

Doppeldiagnose - Doppelte Herausforderung?



**Eine
Forschungsarbeit
zur Situation der
Professionellen der
Sozialen Arbeit im
alltäglichen Umgang
mit Menschen mit
Doppeldiagnose in
betreuten
Wohnangeboten im
Kanton Bern**

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang Sozialpädagogik

Kurse TZ 2016–2021 & VZ 2017–2021

Jana Moana Werren und Salome Franziska Ming

Doppeldiagnose – Doppelte Herausforderung?

Eine Forschungsarbeit zur Situation der Professionellen der Sozialen Arbeit im alltäglichen Umgang mit Menschen mit Doppeldiagnose in betreuten Wohnangeboten im Kanton Bern

Diese Arbeit wurde am **11. Januar 2021** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California
95105, USA.

Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten
Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im Januar 2021

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

In Bern existieren verschiedene Wohnangebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Die meisten der Bewohnenden leiden zusätzlich an einer psychischen Erkrankung. Durch die gegenseitige Beeinflussung der Erkrankungen wechseln die betroffenen Menschen oft zwischen den betreuten Wohnangeboten und psychiatrischen Kliniken. Die Voraussetzungen und Herausforderungen im Zusammenhang mit Menschen mit Doppeldiagnose wurden bisher im psychiatrischen Kontext betrachtet, die betreuten Wohnangebote wurden aber ausser Acht gelassen. In der vorliegenden Forschung wurden durch Leitfadenterviews die Bedingungen, welche die alltägliche Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose in betreuten Wohnangeboten für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit bestimmen, erforscht. Es zeigt sich, dass auf allen drei Ebenen (professionelle, institutionelle und gesellschaftliche) mehrheitlich hindernde Bedingungen vorhanden sind. Um Menschen mit Doppeldiagnose im betreuten Wohnen adäquat und professionell zu unterstützen, sind Veränderungen in folgenden Bereichen nötig: äussere Rahmenbedingungen, zeitliche Ressourcen, Bewältigung von Krisensituationen, simultane Auseinandersetzung mit beiden Erkrankungen und Zusammenarbeit der Hilfesysteme (Psychiatrien und betreute Wohnangebote).

Danksagung

Ohne die Unterstützung und Motivation von verschiedenen Personen wäre die vorliegende Bachelorarbeit nicht zu diesem Resultat gekommen. Deshalb möchten die Autorinnen sich bei all diesen Menschen bedanken:

- Zuerst möchten wir unseren Dank an die sechs Institutionen richten, welche sich dazu bereit erklärt haben, bei der Forschungsarbeit mitzuwirken.
- Vielen Dank an die Fachpersonen, welche sich für ein Interview zu Verfügung stellten und die Autorinnen somit vom Fachwissen aus dem Arbeitsalltag mit Menschen mit Doppeldiagnosen profitieren liessen.
- Vielen Dank an Elke Brusa und Suzanne Lischer, welche einen grossen Einfluss auf die Themenwahl hatten. Durch ihre spannenden Inputs im Unterricht wurde das Interesse bei den Autorinnen für die Situation mit Menschen mit Doppeldiagnosen geweckt.
- Ein weiterer Dank gilt Herrn Andreas Pfister, welcher den Autorinnen im Bachelorkolloquium und in einem Fachpoolgespräch mit seinem breiten Forschungswissen weiterhalf und mit seinen wertvollen Anmerkungen eine grosse Unterstützung bot.
- Ganz herzlich möchten wir uns auch bei Frau Claudia Meier Magistretti für ihre Anregungen und fördernden Anmerkungen in einem Fachpoolgespräch bedanken. Dies gab nochmals neuen Aufwind und Motivation für den weiteren Schreibprozess.
- Ein grosses Dankeschön gilt zudem noch Sarah Giger, Eva Ming und Fabia Patzen für das Lektorat und Korrektorat der vorliegenden Arbeit. Ihre Zeit, ihr Engagement und ihre Ideen, welche sie den Autorinnen zu Verfügung stellten, waren sehr wertvoll.
- Vielen herzlichen Dank auch Sonia Cartoni für die Gestaltung des Titelblattes und Andri Werren für die Grafik der Schlussfolgerungen.
- Abschliessend möchten die Autorinnen sich bei allen Mitstudierenden, Freundinnen und Freunden sowie den Familien, die die Autorinnen während dieser intensiven Zeit tatkräftig, motivierend und beratend unterstützt haben, bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	II
Danksagung	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	VI
Abkürzungsverzeichnis	VII
1. Einleitung	1
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Persönliche Motivation	2
1.3 Fragestellung.....	2
1.4 Ziel	3
1.5 Berufsrelevanz	3
1.6 Aufbau der Arbeit	4
2 Grundlagen zur Doppeldiagnose	5
2.1 Begriffe und Definitionen	5
2.1.1 Abhängigkeit von psychotropen Substanzen.....	5
2.1.2 Psychische Erkrankung & Psychische Gesundheit.....	6
2.1.3 Doppeldiagnose	7
2.2 Erklärungsmodelle zur Entstehung von Doppeldiagnose.....	8
2.2.1 Unidirektionales direktes Kausalmodell	8
2.2.2 Bidirektionales Kausalmodell.....	8
2.3 Herausforderungen in der Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose.....	9
2.4 Zusammenfassung der Grundlagen	10
3 Grundlagen zu institutionell betreuten Wohnangebote	11
3.1 Suchtpolitik der Schweiz.....	11
3.1.1 Nationale Strategie Sucht.....	11
3.1.2 Umsetzung im Kanton Bern.....	12
3.2 Institutionell betreutes Wohnen	13

3.3	Aufgaben der Sozialen Arbeit im betreuten Wohnen	15
3.4	Herausforderungen in der Arbeit in den betreuten Wohnangeboten der Abhängigkeitshilfe	15
3.5	Zusammenfassung der Grundlagen	16
4	Stand der Forschung	17
4.1	Anzahl Betroffene und Einfluss des Geschlechtes.....	17
4.2	Verschiedene Forschungsprojekte	18
4.2.1	Integrative Therapieansätze in Den Haag und in Bern erforscht.....	19
4.3	Zusammenfassung des Forschungsstandes	20
5	Methodisches Vorgehen.....	21
5.1	Forschungsfrage	21
5.2	Methodologische Grundlagen der qualitativen Forschung	22
5.3	Instrumentenentwicklung - Das problemzentrierte Interview mit Gesprächsleitfaden	22
5.4	Sampling	25
5.5	Effektiv erreichtes Sampling – Forschungsteilnehmende.....	26
5.6	Datenerhebung und Datenaufbereitung.....	28
5.7	Datenauswertung – Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring.....	29
5.8	Reflexion der Forschungsmethode	32
6	Ergebnisse.....	33
6.1	Mikroebene: Professionelle der Sozialen Arbeit.....	35
6.1.1	Unterstützende Bedingungen in der alltäglichen Arbeit	35
6.1.2	Hindernde Bedingungen in der alltäglichen Arbeit	37
6.2	Mesoebene: Institution	40
6.2.1	Unterstützende Bedingungen in der alltäglichen Arbeit	41
6.2.2	Hindernde Bedingungen in der alltäglichen Arbeit	42
6.3	Makroebene: Gesellschaft.....	45
6.4	Zusammenfassung.....	48
7	Diskussion der Forschungsergebnisse	50

7.1	Unterstützende Bedingungen auf professioneller Ebene	50
7.2	Hindernde Bedingungen auf professioneller Ebene	52
7.3	Unterstützende Bedingungen auf institutioneller Ebene.....	54
7.4	Hindernde Bedingungen auf institutioneller Ebene	56
7.5	Hindernde Bedingungen auf gesellschaftlicher Ebene.....	58
8	Schlussfolgerungen.....	61
8.1	Beantwortung der Fragestellung.....	61
8.2	Empfehlungen	65
8.2.1	Ebene Professionelle	65
8.2.2	Ebene Institution	65
8.3	Persönliche Stellungnahme.....	66
8.4	Ausblick.....	67
9	Literaturverzeichnis.....	69
Anhang	73	
A)	Interviewleitfaden	73
B)	Kurzfragebogen.....	76
C)	Postskriptum	77
D)	Ausschnitt aus der Kategorisierungstabelle	78

Alle Kapitel und Unterkapitel, wurden von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Psychische Gesundheit versus psychische Erkrankung (eigene Darstellung)...	6
Abbildung 2: Differenzialdiagnose von Doppeldiagnose versus Substanzintoxikation, Substanzentzug oder Substanzinduzierte Psychische Störung (Quelle: Franz Moggi & Ruth Donati, 2004).....	7
Abbildung 3: Unidirektes direktes Kausalmodell (eigene Darstellung)	8
Abbildung 4: Bidirektionales Kausalmodell (eigene Darstellung)	9
Abbildung 5: Viersäulenmodell mit den Handlungsfeldern und den Querschnittsaufgaben (Quelle: Bundesamt für Gesundheit, 2015).....	11

Abbildung 6: Verschiedene Wohnformen (eigene Darstellung).....	14
Abbildung 7: Themenblöcke für das Interview (Quelle: eigene Darstellung, auf der Basis von Laura Dominguez & Liv Heinemann, 2018, S. 37)	24
Abbildung 8: Raster für das Sampling der Interviewpartner*innen (eigene Darstellung)	25
Abbildung 9: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (eigene Darstellung, auf Basis von Mayring, 2015, S. 70-71).....	30
Abbildung 10: Ausschnitt aus Programm f4Analyse (eigene Darstellung).....	32
Abbildung 11: Ergebnisse, unterstützende Faktoren (eigene Darstellung).....	33
Abbildung 12: Ergebnisse, hindernd Faktoren (eigene Darstellung)	34
Abbildung 13: Unterstützende Faktoren auf professioneller Ebene (eigene Darstellung).....	35
Abbildung 14: Hindernde Faktoren auf professioneller Ebene (eigene Darstellung)	37
Abbildung 15: Unterstützende Faktoren auf institutioneller Ebene (eigene Darstellung)	41
Abbildung 16: Hindernde Faktoren auf institutioneller Ebene (eigene Darstellung).....	42
Abbildung 17: Hindernde Faktoren auf gesellschaftlicher Ebene (eigene Darstellung)	45
Abbildung 18: Schlussfolgerungen (eigene Darstellung).....	62

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
KVG	Krankenversicherungsgesetz
IV	Invalidenversicherung
FT	Forschungsteilnehmende
s. Kap.	siehe Kapitel (Verweis auf Kapitel innerhalb der vorliegenden Arbeit)

1. Einleitung

In diesem Kapitel soll dargelegt werden, welche Thematik die vorliegende Bachelorarbeit behandelt. Zuerst wird die Ausgangslage geschildert, darauffolgend welche Fragestellungen dazu in der Arbeit beantwortet und welche Ziele verfolgt werden. Weiter wird die Motivation für die Auseinandersetzung mit dieser Thematik aufgezeigt und weshalb eine Forschung dazu für die Soziale Arbeit relevant ist. Zum Abschluss dieses Kapitel wird der Aufbau der Arbeit beschrieben.

1.1 Ausgangslage

Je nach Statistik haben 33% bis 78% Menschen mit einer Substanzabhängigkeit eine zusätzliche psychische Erkrankung (Peter Schay & Ilona Lojewski, 2013, S. 135 / Rainer Sachse & Stefanie Kizkenow - Bäker, 2020, S. 42). Wenn innerhalb einer gewissen Zeit eine Substanzabhängigkeit in Kombination mit einer psychischen Störung auftritt, wird von Doppeldiagnose gesprochen (Franz Moggi & Ruth Donati, 2004, S. 3). Die beiden Erkrankungen beeinflussen sich gegenseitig (Sachse & Kizkenow-Bäker, 2020, S. 38). Diese Wechselwirkungen und das Vorhandensein zweier Erkrankungen führen zu verschiedenen Herausforderungen bei den Betroffenen selbst und bei den Personen im Hilfesystem (Moggi & Donati, 2004, S. 11-12).

Für die Betroffenen stellt sich die Herausforderung, dass sie sich in keinem der Hilfesysteme (Suchthilfe und Psychiatrie) einordnen können. Die Wechselwirkung der Erkrankungen führt dazu, dass sie zwischen den Angeboten hin und her wechseln, beeinflusst davon, welche Symptome von welcher Erkrankung aktuell sichtbar sind (Moggi & Donati, 2004, S. 11-12). Die Herausforderungen im psychiatrischen Setting im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose sind gemäss Moggi und Donati (2004) vermehrte Rückfälle und Therapieabbrüche (S. 11-12). Ausserdem stellt die vertiefte Auseinandersetzung mit beiden Störungsbildern eine Anforderung an das Fachpersonal der Psychiatrie dar (Marlis Baumeler & Pablo Philipp, 2019, S. 168). Laut Schay und Lojewski (2013) fehlt jedoch bei Fachpersonen der Psychiatrie oftmals das Wissen über Abhängigkeitserkrankungen (S. 135-136).

Die Herausforderungen für Fachpersonen der Sozialen Arbeit im betreuten Wohnen sind noch nicht bekannt. Bisher bekannte Herausforderungen beziehen sich vor allem auf Rahmenbedingungen, wie die Finanzierung der Unterstützung im betreuten Wohnen (Franziska Eckmann & Marianne König, 2016, S. 39). Weitere herausfordernde Rahmenbedingungen, welche dazu kommen sind die zeitlichen Ressourcen (Heike Güdel, 2019, S. 71).

In den letzten Jahren wurden verschiedene Forschungen zu interdisziplinären Angeboten im Bereich der Psychiatrie im deutschsprachigen Raum durchgeführt (Michael Krausz, Peter Degkewitz & Uwe Vertheim, 2000, S. 3). Die Ergebnisse zeigen, dass ein Austausch zwischen

den Hilfesystemen der Abhängigkeitshilfe und der Psychiatrie auf interdisziplinärer Ebene sinnvoll ist um therapeutische Erfolge bei den Betroffenen zu erzielen (Krausz, Degkewitz & Vertheim, 2000, S. 3-4).

All die bisherigen Projekte und festgestellten Herausforderungen beziehen sich vor allem auf den psychiatrischen Bereich. Der Bereich der betreuten Wohnangebote wurde noch kaum erforscht.

Diese Forschungslücke soll in der vorliegenden Arbeit teilweise geschlossen werden.

1.2 Persönliche Motivation

Der bisher unerforschte Bereich der betreuten Wohnangebote in Zusammenhang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose hat das Interesse der Autorinnen geweckt und motiviert sich dieser Thematik anzunehmen.

Beide arbeiten zurzeit als Sozialpädagogin in einem betreuten Wohnen. Jana Werren arbeitet mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung in einem nicht abstinenten orientierten betreuten Wohnen in Bern, Salome Ming arbeitet mit Jugendlichen mit psychosozialen Schwierigkeiten in einem Schulheim im Seeland im Kanton Bern. In der täglichen Arbeit, in Gesprächen mit den Arbeitskolleg*innen, fiel den Autorinnen auf, dass die Menschen im suchtspezifischen betreuten Wohnen oftmals auch eine psychische Erkrankung aufweisen und dies eine Herausforderung für die Professionellen der Sozialen Arbeit sein kann. Wie in der Ausgangslage erwähnt, gibt es diverse Forschungen im psychiatrischen Setting zu Menschen mit einer Doppeldiagnose, jedoch nicht zu betreuten Wohnangeboten. Nach den Erfahrungen der Autorinnen benötigen Menschen mit einer Doppeldiagnose nach psychiatrischen Aufenthalten jedoch oftmals eine engere Betreuung und finden in betreuten Wohnangeboten eine Anschlusslösung. Im Modul «Sucht und institutionelle Vernetzung» an der Hochschule Luzern, das die Autorinnen gemeinsam besuchten, stellten diese fest, dass sich ihre Erfahrungen und Beobachtungen bestätigten. Dies bewog die Autorinnen schlussendlich dazu, sich dieser Forschungslücke zu widmen und die vorliegende Forschung durchzuführen.

1.3 Fragestellung

Wie bereits in der Ausgangslage erwähnt, herrscht eine Forschungslücke hinsichtlich darauf, wie die aktuelle Lage der Professionellen der Sozialen Arbeit in der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose im Bereich des betreuten Wohnens aussieht. In der vorliegenden Arbeit soll diese Lücke geschlossen werden, indem erforscht wird, welche Bedingungen aktuell die Professionellen der Sozialen Arbeit im Kanton Bern im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose prägen und wie sich diese auf die alltägliche Arbeit der Professionellen der Sozialen Arbeit auswirken. Daraus ergibt sich folgende Fragestellungen:

Welche Bedingungen prägen den Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose für Professionelle der Sozialen Arbeit in betreuten Wohnangeboten? Und wie wirken sich diese auf die alltägliche Arbeit aus?

Die Herleitung und Begründung der Fragestellungen werden im Kapitel 5.1 genauer erläutert und erklärt.

1.4 Ziel

Durch diese Forschungsarbeit soll eine Gesamtübersicht über die aktuellen prägenden Bedingungen für Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose entstehen. Da diese Forschungsarbeit mit Fachpersonen, welche in suchtspezifischen betreuten Wohnangeboten arbeiten, durchgeführt wurde, ist das Ziel, zu erforschen, wie sie mit dieser komplexen Thematik umgehen und welche Bedingungen dabei bestimmend sind. Denn, wie bereits erwähnt, weisen ein Grossteil der suchtmittelabhängigen Menschen auch eine psychische Erkrankung, also eine Doppeldiagnose auf. Es soll ein umfassender Überblick geschaffen werden, in dem verschiedenste Einflussfaktoren, welche die alltägliche Arbeit prägen, miteinbezogen und beachtet werden. Zudem sollen Fachpersonen der Sozialen Arbeit auf diese komplexe Thematik sensibilisiert werden, damit ein besseres Verständnis für den fachlichen Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose geschaffen werden kann. Diese Forschung soll einen Diskussionsbeitrag dazu leisten, in welchen Bereichen Optimierungspotential besteht, damit die Fachpersonen der Sozialen Arbeit Menschen mit einer Doppeldiagnose adäquat und professionell begleiten können.

1.5 Berufsrelevanz

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt im betreuten Wohnen, in welchem Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit tätig sind. In diesem Setting werden Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung betreut, die meisten davon leiden zusätzlich an einer psychischen Erkrankung. Dies zeigt auch die Anzahl der erkrankten Menschen mit Doppeldiagnosen, welche inzwischen in fast jedem Setting, im Hilfesystem für Abhängigkeitserkrankungen genauso wie im Hilfesystem für psychische Erkrankungen, anzutreffen sind (Sachse & Kiszkenow-Bäker, 2020, S. 38-42). Dadurch wird aufgezeigt, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit dieser Problematik konfrontiert werden können und eine Auseinandersetzung damit sinnvoll erscheint. Menschen mit Doppeldiagnose bringen Herausforderungen auf verschiedenen Ebenen mit sich. Aus Sicht der Autorinnen ist es relevant Lösungsansätze für diese Herausforderungen zu finden.

Neue Lösungsansätze zu finden, zu entwickeln und zu vermitteln ist laut Susanne Beck, Anita Diethelm, Marijke Kerssies, Olivier Grand und Beat Schmocker (2010) auch eine Verpflichtung der Professionellen der Sozialen Arbeit, welche durch den Berufskodex der sozialen Arbeit

besteht (Susanne Beck, Anita Diethelm, Marijke Kerssies, Olivier Grand & Beat Schmocker, 2010, S. 7). Zudem sind darin Handlungsmaximen gegenüber der eigenen Profession festgelegt. Eine Handlungsmaxime strebt an, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit untereinander einen kontinuierlichen und fachlichen Diskurs führen. Zudem sollen sie sich selbst systematisch kontrollieren, kollegial und in Zusammenhang mit der Forschung ihre Facharbeit anpassen und sich mit Fehlern kritisch auseinandersetzen (Beck, Diethelm, Kerssies, Grand & Schmocker, 2010, S. 14).

Durch diese Aufforderungen im Berufskodex der Sozialen Arbeit sind Professionelle der Sozialen Arbeit dazu verpflichtet, sich mit der Thematik und den Herausforderungen der Menschen mit Doppeldiagnose zu beschäftigen. Die vorliegende Forschung soll dies unterstützen und einen kollegialen Austausch fördern. Aus den genannten Gründen erscheint den Autorinnen eine Forschung im Bereich der betreuten Wohnangebote mit Menschen mit Doppeldiagnose als relevant und hilfreich für den Berufsalltag.

1.6 Aufbau der Arbeit

Um aufzuzeigen, wie dieser Berufsrelevanz in der vorliegenden Arbeit nachgegangen wird, wird nun ein Überblick über die vorliegende Arbeit geschaffen und deren Aufbau beschrieben. Die Arbeit ist in drei Hauptteile gegliedert, wovon der erste Hauptteil die theoretischen Grundlagen abdeckt, der zweite Hauptteil die Forschung und im dritten Hauptteil werden die Ergebnisse miteinander verglichen und eine Schlussfolgerung gezogen. Die Arbeit besteht aus acht Kapiteln mit den jeweiligen Unterkapiteln.

Der erste Hauptteil wird in den Kapiteln zwei, drei und vier beschrieben. Dabei geht es im Kapitel 2 um den Begriff der Doppeldiagnose und was dieser alles beinhaltet und für die Arbeit mit betroffenen Menschen bedeutet. Die Herausforderungen in diesem Bereich werden erstmals aufgezeigt. Im Kapitel 3 wird das betreute Wohnen angeschaut, zu dem auch die Suchtpolitische Lage in der Schweiz und die Umsetzung im Kanton Bern gehört. Das Kapitel 4 schliesst den theoretischen Hauptteil ab. Es wird aufgezeigt, was bisher zur Thematik der Doppeldiagnose im betreuten Wohnen erforscht wurde.

Der zweite Hauptteil wird in Kapitel 5 und 6 beschrieben. Dabei wird das Vorgehen der Forschung und deren Ergebnisse aufgezeigt. Im Kapitel 5 wird das methodische Vorgehen, beschrieben. Im Kapitel 6 werden die Ergebnisse aus den Interviews mit den Fachpersonen aufgezeigt und mit passenden Zitaten ergänzt.

Anschliessend folgt der dritte Teil der Arbeit aus Kapitel 7 und 8.

Im Kapitel 8 folgt eine Diskussion aus den Ergebnissen und den theoretischen Grundlagen aus dem ersten Hauptteil. Daraus wird ein Fazit gezogen, welches im Kapitel 8 mit Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit erweitert wird und den dritten Hauptteil der vorliegenden Arbeit beendet.

2 Grundlagen zur Doppeldiagnose

In der vorliegenden Arbeit geht es um Menschen, bei welchen eine Doppeldiagnose gestellt wurde. Um zu verstehen, was damit gemeint ist, werden im folgenden Kapitel die dazugehörigen Begriffe erläutert. Zudem werden Modelle, welche die Entstehung von Doppeldiagnosen erklären, aufgezeigt und anschliessend die Herausforderungen aus dem therapeutischen Bereich beschrieben.

2.1 Begriffe und Definitionen

In einem ersten Absatz wird Abhängigkeit in Zusammenhang mit psychotropen Substanzen beschrieben, darauffolgend das Thema der psychischen Erkrankungen. Zum Schluss wird der Kernbegriff dieser Arbeit, das gemeinsame Auftreten beider Erkrankungen, die sogenannte Doppeldiagnose, erläutert.

2.1.1 Abhängigkeit von psychotropen Substanzen

Die Mehrheit der Menschen konsumieren im Alltag verschiedene Substanzen, welche zu einer Sucht führen können. Dies geschieht vorwiegend im risikoarmen Bereich und gehört zum gesellschaftlichen Zusammenleben, wobei das Risiko der Selbst- und Fremdgefährdung gering ist. Massiver Konsum kann aber zu einem Risikoverhalten führen, was körperliche, psychische oder soziale Probleme verursachen kann (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2015, S. 10-12). Steigert sich das Risikoverhalten, kann dies zu einer Abhängigkeit führen. Die Abhängigkeit ist ein Phänomen, welches in allen Gesellschaftsgruppen vertreten ist (Volker Barth, 2011, S. 23-24).

Mithilfe des Diagnoseinstrumentes ICD -10 kann eine Abhängigkeit diagnostiziert werden. Sie ist unter F1 «Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen» zu finden und definiert sich über folgende Kriterien (Horst Dilling, Werner Mombour & Martin H. Schmidt, 2014, S. 107–115):

- Starke Zwang zum Konsum
- Reduktion der Kontrollfähigkeit
- körperliche Entzugssyndrome
- nachweisliche Toleranzbildung (um angestrebte Wirkung zu haben ist der weiterführende und erhöhte Konsum notwendig)
- Vernachlässigung anderer Interessen
- Fortsetzen des Konsums trotz Wissen über die negativen Folgen (ebd.)

Psychotrope Substanzen sind gemäss Hans Ulrich Wittchen und Jürgen Hoyer (2011) Stoffe, welche natürlich, chemisch aufbereitet oder synthetisch sind. Diese Stoffe wirken in den Zentralnerven auf den Organismus ein und verändern die Wahrnehmung, das Denken, Fühlen und Handeln. Ein Beispiel für eine psychotrope Substanz ist Alkohol (S. 698).

Die vorliegende Arbeit befasst sich ausschliesslich mit der Abhängigkeit als Abhängigkeit von psychotropen Substanzen, substanzungebundene Abhängigkeiten werden nicht untersucht.

2.1.2 Psychische Erkrankung & Psychische Gesundheit

Abhängigkeit ist eine Form einer psychischen Erkrankung. Zum Begriff der psychischen Erkrankung gehört gleichzeitig der Begriff der psychischen Gesundheit, da die beiden Begriffe in einer Wechselwirkung zueinanderstehen (Baumeler & Philipp, 2019, S. 159).

Eine psychische Erkrankung kann bei einem Menschen in verschiedenen Graden von Leidensdruck und Funktionsstörungen auftreten und erlebt werden. Die Funktionsstörungen erscheinen im Verhalten, in der Psyche oder im biologischen Bereich der Person (Wittchen & Hoyer, 2011, S. 9). Sie zeigen sich dadurch, wie eine Person situativ ihre Gefühle erlebt, wie sie denkt, über ihr Leben urteilt und sich dadurch in ihrem Umfeld verhält (Marianne Bosshard, Ursula Ebert & Horst Lazarus, 2013, S. 24–25).

Das Gegenteil einer psychischen Erkrankung ist die psychische Gesundheit.

Laut der Weltgesundheitsorganisation umfasst psychische Gesundheit das physische, psychische und soziale Wohlbefinden. Dazu gehören Selbstwahrnehmung und das Vertrauen in sich selbst, aktuelle Probleme zu meistern und zukünftigen Anforderungen gewachsen zu sein. Psychisch gesunde Menschen können die normalen Belastungen des Lebens bewältigen, arbeiten aktiv an ihren Zielen und leisten einen Beitrag für die Gemeinschaft (World Health Organisation, 2003, S. 7 / eigene Übersetzung).

Psychische Gesundheit	Psychische Erkrankung
Eine psychisch gesunde Person fühlt sich physisch, sozial und psychisch wohl.	Eine psychisch kranke Person reagiert durch Funktionsstörungen im Bereich der Psyche und des Körpers auf das Verhalten des Umfelds.

Abbildung 1: Psychische Gesundheit versus psychische Erkrankung (eigene Darstellung)

Die Unterscheidung der beiden Begriffe, psychische Gesundheit und psychische Erkrankung, wird in Abbildung 1 dargestellt.

Die beiden Begriffe, psychische Gesundheit und psychische Erkrankung, werden durch persönliche, soziale und wirtschaftliche Faktoren beeinflusst. Um sich vor einer Erkrankung zu schützen, sind genügend gesundheitsförderliche Faktoren, sogenannte Schutzfaktoren, wichtig (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013, S. 24). Dazu gehören laut Baumeler und Philipp (2019) zum Beispiel das Aufwachsen in beständigen Beziehungen, finanzielle Absicherung,

Verfügbarkeit von Wohn- und Lebensraum und persönliche Ressourcen wie die Erfahrung der Selbstwirksamkeit (Baumeler & Philipp, 2019, S. 159).

