

Vielbacher Scripte

Fachkrankenhaus Vielbach

Junior'sches Rehabilitationszentrum



„Warum darf er sich nicht totsaufen?“

Fachtagung am 16.09.2010 im Fachkrankenhaus Vielbach

Perspektivensuche für Menschen mit Suchterkrankungen zwischen Optimismus und Grenz(en)erfahrung

Das Prinzip Verantwortung in der Arbeit mit Abhängigen

von Dr. Martin Reker, Bielefeld-Bethel

1. Zur historischen Bewertung von Eigenverantwortlichkeit bei chronisch Suchtkranken

Wenn man sich mit der Frage beschäftigen will, warum sich jemand eigentlich nicht totsaufen darf, dann fängt man am besten direkt das Philosophieren an. So kann man einer Antwort auf diese Frage am besten ausweichen. Bevor wir aber anfangen zu philosophieren, wollen wir uns zunächst fragen, wie diese Frage in Deutschland rechtlich geregelt ist und warum sich diese Frage heute – anders offenbar als noch vor Jahren – immer wieder stellt.

„Gebt keine Almosen mehr an ortsfremde Wanderer!“ Diese Botschaft war dem Pastor Friedrich von Bodelschwingh aus Bielefeld im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts sehr wichtig. Denn wer Almosen verteilt, nimmt den arbeitslosen Männern den Antrieb zur Arbeit. Pastor Bodelschwingh hat dafür Arbeiterkolonien gegründet, damit diese Männer Gelegenheit hatten, sich über Arbeit selbst ihr Brot zu verdienen. Die Frage, was eigentlich aus den Männern wird, die dann keine Arbeit und die dann kein Geld haben und in welcher Weise er für die verantwortlich sein könnte, hat er sich erst später gestellt. Für diese Personengruppe wurde im Deutschen Reich im Jahre 1900 die Möglichkeit einer Entmündigung wegen Trunksucht geschaffen. Das Bürgerliche Gesetzbuch schuf damit die Möglichkeit, Männer und Frauen auch gegen ihren Willen in Trinkerheilanstalten einzuweisen und über Arbeit wieder an ein geordnetes Leben zu gewöhnen. Aus dieser paternalistischen Auffassung heraus ergaben sich also zwei Möglichkeiten: Entweder man distanzierte sich von dem entwurzelten Wohnungslosen und ging davon aus, dass der dann schon den Antrieb finden würde, für sich selbst zu sorgen, oder man entmündigte ihn wegen Trunksucht und nahm ihm damit die Eigenverantwortung ab.

Eine ganz grundsätzliche Veränderung im Umgang mit behinderten Menschen, hier auch chronischen Suchtpatienten, brachte das Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes vom 24. Juni 1954, das damals festlegte, dass sich aus den Grundrechten auf Schutz der Menschenwürde (Art. 1 GG), der freien Entfaltung der Persönlichkeit und körperlichen Unversehrtheit (Art. 2 GG) sowie dem Sozialstaatsgebot Art. 20 GG ein gerichtlich durchsetzbarer Rechtsanspruch des Bürgers auf soziale Fürsorge durch den Staat ergibt. Daraufhin wurde in der Bundesrepublik Deutschland 1961

mit dem Bundessozialhilfegesetz ein einheitliches Sozialhilferecht geschaffen. Damit war öffentliche Fürsorge für bedürftige Menschen ein Rechtsanspruch geworden.

