



DOPPELDIAGNOSE:

HANDELN HOCH DREI

Die Fachtagung der ARWED 2024 im Trialog und ihre Ergebnisse

Die Doppeldiagnose Sucht in Komorbidität mit weiteren psychiatrischen Erkrankungen ist für alle trialogischen Beteiligten eine Herausforderung: Welche Unterstützung brauchen Betroffene, welche Unterstützung brauchen Angehörige, welchen Herausforderungen sehen sich hauptamtlich in den Hilfestrukturen Tätige bei der Erkrankung gegenüber?

Bei der Suche nach Unterstützung werden sowohl Betroffene als auch Angehörige im Hilfesystem teilweise hin- und hergeschickt, während die Erkrankung und die soziale Situation der Erkrankten immer mehr eskaliert. Verelendung, Kriminalität und Gewalt sind allzu häufig Folgen der Doppeldiagnose. Ansätze für eine bessere Unterstützung der Erkrankten und deren Bezugssystem liegen vor, haben sich aber im Hilfesystem und dessen Finanzierung nur bedingt niedergeschlagen.

Zum vierten Mal fand die trialogische Fachtagung der ARWED e.V. in Kooperation mit den Koordinationsstellen Sucht der Landschaftsverbände Rheinland und Westfalen-Lippe, NRW vom 28. bis 29. Juni 2024 statt. Eltern und Angehörige, Suchterfahrene und Profis kommen auf dieser Tagung miteinander auf der Grundlage der trialogischen Methode zu Themen der Prävention und Suchthilfe in den Austausch. Dieses Jahr wurde zum Thema Doppeldiagnose den Fragen nachgegangen, in welchen Phasen der Erkrankung die Betroffenen und ihre Angehörigen welche Unterstützung als hilfreich empfinden und wie im trialogischen Miteinander ein besserer Umgang mit der Erkrankung gefunden werden kann.

Inhalt

Im Trialog Suchtpolitik und -hilfe gestalten.....	2
Verbesserungsansätze für den Umgang mit der Doppeldiagnose	3
Worauf werden Antworten gesucht?	3
Trialogischer Konsens: Wege zur verlässlichen Versorgung der Doppeldiagnose.....	3
Wege zur Weiterentwicklung des (Sucht)Hilfesystem	4
Impressionen aus den Impulsen	5
Trialogische Sichtweisen auf das Thema	5
Erkenntnisse aus den Good Practice Beispielen.....	11
Ansichtssachen.....	20
Stimmen von Referenten, beteiligten Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten zu den Erfahrungen auf der Fachtagung zum Trialog.	20
Tagungsdokumentation.....	20

Im Dialog Suchtpolitik und -hilfe gestalten

Impulse für die Weiterentwicklung der Suchtpolitik und der Suchthilfe gehen im besten Fall von Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten gemeinsam aus. Das gelingt nur, wenn auch konträre Haltungen, unterschiedliche Konzepte und Emotionen im Diskurs miteinander ausgehalten und ausgehandelt werden können. Die dialogischen Workshops auf dem Fachtag haben gezeigt, dass dieser Verständigungsprozess vor allem eines vorurteilsfreien Zuhörens aller drei Perspektiven bedarf.

Besonders wichtig war den Teilnehmenden, dass die verschiedenen parallel vorliegenden Erkrankungen umfassend diagnostiziert und entsprechend ihrer individuellen Komplexität und der Wechselwirkungen untereinander behandelt werden.

Die Referent*innen der Tagung zeigten beeindruckende Ansätze auf, wie durch auf die Doppeldiagnose spezialisierte Akutbehandlungen und Rehabilitationsangebote die Basis für eine Reduzierung der Krankheitslast und eine Wiedereingliederung in ein selbstbestimmtes und sinnerfülltes Leben gelegt werden kann.

Die auf der Tagung vorgestellten kommunalen Unterstützungsangebote überzeugten die Teilnehmenden durch ihre Wirksamkeit, mit der sie Eskalationen der Erkrankung vermeiden helfen, Angehörige entlasten und dazu beitragen die soziale Basis der Beteiligten und der Angehörigen in ihrer Lebenswelt zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Alle auf der Tagung vorgestellten Good-Practice-Beispiele kennzeichnen, dass sie sehr niederschwellig sind und eine hohe bedarfsorientierte Angebotsintensität aufweisen.

Es wurde aber auf der Tagung auch deutlich, dass die Doppeldiagnose bisher kaum Gegenstand der evidenzbasierten Forschung ist und das vorhandene Praxiswissen zur Behandlung der Doppeldiagnose nicht als allgemeines Grundwissen bei Ärzt*innen und Therapeut*innen vorausgesetzt werden kann.

Der Dialog ist eine Form der Beteiligungskultur in der Psychiatrie. Er wurde in Hamburg entwickelt und in der „Hamburger Erklärung“ auf dem XIV. Weltkongress für Soziale Psychiatrie 1994 wie folgt beschrieben:

[...] Im Dialog gehen Psychiatrieerfahrene, Angehörige und in der Psychiatrie Tätige als Experten in eigener Sache aufeinander zu, um voneinander auf Augenhöhe zu lernen. Sie verstehen sich als Lernende, die bereit sind zu diesem Perspektivwechsel - im Denken wie im Handeln. Behandlung/ Verhaltensweisen werden nicht einseitig von Professionellen „verordnet“, sondern zwischen allen Beteiligten „ausgehandelt“.

[...] Dies hilft Fehleinschätzungen von Krankheitsursachen und deren Behandlung zu vermeiden und führt insgesamt durch das Nutzen der Wissens-, Motivations- und Handlungsressourcen aller Beteiligten zu besseren und nachhaltigeren Hilfeergebnissen.

Verbesserungsansätze für den Umgang mit der Doppeldiagnose

Worauf werden Antworten gesucht?

Eine Auswahl der Themen, die von den Teilnehmenden zum Beginn der Tagung benannt wurden, was zur Versorgung der Doppeldiagnose zu bewegen und zu beantworten ist:

- Wir als Betroffene erleben, dass wir wie eine heiße Kartoffel durch das System durchgeschoben werden. Dadurch eskaliert für uns unsere Situation immer mehr. Wo finden wir sichere, kompetente und verlässliche Verantwortliche?
- Wie kann für die Behandlung der Doppeldiagnose ein Wissensaufbau hergestellt werden und wie kann der Dialog dieses Ziel unterstützen (z.B. Sensibilisierung für Handlungsbedarf, Praxistransfer sichtbar machen)?
- Unsere Kinder, die durch Drogen psychotisch werden, können oft nicht erkennen, dass sie krank sind. Wir Eltern erleben, dass unsere Kinder und wir erst dann Hilfe bekommen, wenn schon Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. Wie können diese Eskalationen verhindert werden?
- Warum gibt es zur Versorgung der Doppeldiagnose nur wenige spezialisierte Einrichtungen zur integrierten Behandlung der Doppeldiagnose und lange Wartezeiten?