2.1.3 Doppeldiagnose

Falls die erwähnten Schutzfaktoren fehlen und mehr als eine Störung innerhalb eines Zeitraumes diagnostiziert werden kann, spricht man von einer Komorbidität (Moggi & Donati, 2004, S. 3). Ein Spezialfall der Komorbidität ist die Doppeldiagnose, die durch das gleichzeitige Auftreten einer Abhängigkeitserkrankung von psychotropen Substanzen und mindestens einer psychischen Störung definiert wird (ebd.). Die beiden Störungen sind jeweils voneinander zu trennen, treten aber zur selben Zeit auf (Monika Ridinger-Johann & Marc Walter, 2014, S. 4). Der Begriff der Doppeldiagnose wird erst verwendet, sobald die psychische Störung unabhängig vom Substanzkonsum auftritt (Moggi & Donati, 2004, S. 17). In Abbildung 2 wird dies verdeutlicht:

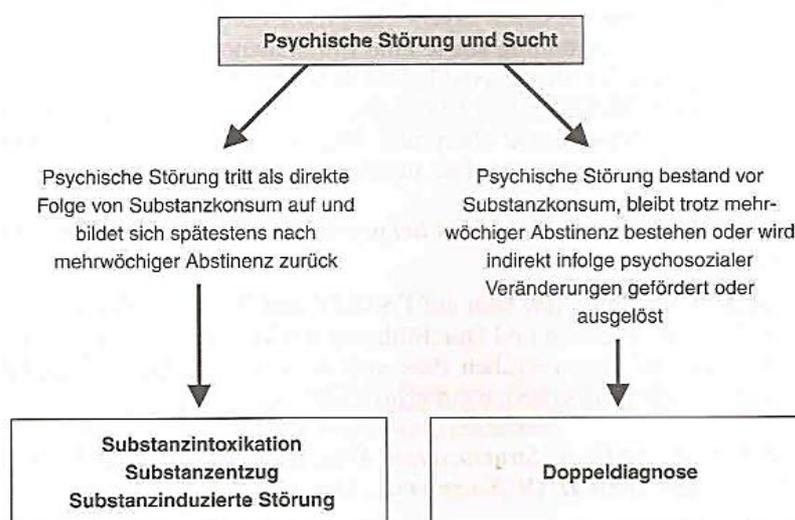


Abbildung 2: Differenzialdiagnose von Doppeldiagnose versus Substanzintoxikation, Substanzentzug oder Substanzinduzierter Psychische Störung (Quelle: Franz Moggi & Ruth Donati, 2004)

Die beiden Erkrankungen der Doppeldiagnose können in unterschiedlichen Schweregraden auftreten. Gut ins gesellschaftliche Leben integrierte Menschen, welche an einer Alkoholabhängigkeit und einer Spinnenphobie leiden, sind genauso von Doppeldiagnose betroffen, wie obdachlose Menschen mit Heroin- und Kokainabhängigkeit und chronischer paranoider Schizophrenie (Moggi, 2007, S. 16-17). Die beiden Diagnosen wirken aufeinander ein. Dies muss in der Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnosen beachtet werden (Sachse & Kiszkenow-Bäker, 2020, S. 38).

Um die vorliegende Forschungsarbeit verständlich zu gestalten, wird im Zusammenhang mit dem Begriff der Doppeldiagnose von psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen gesprochen, im Bewusstsein, dass beide Erkrankungen psychischer Natur sind.

Wie genau sie aufeinander einwirken und wie es zu einer Doppeldiagnose kommen kann, wird im nächsten Kapitel genauer beschrieben.

2.2 Erklärungsmodelle zur Entstehung von Doppeldiagnose

Für die Erklärung der Entstehung einer Doppeldiagnose ist es sinnvoll, eine Einteilung in Primär- und Sekundärerkrankung vorzunehmen, um die zeitliche Reihenfolge zu bestimmen auch wenn eine Behandlung der Primärerkrankung nicht ohne weiteres zu einer Verbesserung der Sekundärerkrankung führt (Ridinger-Johann & Walter, 2014, S. 5). Ist diese Einteilung möglich, wird vom unidirektionalen Kausalmodell gesprochen (Robert Hämmig, 2014, S. 10). Dies ist eines der zwei Modelle, um die Entstehung von Doppeldiagnosen zu beschreiben.

2.2.1 Unidirektionales direktes Kausalmodell

Beim unidirektionalen direkten Kausalmodell verursacht die erste Erkrankung die zweite Erkrankung (Hämmig, 2014, S. 10). Dies wird in Abbildung 3 dargestellt.



Abbildung 3: Unidirektes direktes Kausalmodell (eigene Darstellung)

Zu diesem Modell gehört das Beispiel der Selbstmedikationshypothese (ebd.). Um die negativen Aspekte der psychischen Störung zu reduzieren, werden Substanzen konsumiert (Barth, 2011, S. 191). Dadurch strebt die Person einen angenehmen psychischen Zustand an. Der Konsum wird wiederholt, sobald die Wirkung der Substanz nachlässt und die unangenehmen Folgen der Primärerkrankung erneut auftreten (ebd.). Ein Beispiel für dieses Modell ist der Konsum von Alkohol, um die Leere, welche durch eine Depression entsteht, zu füllen (Hämmig, 2014, S. 10).

Ein weiteres Beispiel ist mit der vorherrschenden Leistungsgesellschaft verbunden. Die Menschen der Gesellschaft lernen laut Barth (2011) schon früh, was es heisst, geforderte Leistungen nicht erbringen zu können und dadurch zu versagen. Das Scheitern dieser Menschen durch stimulierende Substanzen überdeckt, um die geforderten Leistungen doch erbringen zu können oder um die Auswirkungen des Versagens nicht zu spüren (S. 30).

2.2.2 Bidirektionales Kausalmodell

Ein weiteres Modell, mit welchem sich Doppeldiagnosen erklären lassen, ist das bidirektionale Kausalmodell. Dabei beeinflussen sich gemäss Hämmig (2014) die beiden Störungen (Abhängigkeit und psychische Störung) gegenseitig (S. 10). Die Störungen können sich dabei gegenseitig verstärken oder hemmen (Sachse & Kiszkenow-Bäker, 2020, S. 45). Ein Beispiel dafür ist der Konsum einer Substanz bei Angststörungen. Der Konsum kann laut Moggi (2014) zu erneuten Angstzuständen führen oder verstärkt diese, gleichzeitig wird konsumiert, um die

Angstzustände zu mindern (Moggi, 2014, S. 16–17). Diese gegenseitige Beeinflussung wird in Abbildung 4 aufgezeigt.



Abbildung 4: Bidirektionales Kausalmodell (eigene Darstellung)

Eine klare Abgrenzung und Unterscheidung zwischen den zwei Modellen zu machen, erscheint bei den meisten Klient*innen als grosse Herausforderung (Hämmig, 2014, S. 10).

2.3 Herausforderungen in der Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose

Weitere Herausforderungen, welche in der Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose vorkommen, werden nun aufgezeigt.

Doppeldiagnosen bringen eine dynamische und komplexe Problematik mit sich (Moggi, 2014, S. 15–16). Dies birgt viele Herausforderungen für die therapeutischen Massnahmen (Sachse & Kiszkenow–Bäker, 2020, S.38–39).

In der Therapie mit Menschen mit einer Doppeldiagnose wird die Stabilisierung der Situation, nicht die Heilung angestrebt. Die Behandlung, um dieses Ziel zu erreichen, dauert lange, da sich die beiden Erkrankungen jeweils gegenseitig beeinflussen (Moggi, 2014, S. 16). Gemäss Moggi und Donati (2004) treten Rückfälle und Therapieabbrüche bei Menschen mit Doppeldiagnose häufiger auf als bei Menschen mit Einfachdiagnosen (S. 11–12). Um den Abbruch verhindern zu können, muss jeweils entschieden werden, mit welcher Störung die Therapie gestartet wird, was eine weitere Schwierigkeit darstellt (Sachse & Kiszkenow–Bäker, 2020, S.38). Weiter gehört zu den therapeutischen Anforderungen und Herausforderungen, dass eine vertiefte Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Störungsbildern und den daraus resultierenden krankheitsbedingten Verhaltensweisen von Seiten des Fachpersonals vorgenommen werden muss (Baumeler & Philipp, 2019, S. 168). In den psychiatrischen Kliniken fehlen oftmals die Kenntnisse über Abhängigkeitserkrankungen, dafür ist umso mehr Wissen über psychische Störungen vorhanden (Schay & Lojewski, 2013, S. 136).

Weiter ist in der Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose wichtig, die Person hinter der Diagnose nicht zu vergessen, was aber auch eine Herausforderung darstellen kann (Anja Dominguez Trinidad, 2019, zit. in Güdel, 2019, S. 87).

Eine weitere Anforderung an die Professionellen ist das Wissen um die problematische Lebenssituation der Betroffenen. Sie tendieren zu Gewalttätigkeit und haben ein erhöhtes Risiko für finanzielle, berufliche und familiäre Schwierigkeiten. Zudem ist das Suizidrisiko bei Menschen mit Doppeldiagnose erhöht (Moggi & Donati, 2004, S. 3).

Die oben beschriebenen Herausforderungen sind auf der Seite der Professionellen. Für die Betroffenen ist die Herausforderung im therapeutischen Setting, dass sie sich in keinem der entsprechenden Hilfesysteme (Abhängigkeitshilfe und Psychiatrie) einordnen können. Sie wechseln dauernd zwischen den verschiedenen Versorgungsangeboten hin und her (Moggi & Donati, 2004, S. 11–12).

Diese Herausforderungen bei der Therapie zeigen auf, dass Optimierungspotenzial bei der Versorgung der Menschen mit Doppeldiagnosen besteht (Schay & Lojewski, 2013, S. 135). Für Moggi (2014) sind integrative Therapieansätze eine geeignete Lösung, um Klient*innen mit einer Doppeldiagnose adäquat behandeln zu können (S. 15). Dies wird im Kapitel 4.2.1 genauer vorgestellt.

Dabei wird auch aufgezeigt, dass all diese Herausforderungen bisher vor allem im psychiatrischen therapeutischen Setting festgestellt wurden. Das betreute Wohnen wurde bisher noch nicht vertieft erforscht.

2.4 Zusammenfassung der Grundlagen

Jede Person aus jeder Gesellschaftsschicht kann an einer Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz erkranken. Laut ICD–10 heisst Abhängigkeit, dass eine Person den Zwang hat, trotz Wissen über die negativen sozialen, psychischen und körperlichen Folgen, psychotrope Substanzen zu konsumieren. Abhängigkeit ist eine Form einer psychischen Erkrankung. Psychisch krank ist eine Person, welche Einschränkungen im sozialen, körperlichen und psychischen Bereich erlebt.

Wenn eine Abhängigkeit von einer psychotropen Substanz und zur selben Zeit eine weitere psychische Erkrankung bei einer Person vorkommt, wird von einer Doppeldiagnose gesprochen. Die zusätzliche psychische Erkrankung muss dabei unabhängig von der Substanz auftreten. Dies führt zu verschiedenen Herausforderungen. Einerseits für die Betroffenen selbst, welche lange in Behandlung sind und schlechte Aussichten auf eine Suchtstabilisierung haben. Sie können sich in keines der Hilfesysteme einordnen und wechseln dauernd hin und her. Zudem haben sie problematische Lebenssituationen und ein erhöhtes Suizidrisiko. Andererseits entstehen verschiedene Herausforderungen für die Professionellen, da sie sich entscheiden müssen, welche Erkrankung zuerst behandelt werden muss und sich mit beiden Störungsbilder auseinandersetzen müssen.

Die verschiedenen Herausforderungen sind in therapeutischen Settings anzutreffen. Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt jedoch im Bereich der betreuten Wohnangebote, welche im nächsten Kapitel genau vorgestellt wird.

3 Grundlagen zu institutionell betreuten Wohnangebote

Nachdem die Grundlagen zur Doppeldiagnose erläutert wurden, folgt nun eine Erklärung zum institutionell betreuten Wohnen. Dazu gehört die politische Handhabung der Suchthematik und des Hilfesystems in der Schweiz und insbesondere in Bern. Danach wird der Begriff der institutionell betreuten Wohnangebote genauer vorgestellt und auf die Aufgaben der Sozialen Arbeit bezogen. Als Abschluss werden die spezifischen Herausforderungen im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose im betreuten Wohnen aufgezeigt.

3.1 Suchtpolitik der Schweiz

Um zu verstehen, wo die betreuten Wohnangebote für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung im schweizerischen Sozialsystem eingeordnet sind, wird zuerst ein Bild der suchtpolitischen Lage vermittelt. Dieses wird anschliessend gezielt auf den Kanton Bern bezogen.

3.1.1 Nationale Strategie Sucht

Das Bundesamt für Gesundheit hat im Jahre 2015 die «Nationale Strategie Sucht» publiziert. Mit dieser sollen alle Kantone der Schweiz suchtpolitisch einen Handlungsrahmen und eine Orientierung für ihre Arbeit haben. Darin sind vier Ziele festgehalten:

- die negativen Auswirkungen auf die Gesellschaft minimieren
- Abhängigen Menschen die erforderliche Unterstützung bieten
- die persönlichen Schäden einer Abhängigkeit lindern
- Abhängigkeitserkrankungen verhindern (BAG, 2015, S. 4-5)

Die Basis für die Nationale Strategie Sucht bietet das Viersäulenmodell, das in der Abbildung 5 sichtbar ist (BAG, 2015, S. 6).

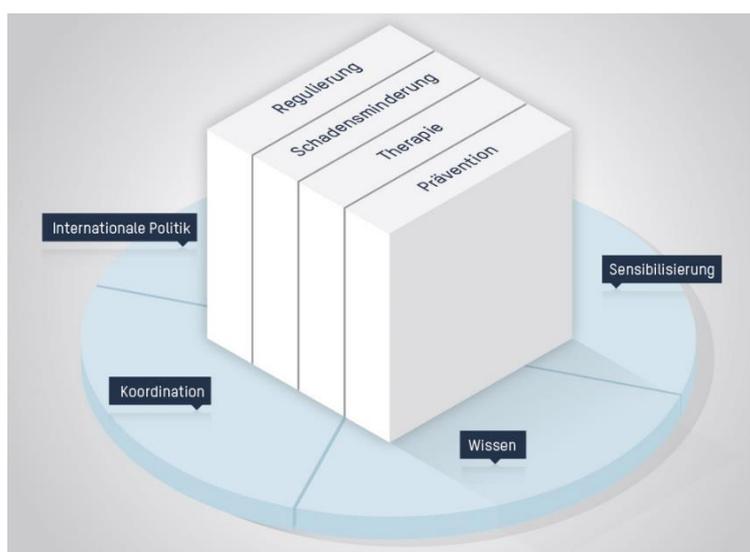


Abbildung 5: Viersäulenmodell mit den Handlungsfeldern und den Querschnittsaufgaben (Quelle: Bundesamt für Gesundheit, 2015)

Die zwei relevanten Handlungsfelder für die vorliegende Arbeit sind die Therapie und die Schadensminderung, da die dazugehörigen Ziele in betreuten Wohnangeboten verfolgt werden. Das Ziel einer Therapie ist, die Lebensqualität zu verbessern, die Gesundheit zu fördern und die soziale und berufliche Wiedereingliederung zu ermöglichen. Im Gegensatz dazu soll bei der Schadensminderung die Lebensqualität erhalten bleiben und den Betroffenen ein möglichst von den Behörden unabhängiges und beschwerdefreies Leben ermöglichen (BAG, 2015, S. 26–27).

Die zusätzliche Säule der Schadensminderung kam erst später dazu. Dadurch rückte die nichtabstinenzorientierte, auch akzeptanzorientierte Drogenarbeit, in den letzten zwanzig Jahren vermehrt in den Fokus. Aufgrund dessen, entstanden vermehrt akzeptanzorientierte betreute Wohnangebote. Zuvor galt lange Zeit die Abstinenz als oberstes Ziel (Rene Akeret, 2014, S. 4-7).

Für das betreute Wohnen war diese Erweiterung von Bedeutung.

Die Handlungsfelder werden mit Querschnittsaufgaben erweitert. Diese lauten wie folgt:

1. Die Suchtpolitik soll vernetzt und die Zusammenarbeit aller Beteiligten gestärkt werden
2. Das notwendige Wissen soll generiert und für alle zugänglich gemacht werden
3. Die Bevölkerung soll auf suchtrelevante Themen hingewiesen werden
4. Es soll ein internationaler Austausch zu suchtpolitischen Themen stattfinden (BAG, 2015, S. 60–66).

Auch die Thematik der psychischen Gesundheit hat in der Nationalen Strategie Einzug gefunden und soll in den kantonalen Massnahmen erarbeitet werden (BAG, 2015, S. 28).

3.1.2 Umsetzung im Kanton Bern

Die Kantone sind jeweils für die Umsetzung der einzelnen Ziele zuständig. Dazu sind im Kanton Bern verschiedene Institutionen im Suchtbereich tätig. Laut Melody Guillaume von Infodrog (2020), wurden im Jahre 2019 277 stationäre Plätze in Suchttherapien angeboten, davon wurden 265 genutzt (S. 6). Die verschiedenen Institutionen wurden im Jahresbericht von 2019 der Direktion für Bildung, Soziales und Sport genannt. Der Entzug und die Entwöhnung der Substanz wird beispielsweise in der Universitären Psychiatrischen Klinik, in der Suchttherapiebärn und fünf weiteren Kliniken angeboten. Diese Kliniken sind im Handlungsfeld der Therapie zu verordnen. Zum Bereich der Schadensminderung gehören Anlaufstellen und Wohnangebote. Für den Bereich der Schadensminderung sind mindestens 10 Institutionen im stationären Setting zuständig. Die kleinste Institution bietet sieben Plätze an, die grösseren Institutionen bis zu 51 Plätze (Direktion für Bildung, Soziales und Sport, 2019, S. 15-16).

3.2 Institutionell betreutes Wohnen

Der Begriff des Wohnangebotes ist weitgefasst und soll nun im nächsten Kapitel in Bezug auf Menschen mit Abhängigkeiten genauer erklärt werden.

Laut Sabine Schläppli, Claudia Mettler, Martin Rumpf und Mathias von Bergen (2008) werden Menschen, deren Wohnkompetenz aufgrund ihrer Substanzabhängigkeit eingeschränkt ist, verschiedene Wohnmöglichkeiten zur Verfügung gestellt (S. 23). Diese umfassen Dauer- und Übergangswohnplätze im Sinne von betreuten und begleiteten Wohnformen. Suchtspezifische Angebote sind oftmals nicht klar abgrenzbar, da viele Institutionen auch Menschen mit psychosozialen Schwierigkeiten aufnehmen. Auf folgende Ziele legen die Wohnangebote den Schwerpunkt:

- Verbesserung oder Stabilisierung der Lebenssituation
- Erhalt oder Verbesserung der Wohnkompetenz
- Reintegration in den freien Wohnungsmarkt
- Förderung der Selbständigkeit
- Organisation geeigneter Anschlusslösungen (Schläppli, Mettler, Rumpf & von Bergen, 2008, S. 23-24).

Um diese Ziele zu erreichen, werden verschiedene Wohnformen zur Verfügung gestellt. Damit eine Definition des betreuten Wohnens gemacht werden kann, muss das betreute Wohnen zu anderen ähnlichen Angeboten abgegrenzt werden können, was in der Abbildung 6 dargestellt wird:

Institutionelles Wohnen (Wohnen in Heimen)		Selbständiges Wohnen (Wohnen in der eigenen Wohnung)	
Notschlafstelle/Niederschwellige Angebote	Betreutes Wohnen	Begleitetes Wohnen	Ambulantes Wohnen
Kurzfristiges Obdach	Unterkunft in Wohngemeinschaft über eine längere Zeit	Unterkunft in Mietwohnungen der Institution	Unterkunft in eigener Mietwohnung
Einfache Betreuung, während Öffnungszeiten	Tägliche & zielgerichtete Betreuung, in Kombination mit Piktettdienst	Wöchentliche oder monatliche Hausbesuche durch Personal	Intervall der Hausbesuche nach individueller Vereinbarung in Form der Nachbetreuung
In der Regel mit Frühstück	Mind. 2 Mahlzeiten pro Tag	Kompetenz, sich selbstständig um den Unterhalt und die Nahrungssicherung zu sorgen, wird gefordert	Selbständige Versorgung wird vorausgesetzt
Unterkunft in Mehrbettzimmer	Eigenes Zimmer	Wohnung der Institution	Eigene Wohnung
Die zu betreuenden Personen sind nicht die Mieter*innen	Die zu betreuenden Personen sind nicht die Mieter*innen	Die zu betreuenden Personen sind nicht die Mieter*innen	Klient*in ist Mieter*in der Wohnung

Abbildung 6: Verschiedene Wohnformen (eigene Darstellung)

Es ist ersichtlich, dass fünf Rahmenbedingungen das betreute Wohnen definieren: die Unterkunft in einer Wohngemeinschaft über eine längere Zeit, eine tägliche Betreuung, welche sich je nach Institution in der Intensivität und Anwesenheit der Betreuungspersonen unterscheidet. Ausserdem ist gegeben, dass ein eigenes Zimmer vorhanden ist und mindestens zwei Mahlzeiten pro Tag zur Verfügung gestellt werden, sowie dass die Klient*innen nicht die Mieter*innen sind.

3.3 Aufgaben der Sozialen Arbeit im betreuten Wohnen

Die Aufgaben der Fachpersonen der Sozialen Arbeit in betreuten Wohnangeboten sind vielfältig. Laut Güdel (2019) sind sie dafür zuständig, die Lebenssituation der Klientel zu verbessern und sich um deren soziale und gesundheitliche Sicherheit zu kümmern (S.70). Zum anderen gehört es zur professionellen Arbeit, das soziale Umfeld der betroffenen Person miteinzubeziehen, Ressourcen darin zu aktivieren und Risikofaktoren zu minimieren (Baumeler & Philipp, 2019, S. 168). Die Vernetzung aller Beteiligten aus dem Umfeld und dem Hilfesystem hilft, die einzelnen Kompetenzen der Disziplinen und Institutionen für jedes Individuum zugänglich zu machen. Dadurch kann verhindert werden, dass doppelspurig gearbeitet wird (Güdel, 2019, S. 71).

Die Aufgaben der Sozialen Arbeit decken sich mit den Zielen der Nationalen Strategie Sucht. Um die Gesundheit zu fördern, werden jedoch teilweise medizinische Hilfsmittel wie Medikamente benötigt, weshalb die Massnahmen im betreuten Wohnen oftmals durch medizinisch-therapeutische Behandlungen ergänzt werden.

3.4 Herausforderungen in der Arbeit in den betreuten Wohnangeboten der Abhängigkeitshilfe

Um laut Güdel (2019) die Hauptaufgaben der Sozialen Arbeit zu erfüllen, von welchen die Vernetzung ein Beispiel ist, wird Zeit benötigt, welche den Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Behandlung der Klient*innen oft fehlt. Dadurch wird viel Verantwortung auf die Betroffenen selbst übertragen. Diese sind mitunter damit überfordert und können die Aufgabe nicht alleine erfüllen (S. 71).

Zusätzlich zur fehlenden zeitlichen Ressource kommt die Herausforderung der Finanzen hinzu. Eine Behandlung in der Suchthilfe wird über das Krankenversicherungsgesetz oder die Sozialhilfe geregelt. Suchtfachkliniken werden mehrheitlich über das Krankenversicherungsgesetz [KVG] finanziert (Eckmann & König, 2016, S. 39). Im Gegensatz zu den Kliniken, werden die betreuten Wohnangebote über die Sozialhilfe finanziert (Ralf Lutz, 2016; zit. in Eckmann & König, 2016, S. 39). Aufgrund des Spardruckes in der Schweiz werden mehr Behandlungen, welche über das KVG finanziert werden können, gefordert und bevorzugt (Eckmann & König, 2016, S.39). Dadurch werden gemäss Lutz (2016) die Therapien für abhängige Personen medizinalisiert (zit. in Eckmann & König, S. 39–43). Behandlungen von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit, wie beispielsweise sozialpädagogische und sozialtherapeutische Behandlungen, werden weniger hoch vergütet, obwohl diese die nachhaltigeren Interventionen für die Rückintegration in die Gesellschaft schaffen würden. Eine integrative Therapie würde den Betroffenen viele Vorteile schaffen und nachhaltig zu einer Besserung der Situation führen (Lutz, 2016; zit. in Eckmann & König, S. 39–43).

Weiter beeinflusst die Finanzierung durch die Invalidenversicherung [IV] die Fachpersonen der Sozialen Arbeit in ihrem Arbeitsalltag im betreuten Wohnen mit Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen. Vor dem Bundesgerichtentscheid 9C 724/2018 vom Juli 2019 eine Abhängigkeit über die IV nur finanziert, wenn zuvor eine psychische oder körperliche Erkrankung diagnostiziert werden konnte. Dies änderte sich durch diesen Bundesgerichtentscheid und inzwischen wird eine Abhängigkeit als eigenständige Krankheit anerkannt. Gegenwärtig hat eine abhängige Person, wenn ihre Tätigkeit in der Arbeitswelt durch die Abhängigkeit eingegrenzt wird, Anrecht auf eine Vergütung durch die IV (ebd.).

Auf der Ebene der Finanzierung kommt noch ein weiterer Einfluss hinzu. Der Regierungsrat verfasste 2017 ein Entlastungspaket, welches vom Grossen Rat 2018 verabschiedet wurde. Darin ist ersichtlich, dass im Bereich der Suchthilfe und Gesundheitsförderung Beiträge um zwei Millionen Franken gekürzt wurden (Regierungsrat, 2017, S. 70). Die Kürzungen betreffen das Kostendach für die stationäre Suchthilfe und Kontakt- und Anlaufstellen im Bereich der ambulanten Beratung (Regierungsrat, 2017, S. 35).

3.5 Zusammenfassung der Grundlagen

Das institutionell betreute Wohnen für Abhängige ist ein Bereich, welcher durch die Nationale Strategie Sucht gefördert wird. In der Nationalen Strategie Sucht werden verschiedene Ziele zur Verbesserung der Situation von Abhängigkeitserkrankten festgehalten. Das betreute Wohnen ist im Bereich der Therapie und Schadensminderung anzusiedeln. Im Kanton Bern werden 277 stationäre Plätze für Abhängigkeitserkrankte angeboten. Diese werden ergänzt mit ambulanten Einrichtungen. Betreute Wohnangebote gehört zu den stationären Hilfestellungen. Die Menschen leben über eine längere Zeit in einer Wohngemeinschaft. Dabei haben die Bewohner*innen ihr eigenes Zimmer, sind aber nicht die Mieter*innen. Zudem werden mindestens zwei Mahlzeiten pro Tag angeboten und eine tägliche und zielgerichtete Betreuung findet statt. In solchen Einrichtungen arbeiten meist Professionelle der Sozialen Arbeit. Sie übernehmen die Aufgaben der Vernetzung mit dem gesamten Hilfesystem und dem Umfeld. Zugleich aktivieren sie auch Ressourcen im Umfeld der betroffenen Person und minimieren die Risikofaktoren. Dabei sind die Fachpersonen mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert. Fehlende zeitliche und finanzielle Ressourcen sind die Problematiken, mit welchen die Professionellen der Sozialen Arbeit im betreuten Wohnen zu kämpfen haben.

4 Stand der Forschung

Die Herausforderungen zeigen sich jedoch nicht nur direkt in der Therapie und im betreuten Wohnen von Menschen mit Doppeldiagnose, sondern auch in der Forschung. Schay und Lojewski (2013) stellen fest, dass Klient*innen mit Doppeldiagnose häufig aus medizinischen und psychotherapeutischen Studien ausgeschlossen werden (S. 134). Viele Forschungen zu Menschen mit psychischen Störungen und zu Abhängigkeitserkrankungen werden durchgeführt, die Doppeldiagnose wird jedoch noch nicht seit langer Zeit beachtet. In den USA wurde in den frühen 1980er Jahren mit der Forschung zu Doppeldiagnosen begonnen (Krausz, Degkewitz & Verthein, 2000, S. 3-4). Im deutschsprachigen europäischen Raum wurde dies erst in den 1990er Jahren thematisch aufgegriffen. Prävalenzzahlen wurden erhoben, mit welchen deutlich gemacht wurde, dass bei substanzabhängigen Menschen öfters eine zusätzliche psychische Störung auftritt als bei Menschen ohne Substanzabhängigkeit (ebd.).

