

Die Kunst des Machbaren im Umgang mit stark chronifizierten Suchtpatienten

Martin Reker

Seit dem Expertenbericht aus dem Jahre 1988 sind chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte (CMA) zunehmend in den Mittelpunkt versorgungspsychiatrischer Überlegungen gerückt. Dabei ist es relativ schnell gelungen, die Personengruppe zu definieren und sogar zu quantifizieren, Handlungskonzepte sind aber weiterhin Mangelware geblieben. Letztlich schien eindeutig, dass ein Konzept der »Harm Reduction« vermutlich die einzige Option wäre. Ein Blick auf das einzelne suchtkranke Individuum oder gar eine personenzentrierte Herangehensweise an diese Personengruppe sucht man in der wissenschaftlichen und therapeutischen Literatur (fast) vergeblich.

Dabei ist die Praxis hier weiter als die Wissenschaft. Insbesondere bei der Erstellung des Hilfeplanes mit Hilfe der Integrierten Behandlungs- und Reha-Planung (IBRP) werden individuelle Bedarfe chronisch mehrfach beeinträchtigter Menschen mit Alkohol- und Drogenproblemen differenziert personenzentriert erhoben. Zu den erhobenen Hilfefeldern gehören die Bereiche Wohnen, Arbeiten, Freizeitbeschäftigung, soziale Kontakte, Finanzen und Gesundheit. Interessant und anschaulich wird der Hilfeplanungsprozess freilich erst, wenn man diese Hilfefelder auf die Wünsche der einzelnen Person hinunterbricht. Wir wollen das kurz an einem fiktiven Beispiel durchdeklinieren:

<i>Hilfefeld</i>	<i>Wunsch des Patienten</i>
Wohnen	»Ich will alleine und selbstständig wohnen!«
Arbeit	»Ich will meine Ruhe haben!«
Freizeit	»Ich will Leute meines Alters um mich haben!«
Finanzen	»Ich brauche mehr Geld zu meiner Verfügung!«
Gesundheit	»Ich will wieder besser laufen können!«
Mobilität	»Ich möchte unbegrenzt den ÖPNV nutzen können!«
Familie	»Ich möchte meine Tochter mal wieder sehen!«
Partnerschaft	»Ich brauche keine Frau mehr!«

Verfügbarkeit formulierter Zielvorstellungen

Wünschen darf man sich alles. Dieser altkluge Vorsatz ist manchem schon in Kindheit und Jugend auf die Nerven gegangen. Er gilt weiterhin, auch für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke. In der Zusammenarbeit kommt es im Verlauf darauf an, die Wünsche und Bedarfe der Betroffenen zunächst auf Ihre Qualität hin zu überprüfen.

Leicht verfügbare Ziele betreffen Bedarfe, die unmittelbar und weitgehend unlimitiert zur Verfügung stehen. Dazu könnte z. B. die Suppenküche in einer Stadt gehören, die dem Betroffenen dabei hilft, eine gesunde Ernährung zu sichern. Aufseiten des Helfers reicht hier oft ein Hinweis.

Andere Ressourcen können dem Betroffenen nur mit Unterstützung von außen verfügbar gemacht werden. Dazu gehören z. B. Hilfen aus der Eingliederungshilfe. Die Betroffenen benötigen einen Sozialarbeiter, der mit ihnen den Antrag auf Eingliederungshilfe formuliert und sie ggf. in der Hilfeplankonferenz unterstützt.

Manchmal ist es für den Patienten noch schwieriger, sich das gewünschte Ziel verfügbar zu machen. Das gilt z. B. dann, wenn die gewünschte Ressource nur limitiert verfügbar ist und eine Verfügungsgewalt über die Ressource nur im Wettbewerb mit anderen Mitkonkurrenten gelingen kann. Dazu können z. B. Arbeitsgelegenheiten gehören, also 1-Euro-Jobs, die von der ARGE meist nur in begrenztem Umfang zur Verfügung gestellt werden können.

Manche Wünsche, die der Patient hat, kann er/sie nur verwirklichen, wenn er vorher sein Kompetenzspektrum erweitert. Dazu gehört z. B. der (Wieder-)Erwerb des Führerscheins. Die meisten Patienten benötigen dafür Training und Unterstützung.

Letztlich gibt es Ressourcen, die den Betroffenen zunächst nicht zur Verfügung stehen, die aber über den Rechtsweg erstritten werden können. Dazu könnte z. B. die Aufnahme eines chronifizierten Patienten in eine Rehabilitationsklinik gehören oder der Erwerb einer Rente wegen Erwerbsminderung. Manchmal entscheidet erst der Rechtsstreit vor dem Sozialgericht über die abschließende Ressourcenverteilung.