Dialogischer Konsens: Wege zur verlässlichen Versorgung der Doppeldiagnose

Haltungen:

- Das Prinzip der freiwilligen Versorgung ist richtig, es ist aber wichtig, dass die Betroffenen und ihre Angehörigen nicht allein gelassen werden, indem den ihnen verlässliche und für die Versorgung der Doppeldiagnose kompetente Ansprechpartner*innen an die Seite gestellt werden.
- Die Behandlung der Doppeldiagnose ist kein Sprint, sondern meist ein Marathon. Dafür braucht es von allen dialogischen Seiten Beharrlichkeit und Geduld.
- Wenn Behandlungsstrategien nicht greifen, ist seitens der Behandler nicht die erste Frage: „Was macht der Patient oder die Patientin falsch?“, sondern: „Was können wir verändern?“
- Die Doppeldiagnose ist eine besonders schwierig zu moderierende Herausforderung, die ein hohes Maß an therapeutischen Skills erfordert.

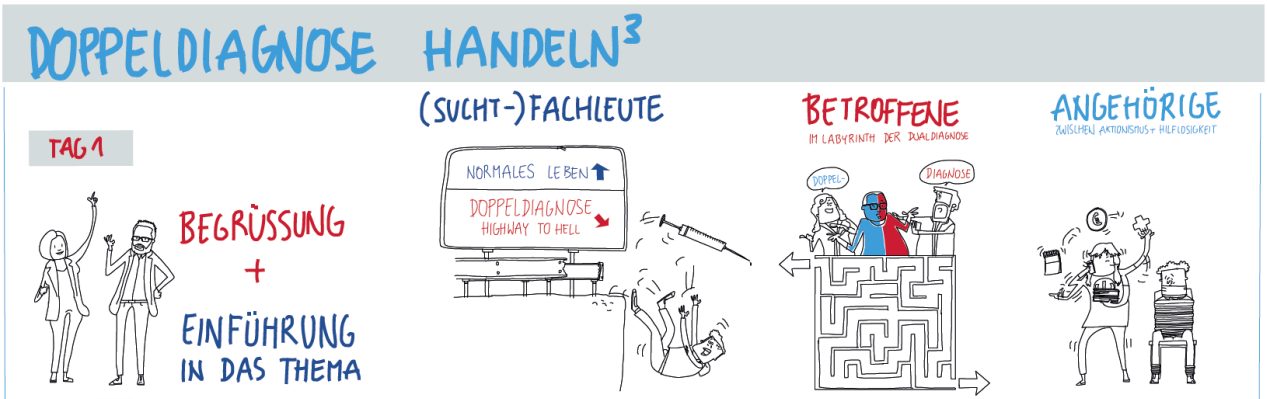
Handlungsweisen:

- Patient*innen brauchen mehr Zuwendung als andere psychiatrische Indikationen.
- Um die Komplexität des Krankheitsbildes für die Differentialdiagnose exakt zu erfassen, bedarf es eines genauen und offenen Zuhörens.

- Die Individualität der Behandlung ist von zentraler Bedeutung.
- Im Vergleich zu anderen Indikationen sind durch Wartezeiten und Kontaktabbrüche Eskalationen wahrscheinlicher. Dies gilt es zu vermeiden.
- Ergänzende aufsuchende Angebote auf freiwilliger Basis, insbesondere für die Indikation Sucht und Psychose.

Wege zur Weiterentwicklung des (Sucht)Hilfesystem

- Finanzierung der Behandlung: ausreichend Zeit für die Behandlung, den notwendigen Gesprächsbedarf mit Patient*innen sowie die multiprofessionelle Netzwerkarbeit.
- Integrative Behandlungskonzepte und -knowhow nicht nur für die Doppeldiagnose als Standard in der psychiatrischen Grundversorgung implementieren.
- Die Versorgung der Doppeldiagnose in den Kliniken in eigenen räumlichen und organisatorischen Settings, um die Individualität der Behandlung sicherzustellen.
- Qualitätssicherung: Wo in Kliniken Doppeldiagnose draufsteht, muss auch Doppeldiagnose drin sein. Das Konzept der Umsetzung und die Fachexpertise des Personals muss der Indikation angemessen sein.
- Hilfen (auch aufsuchend) um mit Erkrankten und den An- und Zugehörigen in Kontakt zu kommen bzw. in Kontakt zu bleiben, frühestmöglich die Betroffenen für eine Behandlung zu motivieren und Eskalationen zu vermeiden, sind wünschenswert. Siehe hierzu im Dossier auch das Good-Practice-Modell der bayrischen Präventionsstellen.
- Weitere Forschung zur bestmöglichen Versorgung der Doppeldiagnose sollte vorangetrieben werden und der Transfer der wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Praxis sollte sichergestellt werden. Eine dialogische Einbeziehung bereits bei der Formulierung relevanter Forschungsfragen sollte ermöglicht werden
- Doppeldiagnose als Querschnittskompetenz z.B. in der ärztlichen Ausbildung verankern.
- Es sollte überprüft werden, ob die vorhandenen Angebote den tatsächlichen Bedarfen gerecht werden. Ein Augenmerk sollte dabei insbesondere in der Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen.



Impressionen aus den Impulsen

Trialogische Sichtweisen auf das Thema

Impuls aus Sicht des Suchthilfesystems, Dr. med. Gela Utzerath: „High-Way to Hell“
 Doppeldiagnose Psychose und Sucht



Dr. med. Gela Utzerath ist Chefärztin der Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach. Die Schwerpunkte der PSK Bergisch Gladbach sind Medikamenten-, Drogen- sowie Alkoholabhängigkeit. Im Rahmen integrierten Ansatzes werden dort auch komorbid vorliegende Störungsbilder wie Depressionen, Psychosen, ADHS, posttraumatische Belastungsstörungen oder Persönlichkeitsstörungen behandelt.

Bei der Behandlung der Doppeldiagnose sieht Dr. Gela Utzerath folgende besondere Herausforderungen: Große Kerngruppe innerhalb der schizophränen Patient*innen mit überwiegend schlechter Compliance und ungünstigem Verlauf (häufige Rezidive, viele stationäre Aufenthalte), hohes Maß an therapeutischer Zuwendung nötig, jedoch auch

hoher „Verschleiß“ der Therapeut*innen durch Non-Compliance und fehlende Abstinenzmotivation.

In der Folge werden die Patient*innen häufig von der therapeutischer Seite „aufgegeben“ und es kommt ihres Erachtens mehr und mehr „Drehtürpsychiatrie“ zustande.