4.1 Anzahl Betroffene und Einfluss des Geschlechtes

Allgemein haben die Zahlen der Menschen mit einer Doppeldiagnose in den letzten Jahren im medizinischen wie auch im psychosozialen Bereich zugenommen (Ridinger-Johann & Walter, 2014, S. 4). Gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (2015) nimmt von den betroffenen Personen nur ein Bruchteil eine Behandlung in Anspruch (S. 34). Laut Walter und Ridinger-Johann (2014) gibt es die rein süchtigen Klient*innen nicht mehr. Häufig existieren mehrere Diagnosen (S. 6). Allgemein lassen sich je nach Studie zwischen 33% und 78% der Menschen mit Suchterkrankung als Menschen mit Doppeldiagnose beschreiben (Schay & Lojewski, 2013, S. 135 /Sachse & Kiszkenow–Bäker, 2020, S. 42). Gemäss Walter und Ridinger-Johann (2014) konnten in der Schweiz bei Erhebungen im fünfstelligen Bereich festgestellt werden, dass 78% der alkoholabhängigen Männer und 85% der Frauen mindestens eine weitere psychiatrische Störung aufweisen (S. 5-6). Weiter sind bei der Doppeldiagnose von Persönlichkeitsstörungen und Substanzabhängigkeit Prävalenzzahlen zwischen 40% und 78% vorhanden (Kiszkenow–Bäker, 2020, S. 79).

Die zuletzt genannten Prävalenzzahlen weisen auf eine Häufung der Kombination von Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeiten hin. Weitere psychische Krankheiten, welche in Kombination mit einer Abhängigkeit auftreten sind Depressionen, Angststörungen, Traumatisierungen und ADHS im Erwachsenenalter (Ridinger-Johann & Walter, 2014, S. 5).

Laut Anne Maria Möller-Leimkühler (2011) ist die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen bei Männern und Frauen etwa gleich hoch. Dagegen zeigen sich in den verschiedenen psychischen Störungen beträchtliche Prävalenzunterschiede. Bei Männern überwiegen externalisierende Störungen, neben Alkohol und Drogenabhängigkeit die dissoziale Persönlichkeitsstörung. Frauen sind doppelt so oft von internalisierenden Störungen wie Depressionen,

Neurosen, Angst- und Essstörungen betroffen wie Männer. An schizophrenen Psychosen erkranken beide Geschlechter gleich häufig. Zwei Drittel der Suizidversuche werden von Frauen begangen, jedoch sind zwei Drittel bis drei Viertel aller Suizidopfer männlich (Möller-Leimkühler, 2011, S. 5).

Nach Verena Metz und Gabriele Fischer ist die Wahrscheinlichkeit, eine Suchtmittelabhängigkeit zu entwickeln, bei Männern drei Mal so hoch wie bei Frauen (Metz & Fischer, 2010; zit. in Fischer, 2010, S. 150). Suchtmittelabhängige Frauen weisen dagegen laut epidemiologischen Studien eine höhere psychiatrische Komorbidität auf als Männer. Dabei zeigt sich, dass Männer häufiger von illegalen Substanzen abhängig werden und Frauen eher zu legalen Psychopharmaka wie Antidepressiva und Tranquilizer greifen (Hermano Tavares, Moica L. Zilbermann, Fabio J. Beites & Valentin Gentil, 2001; zit. in Fischer, 2010, S. 150).

Kerstin Wachter und Elke Böhme (2005) weisen zudem darauf hin, dass Frauen Angebote der Suchthilfe seltener in Anspruch nehmen. Obschon der Anteil an alkoholkranken Frauen ein Drittel beträgt, sind ambulant lediglich 22% und stationär 18% der Frauen erreichbar (S. 23).

In den Suchteinrichtungen sind mehrheitlich Männer anzutreffen, 75% der Menschen in einer Suchtbehandlung sind Männer (Susanne Schaaf & Michael P. Schaub, 2020, S. 24).

Dies sind die Resultate der bisherigen Studien. Aufgrund dieser Zahlen wurden in Deutschland vor 20 Jahren verschiedene Pilotprojekte gestartet und evaluiert (Krausz, Degkewitz & Verthein, 2000, S. 3-4). Die Ergebnisse davon und weitere Projekte werden im nächsten Kapitel dargelegt.

4.2 Verschiedene Forschungsprojekte

Bei allen Projekten, welche in Deutschland vor 20 Jahren stattfanden, ist das überschneidende Ergebnis, dass eine engere Kooperation zwischen den Forschungsinstituten und der Berichterstattung der Einrichtungen der Suchthilfe hilfreich wäre. Weiter wurde deutlich, dass ein Austausch auf interdisziplinärer Ebene sinnvoll ist, um die Gesamtstrukturen in der Suchthilfe weiterzuentwickeln und die Erfolgsfaktoren einer Therapie zu vereinen. All dies würde zu einer Weiterentwicklung und Verbesserung des Therapieangebotes führen (Krausz, Degkewitz & Verthein, 2000, S. 5-7).

Dreizehn Jahre später berichten Schay und Lojewski (2013) über den Wunsch eines Optimierungspotenzials in den Einrichtungen für die Versorgung von Klient*innen mit Doppeldiagnose. Dazu gehört die interdisziplinäre Zusammenarbeit (S. 135). Die verschiedenen Disziplinen sollen enger zusammenarbeiten und beide Therapieformen in die gesamte Behandlung integrieren, um den Betroffenen mit Doppeldiagnose gerecht zu werden (Hämmig, 2014, S. 10).

Walter Meury (2016) meint dazu:

Um die Behandlung von suchtkranken Menschen zu verbessern, müssen wir es schaffen, dass medizinische und sozialtherapeutische Angebote noch stärker aufeinander zugehen, ihre Angebote besser aufeinander abstimmen und zu einer Haltung gelangen, die geprägt ist von der Einsicht, dass es beides braucht (S. 9).

Momentan scheint die Einstellung vorzuherrschen, dass die psychotherapeutischen- und sozialtherapeutischen Massnahmen etwas komplett unterschiedliches sind (Kiszkenow-Bäker, 2020, S. 79).

Auch laut Moggi (2014) sind integrative Therapieansätze eine geeignete Lösung, um Klient*innen mit einer Doppeldiagnose adäquat behandeln zu können (S. 15). Dies wird in Den Haag in einem Doppeldiagnosezentrum angewendet (Hella Schulte–Wefers, 2016, S. 10). Weiter wurde dies auch in der Schweiz in der Universitären Psychiatrischen Klinik Bern getestet und ausgewertet (Moggi, 2014, S. 16).

4.2.1 Integrative Therapieansätze in Den Haag und in Bern erforscht

In Den Haag gibt es ein Doppeldiagnosezentrum, welches für die Zielgruppe den integrativen Behandlungsansatz, Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT), anbietet. Das heisst, dass Menschen mit Doppeldiagnose auf einer Abteilung mit Elementen der Psychotherapie und der Abhängigkeitshilfe behandelt werden, also beide Therapieformen vereint werden. Interdisziplinäre Teams aus Psychiater*innen, Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen, Pflegefachpersonal, Fachpersonen aus der Familientherapie, Sozialpädagogik und der Ergotherapie arbeiten zusammen. Die Teams werden ergänzt durch Peers, ehemals betroffene Personen, welche aktuellen Betroffenen helfen. Die Betreuungspersonen bleiben konstant dieselben, dadurch kann gegenseitiges Vertrauen aufgebaut werden, was wiederum hilft die integrative Therapie auf die einzelnen Individuen anzupassen (Schulte–Wefers, 2016, S. 10–11).

Der Einbezug der IDDT in Holland hat sich bewährt, da die Erfahrung gemacht wurde, dass die Dauer der Behandlung vermindert werden konnte sowie die Anzahl und das Ausmass der Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Störungen. Die Anzahl der stationären Aufenthalte wurde geringer, die verfrühten Abbrüche der Therapie wurden minimiert und der Dretüreffekt konnte verhindert werden. Auch die Lebensqualität konnte nachweislich verbessert werden. Zudem hat IDDT eine vorbeugende Wirkung auf die Suizidalität bei Menschen mit Doppeldiagnose. In Holland wird die IDDT heutzutage noch angewendet (Schulte–Wefers, 2016, S. 13).

Auch in der Schweiz wurde die integrative Behandlung an der Universitären Psychiatrischen Klinik in Bern getestet und ausgewertet (Moggi, 2014, S. 16). Da wurde gemäss Moggi (2014) festgestellt, dass sich die integrative Behandlung in Bezug auf die Verbesserung der

Lebensqualität der Klient*innen und im Vergleich zu den bisherigen Behandlungsmethoden bewährt (Moggi, 2014, S. 15–18). Es wurde ersichtlich, dass sich bei Menschen mit Doppeldiagnose ein Jahr nach der Behandlung der Konsum der Substanzen stabilisiert hat und die Anzeichen der psychischen Störung zurückgingen (ebd.).

All diese Projekte wurden in Kliniken durchgeführt. Aus Sicht der Autorinnen scheint jedoch der Ansatz der integrativen Behandlung auch im betreuten Wohnen umsetzbar zu sein. Bisher konnten im Rahmen dieser Arbeit keine Forschungen in Bezug auf Doppeldiagnosen im betreuten Wohnen gefunden werden.

4.3 Zusammenfassung des Forschungsstandes

Seit den 1990er Jahren wird im europäischen Raum zum Thema der Doppeldiagnosen geforscht. Da Menschen mit Doppeldiagnose oft aus Studien ausgeschlossen werden, gibt es keine grosse Bandbreite an Studien. Zuerst wurden verschiedene Prävalenzzahlen erforscht. So konnte aufgezeigt werden, dass es kaum noch «reine» Abhängigkeitsklient*innen gibt. Auch das Geschlecht hat einen Einfluss auf die Erkrankung und die Behandlung. In der stationären Behandlung sind mehrheitlich Männer anzutreffen.

Nachdem die Zahlen erforscht wurden, gab es verschiedene Projekte, welche durchgeführt und ausgewertet wurden. Das Ergebnis war, dass eine engere Zusammenarbeit und Kooperation zwischen den verschiedenen Hilfesystemen essentiell ist. Dies wurde durch die integrative Behandlungstherapie in Holland und Bern versucht und ausgewertet, ob sich die Behandlung dadurch verbesserte. Integrative Behandlungstherapie heisst, dass beide Erkrankungen gleichzeitig auf derselben Abteilung behandelt werden. Dabei arbeitet ein interdisziplinäres Team mit Fachpersonen aus dem psychologischen, medizinischen, sozialarbeiterischen und ergotherapeutischen Bereich zusammen. Die Ergebnisse der beiden Versuche fielen positiv aus. Die Problematiken, welche sonst mit Menschen mit Doppeldiagnosen auftreten, blieben weg. Die Problematiken sind zum einen der Therapieabbruch und zum anderen die Rückfälle. Zudem konnte eine Stabilisierung des Konsums und eine Reduktion der Anzeichen der psychischen Störung festgestellt werden.

Die integrative Behandlung wurde in einer Psychiatrischen Klinik und in einem grossen Zentrum, welches viele Fachbereiche aufweist, getestet. Auf der Ebene der betreuten Wohnangebote konnten die Autorinnen der vorliegenden Arbeit keine Forschungen finden, ausser die genannten Angaben. Dies macht ersichtlich, dass eine Forschungslücke besteht, welche die Autorinnen zu verkleinern hoffen.

5 Methodisches Vorgehen

Wie im vorgängigen Theorieteil erläutert wurde, besteht eine Forschungslücke hinsichtlich der aktuellen Bedingungen, die sich im Bereich der betreuten Wohnangebote im Umgang mit Menschen mit Doppeldiagnose für die Fachpersonen stellen. Das methodische Vorgehen und die einzelnen Arbeitsschritte, um diese Forschungslücken füllen zu können, werden im vorliegenden Kapitel erläutert.

5.1 Forschungsfrage

Diese Forschungsarbeit befasst sich, wie in der Einleitung beschrieben, mit der zentralen Fragen zu Bedingungen im Umgang Menschen mit Doppeldiagnose im betreuten Wohnen:

Welche Bedingungen prägen den Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose für Professionelle der Sozialen Arbeit in betreuten Wohnangeboten? Und wie wirken sich diese auf die alltägliche Arbeit aus?

Beide Autorinnen arbeiten mit Menschen mit Doppeldiagnose im betreuten Wohnen. Durch die Literaturrecherche, gegenseitigen Austausch und in Gesprächen mit Fachpersonen wurde ersichtlich, dass dies ein aktuelles und allgegenwärtiges Thema ist, gerade im Bereich der suchtspezifischen betreuten Wohnangeboten. Wie im Kapitel 4 ersichtlich, wird die Thematik der Doppeldiagnose in der Forschung und Literatur vor allem mit psychiatrischen Institutionen in Verbindung gebracht. Das institutionell betreute Wohnen wird ausser Acht gelassen, obwohl es einer Forschung in diesem Bereich bedarf, da Menschen mit Doppeldiagnose nach einem psychiatrischen Aufenthalt, nach Erfahrungen der Autorinnen oftmals auf betreute Wohnangebote angewiesen sind. Bei der vorliegenden Forschung soll ein umfassendes Gesamtbild entstehen, welche Bedingungen die Arbeit der Professionellen der Sozialen Arbeit im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose bestimmen und wie sich diese Bedingungen auf ihre alltägliche Arbeit auswirken.

5.2 Methodologische Grundlagen der qualitativen Forschung

Die qualitative Forschung zeichnet sich laut Uwe Flick (2009) dadurch aus, dass die Forschungsteilnehmer*innen bewusst für die Beantwortung der Forschungsfragen ausgewählt werden und durch die offene Gestaltung der Datenerhebung ein breiter Eindruck der Problemstellung gewonnen werden kann. Qualitative Forschungsansätze zielen darauf ab, durch die offen gestellten Fragen, die subjektive Sichtweise der Forschungsteilnehmer*innen zu ergründen und festzuhalten. Damit auch verborgene, unbewusste Aspekte zum Vorschein kommen, wird die Forschung so frei wie möglich gestaltet. In diesem Sinne konzentriert sich die qualitative Forschung auch auf kleine Stichproben, die aber dafür ausführlich in ihrer Komplexität analysiert werden (S. 24-25).

Wie bereits erläutert, ist es das übergeordnete Ziel dieser Forschung, ein Gesamtbild der prägenden Bedingungen von Professionellen der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose im betreuten Wohnen zu erstellen. Im Theorieteil wurde aufgezeigt, dass das Thema der Doppeldiagnose komplex und herausfordernd ist. Trotzdem wurde bisher noch nicht viel mehr als die Prävalenzzahlen erforscht und das betreute Wohnen allgemein ausser Acht gelassen, was für die Autorinnen einen Widerspruch darstellt, welchem nachgegangen werden sollte.

Um diese subjektiven Erlebnisse und Erfahrungen der Professionellen der Sozialen Arbeit erforschen zu können, empfiehlt sich daher die qualitative Forschung für die vorliegende Bachelorarbeit besonders. Durch die qualitative Herangehensweise können Fachkräfte der Sozialen Arbeit ausführlich und persönlich mit den Autorinnen über ihre alltäglichen Erlebnisse sprechen.

5.3 Instrumentenentwicklung - Das problemzentrierte Interview mit Gesprächsleitfaden

In der qualitativen Sozialforschung spielen Leitfadeninterviews in der Gewinnung von mündlichen Daten eine grosse Rolle, da diese sich an der Anforderung qualitativer Forschung nach Offenheit orientieren. Die offen gestellten Fragen sollen es den interviewten Personen ermöglichen, so frei wie möglich zu antworten. Gleichzeitig gewährt die Struktur des Leitfadens eine gewisse Vergleichbarkeit der Aussagen und eine Vorstrukturierung der Daten. Es ist jedoch nicht das Ziel, dass das Interview genau der Struktur des Leitfadens folgen muss. Der Leitfaden dient lediglich als Orientierung, um zu verhindern, dass essentielle Informationen zur Forschungsfrage vergessen gehen (Horst Otto Mayer, 2013, S. 36-37).

Im Zentrum dieser Forschung stehen vorwiegend Fragen nach subjektiv wahrgenommenen Problemen und Herausforderungen. Daher stützen sich die Autorinnen auf eine spezialisierte Form des Leitfadeninterviews – das problemzentrierte Interview. Laut Andreas Witzel (2000) zielt das problemzentrierte Interview darauf ab, die subjektive Wahrnehmung der interviewten

Personen zu erfassen. Das problemzentrierte Interview basiert auf drei zentralen Kriterien. Das erste Kriterium, die Problemzentrierung, fordert den Fokus auf ein gesellschaftliches Problem, es stellt also einen thematischen Fokus dar. Zweitens betont Witzel, dass das problemzentrierte Interview als Methode nicht fix gegeben ist und an den Forschungsgegenstand angepasst werden kann, dies nennt Witzel die Gegenstandsorientierung. Als drittes Kriterium wird die Prozessorientierung genannt. Diese besagt, dass auch Abänderungen während des Forschungsprozesses möglich sind. Nach Witzel besteht das problemzentrierte Interview aus vier Instrumenten, welche die Durchführung des Interviews unterstützen und begünstigen. Diese bestehen aus dem Kurzfragebogen, der Tonträgeraufzeichnung, dem Leitfaden und dem anschliessenden Postskript (Witzel, 2000). Diese Dokumente, ausser die Tonträgeraufzeichnung, sind im Anhang der vorliegenden Arbeit ersichtlich.

Das problemzentrierte Interview startet nach Witzel durch eine vorformulierte, offene Einstiegsfrage, die durch allgemeine Sondierungsfragen abgelöst wird (Witzel, 2000).

Die Autorinnen haben sich für eine offene Einstiegsfrage entschieden, welche losgelöst von der Thematik der Doppeldiagnose ist. Die interviewten Personen werden gebeten, von einem klassischen Arbeitsalltag in ihrer Institution zu erzählen. Die Einstiegsfrage soll losgelöst von der Thematik der Doppeldiagnose sein, da sich die Autorinnen damit erhoffen, das Gespräch offen und frei zu starten und die Unterschiede von Menschen mit Doppeldiagnose zu Menschen mit einer Einfachdiagnose deutlich zu machen. Auf diese Einstiegsfrage folgt die zweite, thematisch gleiche Einstiegsfrage, aber nun mit einem Fokus auf Menschen mit Doppeldiagnosen. Anschliessend folgen anhand von sechs Themenblöcken sechs Sondierungsfragen. Die Themenblöcke orientieren sich an den zwei Fragestellungen der Arbeit. Die Sondierungsfragen wurden während der Periode der Interviewdurchführung von den Autorinnen diskutiert und angepasst, ganz im Sinne der Prozessorientierung nach Witzel.

In der folgenden Abbildung sind die Themenblöcke mit den jeweiligen Sondierungsfragen aufgelistet sowie Ad-hoc-Fragen, welche sich als besonders hilfreich für den Gesprächsfluss im Interviewprozess erwiesen haben:

Einstiegsfragen 1&2

Themenblöcke	Sondierungsfragen zu
Arbeitsalltag mit Menschen mit Doppeldiagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschied zu Menschen mit Einfachdiagnose
Beziehungsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Voraussetzungen der Zusammenarbeit • Motivation für die Stellenwahl
Herausforderungen / Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • Beschrieb einer Problemsituation • Persönlicher Umgang • Psychohygiene • Umgang im Team mit Problemsituationen
Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Besonders positive Erfahrungen • Beschrieb solcher Situationen
Äussere Bedingungen	<ul style="list-style-type: none"> • Optimale Bedingungen • Was sollte sich ändern • Spezifische Wünsche
Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten • Positive Erlebnisse • Zusammenarbeit in akuter Krise • Wünsche an Zusammenarbeit

Ad-hoc-Fragen

- Weshalb ist dies Ihnen wichtig?
- Können Sie uns dies anhand eines Beispiels erklären?
- Können Sie dazu noch mehr erzählen?
- Weshalb wünschen Sie sich das?
- Wieso fehlen Sie euch?
- Was wäre der Mehrwert?

Abbildung 7: Themenblöcke für das Interview (Quelle: eigene Darstellung, auf der Basis von Laura Dominguez & Liv Heinemann, 2018, S. 37)

5.4 Sampling

In der qualitativen Forschung steht die inhaltliche Repräsentation der Interviewpartner*innen bei der Stichprobe im Vordergrund und nicht wie bei der quantitativen Forschung die statistische Repräsentativität. Es können laut Mayer (2013) zwei verschiedene Arten der Festlegung von Stichproben in qualitativen Forschungen unterschieden werden. Einerseits gibt es die Vorab-Festlegung, bei welcher das Sampling anhand von spezifischen Kriterien bewusst vor Beginn der Forschung festgelegt wird. Andererseits gibt es das theoretische Sampling, welches während der laufenden Forschung anpasst und ergänzt wird (S. 39).

Laut Mayer (2013) ergibt sich die Stichprobe bei der Vorab-Festlegung aus der Fragestellung, theoretischem Vorwissen und bereits vorhandener Literatur (S. 39). Anhand der beiden Fragestellungen der vorliegenden Arbeit ergeben sich bereits festgelegte Kriterien. Einerseits müssen die Personen in einem suchtspezifisch betreuten Wohnen im Kanton Bern arbeiten. Andererseits müssen sie über Wissen und Alltagserfahrungen im Umgang mit Menschen mit Doppeldiagnose verfügen, da sie als Expert*innen befragt werden. Zudem existiert eine gewisse Bandbreite an Literatur. Zum Thema der Doppeldiagnosen erscheint die Vorab-Festlegung der Stichprobe für diese Forschungsarbeit am geeignetsten.

In der Planung wurden sechs Institutionen angefragt. Mithilfe des untenstehenden Rasters (Abbildung 8) und den dazugehörigen Erklärungen wird genauer erläutert, aufgrund welcher Kriterien die Institutionen und deren Mitarbeitende für das Interview angefragt wurden. Das schlussendlich erreichte Sample wird im Kapitel 5.5 dargestellt.

	Betreutes Wohnen im Kanton Bern					
	Abstinenzorientiert			Nicht abstinenzorientiert		
	P. I	P. II	P. III	P. IV	P. V	P. VI
Berufserfahrung						
Ausbildung in SA						
Rolle / Aufgabe						
Geschlecht						

Abbildung 8: Raster für das Sampling der Interviewpartner*innen (eigene Darstellung)

Abstinenzorientierung / Akzeptanzorientierung

Die zwei grossen Arbeitsweisen, Abstinenzorientierung und Akzeptanzorientierung, bestehen in der aktuellen Suchtarbeit im Kanton Bern. Durch die Berücksichtigung beider Richtungen, kann die vorliegende Forschung beiden Angeboten gerecht werden. Jeweils drei abstinenzorientierte und drei nicht- abstinenzorientierte Institutionen wurden angefragt.

Berufserfahrung

Wie bereits im Kapitel 3.3 beschreiben, sind die Aufgaben der Fachpersonen der Sozialen Arbeit vielfältig. Daher sind feldspezifisch unterschiedliche Kompetenzen und Anforderungen gefragt. Insofern wurde vorausgesetzt, dass die interviewten Personen bereits seit vier Jahren im Suchtbereich im betreuten Wohnen tätig sind, damit genügend Fachkompetenzen zu suchtspezifischen Themen vorhanden sind.

Ausbildung in Sozialer Arbeit (Fachhochschule / Höhere Fachschule)

Rund 50% aller Fachpersonen der Sozialen Arbeit haben keinen anerkannten Abschluss (Véréna Keller, 2018, S. 24). Da sich die vorliegende Forschung an Professionelle der Sozialen Arbeit richtet und über einen komplexen Arbeitsbereich geforscht wird, besteht bei den Autorinnen der Wunsch, das Interview mit ausgebildeten Personen führen zu können. Davon erhoffen sich die Autorinnen, dass grundlegende Fachkenntnisse zu psychischen und Abhängigkeitserkrankungen vorhanden sind und damit die Professionalität gewährleistet werden kann.

Rolle / Aufgaben

Da diese Forschung auf Betreuungspersonen ausgerichtet ist, werden nur Personen, welche in diesem Bereich tätig sind, angefragt. Beispielsweise Hauswirtschaftsmitarbeitende werden nicht angefragt.

Geschlecht

Vier Fünftel der in der Sozialen Arbeit tätigen Personen sind weiblich (Avenir Social, ohne Datum). Um diese Realität angemessen repräsentieren zu können, wird darauf geachtet, dass mindestens vier der sechs interviewten Personen sich dem weiblichen Geschlecht zuordnen.

5.5 Effektiv erreichtes Sampling – Forschungsteilnehmende

Wie bereits im Sampling beschrieben, wurden insgesamt sechs Institutionen angefragt. Drei mit dem Ansatz der Abstinenzorientierung und drei mit dem akzeptanzorientierten Ansatz. Die interviewten Personen werden nun kurz vorgestellt. Aus Datenschutzgründen werden die Informationen jeweils anonymisiert, mit FT (Forschungsteilnehmende) und der Nummer (1-6) des jeweiligen Interviews gekennzeichnet.

Institution 1 - akzeptanzorientiert

FT1 ordnet sich dem männlichen Geschlecht zu. Er ist 60 Jahre alt und arbeitet seit 19 Jahren in der jetzigen Institution und mit Menschen mit einer Doppeldiagnose zusammen. Er hat eine abgeschlossene Ausbildung als Sozialarbeiter.

Institution 2 - akzeptanzorientiert

FT2 ist 51 Jahre alt und ordnet sich dem weiblichen Geschlecht zu. Sie hat eine abgeschlossene Ausbildung als Sozialpädagogin und arbeitet seit 2006 mit Menschen mit einer Doppeldiagnose zusammen. Auch seit 2006 arbeitet sie in der jetzigen Institution

Institution 3 - abstinenzorientiert

Seit 2009 arbeitet FT3 in der jetzigen Institution als Teil des Leitungsteams mit Menschen mit einer Doppeldiagnose zusammen. Sie ordnet sich dem weiblichen Geschlecht zu, hat eine abgeschlossene Ausbildung als Sozialpädagogin und ist 35 Jahre alt. Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose hat sie seit 2008.

Institution 4 – abstinenzorientiert

FT4 ordnet sich dem männlichen Geschlecht zu und befindet sich im letzten Jahr seiner Ausbildung als Sozialpädagoge. Er arbeitet seit vier Jahren in der jetzigen Institution, was auch die Anzahl Jahre ist, welche er mit Menschen mit einer Doppeldiagnose zusammenarbeitet. Er ist 27 Jahre alt.

Institution 5 – akzeptanzorientiert

Erfahrung im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose hat FT5 seit zwanzig Jahren. Sie ordnet sich dem weiblichen Geschlecht zu, ist 48 Jahre alt und arbeitet seit eineinhalb Jahren in der jetzigen Institution. Sie hat eine Weiterbildung als Sozialtherapeutin mit Zusatzausbildungen im Bereich des kontrollierten Trinkens und des kontrollierten Konsums illegaler Substanzen absolviert.

Institution 6 – abstinenzorientiert

FT6 hat eine abgeschlossene Ausbildung als Sozialarbeiterin und ist 31 Jahre alt. Sie ordnet sich dem weiblichen Geschlecht zu und arbeitet seit viereinhalb Jahren in der jetzigen Institution und mit Menschen mit Doppeldiagnose zusammen.

Wie im Sampling vorgesehen, arbeiten alle Befragten seit mindesten vier Jahren im Suchtbereich. Entgegen dem Sampling hat eine interviewte Person keinen HF/FH Abschluss und eine Person befindet sich noch im letzten Jahr der Ausbildung. Zwei der befragten Personen definieren sich als männlich, vier als weiblich, was in etwa dem Schnitt von vier Fünfteln entspricht.

5.6 Datenerhebung und Datenaufbereitung

Die interviewten Personen konnten selber über den Durchführungsort der Interviews entscheiden. Fünf der sechs Interviews fanden in den institutionellen Räumlichkeiten der interviewten Personen statt und eines in einem Café in der Nähe der Institution der befragten Person.

Vor dem Interview stellten sich die Autorinnen vor und die Sprache für die Durchführung der Interviews wurde festgelegt. Bis auf eines der Interviews wurden alle auf Dialekt geführt. Bei einem Interview sprach die Forschungsteilnehmerin Schriftdeutsch und die Autorinnen in Dialekt. Zudem wurde vor Beginn des Interviews das Einverständnis für die Aufzeichnung eingeholt. Witzel erläutert, dass Aufzeichnungen einen genauen und unverfälschten Gesprächsprozess ermöglichen. Ausserdem können sich die interviewenden Personen besser auf das Gespräch und die nonverbale Kommunikation fokussieren (Witzel, 2000)

Bei drei der sechs Interviews waren beide Autorinnen anwesend. Eine Person leitete das Gespräch und die andere Person kontrollierte anhand des Leitfadens, ob alle Themenblöcke und Sondierungsfragen angesprochen wurden, und protokollierte Nachfragen. Diese Aufgabenteilung ermöglichte es der interviewenden Personen, frei und losgelöst vom Leitfaden zu sprechen. Zur Transparenz wurde zu Beginn des Interviews die Rollenverteilung der interviewenden Personen und deren Aufgaben offengelegt. Konnte nur eine Autorin anwesend sein, rechnete diese etwas mehr Zeit ein, um vor Ende des Interviews vergessene Themenblöcke oder Sondierungsfragen ansprechen zu können. Ausserdem transkribierte die nicht anwesende Autorin dann jeweils das Interview, um inhaltlich auf dem gleichen Stand zu sein.

