

---

## Konsequent von der Person her denken – was bedeutet das?!

Martin Reker

»Von der Person her denken« – das ist ein Anspruch, der in der Arbeit in psychosozialen Arbeitsfeldern so banal ist, dass man sich fragen muss, was eine solche Themensetzung auf einer Tagung für »Vollblutprofis«, zu einem nicht unerheblichen Teil mit Leitungsverantwortung, sprich für die »Macher« im System, eigentlich leisten soll. »Eulen nach Athen tragen«, nennt man das wohl.

Nun ist das speziell in der Arbeit mit Suchtkranken doch nicht so einfach. Schließlich haben Suchtkranke ja das Problem, dass sie etwas wollen, was ihnen nicht guttut, nämlich Alkohol trinken und Drogen konsumieren. Dass sie etwas wollen, was sie eigentlich ja nicht wollen sollen (weil es ihnen nicht guttut) nennt man Sucht.

Was bedeutet das für die Helfer und Therapeuten in der Suchthilfandschaft? Sie müssen einschätzen können, was Suchtpatienten gut täte und müssen sie – die Suchtpatienten – dazu bringen, dass die – wieder die Suchtkranken – das auch richtig finden können. Motivation nennen wir das.

Das klappt nicht immer gleich gut. Häufig stimmen einem die Patienten schnell zu, dass sie abstinent leben müssten, schwören manchmal, nie wieder Drogen konsumieren zu wollen, und kaum sind sie aus der Tür raus, sind sie schon wieder rückfällig. Offenbar sind sie entweder zu schwach – das ist dann eben wieder die Sucht – oder sie sind eben doch Lügner und belügen sich am meisten natürlich selbst.

Was folgt daraus? Man arbeitet am besten doch nur mit denen, die es wirklich »ehrlich« meinen oder man muss etwas strengere Seiten aufziehen und die Uneinsichtigen die Folgen ihres Handelns richtig spüren lassen – allein schon, um im eigenen professionellen Verhalten nicht als »co-abhängig« und damit inkompetent in Erscheinung zu treten.

Insofern: »Konsequent von der Person her denken« erscheint zumindest für den Umgang mit Suchtkranken nicht immer der beste Weg zu sein. Besser erscheint es, *für* die Personen zu denken und *für* die Betroffenen Versorgungssysteme zu planen, der Beitrag hätte also eigentlich heißen müssen: »Konsequent *für* die Person denken«.

Zu spät: Das Programm ist gedruckt, der Tagungsband beschlossen, das Versprechen gemacht: Ich werde versuchen, den Beitragstitel wörtlich zu nehmen und zu überlegen, was es bedeuten könnte, »konsequent von der Person

---

her zu denken«. Was wäre der Anfang von allem? Als Arzt müsste ich sagen: Am Anfang steht die Diagnose. Die Diagnose heißt: Abhängigkeitserkrankung, z. B. Alkohol. International Classification of Diseases: ICD 10 Nr. 10.2. In jedem ordentlichen psychiatrischen oder suchtmmedizinischen Lehrbuch oder auch in den Leitlinien der Fachgesellschaften steht, was da zu tun ist.

Nun ist das was anderes, als »konsequent von der Person her denken«. Die individuellen Personen kategorisieren sich meist nicht in Diagnosen, und Patienten mit Suchtproblemen schon gar nicht. Es kommt relativ selten vor, dass sich Patienten vorstellen und sagen: »Ich habe eine Abhängigkeitserkrankung und möchte mich von Ihnen behandeln lassen!«

»Konsequent von der Person her denken« würde bedeuten, die Personen selbst zu fragen, was sie eigentlich möchten. Ich möchte an dieser Stelle offen lassen, falls Sie mit Suchtpatienten arbeiten, *ob Sie* das regelhaft machen und *wann* im Behandlungsprozess Sie das machen. Sie können sich die Frage ja zunächst einmal selbst beantworten.