Dr. Gela Utzerath führt aus, dass 55-70% ihrer stationären Patient*innen die Indikation Sucht und Psychose, 27% die Indikation Sucht und Depression sowie 23% die Indikation Sucht und eine Angststörung erhalten haben. Diese Fallzahlen sind bundesweit in den Kliniken ähnlich. Zudem nehmen die Fallzahlen aufgrund des gesunkenen Einstiegsalters in den Drogenkonsum und der steigenden Tendenz in der Bevölkerung Drogen zu konsumieren, stetig zu. Trotz dieser hohen Fallzahlen ist bisher weder ausreichend erforscht, welche Behandlungsansätze für dieses Krankheitsbild erfolgreich sind, noch gibt es dafür Behandlungsstandards. Derzeit wird eine S3-Leitlinie für die Indikation Doppeldiagnose Sucht und Psychose entwickelt, die 2025 abgeschlossen sein soll.

„Die Notwendigkeit von Versorgungskonzepten der Doppeldiagnose als Normalfall und nicht als Ausnahme resultiert aus der Häufigkeit, mit der die Suchterkrankung mit anderen Erkrankungen einhergeht.“

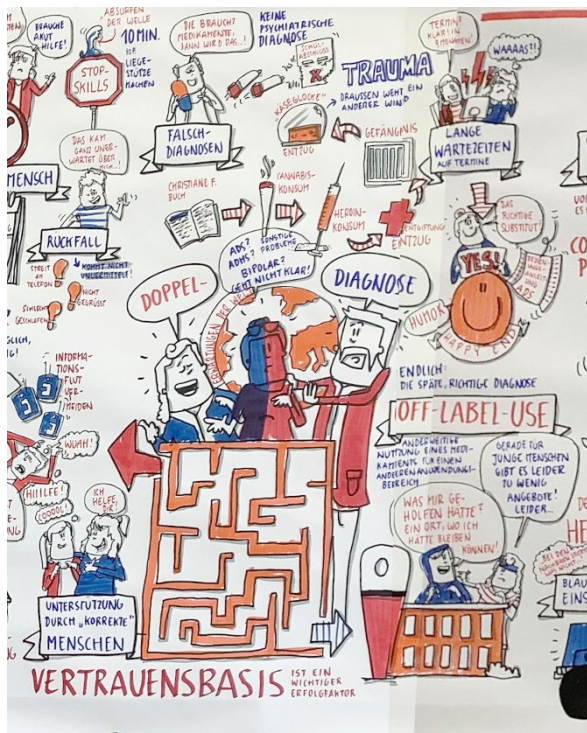
Die Lifetime-Prävalenz für das Auftreten einer Sucht bei bestehender schizophrener Psychose liegt bei 50% und die Prävalenz für den Missbrauch von Suchtmittel innerhalb der letzten 6 Monate liegt bei 25-30%. Ihr Schluss: Viele Patient*innen landen zuerst beim Dealer, bevor sie im psychiatrischen Versorgungssystem ankommen.

Grundsätzliche Ansätze für die Behandlung der der Doppeldiagnose ist die Verzahnung von psychiatrischer Krankenversorgung (fürsorglich, stützend), suchtherapeutischer Behandlung (auf eigene Verantwortlichkeit aufbauend), langfristig angelegt (Verschränkung: stationär/ ambulant/ rehabilitativ), abstinenzorientiert (nicht abstinenzfordernd) und dass die Interventionen an das Motivationsstadium der Patient*innen angepasst sind. Alle erfolgreichen Behandlungsprogramme bieten folgendes an: Psychopharmakotherapie, Motivationale Interventionen, Psychoedukation. Ergänzt werden diese Programme meistens durch kognitiv-behaviorale Therapie (Skills, z.B. Achtsamkeitsübungen und Anti-Craving-Skills (Maßnahmen und Verhaltensweisen zur Verhinderung und des Abbaus von Suchtdruck) sowie manchmal Familieninterventionen und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen. Der Erfolg dieser intensiven, niederschweligen, langfristig angelegten, motivationsfördernden und stark mit rehabilitativen und ambulanten Maßnahmen verschränkten Programme sind niedrigere drop-out-Raten, weniger Akuthospitalisation, weniger dauerhafte stationäre Aufenthalte, eine Reduktion des Konsums sowie weniger medizinische und soziale Komplikationen. Der Schlüssel zum Erfolg in der stationären Behandlung sei vor allem das Zusammenspiel zwischen Medikation, motivationaler Gesprächsführung, intensiver Psychoedukation, dem wiederholten Üben von Skills und der fortgesetzten ambulanten Behandlung in Gruppen.



In der Diskussion wurde im Schwerpunkt die Erfahrung der Teilnehmenden thematisiert, dass die für die Doppeldiagnose angezeigten Behandlungskonzepte und darauf spezialisierte Kompetenzen der hauptamtlich Tätigen in der ambulanten und stationären Versorgung eher die Ausnahme als die Regel sind. Zudem verhindern viele strukturelle Hürden das von Dr. Gela Utzerath dargelegte optimale Zusammenwirken. Insbesondere die psychiatrische Grundversorgung exkludiert die Suchtversorgung und organisiert sie als separates Versorgungssystem neben den anderen psychiatrischen Indikationen anstatt sie zu inkludieren. Weiterhin wurde in der Diskussion problematisiert, dass die Patient*innen mit der Indikation Doppeldiagnose mehr Zuwendung über eine längere Zeit als andere Indikationen brauchen, die Finanzierungszeiten für psychiatrische Behandlung gegenläufig dazu aber immer kürzer werden.

Impuls aus Sicht der Betroffenen, Susanne Kottsieper: Von keinen und falschen Diagnosen und der Rolle des Vertrauens



Susanne Kottsieper gehört dem Landeselbsthilfeverband JES NRW an, einem Zusammenschluss von Junkies, ehemalig Konsumierenden und Substituierten, in dem sie auch als Vorständin mitgewirkt hat.

Susanne Kottsieper ist staatlich anerkannte Altenpflegerin und sagt über sich selbst, dass sie leicht und gerne lacht, funktionierende Gemeinschaften mag sowie häufig und dass sie, häufig und laut, ungeliebte Wahrheiten sagt. Sie mag schöne, kleine Details, gutes Essen, Schmerzfreiheit und das Leben. Sie sei einfach eine von Millionen. Sie berichtet davon, wie sie in Kontakt mit Drogen kommt und schnell süchtig wird. Mit dem Konsum fühlt sie sich zunächst wohler als bisher, denn es quält sie ihre

psychische Verfassung. „Ich fühlte die Erwartungen der Welt an mich, aber ich konnte sie nicht erfüllen!“, beschreibt sie ihren Zustand. Aber mit dem Drogenkonsum beginnt ein Dilemma, denn ab jetzt gilt sie im Gesundheitsversorgungssystem als „Drogensüchtige“, als „Junkie“. Kein Arzt hört ihr mehr richtig zu, ihr psychischer Zustand wird auf ihren Drogenkonsum geschoben. Entzugsversuche scheitern. „Während eines Entzugs lebt man wie unter eine Käseglocke“, erzählt Susanne Kottsieper, „aber draußen, da weht ein anderer Wind!“. Es beginnt ein Kreislauf zwischen Konsum und Entzug, auf dessen Weg auch ein Gefängisaufenthalt liegt. Susanne Kottsieper

versucht sich substituieren zu lassen, aber das erbringt nicht die erhoffte Stabilität. Weiter kämpft sie darum, Ärzte zu finden, die ihr sagen können, was ihre psychische Erkrankung ist und wie sie behandelt werden kann. Sie bekommt verschiedenste, sich teilweise widersprechende psychiatrische Diagnosen und Medikamente – die alle nicht wirken. Erst als sie einen Arzt findet, der sich mit der Wechselwirkung von Drogenkonsum mit weiteren psychischen Erkrankungen auskennt, erhält sie die richtige Diagnose: ADS.