Anschliessend an das Interview wurde der Kurzfragebogen der interviewten Person ausgehändigt. Dieser diente zur Erfassung der Personalien. Zweck dieses Vorgehens ist laut Witzel, dass das Ziel des problemzentrierten Interviews, die Darlegung der subjektiven Sichtweise, nicht durch geschlossene Frage-Antwort Sequenzen unterbrochen wird (Witzel, 2000). Die Interviews dauerten zwischen 50 und 70 Minuten.

Unmittelbar nach dem Gespräch wurde das Postskript verfasst. Dies dient dazu, Inhalte des Gesprächs, Notizen, Anmerkungen, Störungen und Auffälligkeiten erfassen zu können. Auch können bereits Ideen zur Auswertung des Interviews notiert werden (Witzel, 2000).

Vorbereitend für die Datenauswertung wurden die Interviews mithilfe des f4transkript Programms und dessen Regeln transkribiert. Die Interviews wurden von Schweizerdeutsch ins Schriftdeutsche transkribiert. Die Übersetzung ins Schriftdeutsche ist laut Phillip Mayring (2002) die gängige Protokolltechnik: «der Dialekt wird bereinigt, Satzbaufehler werden behoben, der Stil wird geglättet. Dies kommt dann in Frage, wenn die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund steht, wenn der Befragte beispielsweise als Zeuge, als Experte, als Informant auftreten soll» (S. 91).

5.7 Datenauswertung – Zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring

Um die erhobenen Daten auszuwerten, haben sich die Autorinnen für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring entschieden. Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse besteht laut Mayring (2002) aus der schrittweisen Analyse des Datenmaterials, welche streng methodisch kontrolliert wird. Das Datenmaterial wird in Einheiten unterteilt und dann schrittweise bearbeitet. Ein theoriegeleitetes, anhand des Datenmaterials entwickeltes Kategoriensystem bildet dabei den Mittelpunkt, damit Aspekte festgelegt werden können, welche aus dem Datenmaterial extrahiert werden sollen (S. 114).

Bestimmung des Ausgangsmaterials

In einem ersten Schritt wird das für die Auswertung zugrunde liegende Material festgelegt. Dabei sind drei Analyseschritte zu unterscheiden. Erster Analyseschritt ist die *Festlegung des Materials*. Relativ häufig muss eine Selektion aus einer grossen Materialmenge gemacht werden, also tritt die Frage der Stichprobenziehung in den Vordergrund (Mayring, 2015, S. 54-55). Der zweite Schritt besteht aus der *Analyse der Entstehungssituation*. Als dritter und letzter Schritt wird die *Form des vorhandenen Datenmaterials* beschrieben (ebd.). Die Interviewsequenzen aller Interviews wurden zur Analyse freigegeben, nichts wurde von Beginn an ausgeschlossen. Unter welchen Bedingungen das Datenmaterial dieser Forschung erhoben wurde, wurde im Kapitel 5.6 erläutert. Das Material der vorliegenden Forschung besteht aus den sechs problemzentrierten Interviews, welche mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Kanton Bern durchgeführt wurden. Die Interviews liegen in Form von Transkripten zur Analyse vor.

Fragestellung der Analyse

Eine Inhaltsanalyse ohne die Bestimmung der Analyserichtung und der spezifischen Fragestellung ist laut Mayring (2015) undenkbar (S. 58). Diese Forschung basiert, wie in Kapitel 5.1 erläutert, auf der folgenden Fragestellung:

Welche Bedingungen prägen den Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose für Professionelle der Sozialen Arbeit in betreuten Wohnangeboten? Und wie wirken sich diese auf die alltägliche Arbeit aus?

Ablaufmodell der Analyse

In diesem Schritt geht es laut Mayring (2015) um die Festlegung der Analysetechnik sowie um die Erstellung eines Analyseablaufmodells (S. 61). Mayring bietet nicht nur eine Analyseform, sondern verschiedene Analysetechniken an: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Diese werden auch als die Grundformen des Interpretierens bezeichnet. Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse handelt es sich um die Reduktion des Datenmaterials, aber lediglich soweit, dass die wichtigen Inhalte noch ersichtlich bleiben. Somit kann ein übersichtliches Abbild des Datenmaterials geschaffen werden. Bei der Explikation ist das Ziel, unverständliche Textteile durch andere Textstellen oder anderes Material besser verständlich zu machen. Die strukturierende Inhaltsanalyse hebt durch vorher festgelegte Kriterien bestimmte Aspekte aus dem Datenmaterial hervor (S. 67).

Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist, ein Gesamtbild über die aktuellen prägenden Bedingungen, welche sich in der alltäglichen Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose zeigen, zu erstellen. Deshalb haben sich die Autorinnen entschieden, die Datenmaterialien anhand der zusammenfassenden Inhaltsanalyse auszuwerten.

Grundsätzlich wird bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse das Datenmaterial durch eine höhere Abstraktion reduziert. Der Ablauf lässt sich anhand der folgenden sieben Schritte festhalten (Mayring, 2015, S. 69):

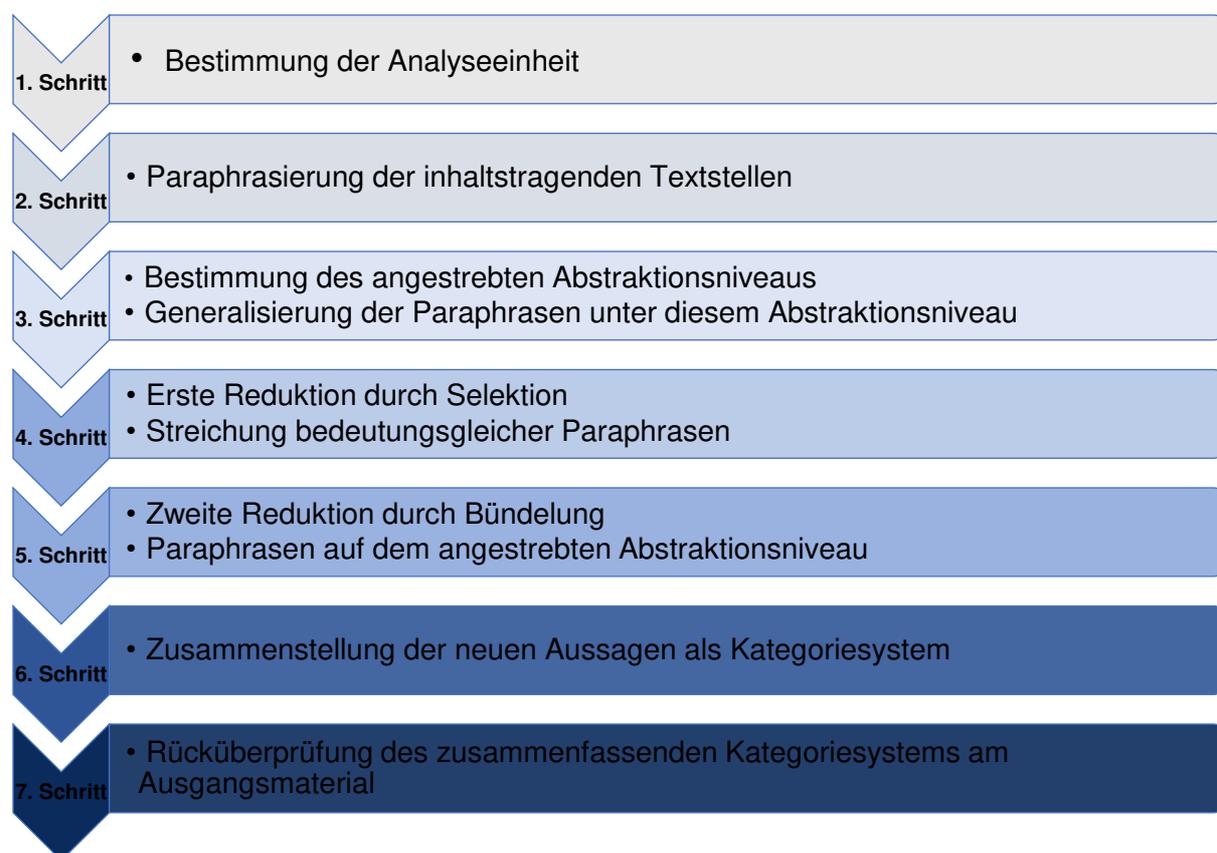


Abbildung 9: Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (eigene Darstellung, auf Basis von Mayring, 2015, S. 70-71)

Die Autorinnen haben die sechs transkribierten Interviews im Programm f4analyse in Anlehnung an die oben genannten Schritte analysiert. Als *erster Schritt* wurden die Analyseeinheiten bestimmt, um die Exaktheit der Inhaltsanalyse zu erhöhen. Diese bestehen aus drei Einheiten, der Kodier-, Kontext-, und Auswertungseinheit. Endziel der gesamten Analyse ist es, ein Kategoriensystem entwickeln zu können. Dafür werden die drei Einheiten festgelegt. Die Kodiereinheit ist der kürzeste Textteil, welcher als Kategorie bestimmt werden kann (Mayring, 2015, S. 61). Dafür legen die Autorinnen einzelne Sätze der Transkripte fest. Die grösste Einheit, welche die Antworten auf eine spezifisch gestellte Frage festlegt, ist die Kontexteinheit (Mayring, 2015, S. 61). Als Kontexteinheit haben die Autorinnen alle Sätze, welche zur Beantwortung der Fragen hilfreich sind, festgelegt. Die transkribierten Interviews für die vorliegende Arbeit werden für sich und nacheinander ausgewertet. Dies ist laut Mayring eine Form der Auswertungseinheit (Mayring, 2015, S. 61).

Im *zweiten Schritt* werden die Kodiereinheiten paraphrasiert, indem diese in beschreibender Form auf den Inhalt begrenzt werden. Inhaltslose, wiederholende oder ausschmückende Textstellen werden gestrichen und Paraphrasen in grammatikalische Kurzform gebracht (Mayring, 2015, S. 71). Ein Beispiel für den zweiten Schritt: der Satz «Da ehm, also es ist wirklich hilfreich, ehm wenn die Leute freiwillig da sind» wird zu «Freiwilligkeit der Klientel ist hilfreich» (Interview 3).

Nach der Paraphrasierung wird im *dritten Schritt* das Abstraktionsniveau bestimmt (Mayring, 2015, S. 71). Die Autorinnen haben dabei die Paraphrasen zu einzelnen Unterkategorien zusammengefasst. Paraphrasen, welche nicht zu einer Unterkategorie passen, wurden gestrichen. Entstehen identische oder irrelevante Paraphrasen, können diese im *vierten Schritt* gestrichen werden. Im *fünften Schritt* werden nun häufig vorkommende und aufeinander Bezug nehmende Paraphrasen zu einer neuen Aussage zusammengefasst (Mayring 2015, S. 71). Schritt zwei bis fünf, können laut Mayring (2015) bei einer grossen Menge an Material zusammengefasst werden (S. 70). Dies wurde in der vorliegenden Arbeit gemacht.

Diese Schritte wurden im Programm f4Analyse durchgeführt, wie im folgenden Bild ersichtlich wird.

The screenshot shows the f4Analyse software interface. At the top, there are four tabs: 'Selektion', 'Zusammenfassung', 'Verteilung', and 'Suche'. The 'Text' tab is active, displaying a text excerpt from a participant (FT 3) with several lines underlined in green. To the right, a 'Codes' panel is visible, listing various categories with counts. The categories include 'Therapieformen vereinheitlichen' (0), 'Unterstützende Faktoren' (0), 'Gesellschaft' (0), 'Wirtschaft' (0), 'Interdisziplinarität' (0), 'Wünsche', 'Abstinezn/ Nicht abstinezn', 'Abstineznorientiert' (with sub-items 'schneller einweisung wennbetrunken' and 'Krisensituationen vor allem wenn nicht Freiwillig'), 'Externe Tagesstruktur wird vorausgesetzt', and 'Strenge Regeln bei rückfall'.

Abbildung 10: Ausschnitt aus Programm f4Analyse (eigene Darstellung)

In einem *sechsten Schritt* werden die neuen Aussagen zu einem Kategoriensystem verknüpft. Im *siebten und letzten Schritt* wird das Kategoriensystem anhand der Interviews rücküberprüft, um zu sehen, ob dieses das Interview repräsentiert (Mayring, 2015, S. 71–72). Anhand der Analyse im Programm f4Analyse wurden in einem ersten Durchgang für jedes Interview einzelne interviewspezifische Unterkategorien gebildet und in einer Tabelle festgehalten. In einem zweiten Durchgang wurden die einzelnen interviewspezifischen Unterkategorien zu allgemeinen interviewübergreifenden Unter- und Oberkategorien zugeordnet. Somit werden nach Mayring (2015) nicht mehr die Aussagen der einzelnen interviewten Personen veranschaulicht (S. 83), sondern die fallübergreifende professionelle Handhabung im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose.

Ein Ausschnitt der Tabelle mit den einzelnen Kategorien und dazugehörigen Paraphrasen ist im Anhang zu finden.

5.8 Reflexion der Forschungsmethode

Das problemzentrierte Interview als Instrument der Datenerhebung erwies sich für die Autorinnen als passend für die vorliegende Forschung. Die subjektiv wahrgenommenen Erlebnisse der Forschungsteilnehmenden konnten abgeholt und ein offenes Gespräch geführt werden.

Bei der Datenauswertung stellten sich den Autorinnen mehrere Herausforderungen. Einerseits die etwas schwer verständliche und komplizierte Schreibweise von Phillip Mayring. Andererseits die Problematik, dass das Programm f4analyse nicht auf das Vorgehen der zusammenfassenden Analyse abgestimmt ist. Somit mussten die Autorinnen die sieben Schritte der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring auf das Programm adaptieren. Die daraus resultierenden Ergebnisse, werden nun im nachfolgenden Kapitel aufgezeigt.

6 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Antworten der Forschungsteilnehmenden, welche zur Beantwortung der Fragestellungen dienlich sind, zusammengefasst dargestellt und mit passenden Aussagen der Forschungsteilnehmenden verdeutlicht und unterlegt. Die Zitate wurden für eine bessere Verständlichkeit sprachlich angepasst. Besonders prägnante Wörter im Dialekt wurden beibehalten, um die Aussage nicht zu verfälschen. Bei der Auswertung der Ergebnisse stellte sich heraus, dass die Antworten der Professionellen drei Ebenen zugeordnet werden können. Erstens der Ebene der Professionellen (Mikroebene), zweitens der institutionellen Ebene (Mesoebene) und drittens der gesellschaftlichen Ebene (Makroebene). Weiter wurde ersichtlich, dass sich diese Ebenen gegenseitig beeinflussen. Um die Darstellung zu vereinfachen, wurden die jeweiligen Kategorien der Ebenen in unterstützende und hindernde Faktoren unterteilt. Dies ist in Abbildung 11 und 12 ersichtlich. So ergaben sich insgesamt fünf Kategoriensysteme. Einige der Kategorien enthalten Unterkategorien, welche zur Präzisierung dienen.

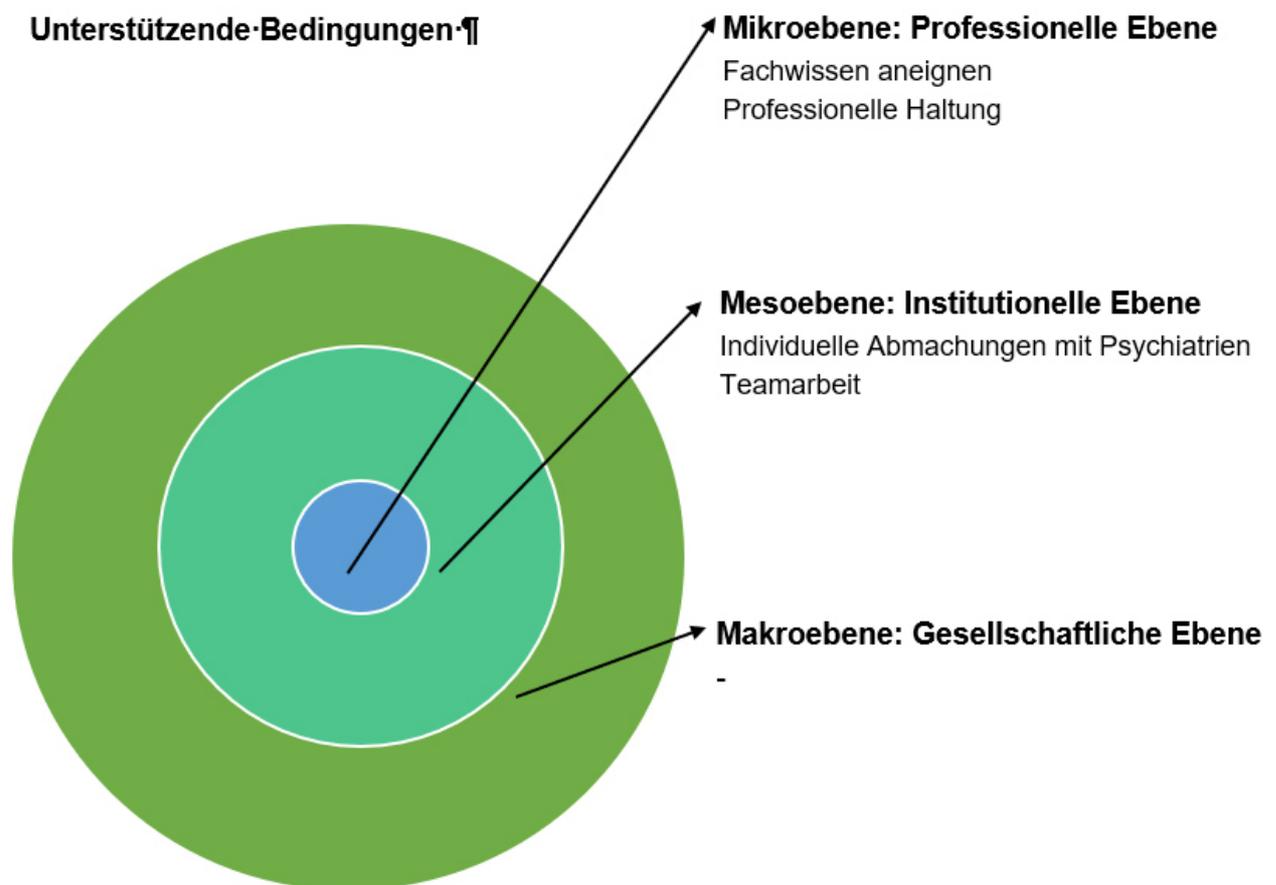


Abbildung 11: Ergebnisse, unterstützende Faktoren (eigene Darstellung)

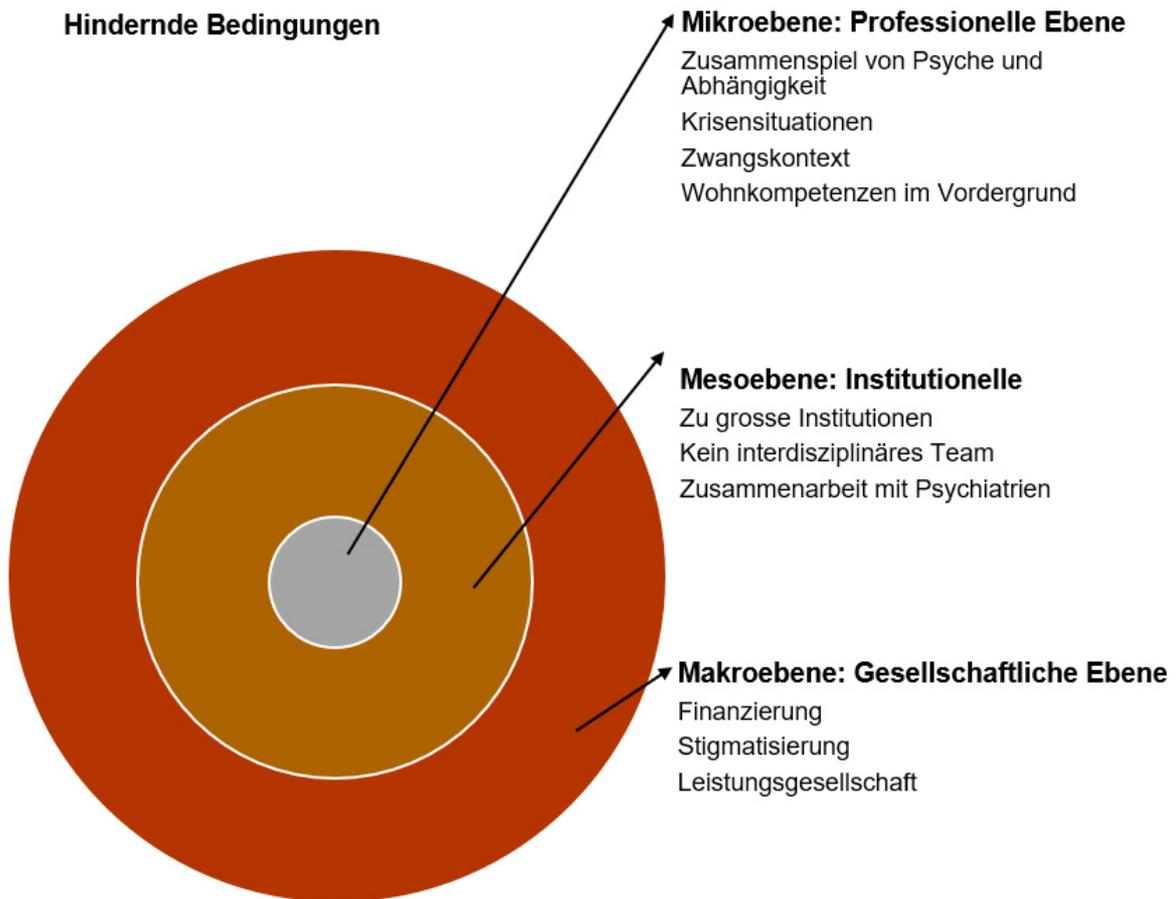


Abbildung 12: Ergebnisse, hindernd Faktoren (eigene Darstellung)

In den Befragungen wurde ersichtlich, dass ein Grossteil der Klientel der Forschungsteilnehmenden eine Doppeldiagnose aufweist, in vier der sechs Institutionen befinden sich laut Aussagen der Professionellen der Sozialen Arbeit nur Menschen mit Doppeldiagnose. Daher ist die Unterscheidung zwischen Menschen mit einer Doppel- und Menschen mit einer Einfachdiagnose in der vorliegenden Forschung nicht immer eindeutig.

6.1 Mikroebene: Professionelle der Sozialen Arbeit

In den nächsten zwei Unterkapitel werden die Ergebnisse der unterstützenden und hindernden Faktoren auf Ebene der Professionellen, jeweils anhand eines Kategoriensystems mit Unterkategorien, dargestellt.

6.1.1 Unterstützende Bedingungen in der alltäglichen Arbeit

Unterstützende Faktoren	
Kategorie	Unterkategorie
Fachwissen aneignen	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildung als Grundgerüst • Neues Wissen aneignen über Psyche, Sucht & Medikamente, Sozialversicherungen, Substitution, Rechtliches, Finanzierung, therapeutisches und systemisches Arbeiten
Professionelle Haltung	<ul style="list-style-type: none"> • Klient*innen als Expert*innen in ihrem eigenen Leben • Klient*innen sind selber verantwortlich für ihre Taten • Individuelle und enge Begleitung

Abbildung 13: Unterstützende Faktoren auf professioneller Ebene (eigene Darstellung)

Fachwissen aneignen

Ihre Ausbildung in Sozialer Arbeit beschreiben die Forschungsteilnehmenden als Grundgerüst, welches im Alltag unterstützend sein kann. Grundlegende Methoden wie die Reflexion, soziale Diagnostik, Kommunikation oder das Führen von Standortgesprächen empfinden diese als hilfreich. Die Thematik der psychischen Erkrankungen und der Suchtmittelabhängigkeit wurden unterschiedlich intensiv thematisiert. Bei einigen waren diese Module Pflicht, andere konnten sie als Wahlfach wählen. Alle Forschungsteilnehmenden erwähnen, dass an Schulen der Sozialen Arbeit oft das suchtspezifische Klientel nicht in den Pflichtmodulen thematisiert werde, sondern die Schwerpunkte auf der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Menschen mit einer Beeinträchtigung liegen. Bei einer Person wurde das Thema der Doppeldiagnose im Unterricht innerhalb eines Modultages explizit behandelt.

Erwähnt wird mehrmals, dass es notwendig sei, sich nach der Grundausbildung in spezifischen Bereichen zu vertiefen. Des Öfteren wird das therapeutische Arbeiten erwähnt, welches nicht Teil der Grundausbildung in Sozialer Arbeit ist, aber bedeutend in der alltäglichen Zusammenarbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose zu sein scheint. Einiges an zusätzlichem Wissen im Bereich der Therapie, Abhängigkeit und Psyche wurde durch das Lesen von Fachliteratur erworben, anderes durch diverse Weiterbildungen. Neben dem therapeutischen Arbeiten werden unzählige Kompetenzen genannt, über welche Professionelle der Sozialen Arbeit im Umgang mit Menschen mit Doppeldiagnose verfügen müssen. Am wichtigsten seien

die Bereiche der psychischen Erkrankungen, der Abhängigkeitserkrankungen, der Medikamente, Substitutionen, Gesprächsführung, rechtliche Themen wie beispielsweise die fürsorgliche Unterbringung, das Sozialhilferecht, die Invalidenversicherung und das Wissen über Finanzierungen.

Professionelle Haltung

Weiter erwähnen die meisten der Forschungsteilnehmenden im Umgang mit Menschen mit Doppeldiagnose unterstützende Faktoren, die auf eine professionelle Haltung zurückzuführen sind. Eine dieser Haltungen ist, die Klient*innen als Expert*innen ihres eigenen Lebens zu sehen.

FT3: «Es ist halt von unserer Grundhaltung her, ganz fest, dass die Betroffenen die Experten sind. Dass es sich einfach lohnt, dort ganz gut hinzuhören und ihre Erfahrungen abzuholen und alles wahrzunehmen und neue Muster zu finden aus der Destruktion heraus. Weil sie sind ja häufig absoluter Experte und kennen ihre Muster auch gut. Da stellen wir auch spezifische Fragen, wie zu welchem Zeitpunkt was, wo sie dies zuordnen würden, wie dies behandelt wurde. Und dort finde ich, in der Arbeit mit Leuten mit Doppeldiagnose, ist wirklich ganz spannend dies gemeinsam mit ihnen herauszufinden»

Den Bewohnenden die Verantwortung für ihre Taten zu geben, wird als zweite wesentliche Haltung genannt. Gerade in Krisensituationen sei es wichtig, den Bewohnenden die Verantwortung für ihre Taten zurückzugeben, damit sich die Professionellen abgrenzen können. Man müsse als Fachperson jeweils versuchen, die bestmögliche Unterstützung zu bieten, verantwortlich für ihre Taten seien die Klient*innen aber selber. Dies sei wichtig, um in diesem Bereich nicht auszubrennen.

Der Beziehungsaufbau sei auch in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose das Kernstück der Professionellen der Sozialen Arbeit. Gerade bei Menschen mit einer Doppeldiagnose ist es wichtig, individuell zu arbeiten, um auf die verschiedenen Bedürfnisse eingehen zu können. Da bei Menschen mit einer Doppeldiagnose bereits mehrere Erkrankungen im Spiel sind, müsse besonders darauf geachtet werden, dass der Mensch dahinter nicht vergessen gehe. Auch Menschen mit den gleichen Erkrankungsbildern können nie gleichbehandelt werden. Das nicht «Schubladisieren» und das Auseinandernehmen der Diagnosen sei hilfreich, um die Person besser verstehen zu können, die dann wieder als Ganzes zu sehen sei, aber umso wichtiger auch, um eine individuelle Begleitung gewährleisten zu können, wie die folgenden Zitate verdeutlichen:

FT 3: «Da sind wir sehr bedacht darauf, dadurch, wenn du sie wirklich beim Wohnen begleitest, ist die Beziehung eigentlich sowieso ganz wichtig und ist häufig auch noch Nahe, dass man die Leute auch in schwierigen Situationen wirklich noch abholen kann und ihnen auch aufzeigen, was es aus unserer Sicht braucht».