Ich möchte mich an dieser Stelle mal etwas aus der Deckung wagen und behaupten: *Es geht in der Suchtkrankenhilfe nicht darum, was die Patienten machen wollen, sondern was sie machen sollen.* Sie, die Suchtpatienten, sollen ihren Suchtmittelkonsum unter Kontrolle bringen, sie sollen entgiften, sie sollen eine Therapie machen und sie sollen zuhören, was Therapeuten ihnen zu sagen haben, damit sie ihr Leben wieder in den Griff bekommen. Es gibt Kollegen, die nennen das Psychoedukation (ich nicht).

Wieder zum Ausgangspunkt zurück: Was würde es bedeuten, Menschen mit Suchtproblemen zu fragen, was sie, die Suchtpatienten wollen. Nun gibt es viele Wege, Menschen mit Suchtproblemen das zu fragen. Es ist ja eigentlich eine sehr einfache Frage. Das Problem könnte höchstens sein, dass die Patienten ihnen nicht glauben, dass Sie als Therapeut wirklich daran interessiert sind, was sie – die Suchtpatienten – wirklich wollen. Insofern könnte es leicht so sein, dass die Patienten ihnen das antworten, was sie als Suchtpatientinnen glauben, dass sie es wollen sollen, dass Sie also Gefälligkeitsantworten bekommen ... Ich bin mir ziemlich sicher, dass das ziemlich häufig vorkommt. Im Jargon bezeichnet man das ja mit der einfühlsamen Formulierung »Therapeuten füttern«.

... was wiederum zum Ausdruck bringt, dass auch Menschen mit Suchtproblemen eigentlich freundliche Menschen sind, denen vornehmlich daran gelegen ist, dass es dem Therapeuten gutgeht, dass er nicht enttäuscht ist, dass er nicht die Hoffnung verliert und von seinem Suchtpatienten einen guten Eindruck hat.

---

Letzter Anlauf: Was würde es bedeuten, »konsequent von der Person her« zu denken, wie könnte das gehen. Es gibt viele Wege dorthin, ich möchte Ihnen exemplarisch einen Zugang vorschlagen, mit dem ich in den letzten Jahren viele gute Erfahrungen gesammelt habe, und das ist der »Community Reinforcement Approach« (CRA). Dieser, in den USA von Azrin und Hunt entwickelte Behandlungsansatz soll hier nicht im Mittelpunkt stehen, deswegen möchte ich die Interessierten auf das Manual von Meyers und Smith verweisen, das 2007 von unserer Bielefelder Arbeitsgruppe übersetzt im Psychiatrie-Verlag erschienen ist und dessen druckfrische 2. Auflage Sie im Buchhandel erwerben können.

In diesem Behandlungsansatz wird als primärer Ausgangspunkt eine Zufriedenheitsskala genutzt, die im Amerikanischen etwas großspurig, wie ich finde, als »Happiness Scale« bezeichnet wird. Auf dieser sehr einfach gestrickten Skala kann der Patient auf einer Skala von 1 bis 10 seine Zufriedenheit im Hinblick auf 18 verschiedene Lebensbereiche äußern. Im Anschluss wird in einer gemeinsamen Zielbestimmung überlegt, welche Lebensfelder befriedigend geregelt sind und wo es Handlungsbedarfe gibt, zunächst weitgehend unabhängig von dem vorbestehenden Suchtproblem. Letzteres wird separat abgefragt unter dem Gesichtspunkt, wie zufrieden sind *Sie* als Patient aktuell mit Ihrem aktuellen Konsumverhalten?!

Aufgabe des »Therapeuten« ist es nun, bei der Zielbestimmung zu helfen. Um alltagstauglich zu sein, müssen die Ziele kurz, konkret und realistisch sein. Um diese Qualitätskriterien zu erfüllen, bedarf es in der Regel schon einiger Kraftanstrengung. Dann müssen diese möglichst kleinschrittigen Ziele in eine Hierarchie gebracht werden. Bei der praktischen Umsetzung benötigen viele Patienten Ermutigung und Unterstützung, weil der Markt verfügbarer Hilfen zersplittert und unübersichtlich ist. Und dann beginnt die gemeinsame Arbeit mitten im Leben. Am besten ambulant natürlich, wo das Leben stattfindet. Alle Patienten, die für die Umsetzung ihrer eigenen Ziele einen geschützten Rahmen benötigen, werden in stationäre Hilfen vermittelt. Vom Patienten her gedacht ist meist der Wunsch vorrangig, zu Hause bleiben zu dürfen.

