbide Menschen ist unbestritten, aber es wird auch über Normalisierung nachgedacht und in dieses Konzept passen Spezialeinrichtungen wie das WWR oder das HA nicht hinein.

In den Äußerungen findet sich das Bild des gemeindespsychiatrischen Verbundes als Versorgungskette, die arbeitsteilig arbeitet und die Klienten von einer Stelle zur nächsten weiterleitet. Diese Modell wird aber mit dem personenzentrierten Ansatz in Frage gestellt. Dieses Modell unterstellt Wahlmöglichkeiten für die Klienten, die für den Personenkreis, der bislang von allen Hilfen ausgegrenzt wurde, nicht existiert. Wahlmöglichkeiten unterstellt, dass Konsumverbote in den Einrichtungen aufgehoben würden, die Konzepte der Mehrzahl der Einrichtungen würde damit in Frage gestellt. Diese Offenheit steht einer Spezialisierung entgegen, die aus ihrem Konzept ihre Leistungsfähigkeit für bestimmte Zielgruppen begründen. Dieser Streit um Spezialisierung und Offenheit der Angebote findet sich auch in der Bewertung der Arbeit der Einrichtung durch die Experten.

### Vermittlungsergebnisse

Die Qualität der Arbeit einer Einrichtung lässt sich zum Teil auch an ihrem Outcome ablesen. In der Zeit des Bestehens des WWR von 1999 bis 1/2004 haben 19 Personen die Einrichtung verlassen. Im HA haben nach 20 Monaten sechs Bewohner die Einrichtung verlassen. Die Hälfte dieser Ausgeschiedenen mündeten in andere beschützte Wohnformen oder in eigene Wohnungen ein, die anderen mündeten in den Maßregelvollzug, in die Wohnungslosenhilfe oder wurden nach disziplinarischen Entlassungen von Angehörigen aufgenommen oder entzogen sich der Betreuung. Bei den disziplinarischen Entlassungen spielte aggressives Verhalten eine besondere Rolle.

### Schlussfolgerungen bezogen auf die Einrichtungen

Betrachtet man das Ergebnis aus Sicht der betroffenen Einrichtungen, so fällt die Beurteilung unterschiedlich aus. Beide Häuser bieten Überlebenshilfen an für ausgegrenzte multimorbide Menschen, darunter in unterschiedlichem Umfang Menschen mit Doppeldiagnosen. Beide Häuser stellen Spezialeinrichtungen für eine besondere Klientel dar, die in anderen Häusern nicht aufgefangen werden konnte. Die Arbeit wird von allen Seiten als schwierig und dennoch positiv bewertet, auch wenn die Ergebnisse nur für einen Teil der Klientel positiv sind. Schwierig bleibt der Umgang mit Klienten, die aggressive Verhaltensweisen zeigen. Aggressivität ist in den Häusern kein durchgehendes Problem, wie die Ausprägung der Symptomatik deutlich werden lässt, sondern vieles spricht dafür, dass situativ sich die Probleme zuspitzen und es dann zu Entlassungen kommt. Bemerkenswert ist, dass diese konflikthafter Situationen nicht im Sinne eines störungsbedingten Verhaltens interpretiert werden und nur selten zur Aufnahme in Kliniken oder in die Forensik führen, sondern Entlassungen bewirken. Im Wunsch nach zusätzlichen Qualifikationen und Kompetenzen durch die Mitarbeiter drückt sich eine selbstkritische Bewertung der eigenen Arbeit aus, vielleicht auch das Bestreben, dieser schwierigen Klientel noch besser gerecht werden zu können.

Die Einrichtungen verstehen sich als Spezialeinrichtungen in einem arbeitsteiligen Verbund von Einrichtungen, die für ein Versorgungsgebiet ein differenziertes Angebot vorhalten und werden auch von den anderen Einrichtungen so gesehen, die ihr Angebot ähnlich definieren. Diese Sicht der Akteure steht im Kontrast zur Forderung nach personenzentriertem Ansatz und Organisation der Hilfe dort, wo der Klient wohnt. Der Ansatz der Einrichtungen ist als psychosozialer nichtmedizinischer auf die Bedürfnislage der Bewohner ausgerichtet, was bedeutet, dass hier nicht der Klient in das Schema des Hilfesuchenden Patienten gepresst wird, der therapiemotiviert ist oder auch nicht, sondern es werden Hilfen zur Alltagsbewältigung geboten, aus denen heraus auch die Motivation zur Veränderung des Konsums psychotroper Substanzen entstehen kann.