FT2: «*Eigentlich darf gar nie jemand schubladisiert werden, das ist mir ganz wichtig. Es gibt Leute, die kommen und sagen ich habe diese Diagnose und wissen Bescheid. Dann sage ich manchmal, ja, du bist mehr als das und mit dem will ich arbeiten*»

Durch die verschiedenen Erkrankungen und die damit verbundenen Bedürfnisse brauche man relativ viel Geduld und bedarf einer engen Begleitung. Damit diese Individualität gewährleistet werden kann, muss von den institutionellen Bedingungen ein gewisser Spielraum im Bereich der Regeln zugelassen werden. Die Forschungsteilnehmenden erachten es als hilfreich und unterstützend in der alltäglichen Arbeit, Regeln im Team und mit den Klient*innen auszudiskutieren und auf die einzelnen Individuen anzupassen. Dies sei vor allem bei Klient*innen mit mehreren Diagnosen wichtig:

FT 2: «*Ja. Unbedingt, also gerade bei ganz komplexen Diagnosen, Mehrfachdiagnosen, muss viel ausgehandelt werden.*»

Das viele Aushandeln ermögliche, dass die Klient*innen im betreuten Wohnen bleiben können, das für viele wie ein eigenes Zuhause sei.

6.1.2 Hindernde Bedingungen in der alltäglichen Arbeit

Wie auf der Abbildung ersichtlich, haben sich sieben Kategorien, teils mit eigenen Unterkategorien, herausgebildet, welche als herausfordernd im alltäglichen Umgang mit Menschen mit Doppeldiagnose wahrgenommen werden.

Hindernde Faktoren auf professioneller Ebene	
<i>Kategorie</i>	<i>Unterkategorie</i>
Zusammenspiel von Psyche und Abhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Auffallende Alltagssituationen • Selbstmedikation • Fehlende Diagnose • Häufige Kündigungen • Klientel nicht gerecht werden
Krisensituationen	<ul style="list-style-type: none"> • Einzel- versus Gruppenwohl • Suizide
Zwangskontext	
Wohnkompetenzen im Vordergrund	

Abbildung 14: Hindernde Faktoren auf professioneller Ebene (eigene Darstellung)

Zusammenspiel von Psyche und Abhängigkeit

Das gleichzeitige Vorhandensein zweier Erkrankungen stellt für die Professionellen per se eine Herausforderung dar und äussert sich in einem ersten Schritt vor allem durch auffallende Situationen im Arbeitsalltag. Ungewöhnliche Situationen, welche Hinweise auf ein Zusammenspiel der Krankheiten geben, müssen stets im Auge behalten werden. Es wird als Balanceakt beschrieben, diese zwei Erkrankungen einzeln zu betrachten und dabei die Wechselwirkungen nicht aus den Augen zu verlieren.

FT6: «Also falls jemand, nehmen wir jemand mit einer paranoiden Schizophrenie und der war ein paar Monate stabil und konsumierte da auch nie und dann merken wir, nun beginnt es wieder langsam mit der Psychose, nun hört er wieder, nun hat er wieder das Gefühl, dass der Fernseher mit ihm spricht oder die Wände näherkommen, was auch immer, dann muss dies wirklich im Kopf sein, dass die Möglichkeit zu einem erneuten Konsum hoch ist.»

Solche Situationen, wie im Beispiel oben, wurden häufig auch in Verbindung mit der fehlenden Diagnose und der Selbstmedikation genannt. Viele der Bewohnenden der befragten Institutionen haben keine psychiatrisch diagnostizierte psychische Erkrankung und somit auch keine Medikamente. Dies hat zur Folge, dass der Konsum von psychotropen Substanzen dazu genutzt wird, die Symptome der psychiatrischen Erkrankung zu lindern. Gerade im abstinenzorientierten betreuten Wohnen führe die Selbstmedikation oftmals zu herausfordernden Situationen und vermehrten Kündigungen, da das Einhalten der Abstinenz für die Personen kaum möglich ist.

Häufigere Kündigungen sind aber nicht nur im abstinenzorientierten Kontext eine Herausforderung, sondern auch im akzeptanzorientierten. Die meisten der Forschungsteilnehmenden stellen fest, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose vermehrt eine Kündigung erhalten, wenn eine stark ausgeprägte psychische Erkrankung vorhanden ist.

FT1: «Wir hatten schon ganz «schregi» Fälle aus der Psychiatrie, bei denen wir den Betreuungsaufwand, obwohl wir einen grossen Betreuungsschlüssel haben, aber einfach ja, wir konnten ihn in speziellen Situationen im Wohnbereich nicht gewährleisten.»

Diese vermehrten Kündigungen führen laut Aussage eines Forschungsteilnehmenden auch zum Hinterfragen der eigenen Fähigkeiten und dem Gefühl, der Klientel nicht gerecht werden zu können, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

FT4: «Aber das ist gerade vielleicht von Beginn an schon so. Dass wir nach einem Monat merken, ou da kommt zu viel hervor, das wir nicht "händeln" können oder nicht verantworten. Aber es kann auch zum Beispiel ein langsames Reinsteigern sein, wie es vielleicht nach zwei Jahren der Fall ist. Dass sich das so entwickelt oder wir dieser Person nicht mehr gerecht werden können und dann kommt, dass wir die Person nicht halten können.»

Solche Ereignisse ergeben sich oftmals in Krisensituationen. Diese werden im nächsten Kapitel genauer erläutert.

Krisensituationen

In Krisensituationen werden zwei Thematiken als besonders herausfordernd wahrgenommen. Einerseits ist dies das Einzel- versus das Gruppenwohl und andererseits die Thematik des Suizids. Mehrere der Forschungsteilnehmenden nehmen es als besonders herausfordernd wahr, in solchen Momenten der einzelnen Person wie auch der Gruppe gerecht zu werden, wie die zwei folgenden Zitate zeigen:

FT3: «Es ist aber ein wenig der Spagat, wenn jemand wirklich hoch psychotisch ist, so dass er dann "kurlige" Sachen macht oder wirklich die anderen Bewohner auch irritieren kann und daneben hast du 30 Leute, die auch noch zu betreuen sind. Und dann muss man schauen, dass es Ruhe für die Person gibt und Ruhe für den ganzen Betrieb. Es ist immer eine Frage vom Einzel- und vom Gruppewohl.»

Als besonders belastende Situationen werden diverse Ereignisse genannt, bei denen durch suizidales Verhalten das Einzelwohl gefährdet war. Das Thema der Suizidalität taucht laut den Forschungsteilnehmenden sehr oft auf. Sei es als Versuch, vollzogene Tat oder als Thematik, welche die Klientel beschäftigt. Abzuschätzen, inwiefern eine Person tatsächlich selbstgefährdend ist, gerade wenn zusätzlich psychotrope Substanzen im Spiel sind, wird als eine Belastung wahrgenommen. In solchen Situationen sei eine Absprache mit einer psychiatrischen Fachperson unabdingbar. Auch bei der Thematik des Suizides spielt das Gruppenwohl eine wichtige Rolle. Eine Forschungsteilnehmerin erläutert, dass nach einem Suizid eines Klienten in der Institution vor allem das Wohl der restlichen Bewohnenden im Zentrum stand und sie es als herausfordernd wahrgenommen hat, die anderen Bewohnenden durch diese Situation zu tragen.

Beim Thema Suizid spiele die Thematik der Doppeldiagnose eine Rolle, aber nicht in allen Fällen. Es könne auch vorkommen, dass Personen durch einen Konsum suizidal werden oder durch eine schwere depressive Episode. Hier ein anschauliches Beispiel für einen Suizidversuch aufgrund der Doppeldiagnose:

FT4 «Ich bin Bezugsperson von jemandem, der konsumierte seit 15 jährig regelmässig LSD, was für die Psyche nicht wirklich förderlich ist. Ich sage jetzt einmal, mit 15 ist alles noch in der Entwicklung und dieser Junge bekam dann schizophrene Züge und sah sowohl Schatten als auch Farben. Und bei ihm kam es in dieser Verfassung auch zu einem Suizidversuch, er hing hier im Garten an einem Strick.»

Zwangskontext

Eine weitere Herausforderung stellt der Zwangskontext dar. Unter den Klient*innen befinden sich des Öfteren auch Menschen, welche durch eine Massnahme oder eine fürsorglichen Unterbringung in betreute Wohnangebote eintreten. Vor allem die Forschungsteilnehmenden, welche in einem abstinentorientierten betreuten Wohnangebot arbeiten, sehen dies als eine grosse Schwierigkeit.

FT3: «Da ist es wirklich hilfreich, wenn die Leute freiwillig da sind. Wir haben auch Platzierungen, oder, Leute, die über Massnahmen kommen oder via FU, die herkommen müssen. Mit diesen ist es natürlich deutlich schwieriger. Die haben in der Regel auch nicht entschieden, dass sie abstinent sein wollen und da ist es häufig auch ein Kampf.»

Jedoch steht in akzeptanz-, wie auch im abstinentorientierten betreuten Wohnangeboten die Wohnkompetenzen im Zentrum.

Wohnkompetenzen im Vordergrund

Keine der Institutionen ist per se spezialisiert auf Menschen mit Doppeldiagnose. Die Wohnkompetenzen stehen in Vordergrund. Bei einigen der Forschungsteilnehmenden wird beim Erstgespräch nach der Abhängigkeitsgeschichte und nach psychischen Erkrankungen gefragt, in erster Linie geht es aber darum, dass sich die Klient*innen in der vorgegebenen Wohnform zurecht finden können, wie das folgende Zitat bestätigt:

FT1: «Also wenn jemand bei uns Eintritt in den Wohnbereich, schauen wir nicht, ob er eine psychische Erkrankung hat. Es ist von Vorteil dies zu wissen, wenn es vordergründig ist, oder. Aber hier geht es um gewisse Wohnstrukturen, die er allgemein aus seiner Sozialisation mitbringt. Und da schauen wir nicht, ob er auch psychisch vorerkrankt ist. Es ist interessant zu wissen, hilfreich. Aber vieles kommt mit der Zeit beim Wohnen heraus, falls man sie besser kennen lernen will. Wir haben anerkannte Leute mit Doppeldiagnosen, aber diese müssen einfach in diesem Arbeits- und Wohnalltag funktionieren.»

Alle angefragten Institutionen sind betreute Wohnangebote, welche sich auf Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert haben. In den Interviews wurde auch ersichtlich, dass einige der befragten Personen Weiterbildungen im Bereich der Sucht haben, jedoch nur jemand eine Weiterbildung im Bereich der psychischen Erkrankung.

6.2 Mesoebene: Institution

Die einzelnen Weiterbildungen haben auch einen Einfluss auf institutioneller Ebene. Dabei wurden von Seiten der Forschungsteilnehmenden bestimmende institutionelle Strukturen für die Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose genannt. Diese fördernden und hindernden Faktoren werden nun aufgezeigt.

6.2.1 Unterstützende Bedingungen in der alltäglichen Arbeit

Die Fachpersonen haben unterstützende institutionelle Strukturen genannt, welche in der Betreuung der Klient*innen entlastend wirken. Die einzelnen Strukturen sind in der Tabelle ersichtlich und werden anschliessend genauer ausgeführt.

Unterstützende institutionelle Strukturen	
<i>Kategorien</i>	<i>Unterkategorien</i>
Individuelle Abmachungen mit Psychiatrien	<ul style="list-style-type: none"> • Rückgaberecht • Funktionierende Zusammenarbeit mit den Psychiatrien
Teamarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetente Bereichsleitung • Sitzungen

Abbildung 15: Unterstützende Faktoren auf institutioneller Ebene (eigene Darstellung)

Individuelle Abmachungen mit Psychiatrien

Einer der Forschungsteilnehmenden erwähnte, dass die Institution mit den grossen psychiatrischen Kliniken im Kanton Bern ein Rückgaberecht ausgehandelt habe. Dieses beinhaltet, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose aus psychiatrischer Behandlung bei Herausforderungen im betreuten Wohnen ohne grossen administrativen Aufwand einen Platz in der Psychiatrie kriegen. Dies wurde von Seiten der Forschungsteilnehmenden als unterstützend empfunden.

Diese Abmachungen sind ein Beispiel für eine funktionierende Zusammenarbeit mit den Psychiatrien. Ein weiteres Beispiel ist, dass die psychiatrischen Kliniken als Zwischenaufenthalt genutzt werden können, wenn für die Klient*innen aufgrund einer Kündigung eine Anschlusslösung gesucht wird. Da es als herausfordernd empfunden wird, Anschlusslösungen für Menschen mit einer Doppeldiagnose zu finden, wird dies als Erleichterung angesehen.

Teamarbeit

Eine weitere Erleichterung, welche von fünf der sechs Forschungsteilnehmenden erwähnt wurde, ist eine gute Leitungsperson, welche sie in schwierigen Situationen unterstützt und für sie einsteht. Dadurch sei die Arbeit angenehm und mache auch Freude. Gerade weil in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose oftmals belastende Situationen entstehen, in denen viel ausgehandelt werden muss, sei der Rückhalt der Teamleitung essentiell. Wichtig sei jedoch nicht nur der Austausch mit der Bereichsleitung, sondern auch innerhalb des Teams.

Dieser finde an den Teamsitzungen, welche alle Institutionen regelmässig durchführen, statt. Da können die einzelnen Klient*innen besprochen und gemeinsame Lösungen gefunden werden, um den Betroffenen in der Betreuung gerechter zu werden.

FT 4: «Was sicher wichtig ist, sind die regelmässigen Teamsitzungen, an welchen du in den Austausch mit dem Team kommst. Was könnte ich noch? Was habt ihr noch für Ideen? Ehm, einfach alles solche Sachen.»

Wenn eine Thematik eine Fachperson der Sozialen Arbeit beschäftigt, erzählen alle Forschungsteilnehmenden zusätzlich von der Möglichkeit der Supervision. Dies helfe, Situationen zu verarbeiten, aber auch, sich zu verbessern und die Institution an neuen Erfahrungen wachsen zu lassen.

6.2.2 Hindernde Bedingungen in der alltäglichen Arbeit

Aus den Interviews konnten drei hindernde institutionelle Strukturen welche die Arbeit für die Professionellen der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnosen erschweren, herausgefiltert werden.

Hindernde institutionelle Strukturen	
<i>Kategorie</i>	<i>Unterkategorie</i>
Zu grosse Institutionen	<ul style="list-style-type: none"> • Kleinere Settings wären hilfreich
Kein interdisziplinäres Team	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieformen vereinheitlichen • Veränderung der Strukturen
Zusammenarbeit mit Psychiatrien	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Kommunikation • Fachinformationen von Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu den Klientel / deren Situation werden nicht ernst genommen • Klientel mit Doppeldiagnosen schnell wieder loswerden • Klientel mit Doppeldiagnose selbst nicht ernstgenommen • Fehlende Vernetzung • Drehtüreffekt

Abbildung 16: Hindernde Faktoren auf institutioneller Ebene (eigene Darstellung)

Zu grosse Institutionen

Was sich die einzelnen Forschungsteilnehmenden bezüglich der Institutionslandschaft wünschen, ist ein kleineres Setting für ihre Klientel. Aus der Sicht der Forschungsteilnehmenden sind ihre Institutionen zu gross, um Menschen mit Doppeldiagnose adäquat behandeln zu können. Eine Person, welche sich akut in einer Krise befindet, kann die ganze Institution in Aufruhr bringen. Solche Krisensituationen wären laut den Forschungsteilnehmenden in einer kleinen Institution besser zu bewältigen. Dies soll durch folgendes Zitat noch verdeutlicht werden:

FT 1: «Wir hatten auch schon Situationen, in welchen jemand aus vertretbaren Gründen wirr war und wenn diese Person in einem kleinen Setting gut begleitet gewesen wäre, wäre dies anders aufzufangen gewesen als bei uns, wo es wie eine 5 im Dominospiel alles zum Bewegen und Rutschen bringt.»

Kein interdisziplinäres Team

Eine weitere Herausforderung in den Institutionen ist das fehlende Personal, welches auf psychische Erkrankungen spezialisiert ist. Wie im Kapitel 6.1.1 beschrieben, besteht das Fachpersonal aus Personen der Sozialen Arbeit, welche den Fokus auf Abhängigkeitserkrankung gelegt haben und nicht auf psychische Erkrankungen. Laut Aussage der Forschungsteilnehmenden leidet, wie bereits erläutert, die Mehrzahl der Klient*innen an mehreren Erkrankungen, welche sich gegenseitig beeinflussen. Deshalb sollten laut den Forschungsteilnehmenden die Therapieformen vereint und das Fachpersonal im betreuten Wohnen vermischt werden:

FT 3: «Und gerade auch, weil eine Doppeldiagnose bedingt meines Erachtens auch zwei verschiedene Therapieformen. Also einerseits etwas, das auf die Sucht oder die eine Diagnose wirklich spezifisch ist und andererseits noch eine Psychotherapie oder eine Gestalterische Therapie, was auch immer. Häufig finde ich dies auch sinnvoll, wenn dies ein wenig separat betrachtet werden kann, dann bei uns auch wieder zusammenkommt oder irgendwo, weil es in einer Wechselwirkung steht.»

Sobald die psychische Erkrankung stärker wird als die Abhängigkeitserkrankung, ist es für die Forschungsteilnehmenden eine Herausforderung, die Klient*innen adäquat zu betreuen, da das dafür benötigte Wissen fehle. Neue Strukturen, welche beide Fachbereiche vereinen, wären laut den Forschungsteilnehmenden hilfreich.

Alle Forschungsteilnehmenden erzählen zwar, dass sie mit den Psychiatrien oder einzelnen Fachpersonen aus dem psychiatrischen Bereich zusammenarbeiten, dies jedoch nicht genügend, um die Menschen mit Doppeldiagnose in akuten Phasen entsprechend auffangen zu können. Neue Strukturen, durch welche eine engere Zusammenarbeit entstehen könnte, wären nötig.

Eine Forschungsteilnehmerin verdeutlicht dies in einem Zitat:

FT2: «Mmh, ich kanns nur von hier sagen. Wir bräuchten andere Strukturen. Wir machten schon Schritte in diese Richtung, Wir haben in unserem Setting einen Psychiater im Haus, der für kurze Gespräche vorbeikommt, da ist die Vernetzung anders als mit einem Psychiatriezentrum. Wir haben hier auch nicht die Strukturen, dass wir eine akute psychotische Person auffangen können, ohne die anderen Bewohner zu gefährden.»

Diese Vernetzung zwischen Psychiatrie und betreuten Wohnangeboten findet teilweise schon statt. Wenn diese Vernetzung jedoch nicht geschieht, sei die Betreuung eines Menschen mit Doppeldiagnose im betreuten Wohnen schwierig zu gewährleisten.

Alle Forschungsteilnehmenden erwähnen, dass sie mit den Psychiatrien im Kanton Bern zusammenarbeiten. Sie erwähnen aber auch, dass durch mangelnde Kommunikation diese Zusammenarbeit seit einiger Zeit erschwert sei.

Zusammenarbeit mit Psychiatrien

Aus Sicht der Forschungsteilnehmenden ist die Kommunikation und der Austausch mit den Psychiatrien verbesserungswürdig. In diesem Zusammenhang steht auch der Drehtüreffekt, welcher von fünf der sechs Forschungsteilnehmenden als herausfordernd empfunden wird.

FT1: «Zum Teil sind es ja auch Leute, die man kennt, solche «Drehtürler», die ein paar Monate hier sind und dann gehen sie wieder in eine Psychiatrie, kommen wieder zurück, da es hier gut funktionierte, dann haben sie wieder einen Schub und gehen wieder weg.»

Bei diesen Wechseln werde von Seiten der Psychiatrien selten im betreuten Wohnen nach Informationen aus dem Alltag gefragt. Das führe dazu, dass die Klient*innen jeweils bei den Interventionen wieder von neuem beginnen, was wiederum den Drehtüreffekt verstärke.

FT 6: «Und da staunt man manchmal, da machen sie eine Krisenintervention und dann erfahren wir, dass sie nie mit dem Therapeuten oder mit uns Kontakt hatten. Also die beginnen bei null und das finde ich komisch.»

Es erscheint den Forschungsteilnehmenden, als ob die einzelnen Fachgebiete separat arbeiten würden. Eine der Forschungsteilnehmenden erwähnt auch, dass durch den fehlenden Informationsfluss Klient*innen manchmal in einer akuten Krise in die Psychiatrie gehen und mit ganz neuen Medikamenten zurückkehren, ohne dass sie als Fachperson informiert werde. Dies führt bei den Forschungsteilnehmenden zu Unverständnis und sie fühlen sich nicht immer ernst genommen.

Wenn es zu einem Austausch kommt und zum Beispiel ein Standortgespräch mit einem Menschen mit einer Doppeldiagnose stattfindet, scheint es teilweise so, als ob die Psychiatrien die Menschen schnell wieder in das betreute Wohnen abgeben möchten. Dies ruft bei den Fachpersonen der Sozialen Arbeit Verwunderung hervor, was folgendes Zitat unterstreicht:

FT 6: «Ehm, ja vielleicht manchmal planen sie die Austritte zu schnell. Also, dann ist es wie, es ging mir auch schon so, dass ich an einem Standortgespräch bin und dann hörte ich dort, ja er ist nicht mehr kooperativ, er kehrt wieder zurück. Und dann denke ich manchmal so, ja und wir sind hier ein betreutes Wohnen, wir haben nicht einen hohen Betreuungsschlüssel, er ist nicht mehr kooperativ, was sollen wir nun machen?»

Eine weitere Verwunderung, welche die Forschungsteilnehmenden auf Ebene der institutionellen Strukturen in Zusammenhang mit den Psychiatrien erfahren, ist, dass es scheint, dass die Klientel selbst oftmals nicht ernstgenommen wird. Drei der sechs Forschungsteilnehmenden erwähnen Beispiele, bei welchen die Klient*innen aufgrund der Abhängigkeitserkrankung in den psychiatrischen Einrichtungen behandelt wurden, obwohl sie äusserten, dass sie aufgrund einer anderen Einschränkung Substanzen konsumieren. Oftmals scheint nur die Abhängigkeitserkrankung im Vordergrund zu stehen und die weiteren Erkrankungen werden ausgeblendet. Dies wird im folgenden Beispiel noch verdeutlicht:

FT 3: «Und etwas anderes, was ich häufig erlebe, dass Leute das Gefühl haben, das war übrigens auch bei der Person mit der Depression so, die kam immer wieder in Suchtkliniken und die hatte ganz fest immer wieder gesagt "Hey, ich bin depressiv, deshalb trinke ich" und dem wurde lange nicht Rechnung getragen.»

Zusammenfassend sind aus Sicht der Forschungsteilnehmenden im Bereich der institutionellen Strukturen verschiedene Faktoren vorhanden, welche sie hindern, die Klientel mit Doppeldiagnose adäquat betreuen zu können.

6.3 Makroebene: Gesellschaft

Nachdem die verschiedenen Faktoren genannt wurden, welche die Arbeit der Fachpersonen der Sozialen Arbeit auf institutioneller Ebene bestimmen, werden nun noch die Faktoren auf gesellschaftlicher Ebene aufgezeigt.

Von allen Forschungsteilnehmenden konnten auf gesellschaftlicher Ebene keine unterstützenden Strukturen und Faktoren genannt werden, daher werden im folgenden Kapitel lediglich die hindernden Strukturen erläutert.

Hindernde gesellschaftliche Strukturen	
<i>Kategorien</i>	<i>Unterkategorien</i>
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Sparmassnahmen im Kanton Bern • Sucht ist nicht IV relevant • Sucht wird medizinalisiert
Stigmatisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Sensibilisierung • Zu wenig Wissen über die Thematik der psychischen Erkrankungen mit einer Abhängigkeitserkrankung • Tabuthema
Leistungsgesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Anforderungen an die Menschen werden grösser

Abbildung 17: Hindernde Faktoren auf gesellschaftlicher Ebene (eigene Darstellung)

Finanzierung

Fünf der sechs Forschungsteilnehmenden empfinden die aktuelle finanzielle Lage im Kanton Bern als hindernd für ihre Arbeit. Im vergangenen Jahr wurden Sparmassnahmen im Bereich der institutionellen Suchthilfe vollzogen. Verschiedene Institutionen wurden in den letzten Jahren geschlossen, was den Forschungsteilnehmenden negativ auffiel. Aufgrund der Sparmassnahmen sei die Arbeit beeinträchtigt und die Menschen mit Doppeldiagnose kriegen nicht die benötigte Betreuung, da das Personal fehle. Zwei der Forschungsteilnehmenden äusserten, dass sie mit mehr kantonaler finanzieller Unterstützung Fachpersonal aus dem psychiatrischen Bereich einstellen würden. Dadurch erhoffen sie sich eine Qualitätssteigerung in der Betreuung. Im Moment geschehe in Bern eher das Gegenteil.

FT 3: «(...) könnten wirklich Ressourcen sein, also finanzielle zum Beispiel, das wirklich Therapieangebote auch finanziert sind und ausgeschöpft werden, dass die Leute richtig platziert werden, dass sie Möglichkeiten haben sich ein Leben aufzubauen, in welchem sie sich wirklich angemessen selber finanzieren können. Dies erleben wir im Moment, gerade in Bern, sehr restriktiv, wirklich überall wird gekürzt, was wirklich zu einer Schwierigkeit der Behandlung führt.»

Eine weitere Herausforderung in der Behandlung, welche mit der Finanzierung zusammenhängt sei, dass die Invalidenversicherung nicht die Kosten einer Behandlung für Menschen mit Abhängigkeiten übernimmt, sondern nur für Menschen mit einer primär diagnostizierten psychischen Erkrankung. Die Finanzierung wird dann über den Sozialdienst gewährleistet, welcher weniger Geld zur Verfügung stellt als die Invalidenversicherung. Dies wird durch folgendes Zitat treffend auf den Punkt gebracht:

FT 1: «Das wissen wir, dann ist er IV anerkannt und dann kann er, dann kann sich jemand sehr gut finanzieren. IV, EO, die gesamte Palette. Wenn jemand zuerst süchtig ist und danach erst die psychische Definition hat, dann ist er auf dem Sozialdienst und muss für jedes «Füfi» abrechnen, oder das wissen wir ja, wie es geht.»

Um finanzielle Unterstützung durch die IV zu gewährleisten, ist es laut den Forschungsteilnehmenden für die Menschen mit Doppeldiagnose von Vorteil, zuerst die Diagnose einer psychischen Erkrankung zu erhalten. Diese Thematik der unterschiedlichen Finanzierung führt laut einer Forschungsteilnehmerin auch dazu, dass die Abhängigkeit für die Medizin interessant wurde und dadurch ein neues Abrechnungssystem (TARP) entstanden ist. Dabei werden die Therapieangebote nach vorgegebenen Rastern durchgeführt und sind deshalb klar begrenzt. Dies hat laut einer Forschungsteilnehmerin dazu geführt, dass die Abhängigkeit medikalisiert wird, was für die Menschen mit Doppeldiagnosen nicht unterstützend sei, da die Erkrankung individuell ist und deshalb auch der therapeutische Ansatz individuell sein und nicht nach Raster und vorgegebenen finanziellen Richtlinien erfolgen sollte.

Stigmatisierung

FT 2: «Sie werden schon genug stigmatisiert und schubladisiert und niemand, selbst mit derselben Doppeldiagnose, kann in dieselbe Schublade gesteckt werden.»

Durch die Medizinalisierung werden Menschen mit einer Doppeldiagnose in ein bestimmtes gesellschaftliches Raster gesteckt. Dies passiert gemäss einer Forschungsteilnehmerin, da in der Gesellschaft die Sensibilisierung für die Thematik der Abhängigkeit und psychischen Erkrankungen fehle.

FT 2: «Ich denke, von der Gesellschaft herrscht viel Unwissen, Ignoranz auch, viele Leute haben das Gefühl, dass ihnen nie so etwas passieren könnte, dass sie süchtig werden oder dass sie depressiv werden, das finde ich eine Schwierigkeit. Und dann ist auch ganz fragwürdig, ob so eine Institution wie diese hier sinnvoll ist. Der Gesellschaft wird somit die Auseinandersetzung mit der Thematik abgenommen. Man arbeitet für eine Stigmatisierung.»

Dies zeigt, dass die Institutionen selbst diese Raster auch erstellen und aufrechterhalten und somit die Sensibilisierung der Gesellschaft erschweren. Es herrsche auch immer noch die Problematik, dass über psychische Erkrankungen und Abhängigkeiten nicht gesprochen wird in der Gesellschaft.