Für die Verfügbarkeit gewünschter Ressourcen ist es häufig entscheidend, ob und ggf. in welchem Umfang sich Helfer bereit finden, den Betroffenen die gewünschte Ressource zugänglich zu machen

Das wiederum liegt am Engagement und an der Fachlichkeit des beteiligten Professionellen. Ob und ggf. in welchem Umfang er oder sie dann

Verantwortung übernimmt, wird für den weiteren Verlauf von entscheidender Bedeutung.

Ressourcen des Patienten

Patienten sind auf dem Weg zur Erreichung ihrer Ziele mit unterschiedlichen Ressourcen ausgestattet. Dazu gehören kognitive Leistungsfähigkeit, körperliche Fitness, Kommunikationsvermögen und ein stützendes soziales Umfeld. Ein Mangel an diesen Ressourcen entsteht aus hirnerkranklicher Beeinträchtigung, gesundheitlichen Schädigungen und Beeinträchtigungen sozialer Kompetenz. Alle diese Variablen wirken sich auf die Chancen des Betroffenen aus, eigene Ziele aus eigener Kraft verwirklichen zu können.

Einengende Rahmenbedingungen

In besonderer Weise einschränkend sind für die Betroffenen häufig die Grenzen der Ressourcen in den helfenden Institutionen sowie begrenzte Finanzvolumen, die grundsätzlich sinnvolle Hilfen begrenzen. Gelegentlich stehen auch ideologische Grenzen im Weg, wenn es darum geht, spezifische Hilfen für sich zu nutzen.

Der »Community Reinforcement Approach« (CRA) als Paradigma für personenzentrierte Hilfen: Eine Machbarkeits-Prüfung

Der CRA-Ansatz, der seit 2006 von unserer Bielefelder Arbeitsgruppe im deutschsprachigen Raum beworben wird, wählt als ersten Schritt in die Behandlung eine Zufriedenheitsskala, in der aus Sicht des Patienten die Hilfefelder bestimmt werden, in denen aus subjektiver Betroffensicht Hilfebedarf besteht. Andere Hilfefelder, bei denen der Therapeut Handlungsbedarf sieht, der Klient aber nicht, bleiben zunächst unberücksichtigt. In einem zweiten Schritt werden aus der Zufriedenheitsskala heraus individuell relevante Ziele bestimmt und kleinschrittig erarbeitet.

Der praktische Umgang mit Zufriedenheitsskala und Zielbestimmung lässt schnell erkennen, dass es sich hier nicht um ein reines Wunschkonzert handeln kann. So müssen initial Ziele auf ihre Legitimität hin untersucht werden. Insbesondere die Achtung der Bedürfnisse Dritter sowie deren Recht auf Selbstbestimmung setzt den Wünschen der Klienten Grenzen. Zudem muss geklärt werden, ob die formulierten Ziele tatsächlich realistisch

sind. Selbst wenn der Wunsch nach Wiederbeschäftigung nachvollziehbar ist, so kann es doch unrealistisch sein, auf dem ersten Arbeitsmarkt einen Arbeitsplatz zu bekommen. Es gehört also zum Behandlungsprozess dazu, dass die Betroffenen lernen müssen, realitätstaugliche und legitime Wünsche zu formulieren, an denen im weiteren Verlauf tatsächlich mit Optimismus gearbeitet werden kann.

- Patient formuliert Zielsetzung (z.B. Wohnraum)
- Überprüfung, ob die Zielsetzung legitim ist.
- Überprüfung, ob das Ziel realistisch ist.
- Überprüfung, was der Patient einbringen muss, um sich sein Ziel zugänglich zu machen.
- Überprüfung, welche Hilfen erforderlich sind, um das Ziel zu erreichen.
- Erstellung eines Handlungskonzeptes, inkl. Zeitplan.

Abb. 1:

In einem weiteren Schritt geht es nun darum, Aufgaben und Verantwortung bei der Erarbeitung des angestrebten Zieles zu verteilen. Dabei ist es wichtig, Klienten nicht zu überfordern, aber auch nicht zu unterfordern. Was Patienten und Patientinnen selbst können, sollen sie auch selbst erledigen. Trotzdem sollen gerade die ersten Schritte in dieser Hinsicht nicht als Motivationsproben hochstilisiert werden. Der erste Anruf beim Suchtberater oder beim Arbeitgeber kann sehr aversiv besetzt sein. Hier lohnt es sich meist eher, eine Anschubmotivation zu leisten und den ersten Anruf gemeinsam zu tätigen, um die Eingangsschwelle zu überwinden. Bei der Verselbstständigung brauchen viele Klienten Hilfe und Ermutigung. Die angemessene Mischung aus gerechter und angemessener Forderung und authentischer Ermutigung sind die Grundlage für erfolgreiches Handeln. Wo tatsächlich Grenzen und Möglichkeiten einer Person liegen und wie sich das in der Verantwortungsverteilung widerspiegelt, muss oft erst im Verlauf erprobt und entsprechend angepasst werden. Am schwierigsten ist meist nicht die Frage, was jemand tatsächlich leisten kann, sondern was er wollen kann.

Wenn klar ist, was der Klient selbst kann, wird auch deutlich, wobei er/sie Hilfe benötigt. Diese Hilfe kann vom Therapeuten kommen. Perspektivisch tragfähiger ist es oft, wenn aus dem sozialen Umfeld Hilfe rekrutiert werden, die den Klienten von dem Therapeuten unabhängig halten. Hier können erste Ansätze für ein Netzwerk entstehen, das sich auf Dauer wechselseitig stützen lernen kann. Im letzten Schritt geht es schließlich darum, einen konkreten Hilfeplan zu erstellen. Die kleinschrittigen Zwischenziele werden in eine Reihenfolge gebracht, Verantwortlichkeiten notiert und verbindliche Zeitfenster festgelegt, in denen die Aufgaben erledigt sein sollen. Es werden Rückmeldeschleifen besprochen und Verbindlichkeiten hergestellt, damit alle Beteiligten »bei der Stange« bleiben und Korrekturen möglich sind. Zudem müssen Krisen und Fehlschläge bedacht werden. Krisenabsprachen und »Worst-Case-Szenarios« können eine große Hilfe dabei sein, mit den Füßen auf dem Boden der Tatsachen und des Machbaren zu bleiben.

Chronifizierte Patienten und Menschen mit komplexem Hilfebedarf stellen für einzelne Helfer und Institutionen oft eine Überforderung dar. Wenn z. B. chronische Suchtprobleme, starke körperliche Beeinträchtigung, Straffälligkeit bzw. Gewaltbereitschaft und/oder Sprachprobleme und ein fremder Kulturhintergrund in einer Person zusammentreffen, müssen sich verschiedene Fachlichkeiten und Institutionen zusammenfinden, um diesem Hilfebedarf gerecht zu werden. Mancher große Träger kann das aus eigener Kraft leisten, die meisten können das nur in Verbindung mit anderen. Somit ergibt sich der Bedarf für umfassende Verantwortungsgemeinschaften, die sich gemeinsam und abgestimmt um die Probleme eines solchen Klienten bemühen.

Zu einer solchen Verantwortungsgemeinschaft könnte gehören der betreuende Mitarbeiter aus der ambulanten Eingliederungshilfe, der gesetzliche Betreuer, der Psychiater aus der Psychiatrischen Institutsambulanz, der Suchtberater und ein Angehöriger aus der Familie, vielleicht auch der zuständige Vormundschaftsrichter. In anderen Konstellationen würden andere Helfefelder hinzukommen, andere fern bleiben können, z. B. die Bewährungshilfe, die Jugendhilfe oder der Fallmanager der ARGE.

Es gibt verschiedene Matrizen, auf denen sich diese Verantwortungsgemeinschaften organisieren können, am besten etabliert sind die Gemeindep psychiatrischen Verbände. Ansatzpunkt können aber auch regionale Suchthilfenetzwerke oder Netzwerke aus der Selbsthilfe sein. Es gibt nicht nur einen Weg, solche Verantwortungsgemeinschaften zu bilden. Allerdings ist es nicht nötig, das Rad in jeder Region neu zu erfinden.

Das »Netzwerk People First Deutschland e. V.« hat ein Arbeitsbuch für behinderte Menschen verfasst, das den Prozess, um den es hier geht, in eine auch für behinderte Menschen leicht lesbare Form gebracht hat. Das Arbeitsbuch trägt den Titel »Käpt'n Life und seine Crew«. Der behinderte Mensch stellt sich hier als Person mit eigenen Wünschen und Ansprüchen an das eigene Leben vor, der für die große Fahrt eine Mannschaft benötigt, die ihn unterstützt. Dafür muss er gut wissen, was er selbst kann und welche Aufgaben mit Unterstützern besetzt werden müssen. Diese Unterstützer sucht er sich, ggf. mit Beratung, selbst aus. Draußen auf dem Meer des Lebens gibt es ruhige Tage und schwere Unwetter. Wer schlecht vorbereitet ist und keine gute Mannschaft hat, ist leicht in Gefahr, unterzugehen. Gut vorbereitet und mit starker Mannschaft sind eigentlich fast alle Aufgaben zu meistern. Fast.