„Endlich: die späte, richtige Diagnose! Sie erbrachte die richtigen Medikamente (teilweise Off-Label-Use), das richtige Substitut und wirksame Strategien für mich, mit der Erkrankung umzugehen!“

Der Arzt gibt ihr ein anderes Substitut und verschreibt ihr ein Medikament, das eigentlich für die Indikation nicht angezeigt ist, aber in Verbindung mit dem Substitut endlich hilft. „Heute,“ sagt Susanne Kottsieper, „bin ich ausgestattet mit einer „Lebenseanleitung ADS“. Dazu gehören Strategien, die ihr helfen mit dem Störungsbild ADS umzugehen. So eingestellt und Dank des ihr eigenen Humors, kommt sie gut in ihrem Leben klar.

Der Austausch der Teilnehmenden im Anschluss an den Vortrag zeigte, vor allem von Seiten der Erfahrungen der Betroffenen, die hohe Bedeutung einer guten Differentialdiagnose. Dazu benötigen Ärzte aber ein umfassendes Knowhow zu den komorbiden Krankheitsbildern und ihrer Behandlung. Weiterhin sei das Vertrauen der Betroffenen zum Arzt und Therapeuten ein wichtiger Erfolgsfaktor. Dazu ein Betroffener: „Im Kontakt mit dem Arzt oder Therapeuten checkst Du ab, ob dieser Mensch es ehrlich mit Dir meint, ob er Dir wirklich helfen will und kann. Ein Mensch, der Dich nicht nur behandeln, sondern Dich unterstützen möchte“. Als weitere Themen wurde von den Teilnehmenden zusammengetragen, dass es zu wenig Behandlungsangebote für junge Betroffene gibt und dass die vielen Stationen, durch die man mit der Indikation im System durchgeschoben wird, dazu beitragen, dass die komorbiden Erkrankungen sich chronifizieren und die persönliche psychosoziale Situation weiter eskaliert. Auf die Frage an Susanne Kottsieper, ob es auf ihrem Weg noch etwas gegeben hätte, was ihr geholfen hätte, antwortet sie: „Ein Ort, wo ich hätte bleiben können!“



Horst-Dieter Müller, ARWED e.V., Angehörige zwischen Aktionismus und Hilflosigkeit Doppeldiagnose – Auswirkungen im Familiensystem



Horst-Dieter Müller, Mitglied des Fachbeirats der ARWED e.V., führt die Erfahrungen und Sichtweisen der Eltern und Angehörigen zum Tagungsthema aus, in dem er zwei für die Eltern und Angehörigen zentrale Fragen in den Fokus nimmt: Was bedeutet es für eine Familie, wenn ein, oder mehrere Kinder eine Drogensucht zusammen mit einer psychischen Krankheit entwickeln? Welche Auswirkungen gibt es, und wie können Lösungen gefunden werden?

Als schwere Belastungen für die Eltern sowie das ganze Familiensystem beschreibt Horst-Dieter Müller das Erleben von Angst, Scham und ein Gefühl des Kontrollverlusts. Die Familie ist mit den herausfordernden, unbeständigen und unvorhersehbaren Verhaltensweisen ihres erkrankten Familienmitglieds konfrontiert. Die Familie ist im Umgang mit diesem Verhalten allein überfordert. Verschärft wird das Gefühl

für die Familie, keinen Ausweg aus der belastenden Situation zu haben, wenn die Erkrankten ihre Erkrankung selbst nicht (an)erkennen, einen eigenen Handlungs- und Veränderungsbedarf abstreiten und sich weigern, psychiatrische Hilfe anzunehmen.

„Wir Eltern sehen uns fortwährenden Herausforderungen, wie der Koordination von Behandlungsterminen, finanziellen Belastungen und dem täglichen Management der Erkrankung konfrontiert, was zusätzlich Druck aufbaut und uns selbst krank werden lässt.“

Die Suche nach Hilfe erleben Angehörige, dass sie im Hilfesystem nicht ernst genommen werden, wenn sie um Unterstützung bitten: „Der Betroffene muss selbst Hilfe wollen, sonst kann man nichts machen!“, ist eine typische Antwort. Es gehört aber zum Krankheitsbild, dass genau diese Einsicht bei den Erkrankten fehlt. So bleiben die Familien mit dem Problem auf sich gestellt und die Situation eskaliert immer mehr. Die Einweisung in die Psychiatrie bei Selbst- oder Fremdgefährdung erfolgt oft durch die Familienmitglieder. Dadurch wird das ohnehin schwierige

Verhältnis zum erkrankten Familienmitglied zusätzlich belastet, was wieder zu einer weiteren Eskalation führt

Horst-Dieter Müller führt aus, dass es sehr hilfreich für die Familie wäre zum einen Wissen über die Erkrankung und den Umgang damit vermittelt zu bekommen zum anderen sowohl Angebote präventiver Unterstützung, um Eskalationen zu vermeiden als auch Unterstützung im Eskalationsfall durch psychiatrische Notfalldienste.

Im Austausch wird die Erfahrung geteilt, dass Behandlungsplätze, wenn sie überhaupt zu bekommen sind, an hohe Hürden geknüpft sind, wie z.B. Abstinenz und Krankheitseinsicht. Vor allem für erkrankte junge Erwachsene mit dieser Indikation sind diese Hürden, realistisch betrachtet, jedoch kaum zu überwinden. Die Teilnehmer sind sich zu dem einig, dass es mehr Forschung zur Versorgung des Krankheitsbildes geben müsste. Es gibt nur wenig Evidenzen zur Behandlung der Erkrankung, sei es im Bereich der pharmakologischen Versorgung, der Substitution, der therapeutischen Behandlungskonzepte und der psychosozialen Versorgung. Die Forschung dürfe sich dabei nicht nur auf die Bedarfe der Patient*innen sondern auch die Bedarfe des mitbetroffenen Familiensystems erstrecken.