FT 4: «Es ist halt immer noch ein Tabu, ein Tabuthema. Jemand mit einer Depression, der erzählt nicht gerne davon. Und jemand, der sich zum Beispiel den Arm bricht, der geht zum Doktor und dann wird ihm dort geholfen. Aber so Sachen im Kopf sind noch ein Tabuthema. Ich habe jetzt gerade auch einmal mit einem Klienten gesprochen, der hatte ein Burnout und fiel anhand des Burnouts in die Sucht.»

Leistungsgesellschaft

Das letzte Zitat weist erneut die Tabuisierung der Thematik der Doppeldiagnose auf, spricht jedoch auch eine weitere Herausforderung an: die Leistungsgesellschaft der Schweiz.

Vor zehn bis zwanzig Jahren ist laut den Forschungsteilnehmenden die Leistungserwartung an die einzelnen Menschen noch nicht so hoch gewesen. Menschen mit Doppeldiagnose könnten den heutigen Erwartungen nicht mehr gerecht werden und erbrächten nicht die gewünschten Leistungen. Einige der Forschungsteilnehmenden stellen die Hypothese auf, dass Menschen psychotrope Substanzen konsumieren, um diese Leistungen zu erreichen, wodurch sie an ihre Grenzen stossen und ein Burnout erleiden. Dies führe zu einem Teufelskreis. Ein Beispiel, welches diese Problematik gut erklärt:

FT 4: «Ich war von einem Bezugsperson. Der war in Shanghai. War Chef der Schweizer Botschaft, gab alles hier auf, arbeitete dort 140%, hatte dann ein Burnout. Dadurch, dass er nur arbeitete, hatte er nichts, konnte dort keinen Kollegenkreis aufbauen, war alleine in Shanghai mit dem Burnout. Konsumierte schon während dem Arbeiten "Cola" um sich zu pushen. Dann "steinelte" es ihn aus und er stürzte dann dort komplett ab. Kam zurück in die Schweiz zu uns in die Therapie, musste mit 367.- im Monat zurechtkommen. Und dann siehst du schon, wieder die Verknüpfung mit der Leistung, "ussteinle" psychisch und nachher die Kombination mit den Drogenabsturz.»

6.4 Zusammenfassung

Die Ergebnisse zeigen auf, dass auf zwei Ebenen hindernde und unterstützende Bedingungen den Umgang mit Menschen mit Doppeldiagnose prägen. Auf der gesellschaftlichen Ebene sind nur hindernde Voraussetzungen genannt worden. Auffallend ist, dass auf allen Ebenen die hindernden Faktoren überwiegen.

Auf der Mikroebene zeigen sich unterstützende Bedingungen durch interdisziplinäres Fachwissen und eine professionelle Haltung. Fachpersonen der Sozialen Arbeit benötigen für die Arbeit im betreuten Wohnen mit Menschen mit Doppeldiagnose Fachwissen aus verschiedenen Bereichen. Die Ausbildung dient dabei lediglich als Grundgerüst, weiteres Fachwissen muss zusätzlich erworben werden. Um die professionelle Haltung zu gewähren, ist die individuelle Begleitung der Klient*innen und die emotionale Abgrenzung in schwierigen Situationen unterstützend. Hindernd auf professioneller Ebene sind herausfordernde Situationen im Alltag, welche im Zusammenhang mit der Doppeldiagnose stehen. In solchen Situationen muss jeweils das Gruppen- und Einzelwohl berücksichtigt werden. Dabei ist es herausfordernd, dass oftmals nicht alle Erkrankungen diagnostiziert sind. Weiter ist die Selbstmedikation anspruchsvoll. Die Auswahl des Angebots wird teilweise aufgrund einer Massnahme vorgenommen und entspricht nicht immer den Wünschen der Klientel. Gerade in abstinenzorientierten Wohnangeboten ist dies eine Herausforderung. Die Wohnkompetenzen stehen sowohl in abstinenzorientierten als auch in akzeptanzorientierten Wohnangeboten im Vordergrund.

Auf der Mesoebene ist der regelmässige Austausch im Team und eine kompetente Bereichsleitung unterstützend. Individuelle Abmachungen und eine funktionierende Zusammenarbeit mit den Psychiatrien sind hilfreich, um Menschen mit Doppeldiagnose in betreuten Wohnangeboten adäquat zu begleiten. Die Zusammenarbeit funktioniert mit den psychiatrischen Kliniken im Kanton Bern aufgrund mangelnder Kommunikation oft nicht zufriedenstellend. Informationen der Professionellen werden von Seiten der Psychiatrie nicht eingeholt und eine gezielte Vernetzung fehlt. Interdisziplinäre Teams werden gewünscht, um ein breites Fachwissen gewährleisten zu können. Eine hindernde Voraussetzung sind die grossen Institutionen. Kleine

Institutionen ermöglichen eine individuellere Betreuung, was im Umgang mit Menschen mit Doppeldiagnose sehr hilfreich ist.

Auf Makroebene sind beispielweise die finanziellen Rahmenbedingungen im Kanton Bern zu nennen. Die Sparmassnahmen im Kanton Bern beeinflussen die Institutionen seit einigen Jahren negativ. Durch die strenge Finanzierungsregelung der IV, sind die finanziellen Voraussetzungen der Klient*innen sehr unterschiedlich. Aufgrund von Sparmassnahmen, wird die Finanzierung über das KVG bevorzugt und die Klientel dadurch medizinalisiert. Der individuellen Therapie kann so nicht mehr Rechnung getragen werden. Eine weiter hindernde Bedingung ist, dass die Gesellschaft zu wenig sensibilisiert ist und das Wissen zur Thematik der Doppeldiagnose fehlt. Psychische Erkrankungen sind ein gesellschaftliches Tabuthema. In den letzten Jahren ist der Leistungsdruck gestiegen, Menschen, die diesem nicht Stand halten, greifen zuweilen zu psychotropen Substanzen, was zu einem Teufelskreis führen kann.

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse aus den Interviews anhand der erarbeiteten Theorien diskutiert.

7 Diskussion der Forschungsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der Interviews mittels theoretischen Wissens erneut aufgegriffen und anhand der Fragestellung diskutiert. Dazu werden die Forschungsergebnisse mit den Theorien von Kapitel 2 bis 4 in Verbindung gebracht.

Wie in den Ergebnissen aufgezeigt, lassen sich die Antworten auf die Frage nach bestimmten Bedingungen in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose in drei Ebenen, welche sich gegenseitig beeinflussen, aufteilen. Diese werden wiederum in unterstützende und hindernde Faktoren unterteilt. Anhand dieser Struktur wird auch die nachfolgende Diskussion geführt. Die Beantwortung der Fragestellung erfolgt im Kapitel 8.1.

Durch die qualitative Forschungsmethode und die begrenzte Anzahl an geführten Interviews, können durch die vorliegende Arbeit keine allgemeingültigen, aber doch aussagekräftige Schlüsse gezogen werden.

7.1 Unterstützende Bedingungen auf professioneller Ebene

Anhand der nachfolgenden Diskussion wird aufgezeigt, welche Faktoren sich auf der professionellen Ebene unterstützend auswirken und diese werden mit theoretischem Wissen unterlegt.

Fachwissen aneignen

Das Aneignen von Fachwissen stellt sich für die Mehrheit der Forschungsteilnehmenden als unterstützend heraus. Dies vor allem daher, da die Ausbildung in Sozialer Arbeit lediglich ein Grundgerüst darstellt. Spezifische Thematiken in Bezug auf die Doppeldiagnose wurden in den Ausbildungen kaum thematisiert. Eine simultane Auseinandersetzung mit psychischen und Abhängigkeitserkrankungen sind laut den Forschungsteilnehmenden daher unabdingbar. Das fehlende Wissen wird durch Weiterbildungen oder themenspezifische Literatur vertieft. Auffallend ist, dass die Hälfte der Forschungsteilnehmenden über eine Weiterbildung im Bereich der Abhängigkeit verfügt, aber nur jemand eine Weiterbildung im psychiatrischen Bereich absolvierte. Gerade gegenteilig sieht dies in den psychiatrischen Kliniken aus. Dort fehlen laut Schay und Lejewsky (2013) oftmals die Kenntnisse über Abhängigkeitserkrankungen, dafür ist umso mehr Wissen über psychische Erkrankungen vorhanden (S. 136). Dies lässt die Autorinnen vermuten, dass sich die Fachpersonen beider Richtungen momentan noch nicht eingehender mit dem Fachwissen der jeweils anderen Disziplin auseinandersetzen. Diese vertiefte Auseinandersetzung stellt laut Baumeler und Philip (2019) jedoch eine wichtige Anforderung an die Fachpersonen dar (S. 167) und hat auch einen Einfluss auf die fehlende interdisziplinäre Teamkonstellation, welche im Kapitel 7.4 genauer diskutiert wird.

Ein weiterer Grund, weshalb das Aneignen von Fachwissen als unterstützend betrachtet wird, ist die Vielzahl von Aufgaben, welche die Fachpersonen in Bezug auf Menschen mit Doppeldiagnose zu erfüllen haben, wie beispielsweise die Anwendung therapeutischer Methoden, das Wissen über rechtliche Aspekte, das systemische Arbeiten oder Medikamente (s. Kap. 6.1.1). Im Kapitel 3.3 wird dies durch Güdel (2019) bestätigt, welche aussagt, dass die Aufgaben der Fachpersonen im betreuten Wohnen vielfältig sind (S. 71).

Professionelle Haltung

Wie in den Ergebnissen (s. Kap. 6.1.2) dargestellt, ergeben sich auf professioneller Ebene viele hindernde und herausfordernde Faktoren im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose. Auf die Frage, was in solchen Situationen als unterstützend wahrgenommen wird, wird die eigene professionelle Haltung in bestimmten Situationen genannt. Diese dient den Forschungsteilnehmenden zur emotionalen Abgrenzung in herausfordernden Situationen, indem sie die Klient*innen miteinbeziehen und somit ein Teil der Verantwortung über deren Taten ihnen zurückgeben, beispielsweise wenn es sich um suizidales Verhalten oder übermäßigen Konsum handelt.

Im Kapitel 3.4 kritisiert Güdel (2019) jedoch diese Übergabe der Verantwortungen ans Klientel, da dies überfordernd sein kann. Güdel bezieht sich aber vorwiegend auf das Übergeben von Verantwortung in der Vernetzung (S. 71) und weniger auf herausfordernde Verhaltensweisen der Klientel.

Fast alle Forschungsteilnehmenden nehmen es ausserdem als unterstützend wahr, die Klient*innen als Expert*innen in ihrem Leben zu sehen und den Menschen hinter der Diagnose nicht zu vergessen. Den Klient*innen zuzuhören, aus deren Erfahrungen zu lernen, gemeinsam mit ihnen Muster zu erkennen, wird gerade in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose als hilfreich empfunden. Um dies gewährleisten zu können, muss eine enge und individuelle Begleitung der Klientel möglich sein. Wie im vorangegangenen Abschnitt erwähnt, bedarf die Behandlung der Erkrankungen ein breites Fachwissen. Dadurch kann eine enge und individuelle Begleitung ermöglicht werden, was sich in herausfordernden Situationen als unterstützend erweist. Wie in Den Haag Schulte–Wefers (2016) erforschte, wirkt sich eine konstante und individuelle Begleitung positiv auf den Unterstützungsprozess aus (S. 10-11)(s. Kap. 4.2.1) Durch den Beziehungsaufbau kann so die Klientel besser abgeholt werden und hört besser auf die Empfehlungen der Fachpersonen (ebd.).

Zwei der Forschungsteilnehmenden erwähnen jedoch in diesem Zusammenhang, dass die enge und individuelle Betreuung aufgrund der hohen Arbeitsbelastung (beide sind pro ca. 10% Anstellung Bezugsperson von einem Klienten* oder einer Klientin*) und der herausfordernden Lebenssituationen der Klientel oftmals kaum umsetzbar ist. Die hohe Arbeitsbelastung und der

damit verbundene Zeitaufwand wird auch von Güdel (2019) als Herausforderung im betreuten Wohnen beschrieben (S. 71) (s. Kap. 3.4).

Schlussendlich ist es laut den Forschungsteilnehmenden essentiell, den Menschen hinter den Diagnosen nicht zu vergessen, was Dominguez Trinidad (2019) in einem Interview mit Güdel (2019, S. 87) bestätigt.

7.2 Hindernde Bedingungen auf professioneller Ebene

Neben den unterstützenden wurden auch diverse hindernde Faktoren in der Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose genannt, welche nun im folgenden Kapitel diskutiert werden.

Zusammenspiel von Psyche und Abhängigkeit

Das Zusammenspiel von Psyche und Abhängigkeit stellt die Fachpersonen vor Herausforderungen. Dazu gehören laut den Forschungsteilnehmenden auffallende Alltagssituationen, Selbstmedikation, die fehlende Diagnose, häufige Kündigungen und das damit verbundene Gefühl, der Klientel nicht gerecht zu werden.

Auffallende Situationen mit Menschen mit einer Doppeldiagnose wurden, wie bereits in Kapitel 2.3 beschrieben, vor allem im psychiatrischen Kontext erforscht. Zu betreuten Wohnangeboten gibt es bisher kaum Forschungen. Im betreuten Wohnen wird nach den Forschungsteilnehmenden vor allem der Balanceakt, den einzelnen Erkrankungen gerecht zu werden, als Schwierigkeit wahrgenommen. Gerade wenn eine starke psychische Erkrankung vorhanden ist, können sich spezielle Situationen, wie beispielsweise das Sprechen mit einem Fernsehen, ergeben. Diese auffallenden Alltagssituationen stehen oftmals im Zusammenhang mit dem Gruppen- versus Einzelwohl (s. Kap. 6.1.2).

Die Thematik der Selbstmedikation stellt vor allem in abstinenzorientierten betreuten Wohnangeboten die Fachpersonen vor Herausforderungen, da die Abstinenz nicht eingehalten werden kann. Gemäss Barth (2011) dient die Selbstmedikation dazu, die negativen Symptome einer psychischen Erkrankung mit Suchtmittelkonsum zu minimieren (S. 191) (s. Kap. 2.2.1). Das unidirektionale direkte Kausalmodell erklärt dabei diese Wechselwirkung so, dass die Primärerkrankung die Sekundärerkrankung verursacht (Hämmig, 2014, S. 10) (s. Kap. 2.2.1). Die Thematik der Selbstmedikation wird von fast allen Forschungsteilnehmenden genannt. Dies kann nach dem unidirektionalen direkten Erklärungsmodell darauf hindeuten, dass bei diesen Klient*innen die Primärerkrankung eine psychische Störung ist. Wie in Kapitel 6.1 erläutert, verfügen die wenigsten der Forschungsteilnehmenden über eine vertiefte Weiterbildung im psychiatrischen Bereich. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, weshalb diese auffallenden Alltagssituationen für die Fachpersonen als grosse Herausforderung wahrgenommen werden und, daraus folgend, wie es zu vermehrten Kündigungen kommt.

Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, treten Rückfälle und Therapieabbrüche bei Menschen mit Doppeldiagnose häufiger auf als bei Menschen mit Einfachdiagnose (Moggi & Donati, 2004, S. 11-12). Dies scheint auch auf den Bereich der betreuten Wohnangebote zuzutreffen. Die Forschungsteilnehmenden erläutern, dass es bei Menschen mit Doppeldiagnose, gerade wenn eine starke psychische Erkrankung vorhanden ist, vermehrt zu Kündigungen kommt.

Abschliessend ist zu sagen, dass die meisten der Klient*innen der Forschungsteilnehmenden eine Doppeldiagnose haben, vier der Forschungsteilnehmenden erwähnen sogar, dass ihre Klientel nur aus Menschen mit einer Doppeldiagnose besteht. Dies bestätigen in Kapitel 4.1 Walter und Ridinger-Johann (2014). Laut ihnen gibt es die rein süchtigen Klient*innen nicht mehr (S. 6). Häufig existieren mehrere Diagnosen. Allgemein lassen sich je nach Studie Zahlen zwischen 33 % und 78% von Menschen finden, bei welchen eine Doppeldiagnose gestellt wird (Schay & Lojewski, 2013, S. 135 / Sachse & Kiszkenow-Bäker, 2020, S. 42).

Krisensituationen

Krisensituationen, gerade im Zusammenhang mit Menschen mit Doppeldiagnose, in denen psychotisches Verhalten auf massiven Konsum treffen kann, werden von den Forschungsteilnehmenden als grosse Herausforderung wahrgenommen. Moggi und Donati (2004) sagen dazu, dass Menschen mit einer Doppeldiagnose zu Gewalttätigkeiten tendieren und ein erhöhtes Risiko für finanzielle, berufliche und familiäre Schwierigkeiten aufweisen (S. 3) (s. Kap. 2.3). Im Kontext des betreuten Wohnens kann nicht nur die sich in einer Krise befindende Person betreut werden, es muss auch stets das Wohl der restlichen Bewohnenden bedacht werden. Denn eine psychotische oder stark alkoholisierte Person kann laut den Forschungsteilnehmenden die ganze Gruppe durcheinanderbringen. Für die Forschungspersonen ist dies auch deshalb so herausfordernd, weil gerade zu Randzeiten oftmals alleine gearbeitet wird und sie daher die ganze Verantwortung tragen.

Die Thematik des Suizides in Zusammenhang mit Krisensituationen wird von den Forschungsteilnehmenden oft genannt. Moggi und Donati (2004) erläutern, dass das Suizidrisiko bei Menschen mit Doppeldiagnose erhöht ist (S. 3) (s. Kap. 2.3). Zudem sind gemäss Leimkühler (2011) die Suizidopfer mehrheitlich männlich (S. 5) (s. Kap. 4.1). Zu der Geschlechtsverteilung bei den Suiziden werden von den Forschungsteilnehmenden keine Angaben gemacht. Die Einschätzung vorzunehmen, inwiefern eine Person selbstgefährdend ist, ist laut den Forschungsteilnehmenden enorm belastend und Bedarf einer Absprache mit Fachpersonen der Psychiatrie.

Zwangskontext

Gerade im abstinenzorientierten betreuten Wohnen stellt sich der Zwangskontext als herausfordernd dar. Oftmals haben Klient*innen, welche nicht freiwillig ins abstinenzorientierte betreute Wohnen eintreten laut den Forschungsteilnehmenden auch nicht die Absicht, abstinent zu leben. Dies ist für die Mitarbeitenden ein grosse Herausforderung. Auch laut Moggi und Donati (2004) ist die Veränderungsmotivation der Klient*innen ein wesentlicher Teil des Prozesses. Vor- und Nachteile einer Veränderung des Verhaltens, hier der Konsum von psychotropen Substanzen, soll mit den Klient*innen abgewogen werden, damit diese sich schlussendlich dafür oder dagegen entscheiden können (S. 62). Daraus resultiert, dass für Menschen, welche unfreiwillig in einem betreuten Wohnen untergebracht werden, sich akzeptanzorientierte betreute Wohnangebote besser eignen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass der akzeptanzorientierte Ansatz, wie in Kapitel 3.1.1 beschrieben, erst seit Einführung der Schadensminderung besteht.

Wohnkompetenzen im Vordergrund

Unabhängig der Arbeitsansätze besteht laut Schläppli et al. (2008) die Primäraufgabe der betreuten Wohnangebote darin, Menschen ein Obdach zu bieten, die Wohnkompetenz zu erhalten und die Lebenssituation zu stabilisieren (S. 23-24) (s. Kap. 3.2). Somit kann einer, der in Kapitel 2.1.2 genannten Schutzfaktoren, unterstützt und die psychische Gesundheit gefördert werden (Bosshard, Ebert & Lazarus, 2013, S. 24). Die betreuten Wohnangebote der Forschungsteilnehmenden sind zwar spezialisiert auf Abhängigkeitserkrankungen, trotzdem stehen laut den interviewten Personen die oben genannten Aufgaben im Zentrum ihrer Arbeit. Keines der besprochenen betreuten Wohnangebote ist auf Menschen mit einer Doppeldiagnose spezialisiert. In den Erstgesprächen wird in einigen der Institutionen nach psychischen Erkrankungen gefragt. Dies wird von fünf der sechs Forschungsteilnehmenden als hilfreich empfunden.

7.3 Unterstützende Bedingungen auf institutioneller Ebene

Auch auf institutioneller Ebene werden verschiedene Faktoren als hilfreich empfunden. Die wichtigsten Erkenntnisse aus der vorliegenden Forschung, werden nun im folgenden Kapitel aufgezeigt und mit theoretischen Aspekten verbunden. Die Ergebnisse beziehen sich vor allem darauf, was die Fachpersonen der Sozialen Arbeit in Krisensituationen mit Menschen mit Doppeldiagnose als hilfreich empfinden und was daher ihre Arbeit positiv prägt, da in den bisherigen Forschungen wenig über unterstützende Elemente auf institutioneller Ebene im Zusammenhang mit Doppeldiagnose geforscht wurde.

Individuelle Abmachungen mit der Psychiatrie

Eine Institution eines Forschungsteilnehmenden hat bereits aufgrund ihrer Erfahrungen eigene Lösungsansätze erarbeitet und Abmachungen mit den Psychiatrien getroffen, was sich in der Arbeit mit den Klient*innen unterstützend auswirkt.

Bedenkt man die grosse Anzahl der abhängigkeitsbetroffenen Menschen, bei welchen eine Doppeldiagnose gestellt wird, erscheinen flexible Abmachungen und interdisziplinäre Zusammenarbeit als unterstützender Faktor (s. Kap. 4.1.). Auch daher, da die beiden Erkrankungen laut Sachse und Kiszkenow–Bäker (2020) aufeinander einwirken und sich gegenseitig beeinflussen (S. 38) (s. Kap. 2.1.3). Wenn eine psychische Erkrankung mehr Aufmerksamkeit einnimmt als die Abhängigkeitserkrankung, kann mithilfe der Abmachungen mit der Psychiatrie eine Rückplatzierung schneller vonstattengehen. Somit haben die flexiblen Rückgaberechte oder das Angebot des Zwischenaufenthaltes eine unterstützende Wirkung auf die Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose.

Ein Ziel der betreuten Wohnangebote ist gemäss Schläppli et al. (2008) die Organisation geeigneter Anschlusslösungen (S. 23-24). Wenn ein Zwischenaufenthalt von Seiten der Psychiatrie angeboten wird, kann die Herausforderung, Anschlusslösungen zu finden, laut den Forschungsteilnehmenden minimiert werden (s. Kap. 3.2.).

Teamarbeit

Eine kompetente Bereichsleitung ist ein weiterer Aspekt, welcher aus Sicht der Forschungsteilnehmenden essentiell zur Bewältigung von Krisensituationen ist (s. Kap. 6.1.2). Rückhalt durch die Leitungsperson und ein gewisser Aushandlungsspielraum sind dabei unterstützend. Weiter wird der Austausch im Team genannt. An den Teamsitzungen können schwierige Situationen aufgearbeitet und sich gegenseitig weitergeholfen werden.

In den in Kapitel 4.2 besprochenen Forschungsprojekten wurde erkannt, dass ein interdisziplinärer Austausch wichtig ist, um Erfolge in der Therapie zu erzielen. Daher erscheint es für die Autorinnen überzeugend, dass bereits ein Austausch im Team wichtig ist.

7.4 Hindernde Bedingungen auf institutioneller Ebene

Auf der Ebene der hindernden institutionellen Faktoren werden nun die Erkenntnisse aus der Theorie mit den Ergebnissen der vorliegenden Forschung miteinander verbunden.

Zu grosse Institutionen

Die Forschungsteilnehmenden sind der Meinung, dass die aktuellen Institutionen zu gross sind und die Klient*innen in Settings mit weniger Betreuungsplätzen besser aufgehoben wären.

Laut dem in Kapitel 3.1.2 erläuterten Jahresbericht Sucht von der Direktion für Bildung, Soziales und Sport Bern (2019) sind für den Bereich der Therapie im stationären Setting verschiedene Institutionen für Personen mit Abhängigkeit zuständig. Die kleinste Institution bietet sieben Plätze an, die grösseren Institutionen bis zu 51 Plätze (S. 16). Nach Aussage der Forschungsteilnehmenden sind solche kleinen, aber weniger zahlreichen Institutionen für die Begleitung von Menschen mit Doppeldiagnose besser geeignet.

Kein interdisziplinäres Team

Weiter wäre, um auf Menschen mit Doppeldiagnose einzugehen und diese entsprechend zu begleiten Zeitressourcen, das entsprechende Wissen und Personal notwendig. Aus Sicht der Forschungsteilnehmenden fehlt Personal, welches auf psychische Erkrankungen spezialisiert ist. Durch diese fehlenden Ressourcen kommt bei den Forschungsteilnehmenden das Gefühl auf, den Klient*innen nicht gerecht zu werden, wie im Kapitel 6.1.2 aufgezeigt wird. Dieses Gefühl entsteht oft, wenn Psyche und Abhängigkeit zusammenspielen. Um diese Überforderung und die Folgen der Wechselwirkung adäquat auffangen zu können, scheint eine Vereinbarung der beiden Therapieformen unabdingbar (s. Kap. 4.2). Auch Hämmig (2014) spricht sich für diese Zusammenarbeit aus (S. 10). Eine Auseinandersetzung mit beiden Störungsbildern ist laut Bäumeler und Philipp (2019) förderlich (S. 167), im Kapitel 6.2.2 wird dies auch von den Forschungsteilnehmenden gewünscht.

In den in Kapitel 4.2 besprochenen Forschungsprojekten wurden beide Therapieformen vereint, was zu Erfolgen bei der Therapie der Klient*innen führte.

Um diese interdisziplinären Teams zusammen zu stellen, ist jedoch aus Sicht der vorliegenden Forschung relevant, dass die beiden Fachgebiete zusammenarbeiten. Im nächsten Abschnitt soll aufgezeigt werden, inwiefern diese Zusammenarbeit zum jetzigen Zeitpunkt noch erschwert ist.

Zusammenarbeit mit Psychiatrien

Momentan arbeiten die beiden Fachgebiete nach Aussagen der Forschungsteilnehmenden separat. Laut Kiszkenow-Bäker (2020) herrscht noch die Einstellung vor, dass die beiden therapeutischen Massnahmen, die Abhängigkeitshilfe und die psychiatrische Hilfe, komplett unterschiedlich sind (S. 79) (s. Kap. 4.2). Meury (2016) erläutert, um die Zusammenarbeit zu

fördern, ist es wichtig, dass die Fachpersonen eng zusammenarbeiten und verstehen, dass beide Massnahmen bei Menschen mit Doppeldiagnosen notwendig sind (Meury, 2016, S. 9) (s. Kap. 4.2).

Laut den Forschungsteilnehmenden funktioniert die Zusammenarbeit der Hilfesysteme nicht ausreichend. Zudem fehlt in den suchtspezifischen betreuten Wohnangeboten Fachpersonal mit Ausbildung im psychiatrischen Bereich. Diese beiden Aspekte können dazu führen, dass die Klientel im betreuten Wohnen nicht immer aufgefangen werden kann und diese zwischenzeitlich in einer psychiatrischen Klinik untergebracht wird (s. Kap. 2.3) Von Seiten der Forschungsteilnehmenden wird dies als Drehtüreffekt beschrieben. Schaaf und Schaub (2020) nennen aber auch positive Seiten des Drehtüreffektes. Klient*innen mit viel Behandlungserfahrung akzeptieren die verschiedenen Therapien besser, kennen sich im System aus und sind sich ihrer Probleme bewusster, als Klient*innen, welche den Drehtüreffekt nicht erleben (S. 25). Aufgrund der Aussagen der Forschungsteilnehmenden kann jedoch gesagt werden, dass diese den Drehtüreffekt als herausfordernd wahrnehmen und keine positiven Seiten erwähnen. Nach psychiatrischen Aufhalten der Klientel kann es vorkommen, dass diese mit neu eingestellten Medikamenten ins betreute Wohnen zurückkehren. Die Forschungsteilnehmenden sehen dies als Herausforderung für ihre Arbeit mit den Menschen mit Doppeldiagnose. Weiter erleben die Forschungsteilnehmenden auch, dass die Klient*innen nicht ernst genommen werden und oft nur eine ihrer Erkrankungen behandelt wird.

Die Theorie zur Entstehung der Doppeldiagnosen, die in Kapitel 2.2.1 beschrieben wird, zeigt, dass es wichtig ist, eine Einteilung in Primär- und Sekundärerkrankung vorzunehmen. Den Aspekt der Selbstmedikationshypothese zu beachten ist dabei in der Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose unumgebar. Jedoch fehlt gemäss einer Forschungsteilnehmerin diese Betrachtung teilweise, die Primärerkrankung kommt zu kurz oder die Diagnose fehlt gänzlich, wie im Kapitel 6.1.2 erläutert wird. Dass die beiden Diagnosen aufeinander einwirken ist aus Sicht von Sachse und Kizkenow-Bäker (2020) eine wichtige Tatsache, welche in der Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose für eine adäquate Behandlung beachtet werden muss (S. 38) (s. Kap. 2.1.3).

Durch eine fehlende Beachtung der beiden Erkrankungen kann es gemäss der Forschungsteilnehmenden zu Kündigungen kommen oder zu schneller Entlassung aus der psychiatrischen Klinik. Um dies verhindern zu können, ist nach den Forschungsteilnehmenden eine Zusammenarbeit und Vernetzung der Hilfesysteme unumgänglich. Laut Güdel (2019) sind die Fachpersonen der Sozialen Arbeit für diese Vernetzung zuständig. Die Zeit für Vernetzung von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit fehlt aber oft, was die Zusammenarbeit zwischen den Psychiatrien und den Fachpersonen der Sozialen Arbeit erschwert (S. 71) (s. Kap. 3.3).

Aus all diesen genannten Aspekten wird ersichtlich, dass die Zusammenarbeit mit den Psychiatrien verbesserungswürdig ist, wie Schay und Lojewski (2013) bereits vor sieben Jahren sagten: «In allen Bereichen der Suchtrehabilitation bestehen hinsichtlich der Versorgung von Patienten mit Komorbiditäten Optimierungspotenziale» (S. 135) (s. Kap. 2.3.). Diese Aussage kann aufgrund der Forschungsergebnisse auch noch heute gemacht werden.

7.5 Hindernde Bedingungen auf gesellschaftlicher Ebene

Nicht nur in den Institutionen selbst, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene, scheint aus der vorliegenden Forschung Optimierungspotenzial vorhanden zu sein. Die Forschungsteilnehmenden erwähnen keine unterstützenden gesellschaftlichen Faktoren, sondern nur hinderliche. Die Nationale Strategie Sucht, die in Kapitel 3.1 erläutert wird, hat einen grossen Einfluss auf die hindernden Faktoren auf gesellschaftlicher Ebene. Welche Wirkung diese auf die Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose für Fachpersonen der Sozialen Arbeit haben und was die Ergebnisse dazu aus der vorliegenden Forschung zeigen, wird im nächsten Abschnitt aufgezeigt.

Finanzierung

Ein gesellschaftlich hinderlicher Faktor für die Arbeit der Fachpersonen der Sozialen Arbeit ist gemäss den Forschungsteilnehmenden die momentane finanzielle Lage im Kanton Bern. Die Sparmassnahmen, welche im Entlastungspaket 2017 festgelegt wurden und im Kapitel 3.4 erwähnt werden, seien nun seit 2019 spürbar. Dadurch fehlt es an Personal und die Fachpersonen können der Klientel daher nicht immer gerecht werden.

Die finanziellen Kürzungen könnten einer der Faktoren sein, weshalb kein zusätzliches Personal mit psychiatrischer Ausbildung in den betreuten Wohnangeboten eingestellt wird, obwohl, wie in Kapitel 6.2.2 dargelegt, dies für die Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose unterstützend wäre. Jedoch sind laut den Forschungsteilnehmenden nicht nur die vorgenommenen Sparmassnahmen eine Herausforderung im Zusammenhang mit der Finanzierung, sondern auch die Thematik der Invalidenversicherung. Die spezifischen Anforderungen für die Finanzierung durch die IV führt zu einer ungleichen finanziellen Situation der Klient*innen (s. Kap. 3.4). Die Aussagen der Forschungsteilnehmenden zeigen, dass die vorgenommenen Änderungen der Finanzierung durch die IV in der Praxis noch nicht angewendet werden. In den meisten Fällen muss immer noch eine psychische Störung als Primärerkrankung vorliegen, um eine Finanzierung durch die IV zu erhalten.

Dies zeigt, dass die Behandlungen über unterschiedliche Unterstützungsangebote finanziert werden. Ein weiteres Angebot ist die Unterstützung durch das Krankenversicherungsgesetz [KVG]. Darüber werden laut Eckmann und König (2016) Behandlungen in Suchtfachkliniken finanziert (S. 39). Das betreute Wohnen wird gemäss Lutz (2016) weiterhin über den

Sozialdienst bezahlt (Lutz, 2016, S. 39-43). Aufgrund der genannten Sparmassnahmen im Kanton Bern werden Massnahmen, welche übers KVG abgerechnet werden können, bevorzugt (Eckmann & König, 2016, S. 39). Dadurch wurde gemäss Lutz (2016) die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeit für die Medizin interessant und die Therapie wird medizinisiert, was jedoch weniger nachhaltig ist (S. 39-43). In Kapitel 3.4 wurden diese verschiedenen finanziellen Systeme eingehender erläutert.

Zudem hat die Finanzierung einen Einfluss auf die Behördenunabhängigkeit. Menschen mit Doppeldiagnose haben laut Moggi und Donati (2004) häufiger Rückfälle (S. 3) (s. Kap. 2.3). Dadurch müssen sie immer wieder therapeutische Angebote in Anspruch nehmen und über eine Behörde finanziert werden. Dies zeigt auf, dass in Therapie und betreuten Wohnangeboten die fehlenden finanziellen Mittel einen hindernden Einfluss haben auf die Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose.

Stigmatisierung

Einen weiteren Einfluss auf die Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose hat die Stigmatisierung, welche von Seiten der Gesellschaft gegenüber Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung und besonders mit Doppeldiagnose stattfindet. Die Hürde, um über psychische Erkrankungen und Abhängigkeiten zu sprechen, ist gemäss den Forschungsteilnehmenden gross, da von Seiten der Gesellschaft viel Unwissenheit herrscht und die Sensibilisierung für die Thematik der Doppeldiagnose fehlt.

Wie in Kapitel 3.1 besprochen, ist ein Ziel der Nationalen Strategie Sucht des Bundesamts für Gesundheit (2015), die negativen Auswirkungen auf die Gesellschaft zu minimieren und die Abhängigkeitserkrankungen zu lindern. Dazu gehört, dass das notwendige Wissen generiert und für alle zugänglich gemacht wird und dass die Bevölkerung auf suchtpolitische Themen hingewiesen und dadurch sensibilisiert wird (S. 62-65).

Die Doppeldiagnose ist auch ein Thema, welches gemäss den Zielen der Nationalen Strategie Sucht nach dem Bundesamt für Gesundheit (2015) für die Suchtpolitik von Relevanz ist (S. 28) (s. Kap. 3.1). Die Ergebnisse aus den Interviews zeigen jedoch, dass die Ziele der Nationalen Strategie noch nicht erreicht sind und die Themen der Abhängigkeitserkrankungen und der psychischen Erkrankungen mehr Einzug in die Gesellschaft erhalten sollen.

Jedoch äusserten die Forschungsteilnehmenden auch Bedenken, dass die Institutionen selber die Sensibilisierung der Gesellschaft verhindern, indem sie die Menschen in Institutionen von der Gesellschaft fernhalten und die Auseinandersetzung mit diesen Themen verhindern, da die betroffenen Menschen nicht sichtbar sind. Obwohl die betroffenen Menschen ein Stück weit von der Gesellschaft ferngehalten werden, scheint es, als sei das Wissen auf politischer Ebene vorhanden, die Bevölkerung auf die Thematik aufmerksam zu machen. In der Umsetzung funktioniert es jedoch noch nicht wie erhofft.

Damit die Gesellschaft auf diese Themen aufmerksam wird, sollte das Wissen zu den psychischen und Abhängigkeitserkrankungen gefördert werden, wodurch eine Sensibilisierung stattfindet. Dies könnte die Arbeit der Fachpersonen, welche mit Menschen mit Doppeldiagnose zusammenarbeiten, erleichtern.

Leistungsgesellschaft

Gemäss eines Forschungsteilnehmenden sind die Leistungen, welche die Menschen in der Arbeitswelt erbringen müssen, in den letzten Jahren gestiegen. Die Forschungsteilnehmenden erwähnen Beispiele von Menschen, welche aufgrund des Leistungsdruckes mit dem Substanzkonsum begonnen haben und so in die Abhängigkeit rutschten, wodurch ein Teufelskreis entstand. Dies bestätigt auch Barth (2011) durch seine Aussage, dass die Menschen lernen, was es heisst die verlangten Leistungen nicht zu erbringen und deshalb Substanzen zu konsumieren, um diese Leistungen doch zu erbringen oder das Versagen nicht zu spüren (S. 30) (s. Kap.2.2.1). Weiter hängt mit der Leistungsgesellschaft und dem Konsum von psychotropen Substanzen, um dem gesellschaftlichen Druck Stand zu halten, die Ziele der Therapie und der Schadensminderung zusammen. Diese sind neben der Verbesserung der Lebenssituation auch die berufliche Wiedereingliederung (s. Kap. 3.1). Die berufliche Wiedereingliederung ist für die Menschen mit Doppeldiagnose erschwert, da sie laut einem Forschungsteilnehmenden die von der Gesellschaft erwarteten Leistungen nicht erbringen können. Oder um die erwarteten Leistungen zu erbringen wiederum konsumieren. Daraus entsteht der zuvor genannte Teufelskreis.

All dies zeigt die negativen Einwirkungen der Leistungsgesellschaft auf die Menschen mit Doppeldiagnose. Die gesellschaftlichen Herausforderungen machen deutlich, dass in der Praxis die Ziele der Nationalen Strategie Sucht nur teilweise erfüllt werden, beispielsweise die Sensibilisierung der Gesellschaft.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Verbesserungspotenzial auf allen drei Ebenen besteht. Die vorliegende Forschung bestätigt vieles, was in den Forschungen im psychiatrischen Kontext erkannt wurde. Die daraus resultierenden Schlussfolgerungen werden im nächsten Kapitel aufgezeigt.

8 Schlussfolgerungen

Die Interviews mit den Professionellen der Sozialen Arbeit haben gezeigt, dass diverse Faktoren auf die Arbeit der Fachpersonen im betreuten Wohnen mit Menschen mit einer Doppeldiagnose einwirken. Diese Voraussetzungen zeigen sich auf gesellschaftlicher, institutioneller und professioneller Ebene. Im folgenden Kapitel werden nun die relevantesten Faktoren für die Beantwortung der Fragestellung dargestellt, damit diese zusammenfassend beantwortet werden kann. Daraufhin werden Praxisempfehlungen an Institutionen und Professionelle der Sozialen Arbeit abgegeben, gefolgt von der persönlichen Stellungnahme der Autorinnen und einem Ausblick.

8.1 Beantwortung der Fragestellung

Aufgrund der Ergebnisse der Diskussion kann im nachfolgenden Kapitel die Fragestellungen zusammenfassend beantwortet werden. Die Forschungsfrage lautet:

Welche Bedingungen prägen den Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose für Professionelle der Sozialen Arbeit in betreuten Wohnangeboten? Und wie wirken sich diese auf die alltägliche Arbeit aus?

In der vorliegenden Forschung werden die prägenden Bedingungen in Bezug auf das betreute Wohnen betrachtet. Bisher lag der Fokus der Forschung vorwiegend im Bereich der Psychiatrie. Durch die vorliegende Forschung können neue Erkenntnisse in Zusammenhang mit Menschen mit Doppeldiagnose im betreuten Wohnen im Kanton Bern gewonnen werden. Auffallend ist, dass die Ergebnisse der bedeutenden Voraussetzungen in betreuten Wohnangeboten den bisherigen Forschungsergebnissen im psychiatrischen Bereich gleichen. Beispiele dafür sind die Zusammenarbeit der Hilfesysteme und die individuelle Begleitung.

Die Abbildung 18 auf der nachfolgenden Seite zeigt ein Gesamtüberblick der Bedingungen, welche die Fachpersonen der Sozialen Arbeit in betreuten Wohnangeboten mit Menschen mit Doppeldiagnose beeinflussen. Diese sind zu fünf prägenden Bedingungen zusammengefasst, welche Auswirkungen auf die Mikro-, Meso- und Makroebene haben.

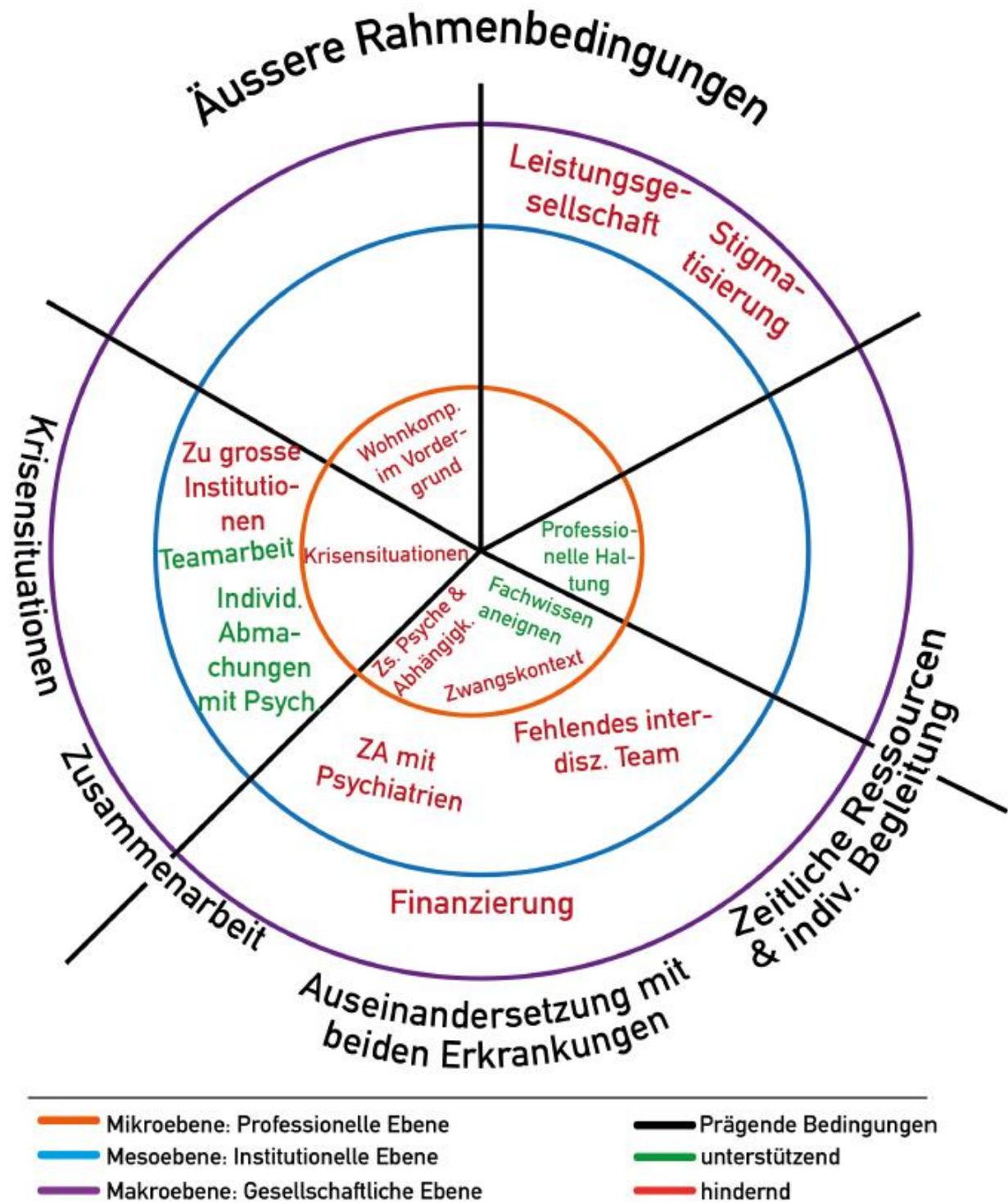


Abbildung 18: Schlussfolgerungen (eigene Darstellung)

Wie sich die oben genannten Bedingungen auf die Arbeit der Professionellen der Sozialen Arbeit auswirken, wird nun aufgezeigt.

Zeitliche Ressourcen

Eine wichtige Bedingung, welche die alltägliche Arbeit der Fachpersonen der Sozialen Arbeit prägt, ist der Faktor der Zeit. Auf Ebene der Professionellen hat der zeitliche Faktor einen Einfluss darauf, wie individuell die Fachpersonen ihre Klient*innen begleiten können. Durch die individuelle Begleitung kann konkreter auf die Klientel eingegangen werden, was besonders bei Menschen mit einer Doppeldiagnose hilfreich ist, gerade in Krisensituationen. Der zeitliche Faktor ist in den Bereichen der Sozialen Arbeit jedoch meistens knapp und somit die erforderliche individuelle Begleitung nicht immer möglich.

Auf Ebene der Institution hat der zeitliche Aspekt einen Einfluss auf die Qualität der Vernetzungsarbeit mit dem Hilfesystem, der gerade bei Menschen mit mehreren psychischen Erkrankungen essentiell ist. Durch die fehlende Zeit wird die Aufgabe der Vernetzung an die Klient*innen übergeben, was zu Überforderung führen kann. Der Faktor der Zeit steht in einem engen Zusammenhang mit der Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen.

Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen

Die Zusammenarbeit mit der Psychiatrie ist für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit ein wichtiger Faktor, um Menschen mit einer Doppeldiagnose adäquat betreuen zu können und den damit verbundenen herausfordernden Lebenssituationen gerecht zu werden. Die Kooperation mit den psychiatrischen Kliniken ist momentan erschwert und nicht zufriedenstellend. Klient*innen mit mehreren psychischen Erkrankungen werden oftmals nicht ernst genommen und die fachliche Sicht der Professionellen der Sozialen Arbeit wird nicht eingeholt, was zu Lasten der Klient*innen gehen kann. Dies hat einen Einfluss auf die alltägliche Betreuung, da die Betroffenen zwischen den Hilfesystemen hin und her pendeln, wodurch der sogenannte Drehtüreffekt entsteht. Eine bessere Zusammenarbeit der Hilfesysteme könnte diesen Drehtüreffekt minimieren. Dies konnte auch in der bisherigen Forschung in Den Haag bestätigt werden.

Flexible Entlassungsbedingungen und die damit verbundenen individuellen Abmachungen zwischen den Psychiatrien und den betreuten Wohnangeboten erweisen sich als unterstützend für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der alltäglichen Betreuung von Menschen mit einer Doppeldiagnose. Dadurch kann schneller und individueller auf die Verfassung der Klient*innen reagiert werden. All dies hat Einfluss auf institutioneller Ebene und wirkt sich wiederum auf verschiedene Situationen im Alltag der Professionellen aus.

Auseinandersetzung mit beiden Erkrankungen

Die simultane Auseinandersetzung mit den verschiedenen Erkrankungen ist in der Zusammenarbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose essentiell, gerade da im suchtspezifisch

betreuten Wohnen die Klient*innen oftmals eine weitere psychische Erkrankung aufweisen. Diese Erkrankungen beeinflussen sich gegenseitig, sie können sich verstärken oder abschwächen. Auf professioneller Ebene unterstützt das Aneignen von Fachwissen die Fachpersonen in schwierigen Situationen. Prägnante Thematiken, welche Menschen mit Doppeldiagnose begleiten, wie Primär- und Sekundärerkrankungen und die Selbstmedikation, werden besser erkannt und es kann entsprechend darauf reagiert werden. Dieses Fachwissen kann einerseits durch Weiterbildungen erworben werden, andererseits durch interdisziplinär zusammengestellte Teams in die Arbeit einfließen. Die interdisziplinären Teams sind ein Faktor auf institutioneller Ebene, welcher gefördert werden soll. Solche Teams sind in der Betreuung von Menschen mit einer Doppeldiagnose gewünscht, werden aber, auch aufgrund der finanziellen Lage im Kanton Bern, kaum realisiert. Auch auf gesellschaftlicher Ebene ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik wünschenswert, da sich die verschiedenen Ebenen beeinflussen.

Krisensituationen

Krisensituationen stellen Professionelle der Sozialen Arbeit vor eine Herausforderung, gerade wenn das Gruppen- oder Einzelwohl gefährdet ist. Als unterstützend erweist sich in solchen Situationen auf institutioneller Ebene der Austausch im Team wie auch mit Fachpersonen der Psychiatrie. Weiter erlauben die oben genannten individuellen und flexiblen Abmachungen mit den Psychiatrien schnelle und adäquate Reaktionen.

In Krisensituationen hat auch die Grösse der Institution einen Einfluss auf die Betreuung der Klientel, in kleineren Settings können Krisenmomente besser aufgefangen. Um das professionelle Arbeiten auch in solchen herausfordernden Situationen gewährleisten zu können, ist eine professionelle Haltung nötig, damit sich die Fachpersonen emotional abgrenzen können. Auch hier wird die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Ebenen ersichtlich.

Äussere Rahmenbedingungen

Die Arbeit im betreuten Wohnen wird auf gesellschaftlicher Ebene durch verschiedene äussere Faktoren, wie die Grundlage der Finanzierung für einen entsprechenden Aufenthalt und die Nationale Strategie Sucht, beeinflusst. Diese gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bestimmen aktuell die Arbeit in betreuten Wohnangeboten mit Menschen mit einer Doppeldiagnose negativ. Gerade die Sparmassnahmen im Kanton Bern schränken die Professionellen in ihrer alltäglichen Arbeit ein. Ein weiterer hindernder Einfluss auf gesellschaftlicher Ebene ist die Stigmatisierung, welche Menschen mit einer Doppeldiagnose erleben. Laut der Nationalen Strategie Sucht soll die Gesellschaft bis 2024 auf suchtspezifische und psychische Themen sensibilisiert werden. Gemäss der vorliegenden Forschung liegt dieses Ziel noch in weiter Ferne.

Die äusseren Rahmenbedingungen machen deutlich, dass es verschiedene Grundlagen gibt, welche die Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose vereinfachen sollen, diese jedoch in der

Praxis noch kaum umgesetzt werden. Schlussendlich kann gesagt werden, dass die genannten Faktoren bereits in früheren Forschungen entdeckt wurden, sich seither jedoch nicht viel verändert hat. Eine Verbesserung der genannten Bedingungen auf allen drei Ebenen ist notwendig, damit die Fachpersonen der Sozialen Arbeit eine professionelle und adäquate Begleitung von Menschen mit einer Doppeldiagnose im betreuten Wohnen gewährleisten können.

8.2 Empfehlungen

Aufgrund der Schlussfolgerungen der vorliegenden Forschung werden nun nachfolgend Empfehlungen für die Professionellen der Sozialen Arbeit und die Institutionen abgegeben.

8.2.1 Ebene Professionelle

In Anbetracht der Forschungsergebnisse, dass aktuell die meisten der Bewohnenden in sucht-spezifisch betreuten Wohnangeboten psychische und Abhängigkeitserkrankungen aufweisen, ist es unabdingbar, sich der Thematik der Doppeldiagnose anzunehmen.

Folgende Empfehlungen können die Professionellen der Sozialen Arbeit im betreuten Wohnen im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose unterstützen:

- Das Aneignen von Fachwissen spezifisch zu Abhängigkeits- und psychischen Erkrankungen
- Sich aktiv mit dem Team über die Klient*innen und deren Erkrankungen austauschen und damit auseinandersetzen
- Genügend Zeit nehmen, um auf die Klient*innen einzugehen und dadurch individuelle Betreuung gewährleisten zu können
- Zeit nehmen, um Vernetzungsarbeit zu tätigen
- Aktiv mit Fachpersonen der Psychiatrie zusammenarbeiten und den Austausch pflegen

8.2.2 Ebene Institution

Weiter können aufgrund der vorliegenden Forschung auch auf Ebene der Institutionen Empfehlungen abgegeben werden. Diese sind wichtige Voraussetzungen, damit einige der Empfehlungen für die Professionellen umgesetzt werden können.

- Flexibilität bei den Regeln gewährleisten, damit die individuelle Betreuung möglich wird
- Den Professionellen genügend Zeit für Vernetzungsarbeit zu Verfügung stellen und die Arbeitsbelastung in einem angemessenen Rahmen halten
- Fachlichkeit gewährleisten, dadurch dass auch Professionelle mit psychiatrischem Fachwissen angestellt werden oder die Fachpersonen entsprechend weitergebildet werden
- Die Zusammenarbeit und den aktiven Austausch mit der Psychiatrie fördern
- Regelmässigen fachlichen Austausch im Team fördern

- Kritisch die eigenen Rahmenbedingungen hinterfragen und sich weiterentwickeln auch in Bezug auf die Ziele der Nationalen Strategie Sucht und der betreuten Wohnangebote
- Mit den Psychiatrien individuelle Abmachungen festlegen

Diese Empfehlungen können die Fachpersonen der Sozialen Arbeit und die Institutionen auch dabei unterstützen, Lösungen für soziale Probleme zu entwickeln. Dies wird auch im Berufscodex der Sozialen Arbeit als Ziel und Verpflichtung festgehalten (Avenir Social, 2018, S. 7). Durch den regelmässigen fachlichen Austausch im Team kann die im Berufskodex beschriebene Handlungsmaxime des kontinuierlichen fachlichen Diskurses erfüllt werden (Avenir Social, 2018, S. 14). Momentan scheint jedoch die Arbeit im betreuten Wohnen die Handlungsmaximen und Anforderungen des Berufskodexes noch nicht zufriedenstellend zu erfüllen. Äussere Rahmenbedingungen, wie die aktuelle Finanzierungslage des Kanton Berns schränken die Umsetzung dafür ein. Die Stigmatisierung, welche diese Klientel erlebt, wird nach Meinung der Autorinnen nicht von heute auf morgen verschwinden, denn die Sensibilisierung der Gesellschaft benötigt Zeit. Eine persönliche Stellungnahme erfolgt im nächsten Kapitel.

8.3 Persönliche Stellungnahme

Mit der vorliegenden Arbeit wurde explizit ein Blick auf eine, in der Forschung bislang unbeachtete Thematik geworfen, nämlich die der Menschen mit Doppeldiagnose im betreuten Wohnen und deren Auswirkungen auf die Fachpersonen der Sozialen Arbeit. Die Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose ist herausfordernd und ist abhängig von vielen, sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren. Fachpersonen der Sozialen Arbeit müssen über ein grosses Fach- und Alltagswissen verfügen, um Klient*innen mit diesen komplexen Erkrankungen begleiten zu können. Durch die enge Begleitung der Klientel werden die Professionellen der Sozialen Arbeit gewissermaßen zu Expert*innen des alltäglichen Lebens von Menschen mit einer Doppeldiagnose. Dieses Expert*innenwissen sollte nach Meinung der Autorinnen vermehrt in den interdisziplinären Diskurs eingebracht werden. Gerade auch in Anbetracht dessen, dass die meisten der Fachpersonen in den betreuten Wohnangeboten keine psychiatrische Weiterbildung haben, ist die Vernetzung und der Austausch mit anderen Fachdisziplinen um so wichtiger. Dabei ist zu erwähnen, dass von Seiten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit, wie auch der Psychiatrie, Verbesserungspotential in der Zusammenarbeit besteht.

Die gesellschaftliche Ebene ist nach Meinung der Autorinnen zu wenig im Fokus der Profession der Sozialen Arbeit. Aus Sicht der Autorinnen ist die Soziale Arbeit ein Spiegel der Gesellschaft, deshalb ist es unabdingbar, dass sich die Soziale Arbeit nebst den sozialen auch den politischen und wirtschaftlichen Verhältnissen widmet, um für ihre Anliegen und die ihrer Klientel eintreten zu können. Denn diese Verhältnisse geben den Institutionen und somit auch

den Professionellen der Sozialen Arbeit ihre Rahmenbedingungen vor. Gerade im Kanton Bern, wo aktuell massive Kürzungen im Sozialbereich stattfinden, leiden die Professionellen wie auch ihre Klientel darunter. Besonders Menschen mit einer Doppeldiagnose werden häufig stigmatisiert und haben somit Mühe, einen Platz in der Gesellschaft zu finden.

Hierbei ist den Autorinnen aber auch wichtig zu erwähnen, dass die Soziale Arbeit durch die Übernahme von Aufgaben, welche gesamtgesellschaftlich gelöst werden sollten, und die «Abschottung» der Klientel in Institutionen zur Stigmatisierung beiträgt und deshalb ihre Rolle kritisch hinterfragen muss. Nebst der enorm wichtigen professionellen Arbeit gemeinsam mit den Menschen mit einer Doppeldiagnose ist aus Sicht der Autorinnen also auch eine politische Mitwirkung der Sozialen Arbeit unabdingbar, um die Klient*innen weiter unterstützen und im besten Fall auch präventiv arbeiten zu können.