Welche Veränderung in der Grundhaltung das bedeutete, lässt sich noch am Umgang der unterschiedlichen Generationen mit der damaligen Sozialhilfe ermessen. Für die Generationen der beiden Weltkriege galt es noch als beschämend, auf öffentliche Fürsorge angewiesen zu sein. Viele Menschen hungerten lieber, als sich die Blöße zu geben, ohne Gegenleistung vom Staat Geld zu nehmen. Seit den 60er und 70er Jahren wurde bewusst ein Haltungswechsel propagiert, der lautete: Es ist keine Schande, kein Geld zu haben, niemand muss deswegen betteln. Vielmehr hat unser Wohlfahrtsstaat einen Rechtsanspruch auf ein finanzielles Existenzminimum geschaffen, das der Bürger in Anspruch nehmen kann, ohne sich damit beschämen zu lassen. Heute hat sich in breiten Schichten der Bevölkerung die Haltung dazu sehr grundsätzlich verändert. Es gilt als ganz unbedenklich, öffentliche Leistungen, die auf Rechtsansprüchen begründet sind, in Anspruch zu nehmen. Stattdessen überlegt sich mancher zweimal, ob er sich das gleiche Geld durch eigene Arbeit erwirtschaften soll, wenn er es vom Staat bekommen kann, ohne dafür arbeiten zu gehen. Das wäre vor 50 Jahren vermutlich anders gewesen.

Nun galt die staatliche Fürsorge lange vorrangig den körperlich behinderten Menschen, gerade wenn sie durch Arbeitsunfälle oder Kriegsverletzungen ihre Behinderung erworben hatten. Die Gleichstellung seelisch und suchtkrank Menschen mit den körperlich Erkrankten hat nach dem 2. Weltkrieg erheblicher Anstrengungen bedurft. Für die suchtkranken Menschen war es ein wesentlicher Fortschritt, als 1968 das Bundessozialgericht Sucht als Krankheit anerkannte. Erst seit dieser Zeit konnten Patienten sich wegen ihrer Abhängigkeitserkrankung auf Kosten der Krankenkasse im Krankenhaus behandeln lassen. Die Suchtabteilungen an den Psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen sind zum größten Teil erst in den 80er Jahren entstanden, in manchen psychiatrischen Abteilungen fehlt ein angemessenes Behandlungsangebot für Suchtpatienten bis heute. Die Anerkennung von Sucht als Krankheit bewirkte im gesellschaftlichen Diskurs eine Entlastung des Menschen mit Suchtproblemen von seiner Verantwortung für sein selbst- und fremdschädigendes Tun. Auch im klinischen Alltag nutzt man diese Gerichtsentscheidung bei Suchtpatienten mit Schuld- und Schamgefühlen gerne, um sie etwas zu entlasten: „Sie können ja nichts dafür, schließlich ist Sucht eine Krankheit!“ Aber das ist natürlich nur ein Teil der Wahrheit.

In den 70er Jahren wurde auch die Psychiatrie von den gesellschaftlichen Umwälzungsprozessen erfasst, die seit 1968 nicht mehr aufzuhalten waren. Mit dem Untersuchungsbericht der Psychiatrie-Enquete 1975 setzte eine Reform der psychiatrischen Versorgungsstrukturen ein, die über eine Auflösung der Großkrankenhäuser und eine Rückkehr in die Gemeinde den seelisch kranken und behinderten Menschen wieder mehr Autonomie verschaffen wollte. Die suchtkranken Menschen profitierten von dieser Bewegung erst seit dem Expertenbericht aus dem Jahre 1988. In diesem Bericht wurde die Forderung aufgestellt, sich nicht nur um die motivierten Menschen mit Suchtproblemen zu kümmern, sondern vor allem um die Gruppe der „Chronisch mehrfach beeinträchtigten Patienten“, der seit dieser Zeit sog. CMA-Patienten. Michael Krausz, Schoon und Günther Wienberg prägten in dieser Zeit den Begriff von der „vergessenen Mehrheit“, um die man sich vermehrt kümmern müsse. Damit entwickelten die Professionellen den Anspruch, sich nicht nur um die motivierten und veränderungsbereiten Menschen mit Suchtproblemen kümmern zu wollen, sondern auch um alle anderen, die vielleicht noch gar nicht wussten, dass Sie überhaupt hilfebedürftig seien.