Erkenntnisse aus den Good Practice Beispielen

Wegweiser

Carolin Schunn, Präventionsstelle Schwaben: Stopp die Gewalt in Dir – Bedarfsgerechte Unterstützung für psychisch kranke Menschen mit erhöhtem Gewaltpotenzial



Carolin Schunn, B.A. Soziale Arbeit, leitet die Präventionsstelle Schwaben der Bezirkskliniken Schwaben am Standort Günzburg. Die Präventionsstelle Schwaben ist eine ambulante und niederschwellige Fachstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen bei denen aufgrund Art und Schwere ihrer Erkrankung ein erhöhtes Risiko für Handlungen besteht, die eine Unterbringung

gemäß §63 StGB zur Folge haben können. Sie selbst ist u.a. durch ihre berufliche Erfahrung auf die Risikoeinschätzungen und Rehabilitation psychisch kranker Straftäter*innen spezialisiert. Die Präventionsstellen in Bayern bieten seit dem Inkrafttreten des BayPsychKHG 2019 für Menschen mit hohem Gewaltisiko aufgrund psychischer Erkrankungen spezialisierte, bedarfsgerechte ambulante Vorsorgemaßnahmen, welche auch in Artikel 51 des bayerischen Maßregelvollzugsgesetz verankert sind. Die Präventionsstellen bieten ein spezialisiertes, niederschwelliges und ambulantes Unterstützungsprogramm an, das räumlich, personell und fachlich von anderen Einrichtungen abgegrenzt ist. Verfolgt wird eine No-Drop-Out-Politik, unterstützt durch ein multiprofessionelles Team, das aus Fachärzt*innen, Psycholog*innen, Sozialpädagog*innen, Fachkrankenpfleger*innen und medizinischen Fachangestellten besteht. Das Angebot beruht auf Freiwilligkeit.

Jede Präventionsstelle kann 60 Klient*innen in ihrem Einzugsgebiet betreuen. Aufgenommen werden Personen ab 18 Jahren mit den Indikationen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis und schwere Persönlichkeitsstörungen. Ausschlusskriterien sind eine im Vordergrund stehende Suchterkrankung und Intelligenzminderung. Carolin Schunn betont, dass in der Realität auch die Indikation Doppeldiagnose zur Zielgruppe gehört, weil die Indikationen der Zielgruppe häufig mit Suchterkrankungen einhergehen. Zu den spezifischen Dienstleistungen gehören: Fachärztliche, psychologische, sozialtherapeutische und pflegerische Einzelgespräche, unter anderem zur Bearbeitung von Delinquenz relevantem Risikoverhalten, zu diagnostischen Einschätzungen und gegebenenfalls eine medikamentöse Behandlung. Darüber hinaus wird Beratung und Unterstützung in lebenspraktischen Bereichen, wie Tagesstrukturierung und finanzielle Angelegenheiten geleistet, sowie Angehörige und Mitarbeitenden von Fachstellen beraten.

Die Kontaktaufnahme mit Patient*innen erfolgt durch das multiprofessionelle Team und kann Termine in den Praxisräumen, Hausbesuche oder Besuche in anderen Einrichtungen umfassen. Zur Aufrechterhaltung des Kontakts nutzt die Präventionsstelle eine enge Kooperation mit Vor- und Mitbehandler*innen sowie verschiedenen Beratungsstellen und Behörden wie Polizei, Bewährungshilfe und Justizvollzugsanstalten. „Der/ die Betroffene muss einverstanden sein mit uns zu sprechen!“, sagt Carolin Schunn. „Wenn diejenige/ derjenige nicht will, kommen wir auch einfach noch mal und versuchen mit ihm einen Bezug herzustellen, solange er oder sie es zulässt. Bei einem Klienten hat es 5 Termine mit dem Bewährungshelfer gedauert, bis er zum ersten Mal mit mir gesprochen hat.“ Das Team ist auch geschult mit Gewalt umzugehen. Allerdings käme es durch die Freiwilligkeit des Angebots sehr selten zu brenzligen Situationen.

Das Angebot wird vom bayerischen Sozialministerium finanziert und kann unabhängig von den üblichen Zuordnungen der Unterstützungsleistungen zu den Sozialgesetzbüchern und damit auch deren Hürden und Grenzen ausgestaltet werden.

Im Kontakt mit den Klient*innen versucht das Team sehr individuell eine gemeinsame Sicht darüber herzustellen, was von den Klient*innen gewollt ist und was es aus unserer Sicht als Team braucht bzw. was angeboten werden kann. „In den ersten Monaten sehen wir die Klient*innen i.d.R. häufig, z.B. zweimal die Woche eine Stunde oder mehrmals die Woche, manchmal nur 15 Minuten, weil ich nur nebendran sitzen darf und nichts machen kann. Aber hinzu kommt noch alles, was ich im Hintergrund mache, z.B. Anträge beim Kostenträger stellen. Manchmal haben wir auch Klient*innen mit denen wir täglich 15 Minuten Telefonkontakt haben.“ erzählt Carolin Schunn. „Es ist gerade das Interessante an dem Konzept, dass nicht gleich gefragt wird, wieviel Stunden für betreutes Wohnen werden finanziert, welcher Kostenträger übernimmt was, wie lange usw.“

„Das schätze ich an meiner Arbeit: dass wir entscheiden dürfen, wie wir helfen! Wir können unabhängig von den Kosten/ Kostenträgern handeln, nur auf Basis der Fragen: Was wird benötigt und wo können wir ansetzen?“

In der Diskussion über Vorteile, Hürden und Verbesserungsansätzen aus dem Praxisbeispiel arbeiten die dialogischen Teilnehmer heraus, dass insbesondere bei der Indikation Schizophrenie solche individuell an den Patient*innenbedarf orientierte Hilfen angezeigt sind. Carolin Schunn bestätigt aus ihrer Praxiserfahrung, dass Menschen mit dieser Indikation eher weniger von selbst zu ihnen kommen. Sie erkennen ihre Wahnhaftigkeit selbst nicht so gut, hier ist Beziehungsgestaltung von Seiten der Beratungsstelle gefragt, während die Verantwortlichkeit für das eigene Handeln bei Persönlichkeitsgestörten größer ist. Als Hürde für ein Ausrollen des Konzepts bundesweit wird gesehen, dass im Hauptamt Tätige auch bereit sein müssen, individuell zu arbeiten. Das sei wesentlich mühsamer als nach einem Schema vorzugehen. Gerade aber das individuelle Arbeiten, so zeigt sich dann in der Runde, wäre der Wunsch der jungen im Hauptamt tätigen Mitarbeiter*innen: „Als junge Mitarbeiterin kommen ich mit meinen neuen Ideen nicht immer durch! Ich muss mich schon mit viel Kraft durchsetzen und viele, viele Argumente bringen!“ Als weitere Herausforderung wird die notwendige gute Vernetzung der Träger untereinander gesehen, damit das Angebot funktioniert. Auch in Bayern ist die Erfahrung von Carolin Schunn in der Kooperation nicht immer positiv: „Manchmal bieten wir Einrichtungen unser spezielles Thema als Zusatz an, z.B. um zu deeskalieren. Aber ich erlebe, dass mir schon mal mit Abgrenzung begegnet wird, weil die Einrichtungen sagen, wir haben selbst die Expertise und brauchen dafür niemanden extra.“ Von der Seite der Betroffenen wird der Wert des Angebots sehr begrüßt, weil sie den Eindruck haben, dass bei diesem Angebot jemand verlässlich an ihrer Seite bleibt. Durch