Was ist da nun Besonderes dran?!

Ausgangspunkt des Planungsprozesses ist *nicht* das Suchtproblem, sondern der subjektive Wunsch eines Patienten, eine eigene Wohnung zu haben, wieder arbeiten zu können, eine Partnerin/einen Partner zu finden, das Sorgerecht behalten zu können oder den Führerschein zurückzuerhalten. Manchmal ist es auch nur der Wunsch, nicht ins Gefängnis gehen zu müssen.

---

Ausgehend von *diesem*, vom Patienten selbst bestimmten Ziel wird gemeinsam überlegt, welche Hilfen und Veränderungsprozesse nötig sind, um das zu verwirklichen. Dabei *kann* eine Veränderung des Suchtverhaltens nötig sein, *muss* es aber nicht. In der Regel ist es aber so, dass die gewünschten Ziele nur verfügbar sind, wenn Konsumkontrolle oder Abstinenz zumindest vorübergehend erreicht werden. Ist das gewünschte Ziel auch ohne Konsumkontrolle erreichbar, wollen die Patienten meist auch nicht aufhören zu konsumieren. Das ist dann auch legitim und keine fehlgeschlagene Behandlung.

Zusammenfassend lässt sich hier sagen: Der Therapeut tritt mit keinerlei normativem Anspruch an den Patienten heran, Ausgangspunkt ist immer zunächst der Wunsch des Betroffenen. Die Grenzen dieser Wünsche finden sich – wie bei jedem anderen Bürger auch – bei der Verletzung der Rechte und Bedarfslagen Dritter. Häufig sind solche Grenzen in (Straf-)Gesetzen und staatlichen Verordnungen niedergelegt. Oft ist die Grenze auch das Selbstbestimmungsrecht anderer Menschen oder begrenzt verfügbare Ressourcen. Diese Grenzen müssen natürlich auch Suchtpatienten respektieren lernen – wie jeder Bürger. Das sind die Grenzen des Machbaren.

## Beispiele

*Stellen Sie sich vor, ein Quartalstrinker, der unter Alkoholeinfluss seinen Führerschein verloren hat, will seine Fahrerlaubnis wieder haben. Eigentlich möchte er sein Konsumverhalten nicht ändern und trotzdem den Führerschein wieder haben. Sie sagen ihm zu, dass Sie ihm helfen wollen, den Führerschein zurückzuerhalten. Gemeinsam befassen Sie sich mit den Anforderungen, die die Führerscheinerlassverordnung (FeV) vorsieht. Da diese Anforderungen höher sind als das, was der Patient einbringen will, geraten Sie mit ihm in eine Diskussion. Dabei geht es um realistische Selbsteinschätzung, Verantwortung gegenüber Dritten, Wahrhaftigkeit gegenüber Behörden, den Zusammenhang von Alkoholkonsum und Unfallgefährdung, den Reiz des Autofahrens überhaupt u. v. m. In diesem hoch dynamischen Prozess, den Viktor von Weizsäcker mal als »Situationstherapie« bezeichnet hat, geht es darum, dass der Patient in einer ernsthaften Auseinandersetzung mit seinem Gegenüber seine eigenen Bedürfnisse gegeneinander abwägt, um dann für sich einen Weg zu beschreiten. Dieser Weg verläuft konstruktiv, wenn der Patient über Konsumkontrolle, Verzicht und selbstkritische Reflexion sein Verhalten ändert und den Führerschein quasi »als Belohnung« zurückerhält. Das ganze kann aber auch schief gehen. Der Patient entscheidet sich, weiter kontrolliert zu konsumieren, vor Laborkontrollen den Alkohol rechtzeitig abzusetzen und dem Medizinisch-Psycho-*