### Konsequenzen für die fachliche Diskussion

Die fachliche Diskussion um sozial stark auffällige multimorbide Menschen weist zwei erhebliche Mängel auf. Zum einen wird sie dominiert durch die medizinische Betrachtungsweise, wie es in der Kennzeichnung dieser Menschen als komorbide deutlich wird. Diese Kennzeichnung verdeckt eher die Probleme dieser Menschen als dass sie wirklich etwas Gemeinsames hervorheben würde. Mit der medizinischen Betrachtungsweise werden wesentliche Probleme der Menschen ausgegrenzt, die aus dem bisherigen Versorgungssystem herausfallen – der Menschen, die sich nicht als krank betrachten und damit den Zugang zum medizinischen Versorgungssystem nicht suchen oder gar verweigern und sich dort auch nicht ernst genommen fühlen. Aggressive Durchbrüche werden unter medizinischer Perspektive als Ausdruck oder Begleiterscheinung von Krankheit genommen. Für die Helfer stellen aggressive Verhaltensweisen ein zentrales Problem dar, das eine Grenzlinie bildet für die Fortführung oder Beendigung des Betreuungsverhältnisses. Viele erleben dies als das Ende ihrer Handlungsmöglichkeiten.

Der zweite Mangel der fachlichen Diskussion besteht darin, Zielsetzungen unkritisch zu übernehmen. Bezeichnenderweise stammen die Begrifflichkeiten wie »personenzentrierter Ansatz« oder die Forderung nach integrativer Förderung nicht der Analyse der Problemlage eines bestimmten Personenkreises – etwa der Art wie Menschen mit psychischen Störungen leben –, sondern verdanken sich Überlegungen zur Kostengestaltung im sozialpsychiatrischen Bereich.<sup>9</sup> Sicherlich wollen auch Menschen mit psychischen Störungen oder Suchtkranke so normal wie möglich leben, ist das Streben nach Normalität nichts, was ihnen von Außen angetragen wird. Die Frage ist nur – um am Beispiel der multimorbiden Menschen mit auffälligem Verhalten zu bleiben –, ob die »Normalen« auch Menschen mit diesen Verhaltensweisen tolerieren und wie es wieder zu einer Normalität im Miteinander kommen kann. Vielleicht braucht es vorübergehend die Sondersituation, in der die Menschen sich angenommen fühlen, damit sie wieder zu einem »normalen« Zusammenleben gelangen können. Die

schlichte Forderung nach Integration lässt weg, warum es zur Ausgliederung gekommen ist. Es stellt sich damit auch die Frage, an wen die Forderung sich richtet. Wer muss sich ändern, damit Integration gelingen kann? Oder ist Integration nur eine andere Form, den abweichenden Menschen mitzuteilen, dass sie sich anzupassen haben oder ansonsten jeden Anspruch auf Unterstützung verlieren?