diese Verlässlichkeit bekommt man mit der Zeit das Gefühl, dass hier jemand ist, mit dem man es schaffen kann, dass es besser für einen wird: „Ich habe als Betroffener immer den Willen gehabt. Ich bin nicht deshalb Drehtürpatient geworden, weil ich keinen Willen hatte. Aber ich hatte in der Klinik nie einen Anknüpfungspunkt, nichts, was mir Vertrauen gegeben hat, zu bleiben, oder dass ich das schaffen kann.“. Für die Arbeit mit den Angehörigen ergänzt Carolin Schunn: „Ich respektiere, wenn Betroffene niemanden einbezogen haben wollen. Aber ich versuche schon zu fragen bzw. zu ermuntern, wer stabilisierende Vertrauenspersonen sein könnten, die einbezogen werden könnten. Wenn sich Angehörige bei mir melden, höre ich zu und berate oder überlege mit, wie wir einen Kontakt mit dem Betroffenen vielleicht anbahnen können.“. Diese Vorgehensweise wird von der dialogischen Runde als guter und für die Angehörigen hilfreicher Weg eingeschätzt.

Dr. Abiodun Bernard Joseph, Fachklinik für Drogenrehabilitation Wermsdorf: Reha-Behandlung der Doppeldiagnose: eine besondere therapeutische Herausforderung



In der Klinik von Dr. Abiodun Bernard Joseph werden drogenabhängige Patient*innen mit einer schwerwiegenden psychiatrischen Zweitdiagnose, zum Beispiel Psychose oder schweren Persönlichkeitsstörung, behandelt. Diese komorbiden Störungen bedürfen einer gleichzeitigen Behandlung, weil beide Problemlagen sich gegenseitig verstärken, wobei nach der Erfahrung von Dr. Abiodun Bernard Joseph, die

Erstdiagnose F10- F19 oft nur ein vordergründiges Symptom der tatsächlichen Störung ist. In der Reha sind die besonderen Problemlagen dieser Zielgruppe anzugehen: Abstinenzbereitschaft, Motivationsbereitschaft, Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, komplexer Hilfebedarf, keine vereinheitlicht Zuständigkeit (SGB V, IX) und, im falschen Setting, eine hohe Abbruchrate. Besondere Probleme bei der Arbeit mit den Patient*innen sind, dass sie besonders anfällig für negative Affekte und interpersonelle Schwierigkeiten sind. Diese verursachen viele Belastungen in der therapeutischen Beziehung. Deshalb erfordert ihre Behandlung mehr Zeit, Geduld und klinisch Fertigkeiten.

Das Therapieziel ist Teilhabe. Um sich seine Lebensziele zu verwirklichen, weiß Dr. Abiodun Bernard Joseph aus Rückmeldungen seiner Rehabilitand*innen, braucht es ausreichend Zeit. Er berichtet von einem Ehemaligentreffen: „Alle, die etwa vor 5 -10 Jahren bei uns waren, waren

stabil, clean, hatten Ausbildung, Job, Familie. 5 Jahre, das ist unser Ziel“, sagt er, „dafür versuchen wir in der Reha die Basis zu schaffen: wenn unsere Patient*innen bei uns nach 6 Monaten rausgehen, sind sie stabiler, der Konsum ist reduziert, Medikamente sind reduziert und sie haben den ein oder anderen Skill erworben, ihr Leben zu meistern.“

Behandelt wird in der Klinik nach der Doppelfokusschematherapie (DGST) nach Ball & Young. Sie wurde aus der Schematherapie (nach A. Beck, J. Young, E. Rödiger) und der DBT-S (nach M.M. Linehan) entwickelt.

Die Dauer einer Reha beträgt i.d.R. 22 Wochen. Man kann aber auch eine Verlängerung beantragen. Ein- bis Zweidrittel der Patient*innen bitten um diese Verlängerung. Manchmal brauchen die Behandler die 6 Monate alleine nur für die Stabilisierung. Dann wird von Beginn an vereinbart, dass sie z.B. nach einer Berufswiedereingliederungsmaßnahme noch mal wiederkommen, um alle Traumata aufzuarbeiten (Intervalltherapie).

Patient*innen brauchen, so Dr. Abiodun Bernard Joseph, sehr individuelle Regelungen, weil jeder Patient, jede Patientin andere Ängste, Traumata und Bedenken (auch aus bereits gemachten Erfahrungen) gegenüber der Therapie und den Behandlern hat. Seine Rehaklinik sei keine regelfreie Zone – aber es gibt nur ganz wenig Hausregeln. „Die wichtigsten: Wir prügeln uns nicht, wir beleidigen uns nicht, wir begegnen uns auf Augenhöhe und Rückfälle sind nicht erwünscht.“

Bei Übertreten von Regeln unterscheiden die Behandler*innen zwischen Unwillen und Unvermögen der Patient*innen und sie hinterfragen, warum die Regeln übertreten wurden: Haben wir als Behandler*innen etwas falsch gemacht, liegt es am Betroffenen/ der Betroffenen, liegt es an der Krankheit...? Wegen der Krankheit flöge niemand bei ihm raus! Das wäre so, als würde ein Chirurg nach der Operation Schmerzmittel geben und der Patient oder die Patientin sagt ihm: „Ich habe aber trotzdem Schmerzen!“ und der Arzt würde dann antworten: „Wenn sie trotz der Schmerzmittel noch Schmerzen haben, dann aber raus hier, weil, Sie sind nicht behandlungswillig und nicht behandelbar.“ Das Behandler-Team in Wermsdorf gäbe nicht so schnell auf. Er gäbe seinem Team immer zu bedenken. „Wenn wir es nicht schaffen – dann hat dieser Mensch vielleicht keine Chance mehr!“

„Wenn mein Team unsicher wird, ob eine Weiterbehandlung sinnvoll ist, suchen wir in der Situation erstmal weiter nach Strategien und schauen nach vorne. Wenn wir mit dem, was wir bisher gemacht haben, gescheitert sind, gebe ich meinen Therapeuten die Aufgabe die Frage zu beantworten: Wer kann jetzt von Euch was, wo wann tun?“

Im dialogischen Austausch wird noch einmal von allen betont, wie wichtig die individuelle Herangehensweise in der Behandlung der Doppeldiagnose ist. „Jede Therapie schürt die Angst, dass du wieder Sachen machen sollst, die du nicht schaffen kann.“ erläutert ein Betroffener. Er sei

„multitox“ gewesen und hatte Angst davor, dass er es nicht schafft, wenn er alles auf einmal absetzen muss. Deshalb bat er am ersten Tag in der Reha darum, dass er zwar die Medikamente den Ärzten gibt, damit er keinen Missbrauch damit betreibt, aber nur ein Medikament nach dem anderen abgesetzt wird. Das wurde von der Klinik aber abgelehnt, was die Reha in der Folge fast zum Scheitern gebracht hätte.