An dieser Stelle erscheint es wichtig herauszuheben, was das Prinzip der regionalen Pflichtversorgung in der Sozialpsychiatrie bedeutet, das über die Psychiatriereform ab 1975 in ganz Deutschland etabliert wurde. In diesem Konzept fühlen sich die psychiatrischen Kliniken mit ihren Netzwerken nicht nur für die Personen verantwortlich, die sich zur Behandlung melden, sondern eben auch für alle anderen im Pflichtversorgungsbereich, die die aus professioneller Sicht notwendigen Hilfen aus verschiedenen Gründen (noch) nicht in Anspruch nehmen wollten oder

konnten. Damit setzte eine Entwicklung ein, die sich zum Ziel gesetzt hatte, alle Menschen mit seelischen Störungen in der Region – und dazu gehören nun eben auch Suchtklienten – zu erreichen und angemessen versorgen und behandeln zu können.

Damit setzte ein Paradigmenwechsel ein, der nicht unumstritten war. Schließlich vertrat vor allem die sog- „traditionelle Suchtkrankenhilfe in Beratungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen die Ansicht, man müsse dem Suchtpatienten auch ausreichend Gelegenheit geben, die Folgen des eigenen Suchtverhaltens zu spüren. Wer sich als Profi oder Angehöriger zu früh unterstützend einschalte, verhalte sich co-abhängig und verfestige letztlich die Suchtdynamik; anders sozialpsychiatrisch ausgerichtete Professionelle, die angelehnt an Klaus Dörner eher die Haltung vertraten, dass die Qualität eines Versorgungssystems sich daran messen lassen müsse, wie es mit den schwierigsten Klienten umgehe. In Anlehnung an den Philosophen Levinas forderte er, man müsse sich ganz Subjekt-zentriert vom Schicksal der Klienten ergreifen lassen.

Tatsächlich ergab sich in den 90er Jahren eine Entwicklung, in der die regionalen Hilfenetzwerke immer mehr auch chronische Suchtpatienten erreichten und sich für sie verantwortlich fühlten. Gleichzeitig wurde mit dem neuen Betreuungsrecht ein scheinbar angemessenes Instrument geschaffen, den Menschen Hilfen zur Seite zu stellen, die ihr Schicksal wegen des bestehenden Suchtproblems erkennbar nicht mehr im Griff hatten. Wer also desolat Suchtmittel, insbesondere Alkohol konsumierte und nicht mehr gewillt oder in der Lage war, sein Leben eigenständig unter Kontrolle zu halten, erhielt einen gesetzlichen Betreuer und wurde ggf. geschlossen in einem Heim untergebracht. Die Zahl der gesetzlichen Betreuungen ist in den 90er Jahren dann erheblich stärker angestiegen, als das vom Gesetzgeber 1992 erwartet worden war. Das galt u. a. auch, aber nicht nur, für Menschen mit chronischen Suchterkrankungen. Im Jahre 2001 richtete dann die Justizministerkonferenz eine Länderarbeitsgruppe ein, die den Auftrag erhielt, die Betreuungsleistungen auf das Erforderliche zu beschränken und die Kosten wesentlich zu senken. Der Abschlussbericht dieser AG ging letztlich in das 2. Betreuungsänderungsgesetz aus dem Jahre 2003 ein, aus dem sich u.a. ergab, dass Alkoholismus kein Krankheitsbild sei, das die Bestellung eines Betreuers rechtfertige. Ein Betreuer sei nur zu bestimmen, wenn der Betroffene auf Grund seiner psychischen Erkrankung seinen Willen nicht frei bestimmen könne. In einem anderen Grundsatzurteil hat das Bundesverfassungsgericht im Jahre 2000 ein Recht auf Krankheit festgelegt. Das bedeutet zusammen genommen, dass ein Mensch mit einer chronischen Suchterkrankung, der sich aus freien Willen für einen desaströsen Suchtmittelkonsum entscheidet, das Recht hat, das umzusetzen, zumindest solange er über einen freien Willen verfügt – was immer das sei.

Für den Rechtsalltag im Umgang mit chronisch suchtkranken Patienten hat das einen erheblichen Schwenk bedeutet. Eine gesetzliche Betreuung gegen den Willen der betroffenen Person, das bedeutet „mit Einwilligungsvorbehalt“, konnte man nur noch einrichten lassen, wenn außer der Suchterkrankung eine psychische Begleiterkrankung vorhanden war, die die freie Willensbildung aufhob, z.B. eine Psychose oder ein Korsakow Syndrom. Da das die Ausnahme war, ging seitdem die zwangsweise Unterbringung von Menschen mit chronischen Suchtproblemen erheblich zurück. Gleichzeitig stieg der offensichtliche Hilfebedarf für diese Personengruppe in ihren Wohnungen und Einrichtungen. Die dort betreuenden psychosozialen Fachkräfte, meist Sozialarbeiter, waren nun mit dem Anspruch konfrontiert, einem aktuell nicht veränderungsbereiten Menschen mit Suchtproblemen in dessen Wohnumfeld behilflich zu sein, ohne im Einzelfall auf dessen Konsumverhalten Einfluss nehmen zu können. Wenn dieses Konsumverhalten erheblich gesundheits-oder sogar lebensgefährdend erschien, entstand und entsteht eine Situation, in der der Sozialarbeiter zusehen muss, wie sich jemand in seinem Verantwortungsbereich „tottrinkt“.

2. Zum Handlungsspielraum fallverantwortlicher Sozialarbeiter und gesetzlicher Betreuer

In dieser Situation gibt es prinzipiell nicht viele Möglichkeiten:

Möglichkeit 1: Der Sozialarbeiter nimmt seinen Auftrag weiterhin wahr, bemüht sich motivierend um eine Veränderung, muss aber ggf. damit leben, dass er zusehen muss, wie der Klient sich langsam tottrinkt.

Möglichkeit 2: Wegen fehlender Mitwirkung wird die Dienstleistung fristgerecht gekündigt. Der beteiligte Sozialarbeiter hat so die Möglichkeit, formal die Verantwortung abzugeben. Die Konsequenz ist letztlich, dass sich der Betroffene ggf. ohne Hilfe von außen unbeobachtet tatsächlich tottrinkt und der Sozialarbeiter damit leben muss, dass seine Leistung vielleicht darin bestand, im entscheidenden Moment dann doch immer dagewesen zu sein, um über eine Krankenhauseinweisung das Überleben zu sichern. Oder es kommt ein anderer Dienstleister, der ggf. einfach das weitermacht, was dem zuvor zuständigen Sozialarbeiter nicht mehr angemessen erschien. Aber dann hat der eben die Verantwortung dafür.

Von rechtlicher Seite her ist also festzuhalten, dass ein chronisch suchtkranker Mensch sich tottrinken darf, wenn von psychiatrischer Seite her die freie Willensbildung nicht aufgehoben ist. Im Einzelfall macht es Sinn, das Vorhandensein der freien Willensbildung durch ein psychiatrisches Sachverständigengutachten prüfen zu lassen. Ein solcher Klärungsprozess lässt sich erwirken, wenn beim Amtsgericht eine gesetzliche Betreuung beantragt wird oder wenn bei laufender Betreuung über den gesetzlichen Betreuer ein Antrag auf geschlossene Unterbringung gestellt wird.

