

Menschen mit Doppeldiagnose in der Wohnungslosenhilfe.

Verwahrt oder betreut? Untragbares Verhalten oder unerträgliche Verhältnisse? Ausschluss oder ...? (Arbeitskreis mit Lydia Domoradski)

Genannte Zielgruppe¹ gilt im Allgemeinen als „besonders unbequem“ und „schwierig“, ambulant nur schwer und im stationären Kontext kaum betreubar. Neben den Zuschreibungen „nicht krankheitseinsichtig“ und/oder „therapieresistent“, wird den ihr Zugerechneten darüber hinaus häufig attestiert, sog. „Konzeptsprenger/innen“ zu sein.

Damit sind diese KlientInnen dreifach stigmatisiert – als Wohnungslose, als psychisch Kranke und als Suchtkranke.

Drei Hilfesysteme – die Wohnungslosenhilfe, die Psychiatrie mit ihren sozialpsychiatrischen Einrichtungen und die Drogenhilfe teilen sich die Zuständigkeit für diese Zielgruppe bzw., zutreffender formuliert, schieben diese einander zu und damit die Betroffenen zwischen diesen Systemen und deren extra- und intramuralen Angeboten hin und her.

Die Verneinung der Zuständigkeit für sie bzw. die Begründung ihres Ausschlusses erfolgen häufig unter Berufung auf psychiatrisch-diagnostische Kriterien oder die Abstinenzorientierung/das Abstinenzgebot einer Einrichtung.

Es scheint, als hätten Angehörige dieser Zielgruppe nur die Wahl zwischen „Betreuung light“, die ihren Bedarfslagen und Problematiken nur punktuell gerecht wird, Verwahrung bzw. Hospitalisierung in Großeinrichtungen oder dem Ausschluss via Aufnahmekriterien, also noch *bevor* sie das Konzept einer Einrichtung – mit ihren Bedarfslagen? Wünschen? Verhaltensweisen?² – tatsächlich „gesprengt“ haben.

Intention dieses Workshops ist es nicht, diese Zielgruppe „schön reden“ oder in Abrede stellen zu wollen, dass diejenigen, die ihr angehören, (auch) schwierig sein können. Vielmehr soll im Rahmen dieses Workshops eine Auseinandersetzung darüber stattfinden, wie eine adäquate Betreuung/Betreuungssituation beschaffen sein müsste und welche Hindernisse – struktureller, personeller, individueller oder berufsbildspezifischer Natur – einer solchen entgegenstehen können.

Eine Annäherung an die Beantwortung dieser Fragestellungen kann nur gelingen, wenn zum einen konzeptuelle Gegebenheiten wie Aufnahme- und Ausschlusskriterien von Einrichtungen einer Betrachtung unterzogen werden und zum anderen eine Auseinandersetzung mit dieser Zielgruppe, ihren Verhaltensweisen und unserem Umgang mit dieser erfolgt.

In einem ersten Schritt

¹ Wohnungslose, die legale oder illegalisierte Drogen konsumieren und eine psychische Problematik/psychische Erkrankung aufweisen

² Da nicht der Konsum von Alkohol und/oder illegalisierten Drogen oder das Vorliegen einer psychischen Problematik oder Erkrankung an sich zu Problemen in Einrichtungen führen, sondern bestimmte damit in Zusammenhang stehende bzw. gebrachte Verhaltensweisen, bedarf es eines veränderten Blicks auf die beiden „Stolpersteine“ Abstinenz und psychische Erkrankung/psychiatrische Diagnose.

soll der unsägliche Begriff des/der „Konzeptsprenger/in“ produktiv und im Sinne des KlientInnenwohls genutzt werden, indem wir unseren Blick beispielhaft auf (eine) ausgewählte Einrichtung(en)/deren Konzept(e) richten und jene Grenzziehungen und jene Konfliktpunkte (einer möglichen „Konzeptsprengung“) ins Auge fassen, die eine Inklusion dieser KlientInnen verhindern bzw. ihren Ausschluss begründen.

Folgenden Fragestellungen kann im Rahmen dieses ersten Teils nachgegangen werden:
Worum wären Einrichtungskonzepte zu erweitern, um dieser KlientInnengruppe gerecht zu werden? Was an Anderem/Neuem benötigten diese KlientInnen, damit sie unsere Einrichtungen nutzen können? Welche strukturellen Vorgaben, Bedingungen und Anforderungen bringen sie immer wieder dazu, zu flüchten oder die Einrichtung dazu, sie zu „entfernen“, „rauszuwerfen“? Besteht (tatsächlich) die Notwendigkeit für eigene „spezialisierte“ Einrichtungen für KlientInnen mit Doppeldiagnose?

Im zweiten Schritt

erfolgt eine Auseinandersetzung mit eigenen Haltungen und Umgangsweisen in Hinblick auf diese Zielgruppe.

Nicht im Sinne von Kritik und Wertung, sondern als Diskussionsgrundlage und daher durchaus auch überspitzt formuliert, sind dies u. a. zornige oder „verständnisvolle“ Resignation, Frustration, Vorwurfshaltung, „KlientInnenflucht“, pädagogisierendes und moralisierendes Sprechen, eine paternalistisch-autoritäre „Ich weiß, was für dich/Sie gut ist“-Haltung, Rückzug auf formale Kriterien, Androhung bzw. Vollziehung des Ausschlusses. Diese Haltungen/Umgangsweisen weisen, so ein weiterer Diskussionspunkt, einen gemeinsamen Nenner auf – einen Mangel an professioneller Nähe bzw. professioneller Distanz und können zu einer (partiellen) Abwendung von KlientInnen/BewohnerInnen und deren Bedarfslagen führen.

In diesem Zusammenhang ergeben sich Fragestellungen wie:

Was macht es so schwierig, mit Verhaltensweisen von „Süchtigen“ und/oder psychisch Kranken einen akzeptanzorientierten und auf Inklusion hin ausgerichteten Umgang zu finden? Warum halten wir diese KlientInnen so schwer aus? Warum „passiert“ das gerade mit dieser Zielgruppe? Und warum so häufig bzw. häufiger als bei anderen? Und warum überhaupt, da wir es ja besser wissen und auch besser können?

Methoden: Impulsreferat, Gruppenarbeit