Als kritische Erfahrungen wurde im Dialog zusammengetragen, dass es viele Kliniken gibt, die anführen, dass sie die Doppeldiagnose behandeln, es aber im Verlauf der Behandlung nicht tun. Bei näherem Hinsehen würde sich erweisen, dass keine integrierten Behandlungskonzepte vorliegen oder diese nicht umgesetzt werden, weil die Fachexpertise des Personals oder der notwendige organisatorische und bauliche Rahmen dazu fehlt. In der Konsequenz werde die vorhandene Bettenkapazität in Deutschland für die Doppeldiagnose nach Ansicht der Teilnehmenden überschätzt. Auch kommt die Frage nach der Qualitätssicherung durch die Rehabilitationsträger auf. Es dürfe nicht sein, dass Kliniken Geld für ein Angebot bekommen, dass sie tatsächlich nicht oder nicht in der geeigneten Qualität vorhalten. Weiterhin wurde die Frage diskutiert, ob die großen Klinikverbände die Behandlung dieser Indikation anbieten können, weil dafür das Setting einer kleinen, individualisierten Einrichtung gebraucht wird. Es ist möglich, so ist Dr. Abiodun Bernard Joseph überzeugt, aber es müssten dafür in diesen Kliniken spezialisierte/individualisierte Untereinheiten geschaffen werden. Aufgrund der neuen Gesetzeslage zum Wunsch- und Wahlrecht bei der Rehabilitation, sieht er für die Qualitätssicherung auch die Patient*innen selbst als gutes Regulativ, weil jetzt die Patient*innen die freie Wahl haben, in welche Rehaklinik sie gehen. „Es spricht sich herum, welche Klinik „es kann“ und welche nicht. Kliniken, die von den Patient*innen als nicht hilfreich empfunden werden, klagen jetzt über leere Betten.“

Steffie Ziemer-Brandenburger, Kurt-Dietrich Haus, Herford: Unterstützte Wohnform – Hochgefühl oder voll (daneben)?! – offen für eine trialogische Betrachtung



Steffie Ziemer-Brandenburger leitet das Kurt-Dietrich Haus in Herford. Sie ist Dipl. Sozialpädagogin mit (sucht)therapeutischen Zusatzausbildungen und arbeitet seit 1992 in diakonischen Einrichtungen der Suchthilfe.

Das Kurt-Dietrich-Haus bietet 49 Plätze an zwei Standorten in der Stadt Herford. Es stehen 24 Plätze in einem Wohnheim mit 4 Wohnbereichen zur Verfügung und

ein Appartementhaus mit 19 Plätzen und 6 dezentrale Wohneinheiten als Trainingswohnungen. Das Haus ist ein spezialisiertes Angebot für chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängige Menschen, die zusätzlich auch eine psychische Erkrankung haben können, bei ihrer Eingliederung und ihrer Teilhabe am Leben zu unterstützen und eine weitgehend eigenständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen. Das Haus nimmt Klient*innen ab 25 Jahre auf. Das Angebot steht für Menschen aus der Stadt und dem Kreis Herford zur Verfügung. Kritisch merkt Steffie Ziemer-Brandenburger an, dass sie für das Haus Wartelisten haben. Die Zahl der Plätze sei für die Kommune nicht ausreichend.

Das Konzept des Hauses beruht auf drei Säulen: das miteinander Wohnen, für das es keine zeitliche Begrenzung gibt, die therapeutische Begleitung, mit dem Anspruch, dass diese „in die Tiefe“ geht, wie Steffie Ziemer-Brandenburger betont und Struktur. Steffie Ziemer-Brandenburger führt weiter aus: „Wir haben zum Thema Wohnen den Anspruch, dass es in unserem Haus für die Bewohner lebenswert ist“. Die Wohnung sei für die Bewohner*innen ihr „Trockendock“. Wir haben uns im Konzept gegen den Ansatz entschieden, dass man auch aufgenommen wird, wenn die Betroffenen zunächst nur das Ziel haben ihren Konsum zu reduzieren. Man finde das nicht hilfreich. Es gehe auch darum, alte Muster zu durchbrechen. Zudem sei es wichtig, dass die Bewohner*innen bei ihrer Wohnung einfach die Tür zu machen können. Zur Säule „Struktur“ erläutert Steffie Ziemer-Brandenburger: „Wir haben wir eine wirklich „krasse“ Struktur, was als sehr hilfreich erlebt wird, es bietet allen Beteiligten Orientierung und Stütze. „Das ist auch Anlass für Reibung, aber sehr individuell und das wollen man vom Team aus auch so.“ so Steffie Ziemer-Brandenburger.

Für die therapeutische Beziehung zu ihren Klient*innen ist dem Team Ehrlichkeit und Transparenz im Miteinander wichtig. Das Mitarbeiterteam besteht aus einer bunten Mischung von Fachkräften: Pflegefachkräften, Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagogen*innen, Erzieher*innen und Heilerziehungspfleger*innen, Ergotherapeut*innen und Fachkräften in Hauswirtschaft und Haustechnik. Zusätzlich verfügen die Mitarbeitenden über unterschiedliche Zusatzausbildungen.

Auf die Frage, was ihr Team für die Doppeldiagnose besonders qualifiziert, antwortet Steffie Ziemer-Brandenburger: „Wir sind sehr beharrlich!“. Alle Kollegen hätten die Haltung von Geduld und Gelassenheit. Man habe sich das Wissen zur Doppeldiagnose angeeignet und sei auch in der Lage mit den Klienten*innen in Krisen zu gehen, was das besonders Herausfordernde an dieser Indikation sein. Fortschritte wollen man sehen, aber man wisse, dass Fortschritt als Treppe oder Welle verläuft. Abstinenz wird gefordert, aber man suche auch nach Möglichkeiten miteinander, wie die- oder derjenige das schaffen kann. Nicht jeder Rückfall führe zur Beendigung des Wohn- und Teilhabevertrages.