---

*logische-Untersuchung-Psychologen nach dem Munde zu reden. Hier würde man sich als Therapeut am besten distanzieren, der Betroffene übernimmt selbst die volle Verantwortung für sein Handeln; der Verlauf bleibt abzuwarten.*

*Ähnlich könnte es sich mit einer drogenabhängigen Patientin verhalten, deren beide Kinder in Obhut genommen worden sind und die nun um ihr Sorgerecht kämpft. Das Jugendamt hat nach wiederholten Fehlschlägen jegliches Vertrauen in die Mutter verloren. Der Kampf mit dem Suchtdruck ist für die junge Frau jeden Tag wieder ein extrem harter Kampf. Was könnte getan werden? Im gemeinsamen Gespräch miteinander wird deutlich, dass die Patientin nur dann eine Chance hat, die Kinder zurückzubekommen, wenn sie selbst etwas tut, um das Vertrauen des Jugendamtes zurückzugewinnen. Sie muss sich dafür verschiedenen Verbindlichkeiten unterwerfen, die sie auch kontrollieren lassen will, aber nicht, weil Dritte das einfordern, sondern weil sie es benötigt, um bei Jugendamt wieder einen Vertrauensvorschuss zu erhalten, damit sie alleine die Kinder sehen darf. Um das alles überhaupt leisten zu können, benötigt die Frau sehr viel Unterstützung, z.B. Ablehnungstraining, um Konsumangebote in der Szene zurückweisen zu können, Eingliederungshilfe, um mit den überfordernden Schriftsachen fertig werden zu können, einen Psychotherapeuten, um die quälenden Erinnerungen früher sexueller Übergriffigkeiten unter Kontrolle zu behalten. Oft ist das alles für eine drogenabhängige Patientin eine Überforderung und die Patientin muss einsehen, dass sie die Kinder alleine nicht versorgen kann. Dann geht es um alternative Versorgungsmodelle, die die Patientin annehmen können soll. Manchmal gelingt das, manchmal nicht. Viel liegt – auch hier – in der Eigenverantwortlichkeit der Patientin.*

All das können die meisten Suchtpatienten aus eigener Kraft nicht bewältigen. Sie brauchen dafür Hilfe und Unterstützung. Zu den Bedarfen gehört:

- Formulierung eigener Bedürfnisse
- Überprüfung der Bedürfnisse im Hinblick auf ihre Realitätstauglichkeit
- Hierarchisierung der Bedürfnisse nach ihrer Dringlichkeit und Bedeutsamkeit
- Erstellung eines kleinschrittigen realistischen Handlungskonzeptes
- Rekrutierung eigener und externer Ressourcen
- Erprobung eigener Grenzen durch »Try and Error«
- Vertretung eigener Interessen und Bedürfnisse in der Außenwelt, insbesondere gegenüber Institutionen, aber auch gegenüber Familie, Arbeitsgeber und Hilfesystem

---

Ich wiederhole an dieser Stelle: Das Kernproblem bei der Verwirklichung von Hilfen »konsequent von der Person her« ist, dass die betroffenen Menschen in der Regel selbst komplett damit überfordert sind, Ziele für sich adäquat und realistisch zu formulieren, in eine Hierarchie einzubringen, eigene Grenzen akzeptieren zu lernen und die herausgearbeiteten Bedarfe gegenüber der Außenwelt angemessen zu vertreten. Solange das aber nicht gelingt, verlaufen alle Hilfen, die »konsequent von der Person her gedacht« sein sollen, ins Leere.