### Konsequenzen für die sozialpolitische Diskussion

Die sozialpolitische Diskussion erscheint auf den ersten Blick widersprüchlich. Beispielhaft zeigt sich dies in NRW: Zum einen wird ein Bedarf formuliert, weil Menschen mit Doppeldiagnosen sich nach wie vor in den Langzeitbereichen der ehemaligen Großkliniken befinden, da für sie kein adäquates Betreuungsangebot existiert.<sup>10</sup> Zum anderen macht die Landesregierung von NRW deutlich, dass sie mit dem jetzigen Zustand weitgehend zufrieden ist und keinen Handlungsbedarf ihrerseits entdecken kann.<sup>11</sup> Sie stellt einen Mangel in der Versorgung von Menschen mit Doppeldiagnosen fest, sieht jedoch nicht sich, sondern die Träger von therapeutischen Einrichtungen in der Pflicht. Diese sollen durch Kooperation und Abstimmung für eine bessere Versorgung sorgen. Versucht man dies zu übersetzen, so ergeben sich mehr Fragen als Antworten. Mit der Forderung nach Integration werden die Konzeptionen der beiden Hilfebereiche – supportives Arbeiten im gemeindepsychiatrischen Bereich vs. mehr konfrontative Arbeit im Bereich der Suchtkrankenhilfe – in Frage gestellt. Wie diese Kluft überwunden werden kann, ist allenfalls skizzenhaft entwickelt. Beiden Bereichen wird ziemlich prinzipiell ihre begrenzte Tauglichkeit bescheinigt und gleichzeitig deutlich gemacht, dass sie sich irgendwie zu ändern haben. Die Einführung des Hilfeplanverfahrens unterstreicht diese Tendenz. Begründet als Individualisierung der Förderung hat sie noch kein verändertes Angebot für die Betroffenen hervorgebracht. Mit der Planung wird aber prinzipiell die Frage gestellt, ob jede Art von Förderung auch unbedingt notwendig ist. So entsteht der Eindruck, dass in der Diskussion um die Veränderung der psychosozialen Versorgung die Gruppe der Menschen mit Doppeldiagnosen benutzt wurde, um diesen Anspruch zu bebildern und untermauern. An ihnen zeigt sich die Ineffektivität des Versorgungssystems, das den Förderbedarf einer ganzen Gruppe nicht gerecht wird. Umgekehrt wird klargestellt, dass auch das Herausfallen aus dem sozialen Netz keinen Anspruch auf ein Mehr- oder an neuen Einrichtungen begründen kann, wie dies in der Vergangenheit oft geschah. Sondern an den Menschen mit Doppeldiagnosen wird vorgeführt, dass Versorgungsmängel Mängel des Versorgungssystems sind und eben dieses sich zu ändern hat und mit den vorhandenen Mitteln anders umgegangen werden muss.

### Anmerkungen

- 1 Vergl. LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND (2001) Suchtkrank und psychisch krank. Köln  
MOGGI F (Hrsg) (2002 a) Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern  
SCHWOON DR, KRAUSZ M (Hrsg) (1994 a) Psychose und Sucht: Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze. Freiburg
- 2 NOUVERTNÉ K (Hrsg) (2002 a) Obdachlos und psychisch krank. Bonn  
SALIZE HJ, DILLMANN-LANGE C, KENTNER-FIGURA B (2002) Versorgungsbedarf psychisch kranker Wohnungsloser – Sind wir in der Lage, ihn zu erkennen? In NOUVERTNÉ K (Hrsg) (2002) Obdachlos und psychisch krank. Bonn, S. 28–41
- 3 BREDERODE VAN M (2001) Integration statt Selektion – Einbeziehung komorbider und chronisch mehrfachgeschädigter Suchtkranker in ein gemeindenahes Hilfsangebot. In LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND (2001) Suchtkrank und psychisch krank. Köln S. 8–17
- 4 BECKER J, DAHME H-J, WOHLFAHRT N (2004) Alia – ein Wohnprojekt für psychisch kranke Menschen mit »Doppeldiagnose«. Sozialpsychiatrische Informationen 2/2004, 34. Jhrg, S. 21–27  
BECKER J, DAHME H-J, WOHLFAHRT N (2003) Neues Versorgungsangebot für komorbide Problemstellungen: Das Haus Alia in Wesel. Fesa Transfer – Bd. 9, Bochum
- 5 HOFMANN E (2001) Psychisch kranke Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in einer soziotherapeutischen Wohneinrichtung. In LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND (2001)
- 6 Vergl. BREDERODE 2001
- 7 SCHÖNELL H, CLOSSET J (2001) Behandlung von Suchtproblemen in der Allgemeinpsychiatrie – Entwicklung und Behandlungsstrategien einer Schwerpunktstation. In LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND (2001) Suchtkrank und psychisch krank. Köln, S. 48–54
- 8 KREGEL K (2001) Ambulante Versorgung von Menschen mit Komorbidität. In LANDSCHAFTSVERBAND RHEINLAND (2001) Suchtkrank und psychisch krank. Köln, S. 66–73  
KRÜGER W (2000) Betreuung psychisch Behinderter mit Suchtproblematik im Rahmen eines Langzeitwohnheims für mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke »Faßbacher Hof«. Sozialpsychiatrische Informationen 4/2000, 30. Jhrg, S. 18–24
- 9 BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (1999) Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Baden Baden
- 10 Vergl. Landtag NRW Drucksache 13/2863, S. 75
- 11 Vergl. Landtag NRW Drucksache 13/2863, S. 83/84

#### Anschrift des Verfassers

*Prof. Dr. Suißbert Cechura  
Evangelische Fachhochschule  
Rheinland-Westfalen-Lippe  
Immanuel-Kant-Str. 18–20  
44803 Bochum  
cechura@efh-bochum.de*