Kommentierend ist festzuhalten, dass der entscheidende Aspekt der freien Willensbildung sowohl juristisch wie medizinisch schlecht definiert ist und für den Gutachter und das Gericht Spielräume lässt. In keinem Psychatriebuch und in keinem Gesetzestext ist ausreichend klar definiert, was der sog. „freie Wille“ eigentlich sei und wie sich das messen lassen könnte. Dazu kommt das Problem, dass die naturwissenschaftlich geprägte Medizin den freien Willen viel deterministischer beurteilt als die Justiz, deren ganzes Konstrukt von Verantwortung und Strafe darauf fußt, dass der Mensch einen freien Willen hat. Die Definitionsmacht kommt aktuell meist den psychiatrischen Gutachtern zu, an denen sich Vormundschaftsrichter meist orientieren, wenn neben der Suchtdiagnose eine allgemeinpsychiatrische Zusatzdiagnose formuliert wird und wenn daraus abgeleitet die Formulierung verwendet wird, dass die freie Willensbildung bei diesem Probanden aufgehoben sei. Liegt eine psychiatrische Begleiterkrankung im engeren Sinne, also insbesondere eine Psychose, nicht vor, hat der Gutachter in der Regel die Möglichkeit, im Bereich der Persönlichkeitsstörungen oder im Bereich hirngorganischer Teilleistungsstörungen (z.B. exekutive Funktionsstörungen des Frontalhirnes) Zusatzdiagnosen zu erheben, über die er die Frage der Aufhebung der freien Willensbildung entwickeln kann. Das entspricht dann zwar nicht der gängigen Praxis, genügt aber den meisten Vormundschaftsrichtern, wenn das Vorgehen klinisch plausibel ist.

Die hier dargestellten „Spielräume“ führen dazu, dass die Praxis der Anordnung von gesetzlichen Betreuungen bei suchtkranken Menschen gegen deren Willen von Region zu Region und von Richter zu Richter unterschiedlich sein kann. Die meisten Richter legen sich auch nicht gerne fest sondern entscheiden abschließend erst am Einzelfall. Für die gesetzlichen Betreuer, für die Sozialarbeiter aus der Eingliederungshilfe und für die Angehörigen, letztlich auch für die betroffenen entsteht dadurch eine wenig transparente und wenig berechenbare Situation.

3. Zum Versuch, die Situation aus Sicht der Betroffenen zu bewerten

Wenn Sie in Bethel den Zivildienst oder ein Diakonisches Jahr gemacht haben, dann waren Sie auch vielleicht dabei, wie Ihnen die Aufgabe gestellt worden war, einmal einen Nachmittag im Rollstuhl zu verbringen und sich so als Behinderter durch die Innenstadt fahren zu lassen. Sie bemerken, dann, wie Sie von anderen angesehen werden, sie bemerken all die Hindernisse im Alltag, die Ihnen das Leben schwer machen. Es gilt nicht nur in Bethel als wichtig, diese Erfahrung einmal gemacht zu haben, bevor sie mit Behinderten arbeiten.

In der Suchtkrankenhilfe in Bethel ist das bislang noch nicht eingeführt worden. Obgleich es ja vielleicht wichtig ist, einmal erfahren zu haben, wie es ist, als Mensch mit Suchtproblemen in der Öffentlichkeit auffällig zu werden.

Wenn Sie beruflich mit Menschen mit Suchterkrankungen zu tun haben oder Rauschzustände selbst zu schätzen wissen, sind Sie vielleicht trotzdem in der Lage, sich in die Situation eines Menschen mit Suchtproblemen hineinzusetzen.

Stellen Sie sich mal vor, Sie wären so ein richtiger Drehtürpatient. Sie leben alleine in ihrer Wohnung in einem Apartmentblock. Auf ihrer Etage wohnt auf der einen Seite eine ältere alleinstehende Dame, die man selten sieht, auf der anderen Seite wohnt ein Bekannter von Ihnen, der hin- und wieder mal auf eine Flasche Bier vorbeikommt. Sonst haben sie wenig Kontakt im Haus. Der Kontakt zu ihrer Herkunftsfamilie ist dünn geworden. In angetrunkenem Zustand haben sie zuletzt zweimal bei Ihrer Schwester angerufen und sind erst sehr reserviert, dann beim zweiten Mal etwas deutlicher zurückgewiesen worden. In letzter Zeit ist viel schief gegangen. Sie waren zuletzt angetrunken gestürzt und hatten sich dabei zwei Rippen gebrochen. Ein freundlicher Passant hatte sich sehr nett um sie gekümmert und auch die Platzwunde am Kopf mit einem Taschentuch abgedrückt. Ein herbeigerufener Krankenwagen hatte sie ins Krankenhaus gebracht, wo sie etwas weniger zuvorkommend und freundlich behandelt worden waren. Sie waren auch nach dem Röntgenbild mit zwei Schmerztabletten und einem unleserlichen Kurzarztbrief nach Hause geschickt und an den Hausarzt verwiesen worden. Die letzte Nacht haben Sie schlecht geschlafen, weil sie gar nicht genau wussten, wie sie liegen sollten. Mit einer halben Flasche Weizenkorn war es dann irgendwann gegangen. Beim Aufwachen am nächsten Morgen ist es aber schon wieder genauso schlimm, sie bemerken auch den fallenden Alkoholspiegel, in Ihnen kriecht schon wieder langsam diese innere Unruhe hoch und ihre Gedanken kreisen darum, wie sie in ihrer beschissenen Verfassung dafür sorgen, dass die aufgebrauchten Alkoholvorräte am besten sofort wieder aufgefüllt werden. Gleich kommt der Typ vom Betreuten Wohnen, der immer so freundlich fragt, was er helfen kann. Am besten besorgt er was zu trinken ...

Was braucht dieser Mensch? Fragen Sie die Profis, die Antwort liegt eigentlich auf der Hand. Tagesstruktur, vielleicht ein Antidepressivum, eine amb. Eingliederungshilfe hat er ja wohl schon, wäre noch zu bedenken, ob eine gesetzliche Betreuung nicht hilfreich wäre. Vielleicht muss man ihn mal eine Weile geschlossen unterbringen, damit er mal zu sich kommt. Sonst bleibt ihm nur zu wünschen, dass er bald inhaftiert wird, damit er sich nicht totsäuft.

Fragen Sie mal den beschriebenen Herrn. Was könnte er sagen? Vermutlich würde er mit den Schultern zucken. Wofür soll es sich lohnen, sich anzustrengen? Kontakt zur Familie kaputt, Gesundheit ruiniert, Harzt IV ohne Aussicht auf irgendeinen Job, sozial isoliert mit regelmäßigen Kontakten zu einigen anderen Trinkern, die man mal im Park, mal in der Entgiftung trifft. Was soll da noch kommen?

Man muss tatsächlich Optimist sein, um daran zu glauben, dass in solchen Situationen irgendwann noch etwas zu bewegen ist. Aber es gibt viele Menschen, die sich im Rahmen solcher Grenzerfahrung bewegen. Die beschriebene Krise hat tatsächlich existentiellen Charakter.

Eine Chance, aus einer solchen Situation wieder herauszukommen, besteht sicher nur mit irgendeiner Form von Perspektive. Die betroffene Person müsste wissen, wofür, wofür soll ich mich noch einmal anstrengen, da raus zu kommen.

Die meisten dieser Patienten können das vermutlich aus eigener Kraft kaum schaffen, zu weit ist der Abstand zum Ufer. Wenn aber wir als Profis etwas tun wollen, was können wir überhaupt tun, um einem solchen Menschen eine Perspektive zu geben? Entwickelt sich Gesellschaft nicht sowieso mehr und mehr in eine Richtung, in der manche nicht oder nicht mehr leistungsfähigen Menschen einfach übrig sind? „.....!?“ Nein, kein Missverständnis, ich meine nicht so, wie im

Nationalsozialismus. Jeder hat sein Recht auf Leben und Auskommen, aber hat auch jeder ein Recht auf einen würdigen Platz im gesellschaftlichen Miteinander?

Bevor wir dieser Frage noch einmal nachgehen, wollen wir vielleicht unseren Drehtürpatienten noch einmal intensiver befragen, was denn eine Perspektive bedeuten könnte.

Arbeit ? Gibt es Arbeit für Drehtürpatienten? Bedeutende Soziologen unserer Zeit wie ... gehen davon aus, dass in einem Industrieland wie Deutschland einfach nicht ausreichend Arbeit für alle da ist. Viele von ihnen fordern ein Grundeinkommen, dass Menschen wieder die Freiheit gibt, sich abseits von Erwerbsarbeit produktiv ins gesellschaftliche Leben einzuklinken. Es gibt aber auch viele Projekte und Programme, um für Menschen mit Suchtproblemen tatsächlich Rahmenbedingungen herzustellen, unter denen diese sich mit ihrer Behinderung nützlich machen können – wenn sie wollen.

Familie ? Oft sind die familiären Verhältnisse so zerrüttet, dass ein Anknüpfen kaum möglich ist. Es gibt aber alternative Modelle, die Familienpflege z.B. oder das von Dörner propagierte Quartier, in dem behinderte (alte) Menschen von den Nachbarn gestützt und versorgt werden.

Wohnen ? Es werden große Anstrengungen unternommen, auch Menschen mit chron. Suchtproblemen so zu helfen, dass ein eigenständiges Leben in eigener Wohnung möglichst lange möglich bleibt oder doch neu möglich gemacht wird.

Haft ? Dass Haftanstalten heute die größten Institutionen für Menschen mit Suchtproblemen sind, ist durch Untersuchungen von Carl Ernst von Schönfeld u. a. in unser aller Bewusstsein gelangt. Bemühungen, in Haft, aber auch vorher und hinterher mehr zu tun, um Haft auch als Chance für Suchtpatienten begreifen zu können, gibt es inzwischen zumindest exemplarisch. Ein flächendeckendes Versorgungskonzept steht noch aus.

Elternschaft ? Wenn immer Jugendämter durch verwaarloste Kleinkinder ins Gespräch gekommen sind, suchtkranke Eltern gehörten meistens dazu. Jugendämter sind dadurch sensibilisiert. Jugendämter sind wichtige Kooperationspartner der Suchthilfe, auch wenn man meinen könnte, sie seien für die Eltern nur eine Bedrohung. Aber sie fordern Eltern an einer Stelle, an der viele auch ansprechbar sind. Und gefordert werden müssen. Das ist eine Chance nicht nur für die Kinder, sondern auch für die Eltern.

Partnerschaft ? Alkohol und Drogen haben schon viel Gewalt und elend über Partnerschaften gebracht. Partnerschaften sind aber auch immer wieder das Moment, das in hoffnungslose Verläufe Bewegung bringt. Partnerschaft ist aber auch ein anspruchsvolles Geschäft. Deswegen benötigen Partnerschaften, die mit Suchtproblemen zu kämpfen haben, solidarische Unterstützung. Solidarische !!

Führerschein ? Wieviel Leid und Elend haben intoxikierte Autofahrer verursacht! Es ist gut, dass hier scharf kontrolliert und sanktioniert wird. Gleichzeitig ist der Besitz des Führerscheins für viele der Inbegriff von Autonomie und Freiheit. Viele Menschen mit Suchtproblemen wären bereit, viel zu investieren, wenn sie wieder fahren dürften. Der aktuelle Umgang des TÜV vieler Regionen und der Straßenverkehrsbehörden mit diesem Thema ist oft sehr unbefriedigend, die Vernetzung mit dem Suchthilfesystem mangelhaft und die Tendenz, das Zulassungssystem mit Lügen, Tricks und Rechtsanwälten zu überlisten anstatt aufrichtig trocken zu leben sehr beherrschend.

4. Handlungsoptionen für Professionelles Handeln im Umgang mit chronisch Suchtkranken

Was folgert aus all dem? Es gibt Perspektiven für Menschen mit Suchtproblemen, auch für chronische Patienten. Sie werden aber nicht greifbar, wenn man in seinem Therapiezimmer in der Beratungsstelle oder in der Therapiepraxis bleibt. Man muss dafür raus in das Alltagsleben der suchtkranken Menschen und dort mit Ihnen ringen.

Es ist ein schmaler Grad...

... zwischen dem alkoholisierten Fahrer, der einen Passanten überfährt und dem glücklichen Rehabilitanden, der durch den zurückgewonnenen Führerschein eine neue berufliche Perspektive gefunden hat,

... zwischen dem angetrunkenen Elternteil, der seine Kinder verwaarlosten lässt oder misshandelt und der glücklichen Mutter, die mit Bekanntwerden der Schwangerschaft weiß, wofür sie jetzt lebt, und ihr Leben verändert,

... zwischen dem betrunkenen unbelehrbaren Gewalttäter und dem anderen, der über die Haft in innere Einkehr findet und seinem Leben eine Wende gibt,

Das Wesen der Suchterkrankung ist (auch) der Umgang mit Grenzerfahrungen. Das macht diese Arbeit so ungemein spannend und verantwortungsvoll.

Es ist aber auch der Umgang mit Grenzen, wenn wir zusammen mit unseren Klienten erkennen müssen, dass es eine Überforderung darstellt, für das eigene Kind das Sorgerecht auszuüben oder dem eigenen beruflichen Ehrgeiz zu folgen, ohne auf Rauschmittel angewiesen zu sein.

Dabei lohnt es sich, optimistisch zu sein. Es gibt ausreichend schöne Geschichten, die unser Berufsleben bereichern, von Menschen mit Suchtproblemen, die die Kurve gekriegt haben, weil sie endlich Arbeit gefunden haben, weil sie einen Menschen gefunden haben, der sie liebt oder weil die Gerichtsverhandlung das kathartische Erlebnis geworden ist, das alles verändert hat-

Menschen mit Suchtproblemen haben in aller Regel eine Geschichte des Scheiterns und des Versagens hinter sich. Es ist deswegen Aufgabe der Profis, die Chancen im Blick zu behalten und Perspektiven zu definieren. Sehr häufig sind Menschen mit Suchtproblemen so weit an den Rand der Gesellschaft geraten, dass sie aus eigener Kraft nicht zurück in die Gemeinschaft finden. Sie benötigen dann Unterstützung. Unsere Unterstützung.

Warum sollten wir das tun? Ich finde, dass es viele Gründe dafür gibt, zumal für alle, die sich aus den christlichen Wurzeln unserer Gesellschaft heraus definieren. Es gibt aber noch zumindest einen anderen Grund. Wir leben in einer Risikogesellschaft. Niemand von uns sollte sich zu sicher sein, dass er nicht auch in eine solche Randlage geraten könnte.

Wir sollten mit andern so umgehen, wie wir es uns wünschen, wenn wir mal in eine vergleichbare Lage geraten. Wenn sie Betreuer, Sozialarbeiter in Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe oder Straffälligenhilfe sind, wenn sie im Krankenhaus arbeiten oder beim Gesundheitsamt: Stellen sie sich vor, sie wären hilfeschender in Ihrer eigenen Institution. Wenn Sie sich selbst an sich selbst empfehlen würden, dann passt das schon alles. Und dann dürfen wir auch Optimisten bleiben – oder werden.

5. Literatur:

Fahlbusch, Jonathan I.: Eingliederungshilfe nach §§ 39, 40 BSHG – ein geschichtlicher Abriss. In: Recht auf Teilhabe: Eingliederungshilfen für Menschen mit Behinderungen. Conty, M., Pöld-Krämer (Hrsg.), Bethel Beiträge 51, Bethel-Verlag, Bielefeld 1997, S. 19-44

Globig, Christine: Abhängigkeit statt Autonomie: Prämissen ethischen Handelns. Vortrag auf der Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin, AG der Viktor von Weizsäcker Gesellschaft, Berlin 25.9.2009

Künstlerhaus Bethanien (Hrsg.): Wohnsitz Nirgendwo. Vom Leben und vom Überleben auf der Straße. Fröhlich & Kaufmann, Berlin 1980

Rosenow, Roland: Der freie Wille – ein sperriger Begriff. Ein Plädoyer für das Austragen von Konflikten. In: Betreuungsmanagement 1/2009 S. 3-9, Themenheft: Der freie Wille