Neben der individuellen und ehrlichen Erfassung der Diagnosen gemeinsam mit den Klient*innen sowie die Erarbeitung des Vorgehens zu deren Therapie und pharmakologischen Versorgung, sei ein weiteres wichtiges Element der Arbeit mit den Klient*innen, die Förderung der sozialen Teilhabe. Man nehme sich viel Zeit und gehe viele Wege, um herauszufinden, welche Ressourcen der/die Klient*in hat. Dazu werden z.B. auch Testungen gemacht. Aber u.a. auch die Theatergruppe, die das Haus anbietet, könne dazu dienen, Ressourcen zu erkennen. Durch das Theaterspiel erfahre man Fähigkeiten, Kompetenzen und Persönlichkeitsaspekte der Klienten*innen, die man in einem Gespräch vielleicht nicht entdeckt hätte.

Generell sei die Vernetzung mit dem Sozialraum ein schwieriges Thema.

*„Arbeitgeber, Vereine und sonstige gemeinschaftliche Angebote sind nicht gerade offen für die soziale Integration der Klient*innen. Weil der Sozialraum nicht auf uns zukommt, haben wir für das Quartier ein Bistro aufgemacht, das von uns gemeinsam mit unseren Klient*innen betrieben wird. Ein „unschlagbares Angebot“, dass die Menschen im Quartier nicht ablehnen können“*

Mit Arbeitgebern auf dem ersten Arbeitsmarkt, berichtet Steffie Ziemer-Brandenburger, habe man keine so guten Erfahrung gemacht, weil die Gelassenheit bei Arbeitgebern gegenüber den Störungsbildern nicht gegeben sei. Deshalb habe man auch Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten im Haus geschaffen, wie z.B. in der Hauswirtschaft.

Als Hürden für ein ausreichendes Wohnangebot für die Indikation in den Kommunen wird von den Teilnehmenden zum einen eine fehlende Bedarfsplanung angeführt, bzw. die Erfahrung, dass trotz eines erkannten Bedarfs die notwendigen Kapazitäten nicht finanziert werden. Weiterhin führe die strikte Beschränkung, dass die Plätze in den Einrichtungen nur für die Menschen aus der

Kommune reserviert sind, dazu, dass die Kapazitäten der Träger untereinander nicht flexibler genutzt werden können, z.B. in dem man mit Trägern der örtlich angrenzenden Kommunen kooperiert. Das würde zwar gemacht, es sei aber „harte Arbeit“ mit seinem Träger zu verhandeln, wenn jemand außerhalb der Kommune anfragt. Als weitere Hürde wird der Fachkräftemangel genannt. Die im Hauptamt tätigen Mitarbeiter der Runde führen dazu aus, dass durch die Finanzierungsregel im Hilfesystem „ambulant vor stationär“ die stationären Angebote zurückgefahren worden sind. In der Vergangenheit konnten sich Sozialarbeitende in unterschiedlichen Arbeitsfeldern für die suchtttherapeutische Arbeit qualifizieren. Heute steht Sozialarbeitenden die Zusatzqualifikation weiterhin offen, allerdings ausschließlich wenn diese während der dreijährigen Weiterbildung mit mindestens einer halben Stelle im Bereich der medizinischen Rehabilitation tätig sind. Damit verschärft sich für die anderen Settings die Situation der Fachkräfte mit therapeutischen Kenntnissen und Fertigkeiten.

In den Runden werden auch Überlegungen dazu angestellt, welche Ausbildungs- und Arbeitsangebote für die Betroffenen in den Wohnangeboten sinnvoll sind. Dazu ein Angehöriger: „Wir erleben auch, dass unsere Kinder demotiviert sind, weil sie Beschäftigungsangebote in den Einrichtungen als für sich nicht angemessen empfinden. Jemand, der eine psychische Erkrankung hat, ist nicht automatisch auch intelligenzgemindert“

Der Aspekt betrifft, so die Runde in der Diskussion, vor allem die jüngeren Betroffenen. „Wenn man sich intellektuell unterfordert fühle oder z.B. vor seiner Erkrankung Richtung Abitur unterwegs war, fühlt man sich durch ein Angebot zur Ausbildung in Hauswirtschaft nicht motiviert, deshalb sein Leben wieder in Angriff zu nehmen.“, so ein Betroffener. In den Runden wird ergänzt, dass Werkstätten für Behinderte eher nicht auf psychische Erkrankungen spezialisiert seien und die Eingangsvoraussetzung zur Aufnahme einer Arbeit dort sowie die Art der Arbeitsangebote nicht passen. Eines der wichtigsten Probleme der Indikation sei, dass die Betroffenen nicht regelmäßig arbeiten können, starke Schwankungen der Belastbarkeit haben und durch psychische Krisen zwischendurch ganz wegbrechen. Als Lösung wird in der Runde die Möglichkeit angeführt gemäß § 69 BBiG modular die Anerkennung von Teilqualifikationen zu erreichen (§ 69 BBiG; siehe auch: „Fleckenbühler Weg“, das Modell des Rehabilitationsträgers „Die Fleckenbühler“) Der Vorteil dieses Modells ist, dass bereits erlangte Bausteine einer Ausbildung auch durch längere Unterbrechungen nicht verloren gehen. Auch im Kurt-Dietrich Haus wird diese Richtung verfolgt. So werden die Beschäftigungsangebote des Hauses möglichst von Handwerksmeister*innen geleitet, die den Klienten*innen für ihre Arbeit ihre erworbenen Fähigkeiten in Form einer qualifizierten Arbeitsbescheinigung bestätigen können.

Ansichtssachen

Stimmen von Referenten, beteiligten Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten zu den Erfahrungen auf der Fachtagung zum Trialog.

Eine Stimme von Betroffenen

„Das habe ich hier gesucht und gefunden: Ohren, die hören, Münder, die sprechen, Köpfe, die Denken, Herzen, die fühlen!“

Eine Stimme von Angehörigen

„Wenn es überall Krisentelefone und Präventionsstellen wie in Bayern gäbe, wären wir als Familien sehr entlastet, weil dann die Situationen erst gar nicht so eskalieren würden. Da alle trialogischen Teilnehmer hier gesagt habe, das ist ein wünschenswertes Angebot, wünsche ich es mir bundesweit!“

Eine Stimme von Profis

„Meine zentrale Erkenntnis aus allen Vorträgen und Diskussionen: Für die Behandlung und Versorgung der Doppeldiagnose braucht es von uns hauptamtlich Tätige individuelle Zuwendung, Kreativität und Geduld im unterstützenden Handeln, sehr gute therapeutische Skills, Ehrlichkeit und Verlässlichkeit gegenüber den Betroffenen und Zeit, Zeit, Zeit!“

Tagungsdokumentation

Die freigegebenen Beiträge der Referent*innen zur Tagung sowie das Dossier zum Download finden Sie hier: [Trialogische Fachtagung der ARWED 2024](#)