Was benötigt man hier: Man benötigt nicht nur einen »Fall-Manager«, weil es nicht nur um Management geht, sondern auch um eine intensive kontroverse Auseinandersetzung mit der Person. Man benötigt auch nicht nur einen Psychotherapeuten oder Suchtberater, weil es nicht nur um die seelischen und suchtspezifischen Störungen geht, sondern auch und vor allem um sehr praktische Hilfen. Man benötigt aber auch nicht nur Sozialarbeit, weil es auch darum geht, die besonderen Handycaps der Betroffenen angemessen einzubeziehen, zu fördern und die Interessen der betroffenen offensiv, selbstbewusst und institutionsneutral im Hilfesystem zu vertreten. Und es reicht natürlich auch nicht, gesetzlicher Betreuer zu sein, weil es nicht nur um die formale Vertretung von Rechtsansprüchen geht, sondern um eine sehr anspruchsvolle psychosoziale Tätigkeit, die weit über die Regelung formaler Rechtsfragen hinausgeht. Trotz allem vertreten Fall-Manager, Therapeuten, Suchtberater, Sozialarbeiter und gesetzliche Betreuer natürlich wichtige Aspekte des gemeinten. Letztlich geht es um etwas, was ich hier einmal als »Coach« bezeichnen möchte. Anteile davon sind z. B. im »Primary Nurse« System verankert, das als Pflegemodell in der Psychiatrie in manchen Kliniken umgesetzt wird. Ich denke auch, dass es Kollegen in der ambulanten Eingliederungshilfe und in der Suchtberatung gibt, die ihre Aufgabe so verstehen. Aus meiner Erfahrung verwirklichen die meisten der Kollegen dabei aber eher einen privaten Anspruch an die eigene Arbeit als einen Auftrag des Hilfesystems. Letzteres – also das Hilfesystem – möchte nämlich – das möchte ich hier mal behaupten – vor allem reibungslos funktionieren. Übermäßig autonome Patienten mit einem selbstbewussten »Coach« an der Seite könnten da schnell Ansprüche an ein Hilfesystem stellen, die das System nicht erfüllen will.

Auch soziale Systeme – gerade wenn sie jetzt auch zunehmend nach marktwirtschaftlichen Prinzipien funktionieren sollen – verkaufen natürlich am liebsten nicht individualisierte Hilfen, sondern Einheitsprodukte. Sonderwünsche machen Dienstleistungen kompliziert, anstrengend und

---

unrentabel. Zudem wollen hochqualifizierte Fachkräfte gut bezahlte hochqualifizierte Arbeit machen dürfen und nichts, was sie selbst als klassische Sozialarbeit ansehen würden.

Die beschriebene »Coaching«-Tätigkeit müsste also erheblich qualifiziert und aufgewertet werden. Wenn eine Person die oben beschriebenen Tätigkeiten adäquat umsetzen möchte, erfordert das eine klare Aufgaben- und Verantwortungszuschreibung, eine erheblich bessere Qualifizierung und eine starke Position im Hilfeplanungsprozess.

Gehen wir nun noch einmal zur Ausgangsfrage zurück: Konsequenz von der Person her denken – was würde das bedeuten? Es würde bedeuten, dass man die hilfeschuchenden Patienten durch die Bereitstellung individueller koordinierender Bezugspersonen so stärken und fördern müsste, dass sich ein neues Kräftegleichgewicht zwischen dem Markt psychosozialer Hilfen und den gehandicapten Betroffenen herstellt. Wenn das gelingen würde und die Betroffenen unterstützt durch ihre koordinierenden Bezugspersonen die eigenen Bedürfnisse so klar äußern dürften, dann bedürfte es nach meiner Überzeugung nicht mehr so starker Regulierungsprozesse. Dann würden nämlich tatsächlich die Gesetze des Marktes die Anbieterseite steuern.