Abschliessend kann gesagt werden, dass in Anbetracht der verschiedenen Ebenen und der mehrheitlich hindernden Faktoren, die Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose im betreuten Wohnen für Fachpersonen der Sozialen Arbeit, eine doppelte Herausforderung darstellt. In Anbetracht der erfolgreichen Projekte in Den Haag und Bern stellt sich den Autorinnen die Frage, weshalb in der Schweiz nicht aufbauend auf diesen Projekten gearbeitet wird. Daher kann die vorliegende Arbeit als Grundlage für weitere Forschungsfragen genutzt werden.

8.4 Ausblick

Mit der vorliegenden Forschung konnte ein Gesamtbild über die Situation in den betreuten Wohnangeboten im Umgang mit Menschen mit einer Doppeldiagnose im Kanton Bern geschaffen werden. Um weitere Schlüsse zu ziehen, wie und ob überhaupt integrativ, vernetzter und interdisziplinärerer im Bereich der betreuten Wohnangebote gearbeitet werden kann, bedarf es weiterer Forschung von Expert*innen anderer Fachbereiche. So könnte beispielsweise in einem nächsten Schritt die Sichtweise der Fachpersonen der Psychiatrie und der Psychiatrischen Spitex eingeholt werden. Weiter bedarf es genauer Zahlen der Menschen mit Doppeldiagnose in den suchtspezifisch betreuten Wohnangeboten und in der Psychiatrie im Kanton Bern. Wenn gezeigt wird, dass eine grosse Anzahl der betreuten Menschen eine Doppeldiagnose aufweisen, könnte dies die Sichtweise auf den aktuellen Schwerpunkt der spezifischen Betreuung von Einfacherkrankungen in betreuten Wohnangeboten verändern.

Zudem wäre es aufschlussreich, folgende Fragestellungen weiter zu erforschen:

- Wie erleben die Fachpersonen der Psychiatrie ihre alltägliche Arbeit mit Menschen mit einer Doppeldiagnose?
- Wie erleben die Fachpersonen der Psychiatrie die Zusammenarbeit mit den Fachpersonen der Sozialen Arbeit?

- Welcher Veränderungsbedarf besteht aus Sicht der Menschen, die von einer Doppeldiagnose betroffen sind?
- Wie können die Fachpersonen der Psychiatrie und die der Sozialen Arbeit in Bern ihre Zusammenarbeit besser gestalten?
- Inwiefern ist ein integratives Modell in kleineren betreuten Wohnangeboten überhaupt möglich und was braucht es dazu?

Aufgrund des grossen Interesses der Forschungsteilnehmenden wie auch der Abteilung der Gesundheitsförderung und Sucht des Kanton Berns an der vorliegenden Forschungsarbeit, sind die Autorinnen sicher, dass weiterführende Forschungen und Veränderungen in diesem Bereich Potential haben und notwendig sind.

9 Literaturverzeichnis

- Akeret, René (2014). Schadensminderung! *Sucht Magazin*, 40 (2), 4-7.
- Avenir Social (Ohne Datum). *Gleichstellung jetzt, auch in der Sozialen Arbeit! Kampagnen*. Gefunden unter <https://avenirsocial.ch/was-wir-tun/kampagnen/>
- Barth, Volker (2011). *Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie*. Heidelberg: Ecomed Medizin.
- Baumeler, Marlis & Philipp, Pablo (2019). Herausfordernde Verhaltensweisen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. In Eva Büschi & Stefania Calabrese (Hrsg.), *Herausfordernde Verhaltensweisen in der Sozialen Arbeit* (1. Aufl., S. 151–173). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Beck, Susanne, Diethelm, Anita, Kerssies, Merijke, Grand, Olivier & Schmocker, Beat (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*. Gefunden unter https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf
- Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula & Lazarus, Horst (2013). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (5. überarb. Aufl.). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bundesamt für Gesundheit (2015). *Nationale Strategie Sucht 2017-2024*. Gefunden unter <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-sucht.html>
- Dominguez, Laura & Heinemann, Liv (2018). *Mensch/Maschine: Maschinelle Beatmung bei Muskeldystrophie Typ. Duchenne und die Auswirkungen auf die Lebensqualität. Eine qualitative Forschungsarbeit mit Handlungsempfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit*. Bachelorarbeit. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Dilling, Horst, Mombour, Werner & Schmidt, Martin H. (Hrsg.). (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD–10 Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitlinie* (9. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.

- Direktion für Bildung, Soziales und Sport (2019). *Jahresbericht Sucht 2018 / 2019. Situation und Massnahmen im Suchtbereich. Berichtsperiode vom 1. April 2018 bis 31. März 2019*. Gefunden unter https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjH7-axslruAhXOzqQKHfRSBCYQF-jAAegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.bern.ch%2Fmediencenter%2Fmedienmitteilungen%2Faktuell_ptk%2Fjahresbericht-sucht-cannabis-bleibt-auf-politischer-agenda%2Fdokumente%2Fjahresbericht-sucht-2018-2019.pdf%2Fdownload&usg=AOvVaw1qvrEtOReO-iah6L6sf8xe
- Eckmann, Franziska & König, Marianne (2016). Angebotsplanung und –finanzierung in den Kantonen. *Sucht Magazin*, 42 (5), 39-43.
- Fischer, Gabriele (2010). Sucht und Gender. *Sucht*, 56 (3-4), 149–151.
- Flick, Uwe (2009). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Güdel, Heike (2019). Herausfordernde Verhaltensweisen von suchtmittelabhängigen Menschen. In Eva Büschi & Stefania Calabrese (Hrsg.), *Herausfordernde Verhaltensweisen in der Sozialen Arbeit* (1. Aufl., S. 64–90). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Guillaume, Melody (2020). *Monitoring der stationären Suchttherapieinstitutionen. Platzangebot und Auslastung in der Schweiz im Jahr 2019*. Gefunden unter https://www.infodrog.ch/files/content/statistik_de/infodrog_monitoring_bericht_2020.pdf
- Hämmig, Robert (2014). Doppeldiagnosen: 20 Jahre Suchtdiskurs. *Sucht Magazin*, 40 (1), 8–10.
- Husi, Gregor & Villiger, Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik. Soziokulturelle Animation. Theoretische Reflexion und Forschungsergebnisse zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Luzern: Interact.
- Keller, Véréna (2018). *Ausbildung und Beschäftigung in der Sozialen Arbeit in der Schweiz. Zusammenstellungen von aktuellen Grundlageninformationen*. Gefunden unter <https://avenirsocial.ch/publikationen/verbandsbroschueren/>

- Kiszkenow–Bäker, Stefanie (2020). Sucht als Komorbidität bei Persönlichkeitsstörungen: Ein sehr spezielles Problem. In Rainer Sachse & Stefanie Kiszkenow–Bäker (Hrsg.), *Komorbiditäten bei Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl.) (S. 79–90). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Krausz, Michael, Degkwitz, Peter & Verthein, Uwe (2000). Psychiatrische Komorbidität und Suchtbehandlung. *Suchttherapie*, 1 (1), 3–7.
- Mayer, Horst Otto (2013). *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6. Aufl.). München: Oldenburg.
- Mayring, Phillip (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken* (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, Phillip (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz.
- Meury, Walter (2016). Suchtbehandlung: Interdisziplinär? Sozialtherapeutisch? Integriert... *Sucht Magazin*, 42 (5), 5–9.
- Moggi, Franz (2007). *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Moggi, Franz & Donati, Ruth (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen: Hogrefe.
- Moggi, Franz (2014). Theoretische Modelle bei Doppeldiagnosen. In Marc Walter & Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank (Hrsg.), *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen* (S. 13–22). Stuttgart: Kohlhammer.
- Moggi, Franz (2014). Behandlung von Suchtpatienten mit komorbiden psychischen Störungen. *Sucht Magazin*, 40 (1), 15-19.
- Möller–Leimkühler, Anne Maria (2011). Geschlecht und psychische Störungen. *Public Health Forum*, 19 (2), 5–7.
- Regierungsrat (2017). *Entlastungspaket 2018 (EP 2018). Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat vom 28. Juni 2017*. Gefunden unter <https://www.fin.be.ch/fin/de/index/finanzen/finanzen/finanzplanung/projekte/ep2018.html>

- Ridinger–Johann, Monika & Walter, Marc (2014). Sucht und komorbide Störungen. *Sucht Magazin*, 40 (1), 4-7.
- Sachse, Rainer & Kiszkenow–Bäcker, Stefanie (2020). Das Komorbiditätsproblem. In Sachse, Rainer & Kiszkenow – Bäcker (Hrsg.), *Komorbiditäten bei Persönlichkeitsstörungen* (1. Aufl., S. 38–45). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schaaf, Susanne & Schaub, Michael P. (2020). Die Klientel in der stationären Suchttherapie – Entwicklung und Herausforderung. *Sucht Magazin*, 46 (5), 23–28.
- Schay, Peter & Lojewski, Ilona (2013). Komorbidität im Kontext Sucht. In Peter Schay, Ilona Lojewski & Frank Siegele (Hrsg.), *Integrative Therapie in der Drogenhilfe. Theorie – Methoden – Praxis in der sozialen und medizinischen Rehabilitation* (S. 134–143). Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schläppli, Sabine, Mettler, Claudia, Rumpf, Martin & von Bergen, Mathias (2008). *Suchthilfekonzept des Kantons Bern. Strategien und Massnahmen. Bericht des Regierungsrates*. Gefunden unter: <https://www.gef.be.ch/gef/de/index/soziales/soziales/publikationen/suchthilfe.html>
- Schulte–Wefers, Hella (2016). Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) in Den Haag. *Sucht Magazin*, 42 (5), 10–14.
- Wachter, Kerstin & Böhme, Elke (2005). «blv. goes gender» - Plädoyer für eine geschlechtergerechte Suchtarbeit. *Sucht Magazin*, 31 (4), 20–25.
- World Health Organisation (2003). *Investing in Mental Health*. Gefunden unter: https://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf
- Wittchen, Hans–Ulrich & Hoyer, Jürgen (Hrsg.). (2011). *Klinische Psychologie und Psychotherapie* (2. überarb. Aufl.). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Witzel, Andreas (2000). *Das problemzentrierte Interview*. Gefunden unter <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>

Anhang

A) Interviewleitfaden

Informationen

- Begrüssung
- Abklären bezüglich Aufnahme
- Einverständniserklärung unterschreiben lassen
- Hinweis auf Kurzfragebogen am Ende des Interviews
- Aufnahme starten

Einstieg ins Interview:

Erhebungsinstrument: Problemzentriertes Interview

Vielen Dank, dass wir mit Ihnen sprechen dürfen und Sie sich Zeit genommen haben für uns.

Wir sind Salome Ming und Jana Werren und studieren an der Hochschule Luzern Soziale Arbeit mit Vertiefung Sozialpädagogik.

Wir machen eine Forschungsarbeit zum Thema Doppeldiagnose (Sucht & psychische Erkrankung) im sozialpädagogischen Betreuten Wohnen und würden gerne mit Ihnen über Ihre Erfahrungen im Arbeitsalltag sprechen. Da wir beide in unserem Berufsalltag mit Menschen mit Doppeldiagnose zusammen arbeiten und bemerkten, dass es im deutschsprachigen Raum kaum Forschungen zu dieser Thematik gibt. Vor allem Informationen im Zusammenhang mit Betreuten Wohnen ist selten vorhanden.

Das Interview dauert circa eine Stunde und wird aufgenommen. Die Daten werden in unserer Bachelorarbeit verarbeitet, werden aber, wie auch Ihr Name, anonymisiert.

Einstiegsfragen (offene Fragen):

Erzählen Sie uns doch bitte, wie ein Arbeitstag bei Ihnen auf der Wohngruppe aussieht?

- Wie ist er gestaltet?

Arbeitsalltag mit Doppeldiagnose

Unterscheidet sich der Alltag auf der Wohngruppe in der Zusammenarbeit mit Doppeldiagnosenklient*innen und falls ja wie?

Beziehungsgestaltung

Das klingt sehr vielseitig. Was ist dabei für Sie besonders wichtig in der Zusammenarbeit mit Klient*innen mit einer Doppeldiagnose?

- Was sind wichtige Voraussetzungen mit der Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose?
- Inwiefern ist die professionelle Ausbildung der Sozialpädagog*innen von Relevanz?
- Warum arbeiten Sie mit Menschen mit Doppeldiagnose zusammen?

Herausforderungen /Probleme

Welche Probleme zeigen sich bei der alltäglichen Professionellen Begleitung bei Doppeldiagnosenklient*innen?

- Können Sie uns eine Situation beschreiben, welche Ihnen besonders geblieben ist?
- Wie gehen Sie persönlich mit solchen Problemsituationen um?
- Wie gehen Sie im Team mit solchen Situationen um?

Ressourcen

Sie erwähnen viele herausfordernde Situationen. Welche Ressourcen zeigen sich bei der alltäglichen Professionellen Begleitung von Doppeldiagnoseklient*innen?

- Können Sie uns eine Situation beschreiben, welche Ihnen besonders geblieben ist?
- Was sind besonders positive Erfahrungen?

Äussere Bedingungen

Nun haben wir oft direkt von den Klient*innen und Ihren Umgang mit ihnen gesprochen. Wir würden gerne noch wissen, welche Bedingungen aus Ihrer Sicht gegeben sein müssten, damit aus der Sicht der Professionellen die Begleitung für Menschen mit Doppeldiagnose gewährleistet werden kann?

- Was wäre aus Ihrer Sicht die optimale Bedingungen um die Begleitung adäquat gewährleisten zu können?
- Was sollte sich ändern?
- Können Sie spezifische äussere Umstände nennen, welche ihre Arbeit erschweren?
- Was sind die spezifischen Wünsche in Bezug auf diese äusseren Umstände?
- Sehen sie Tendenzen, in welche Richtung sich diese verändern könnten?

Zusammenarbeit mit der Psychiatrie

Nun noch eine Frage zur Zusammenarbeit mit der Psychiatrie. Wie gestaltet sich bei Ihnen die Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden der Psychiatrie?

- Gibt es manchmal Schwierigkeiten?
- Wo sind diese Schwierigkeiten?
- Was sollte aus Ihrer Sicht besser laufen?
- Was ist positiv?

Wie sieht die Zusammenarbeit bei einer akuten Krise aus?

Schlussfrage

Wir sind mit unseren Fragen am Ende angelangt, haben Sie noch etwas was wir vergessen haben und Sie gerne erwähnen möchten?

Abschluss

- Kurzfragebogen ausfüllen
- Bedanken
- Im Anschluss gemeinsam das Postskriptum ausfüllen

Aufrechterhaltungsfragen

- *Weshalb ist dies Ihnen wichtig?*
- *Können Sie uns dies anhand eines Beispiels genauer erklären?*
- *Können Sie dazu noch mehr erzählen?*
- *Wieso fehlen Sie euch?*
- *Weshalb wünschen Sie sich das?*
- *Was wäre der Mehrwert?*

B) Kurzfragebogen

Vielen Dank für Ihre Antworten und Mithilfe!

Fragebogen Nummer: _____ Institution: _____

Fragen zu Ihnen persönlich

1. Welches Geschlecht haben Sie? _____
2. Wie alt sind Sie? _____
3. Welche Ausbildung haben Sie abgeschlossen?

Fragen zu Ihrer Berufserfahrung

4. Seit wann sind Sie als Sozialpädagog*in tätig? _____
5. Wo haben Sie bereits gearbeitet?
 - _____ von _____ bis _____
 - _____ von _____ bis _____
6. Seit wann arbeiten Sie in der jetzigen Institution? _____
7. Seit wann arbeiten Sie mit Menschen mit Doppeldiagnose? _____
8. Hatten Sie vorher schon Erfahrungen mit Menschen mit Doppeldiagnose? ja nein
9. Fühlten Sie sich auf die Arbeit mit Menschen mit Doppeldiagnose vorbereitet? ja nein

C) Postskriptum

Datum:	
Interviewende Person(en):	
Interviewte Person:	

Dauer:	
Beginn:	
Ende:	

Ort des Interviews:

Kurze Beschreibung der Interviewten Person:

Atmosphäre/Stimmung vor dem Interview:

Atmosphäre/Stimmung während des Interviews:

Atmosphäre/Stimmung nach dem Interview:

Störungen / besondere Ereignisse:

Verhalten der interviewten Person:

Verhalten der interviewenden Personen:

Allgemeine Bemerkungen / besonderes

D) Ausschnitt aus der Kategorisierungstabelle

Ebene Professionelle: Probleme/Herausforderungen im alltäglichen Umgang mit Menschen mit Doppeldiagnose				
Kategorie	Unterkategorie	Interviewauschnitt (Interview Nr., Absatz)	Andere mögliche Reduktion	Theoriebezug
Krisensituationen	Einzel vs. Gruppenwohl	<p><i>Vor allem Fremd, vor allem selbstgefährdend in der Regel, dass sie sich etwas antun könnten. U dann muss man schauen, dass es Ruhe für sie gibt und Ruhe für den ganzen Betrieb. Es ist immer eine Frage vom Einzel-, und vom Gruppenwohl (1, 256)</i></p> <p><i>Es ist aber ein wenig der Spagat, wenn jemand wirklich hoch psychotisch ist, so dass er dann "kurlige" Sachen macht oder wirklich die anderen Bewohner auch irritieren können und daneben hast du 30 Leute, die auch noch zu betreuen sind (3, 124)</i></p>	Suizid	Prekäre Lebenssituation, Gender
		<p>Dort wird ein Grossteil in einem Atelier oder mit den anderen Leuten durcheinandergebracht. Die haben auch ihre Schwierigkeiten, haben sie vielleicht besser in Griff, oder nicht so sichtbar. Und das merkt man, es braucht 1 -2 Leute, die wirklich «wirr» sind und die können einen Betrieb von 36 zum Kippen bringen, das gibt sone Stimmung, das auch (1, 248)</p>		

Krisensituationen		Ja, es gibt natürlich die Situation, bei der die Leute nicht wissen, weshalb das nun ein Psychiater darf, wenn sie nicht sehen, dass es ihnen nicht gut geht. Und dass sie den halben Betrieb durcheinanderbringen. Da weiss ich schon verschiedene Beispiele, die immer schwierig sind, dass man den Leuten gut erklärt und wertschätzend entgegenkommt, weil man will es ja zu ihrem Wohl. Sie sind zum Teil Fremd, zum Teil Selbstgefährdet, oder (1, 254)		
	Suizide	Ich bin Bezugsperson von jemandem, der konsumierte seit 15 jählig regelmässig LSD, was für die Psyche nicht wirklich förderlich ist. Ich sage jetzt einmal mit 15 ist alles noch in der Entwicklung und dieser Junge bekam dann schizophrene Züge, und sah sowohl Schatten und Farben. Und bei ihm kam es in dieser Verfassung auch zu einem Suizidversuch, er hing hier im Garten an einen Strick (4,)		

Zusammenspiel Psyche & Substanzabhängigkeit	Fehlende Diagnose	<p>Und von dem her, gibt es Leute, bei welchen ich weiss, die haben zum Beispiel ein psychiatrisches Problem, aber es wurde nie richtig definiert (1, 126)</p> <p>Da gibt es natürlich auch sehr viele, geht es um psychiatrische Probleme, weil die Leute ja, jede*r der*die eh ja, irgendwie süchtig ist hat meistens ein psychisches Grundproblem, aber oft nicht diagnostiziert (1, 105)</p>		<p>Herausforderungen in der Therapie / Therapieabbruch</p> <p>Erklärungsmodelle mit Selbstmedikation</p> <p>Häufige Kündigungen / Rückfälle / Therapieabbruch</p>
	Selbstmedikation	<p>Sie reduzieren selbstständig ihre Medis, das machen viele Leute auch o, weil sie keine Krankheitseinsicht haben und dann tauch die psychiatrische Krankheit wieder mehr auf oder, weil sie nicht gestützt sind, das gibt es auch sehr oft. Das hatten wir schon manchmal, das wir diese Leute deswegen, meistens mit einem FU wieder zurückgeben mussten, nachdem sie eine Zeitlang bei uns waren (1, 212 - 214)</p> <p>Oder nehmen irgendwie sonst Drogen als Selbstmedikamentös oder die psychische Diagnose entsteht durch den Konsum oder und die meisten bei uns sind in einer Psychotherapie, ehm haben irgendwie Neuroleptika, Antidepressiva. Das sind ja alles psychische Sachen (4, 54)</p>	<p>Rechtliche Aspekte, Vermehrte Kündigungen</p>	

Zusammenspiel Psyche & Substanzabhängigkeit		Und dasselbe aber auch umgekehrt. Also dass jemand, der eine Depression hat zum Beispiel selbsttherapeutisch sich mit Alkohol behandelt (3, 50)		
	Auffallende Alltagssituationen	<p>bei welcher sie auch beginnen können mit dem Entflechten und im Besten Fall auch auseinanderzunehmen. Also wirklich merken, wenn ich die Depression gut behandle ist die Lust plötzlich weg. Oder wenn ich nicht mehr kiffe, dann habe ich die Angstzustände weniger, und so weiter. (3, 56)</p> <p>Ja, genau. Also falls jemand, ehm, nehmen wir jemand mit einer paranoiden Schizophrenie und der war ein paar Monate stabil und konsumierte da auch nie und dann merken wir, nun beginnt es wieder langsam mit der Psychose, nun hört er wieder, nun hat er wieder das Gefühl, dass der Fernseher mit ihm spricht oder die Wände näher kommen, was auch immer dann muss dies wirklich im Kopf sein, dass die Möglichkeit zu einem erneuten Konsum hoch ist (6, 76-78)</p> <p>Ehm, auch sonst würde ich sagen ja. Dass du zuerst, da kommst du zuerst in die zwei Ansetzungen, dass du zuerst Abstinenz sein musst, damit du psychische Stabilität gewinnen musst oder dass du zuerst psychische Stabilität gewinnen musst, damit du abstinent sein kann (4, 130)</p>		

<p>Zusammenspiel Psyche & Substanzabhängigkeit</p>	<p>Häufige Kündigungen (Durch stark psychisches Erkrankungen/ Sucht Zusammenarbeit nicht möglich)</p>	<p>Ich arbeitete einmal mit jemandem, auch ein Süchtiger, der wie eine Dissoziale Persönlichkeitsstörung mit Narzisstischen Anteilen, der auch Pädophil war und dies ausgelebt hat so. (5, 86)</p> <p>Und da ist es immer sehr schwierig sie da (aus der Psychose) rauszuholen, finde ich. Dann dieses aufkratzen, überall Tierchen sehen, die unter der Haut sind (5, 240)</p> <p><i>U wir hatten schon ganz «schregi» Fälle aus der Psychiatrie, bei denen wir den Betreuungsaufwand, obwohl wir einen grossen Betreuungsschlüssel haben, aber einfach ja, wir konnten ihn in speziellen Situationen im Wohnbereich nicht gewährleisten. (1, 204)</i></p> <p>Und dieser Mann, kam nach fünf Jahren Gefängnis zu uns. Der übte ein Delikt aus in einer Psychose, ist dann mit einer Massnahme zu uns gekommen. Und der hat dann irgend an einem Fest wieder "Coci" konsumiert und kam auf den Tripp wie "geil" dies ist, entschuldige den Ausdruck und hat wirklich wieder exessiv begonnen zu konsumieren und ist dadurch nur noch Psychotisch gewesen. Und ist dann wieder durch den gesamten Rahmen durchgefallen. Weil wenn dann der Konsum und die Psychose ganz stark ist, ist es ganz</p>	<p>Zusammenarbeit nicht mehr möglich</p> <p>Häufigere Kündigungen</p>	
---	--	---	---	--

<p>Zusammenspiel Psyche & Substanzabhängigkeit</p>		<p>schwierig eine Zusammenarbeit herzustellen. Und der kam in eine andere Klinik. Und aber ehm, wie (3, 98)</p> <p><i>Wir haben hier auch nicht die Strukturen, dass wir eine akute psychotische Person auffangen können ohne die andern Bewohner zu gefährden (2, 127)</i></p> <p>Man konnte nicht mehr mit ihm zusammenarbeiten, dann haben wir gewartet, bis er runtergefahren ist und dann nochmal mit ihm gesprochen. Da sagte er "ja, nein ich will abstinent sein", ging dann aber zwei Tage später wieder in den Ausgang, demolierte noch die Wohnung seiner Eltern und einmal entschied er, er sei jung, er wolle leben, er wolle in den Ausgang, er will Frauen, er will Party und dann ist das hier nicht der richtige Ort und dann ist es klar er kriegt eine Kündigung 6, 288)</p> <p>Was es sonst noch bräuchte. Vielleicht auch mehr Institutionen, mit anderen Programmen. Und dass du einfach schneller platzieren kannst und keine Wartelisten hast. (4, 166 – 168)</p>		
---	--	---	--	--

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Zusammenspiel Psy- che & Substanzab- hängigkeit</p>	<p>Klientel nicht gerecht werde</p>	<p><i>Ja. Aber das ist gerade vielleicht von Beginn an schon so. Das wir nach einem Monat merken, ou da kommt zu viel hervor, das wir nicht "händeln" können oder nicht verantworten. Aber es kann auch zum Beispiel ein langsam reinsteigern sein, wie es vielleicht nach zwei Jahren der Fall ist. Das sich das wie so entwickelt oder wir dieser Person nicht mehr gerecht werden können und dann kommt das. Oder viele Rückfälle in kurzer Zeit, die das ganze auch noch schlimmer machen (4, 154)</i></p>	<p>Starkes psychi- sches Verhalten</p>	
---	--	--	--	--

<p>Wohnkompetenzen im Vordergrund</p>	<p>-</p>	<p>Wir haben anerkannte Leute mit Doppeldiagnosen, aber wir müssen einfach in diesem Arbeits – und Wohnalltag funktionieren (1, 107)</p> <p>Nein, ich finde es spannend. Ich habe mir das nicht so bewusst überlegt, das im betreuten Wohnen, dieses Thema bis jetzt nicht so erfragt wurde. Und da kam mir vorher durch den Kopf, dass wir es auch nicht so trennen, wir erfragen es auch nicht, wir haben einfach eine Zielgruppe X, aber ich weiss, dass wir Sucht und Doppeldiagnosenklienten haben, im Vordergrund sind die meisten süchtig bei uns und einzelne haben noch ein psychisch anerkanntes Problem. Aber ich habe mir das nie so, einzeln wusste ich schon, was ich machen muss mit ihnen spezifisch, wie ich mit ihnen umgehen muss, aber ich habe mir nun überlegt, ja machst du das wegen einer Doppeldiagnose anders? Gibt es etwas spezifisches? (1, 393)</p> <p><i>Also wenn jemand bei uns Eintritt, in den Wohnbereich schauen wir nicht ob er eine psychische Erkrankung hat. Es ist von Vorteil dies zu wissen, wenn es vordergründig ist, oder. Aber ehm, hier geht es um gewisse Wohnstrukturen, die er allgemein aus seiner Sozialisation mitbringt. Und da schauen wir nicht, ob er psychisch vorekrankt ist. Es ist interessant zu wissen,</i></p>	<p>Regeln, Wohnen</p> <p>Fokus</p>	<p>Definition betreutes Wohnen und die Ziele davon</p>
--	----------	---	--	--

		<p><i>hilfreich. Aber vieles kommt mit der Zeit beim wohnen heraus, falls man sie besser kennen lernen will, oder. (1, 338)</i></p>		
<p>Zwangskontext (keine Freiwilligkeit vorhanden)</p>		<p>der, Leute, die über Massnahmen kommen oder via FU, die herkommen müssen. Mit diesen ist es natürlich deutlich schwieriger (3, 70)</p> <p>Es gibt die wenigen, welche aus Erfahrungen aus Kliniken oder per se einfach dagegen sind und dann geht es nicht ohne die Sanitätspolizei. (3, 126)</p> <p><i>Da ehm, also es ist wirklich hilfreich, wenn die Leute freiwillig da sind. Wir haben auch Platzierungen, oder, Leute, die über Massnahmen kommen oder via FU, die herkommen müssen. Mit diesen ist es natürlich deutlich schwieriger. Die haben in der Regel auch nicht entschieden, dass sie abstinent sein wollen und da ist es häufig auch ein Kampf (3, 70)</i></p> <p>Den machen wir eine zeitlang und wir suchen auch nach Möglichkeiten, andere Entlastungsmöglichkeiten, andere Skills statt zu dieser Sucht zu greifen. Und falls wir merken, dass dies jemandem kaum möglich ist zu diesem Zeitpunkt, versuchen wir die Person zu umplatzen (3, 72)</p>		<p>Bezug zu Abstinenzorientiertem Wohnen (Abschnitt in Nat. Strategie Sucht)</p>