Ich persönlich glaube sogar, dass viele der bestehenden Anbieter ihren bestehenden Platz halten könnten, weil unser Suchthilfesystem ja eigentlich fantastisch ist. Die Anbieter müssten sich nur tatsächlich an den Zielen orientieren, die ihnen von den Betroffenen gesetzt werden. Suchtberatungsstellen müssten wirklich zieloffen beraten im Hinblick auf verschiedene Hilfeangebote anstatt immer nur die eigene, für die Refinanzierung essenzielle abstinenzorientierte ambulante Reha, zu bedienen. Entzugsbehandlungen aus der psychiatrischen Pflichtversorgung heraus müssen analog der Daseinsfürsorge existenzielle Fragen der Betroffenen beantworten helfen und langfristige Hilfenkonzepte zur Verfügung stellen. Reha-Kliniken müssen Menschen tatsächlich – wie ich das von Lindow oder Wilhelmsburg gehört habe – in sinnstiftende Beschäftigung vermitteln, sei es auf dem ersten, zweiten oder dritten Arbeitsmarkt anstatt anachronistisch am Abstinenzdogma fixiert in die Perspektivlosigkeit zu entlassen. Kommunale Hilfen der Daseinsfürsorge müssen ausreichend verfügbar, kompetent und flexibel sein, um sich sachgerecht auch auf die Bedürfnisse suchtkranker Menschen einstellen zu können.

Wenn das alles so wäre, dann wäre es für den Betroffenen und den »Coach« leicht, sich im Helfefeld angemessen zu orientieren und frei die Hilfen zu nutzen, die adäquat und verfügbar sind. Es ginge dann eher da-

---

rum, finanzielle Anreize so zu setzen, dass tatsächlich die Bedarfe der Betroffenen bedient werden. Dabei wird eine angemessene Vertretung der Betroffenen durch die beschriebenen »Coaches« nur gelingen, wenn diese finanziell unabhängig abgesichert sind und im System eine starke Position erhalten. Das könnte z. B. dadurch gelingen, dass es ähnlich dem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) einen definierten Markt psychosozialer Hilfeangebote gibt, der kollektiv diese »Coaches« finanziert, die ihrerseits dem Hilfesystem zuweisen.

## Zusammenfassung

Die mir gestellte Aufgabe bestand darin, zu durchdenken, was es bedeuten könnte, Hilfen für suchtkranke Menschen konsequent von der Person her zu denken. Sie haben dabei bemerkt, dass das Ergebnis ganz anders ausfällt, als wenn man aus der Aufsicht auf eine Kommune Hilfenetze schmiedet. Aus der Perspektive der Betroffenen sind Hilfebedarfe viel individueller und erfordern vom Hilfesystem viel mehr Flexibilität. Das Thema »Sucht« rückt in seiner Dringlichkeit weiter nach hinten als wir vielleicht erwartet hätten. Stattdessen steht als Forderung im Mittelpunkt, den Betroffenen in einer Funktion, die ich als »Coach« oder im Sprachgebrauch der AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) als koordinierende Bezugsperson bezeichnet habe, einen Menschen an die Seite zu stellen, der mit den Betroffenen Hilfebedarfe erhebt, analysiert, auf Realitätstauglichkeit prüft, ggf. streitet, ordnet und gegenüber Leistungsträgern und Hilfesystem nach außen vertritt. Dabei handelt es sich um eine extrem anspruchsvolle Rolle, die bisher im bestehenden Hilfesystem in der Regel jeweils nur anteilig oder unzureichend integriert auf viele Personen verteilt wahrgenommen wird. Wenn diese Rolle angemessen besetzt ist, werden Bedarfe viel klarer erkennbar, sodass die verschiedenen, schon jetzt regional sehr leistungsfähigen Hilfeanbieter ihre Angebote entsprechend anpassen können.

Leichter wird es auf diese Weise für das Hilfesystem vielleicht nicht. Aber effizienter wird es ganz sicherlich, weil endlich die Bedarfe bedient werden, die die Leute tatsächlich benötigen: Und das ist eben tatsächlich nicht nur die Kontrolle von Rauschmittelkonsum und Abstinenz.



---

## Literatur

- MEYERS/John, R./SMITH/ELLEN, J.: CRA-Manual zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit, übersetzt von W. LANGE, M. REKER und K. SPITZBERG, Bonn, Psychiatrie-Verlag 2007
- STOFFELS, H.: Die Situationstherapie Viktor von Weizsäckers in sozialpsychiatrischer Sicht, in: Udo BENZENDÖRFER (Hrsg.): Anthropologische Medizin und Sozialmedizin im Werk Viktor von Weizsäckers, Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften