

Versorgungslage von chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitserkrankten (CMA) in der Bundesrepublik Deutschland

Vortrag auf dem Fachtag

„Verantwortung für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitserkrankte (CMA) in Mecklenburg-Vorpommern“ - Versorgungsrealität und Entwicklungsperspektiven – am 02.12.2006 in Rostock

Zur Vorgeschichte des Begriffes „chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke“

Menschen mit Suchtproblemen ohne klare Zukunftsperspektive und ohne soziale Bindungen haben schon die deutsche Gesellschaft des späten 19. Jahrhunderts sehr beschäftigt. Pastor Friedrich von Bodelschwingh, der in dieser Zeit die nach ihm benannten von-Bodelschwingschen-Anstalten in Bielefeld-Bethel aufgebaut hat, hat sich dafür stark verantwortlich gefühlt und am Rande der Stadt Bielefeld Einrichtungen gegründet, wo Wanderarbeiter über Arbeit und Beschäftigung den Weg zurück in die Gesellschaft finden sollten. „Wilhelmsdorf“ war eine der ersten Einrichtungen der späteren Wohnungslosenhilfe, die für Bethel bis heute prägend geblieben ist. Im Jahr 1900 wurde über das Vormundschaftsgesetz eine Regelung geschaffen, trunksüchtige Menschen längerfristig geschlossen unterzubringen, um sie über Arbeit ggf. auch ohne ihr Einverständnis auf den rechten Weg zurückbringen zu können. Diese paternalistische Haltung hat die Kaiserzeit und die Weimarer Zeit stark geprägt. In nationalsozialistischer Zeit sind viele Einrichtungen, die sich diesem Thema gewidmet haben, aufgelöst worden und die bis dahin dort untergebrachten Personen als unwertes Leben in Lagern untergebracht und/oder umgebracht worden. Nach dem letzten Weltkrieg entstanden viele Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe neu, die Suchtkrankenhilfe konzentrierte sich stattdessen in der Bundesrepublik auf abstinenzmotivierte Patienten. Sie sollten über den sogenannten „Königsweg“ von Suchtberatung, stationärer Rehabilitation auf der grünen Wiese und anschließender Nachbetreuung in Selbsthilfegruppen dauerhaft auf den Pfad der Tugend zurückgeführt werden. Während dieser Weg für eine kleine Gruppe der Alkoholabhängigen gangbar war,

blieb der sehr viel größere Teil zurück und erhielt vom sozialen Hilfesystem wenig Unterstützung. Grundsätzlich galt, dass suchtkranke Menschen erst an ihrem Tiefpunkt angekommen sein müssen, bevor sie erkennen können, dass nur ein abstinentes Leben für sie Zukunft verspricht. Bis dahin wurde den Betroffenen in der Regel wenig Unterstützung zur Verfügung gestellt.

Nachdem die Suchtkranken in der Psychiatrie-Enquetè 1973 nur eine untergeordnete Rolle gespielt hatten, bemühte sich der Bericht der Expertenkommission aus dem Jahre 1988 darum, nicht nur die abstinenzmotivierten, sondern alle suchtkranken Patienten zu erfassen und entsprechende Hilfe- und Versorgungsangebote zu planen. In diesem Bericht wurde erstmals der Begriff des „chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken“ geprägt, dem spezifische Hilfen zur Verfügung gestellt werden sollten, um Leben zu sichern und um Chancen für eine Besserung in Aussicht zu stellen. 1989 hat dann Günther Wienberg diese Personengruppe als „vergessene Mehrheit“ erkannt und dazu aufgerufen, als Hilfesystem auch für diese Personengruppe Verantwortung zu übernehmen.

Bis in die 70er Jahre hinein hat in Westdeutschland ausschließlich die traditionelle Suchtkrankenhilfe (Beratungsstellen, Fachkliniken und Selbsthilfegruppen) Hilfeangebote für suchtkranke Patienten gemacht. Erst nachdem 1968 vom Bundessozialgericht Sucht als Krankheit anerkannt worden war, hat Schritt um Schritt auch das medizinische Hilfesystem Mitverantwortung für diese Gruppe übernommen. Psychiatrische Kliniken haben ab den 80er Jahren Suchtabteilungen aufgebaut und damit neue Optionen geschaffen, um auch chronifizierten und körperlich kranken Suchtkranken Patienten ein Hilfeangebot machen zu können.

Nachdem bis zu diesem Zeitpunkt nachgewiesene Abstinenzbereitschaft Voraussetzung für die Aufnahme einer qualifizierten suchtspezifischen Behandlung gewesen war, ermöglichten die niedrighschwelligten psychiatrischen Konzepte ab den 80er und 90er Jahren für chronifizierte suchtkranke Patienten einen Zugang zu entsprechenden angemessenen Hilfeangeboten. Theoretische Grundlage dafür war die sogenannte „Zielehierarchie“ nach Schwon und Krausz, die im Gegensatz zu früheren Paradigmen nicht die Abstinenzbereitschaft in den Vordergrund stellte, sondern die Notwendigkeit der Überlebenssicherung. Schrittweise sollten über Trinkmengenre-

duktion, schrittweise anwachsende trinkfreie Zeiten, Prophylaxe gegenüber Chronifizierung von körperlichen und seelischen Erkrankungen und Motivierung für höher-schwellige Ziele längerfristig Entwicklungen eingeleitet werden, die der subjektiven Realität der Betroffenen Tribut zollen sollten.

Zu diesem Zeitpunkt entstand die Notwendigkeit, für umschriebene Personengruppen adäquate Hilfen zu planen. Insofern ging es an dieser Stelle darum, auch den Terminus des „chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken“ definitiv zu erfassen, um qualitativ und quantitativ entsprechende Versorgungsplanungen umsetzen zu können.

Zur Definition des chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken (CMA)

Der erste Versuch einer Definition entstammt einem Projekt von Prof. Albrecht von der Soziologischen Fakultät in Bielefeld aus dem Jahre 1994, dessen Mitarbeiter Thomas Hilge die Vorarbeiten in die sogenannte „Braunschweiger Merkmalsliste“ (BML) einbrachte, die im Jahre 1999 von Hilge und Schulz in der Zeitschrift „Sucht“ veröffentlicht wurde. Zu den Items dieser BML gehörten damals Wohnungslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, Single Status („alleinstehend“), Lebensunterhalt durch Sozialhilfe oder EU-Rente, gesetzliche Betreuung, Vorstrafen, mehr als 10 Entgiftungen oder 52 Wochen im Krankenhaus, Einweisung per Beschluss, Heimunterbringung, Entzugskrampfanfälle, Alkoholpsychosen, Delirien, Gangstörungen, Lebererkrankungen und Gastritis (Magenschleimhautentzündung). Im gleichen Jahr bildete sich im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums eine „Arbeitsgruppe CMA“, die ihrerseits einen Definitionsvorschlag zur Operationalisierung von chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigkeitskranken von psychotropen Substanzen formulierte. Sie unterschieden letztlich vier Kriterienbereiche: Konsumverhalten, Behandlungserfahrung, gesundheitliche Situation und soziale und rechtliche Situation. In drei von diesen vier Kriteriums-bereichen sollte mindestens 1 Punkt erreicht werden, damit von einem „chronisch mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen“ gesprochen werden kann. Der Definitionsvorschlag bezog sich dabei vorläufig nur auf Alkohol- und Opiatabhängige. Perspektivisch sollte der Terminus auch auf die Abhängigkeit von anderen psychotropen Substanzen übertragen werden können. Zu den einzelnen Definitions-

bereichen wird auf den entsprechenden Fachaufsatz in der Zeitschrift „Sucht“ (45. Jahrgang, Heft 1, Jahrgang 1999, Seite 10) verwiesen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Personengruppe der CMA gekennzeichnet ist durch umfangreiche Folgeprobleme in verschiedenen Bereichen, erheblich eingeschränkte oder fehlende Abstinenzfähigkeit (oder Bereitschaft?), eine gesellschaftliche Desintegration ggf. mit Ausbildung einer eigenen Subkultur sowie Perspektivenlosigkeit und Fatalismus bei Patienten und zuständigen Professionellen.

Zur Frage der Eigenverantwortlichkeit des CMA

Häufig wird bei der Versorgungsplanung mehr über die chronisch mehrfachbeeinträchtigten Suchtkranken als mit ihnen gesprochen. Dabei stellt sich die Frage, ob nicht auch diese Personengruppe ihr Leben eigenverantwortlich planen und gestalten könnte. Niemandem soll mehr Verantwortung abgenommen werden, als er selbst zu tragen in der Lage ist. Es soll aber auch niemand überfordert werden. Für die Versorgungsplanung hat diese Fragestellung, wie die folgenden Ausführungen noch zeigen werden, eine entscheidende Bedeutung.

CMA-Patienten sind durch verschiedene Beeinträchtigungen in ihrer Handlungsplanung beeinträchtigt. So stehen sie zunächst außerhalb institutioneller Behandlungen überwiegend unter Alkoholeinfluss und sind schon dadurch weniger in der Lage, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Grundsätzlich müsste dies in abstinenten Zuständen anders sein. Häufig steht in diesen Phasen aber Suchtdruck („Craving“) so stark im Vordergrund, dass alle perspektivischen Planungen dem Trinkbedürfnis untergeordnet werden. Eine weitgehend „freie“ Entscheidung ist sicher erst nach mehreren Wochen zu erwarten, wenn eine gewisse Distanzierung von der Konsumphase gelungen ist. Haben aber suchtkranke Patienten schon mehrere Jahrzehnte Alkohol getrunken, sind kognitive Einschränkungen zu bemerken, die in die Frage der Eigenverantwortlichkeit mit eingehen. Am bekanntesten sind die Gedächtnisstörungen, die beim sogenannten Korsakow-Syndrom so ausgeprägt sind, dass neu Erlebtes vom Gehirn gar nicht mehr abgespeichert wird. Neue Erfahrungen können deswegen in Handlungsplanungen nicht mehr einbezogen werden, weil sie im Planungsprozess nicht mehr präsent sind. Da gleichzeitig aber die meisten intellektuel-

len Funktionen unbeeinträchtigt sind, fällt es nicht leicht, den betroffenen Personen die Verantwortung für die eigene Person ganz abzugeben zu wollen.

Von größerer Bedeutung dürften Störungen exekutiver Frontalhirnfunktionen sein, die in den letzten Jahren in der Grundlagenforschung eine zunehmende Bedeutung erhalten haben. Der präfrontale Kortex im Stirnhirn ist zuständig für Handlungsplanung einerseits und die Verbindung von Erinnerungsinhalten mit emotionaler Bedeutungszuschreibung andererseits. Beide Funktionen sind bei chronisch alkoholkranken Patienten nachweislich beeinträchtigt. Dies führt dazu, dass komplexe Handlungsentwürfe nicht mehr erstellt und umgesetzt werden können. Die Betroffenen sind dadurch sehr stark gegenwartsorientiert und zu komplexen Veränderungsplänen häufig schon kognitiv nicht mehr in der Lage. Von besonderer Bedeutung dürfte aber auch die Tatsache sein, dass negative Erfahrungen im Kontext mit dem Alkoholkonsum, also z.B. schmerzhafte Stürze, als Ereignis zwar abgespeichert werden, häufig aber nicht mit dem zugehörigen negativen Affekt verbunden werden und damit nicht handlungsleitend werden. Negative Ereignisse sind in der Erinnerung also nicht negativ besetzt und führen deswegen nicht mehr dazu, das eigene Trinkverhalten korrigieren zu wollen. Sowohl die Störungen in der Handlungsplanung als auch die in der Verbindung von Erinnerungsleistung und emotionaler Zuschreibung sind im unmittelbaren Kontakt häufig zunächst nicht erkennbar. Für die Fähigkeit, selbst Veränderungen initiieren zu können und damit eigenverantwortlich handeln zu können, sind sie aber von immenser Bedeutung. Welchen Stellenwert diese Beeinträchtigungen aber für die Eigen- und Fremdverantwortung haben, muss eine ethische Grundlagendiskussion erst noch zeigen. Für den Moment erscheint es hilfreich, der Beeinträchtigung dieser Funktionen mehr Aufmerksamkeit zu schenken, um von Patienten letztlich auch nicht mehr abzufordern als sie tatsächlich leisten können.

Formulierung von Behandlungszielen – eine Frage der Perspektive?

Aus therapeutischer Sicht fällt es häufig gar nicht so schwer, für einen Betroffenen die offensichtlich richtige Entscheidung zu treffen. Gerade wenn dem Betroffenen der Alkoholkonsum völlig entglitten ist und seelische und körperliche Erkrankungen immer weiter in den Vordergrund treten, scheint eindeutig, dass ein geschützter Rahmen, der auch vor weiterem Alkoholkonsum schützt, zwingend indiziert ist. Diese

Sichtweise wird häufig von den Angehörigen unterstützt. Aus der Sicht der Betroffenen sieht dies dann schon ganz anders aus. Viele Suchtkranke haben 30 oder 40 Jahre lang getrunken, ohne dass sich andere eingemischt haben und verstehen dann gar nicht, warum dies nun plötzlich anders sein soll. Sie beharren auf ihrer Eigenverantwortlichkeit und - wie oben ausgeführt - ist den Betroffenen diese Eigenverantwortlichkeit auch nicht immer leicht abzusprechen. Das Betreuungsrecht ist in den letzten Jahren dazu übergegangen, die Eigenverantwortung des chronisch Suchtkranken stärker in den Vordergrund zu rücken. Umgangssprachlich wird dies häufig unter die Formel gebracht, dass es auch ein Recht gebe, „sich tot zu trinken“. Neben Therapeuten, Angehörigen und Betroffenen gibt es schließlich noch Kostenträger und die Gesellschaft insgesamt, die eine eigene Sichtweise einbringen. Während die Gesellschaft über lange Jahre den Fürsorgeaspekt sehr in den Vordergrund gerückt hat, steht unter dem Aspekt des „Förderns und Forderns“ die Eigenverantwortlichkeit zuletzt mehr im Vordergrund. Unterstützung sollen nur die erhalten, die sich auch selbst anstrengen. Kostenträger haben dies inzwischen weitgehend umgesetzt. Am Beginn geförderter Maßnahmen nach § 53 oder 67 SGB XII stehen klare Zielbestimmungen als Aufträge für Betroffene und deren professionelle Begleiter. Werden diese Behandlungsziele verfehlt oder ist eine Kooperationsbereitschaft der Betroffenen überhaupt nicht zu erkennen, werden Maßnahmen sehr viel früher abgebrochen als noch vor einigen Jahren, selbst wenn sich daraus eine Gefährdungssituation für die Betroffenen ergibt. .

In der Versorgungsplanung kommt es also darauf an, die unterschiedlichen Bedürfnisse der genannten Gruppen miteinander in ein Gleichgewicht zu bringen, das dem bestehenden gesellschaftlichen Wertesystem entspricht, den subjektiven Bedürfnissen der Betroffenen gerecht wird und die Erfahrungen und Einstellungen der Professionellen und Angehörigen angemessen berücksichtigt.

Welche Hilfesysteme sind nützlich?

Im deutschen Hilfesystem für chronisch suchtkranke Patienten sind sehr differenzierte Angebote vorgesehen. Das SGB V sieht Hilfen für akut kranke Patienten vor. Krankenhäuser, Institutsambulanzen und niedergelassene Ärzte bieten Angebote zur Entzugsbehandlung sowie zur Behandlung seelischer und körperlicher Erkrankun-

gen. Stellt sich heraus, dass über die Chronifizierung der Suchterkrankung und der Begleitstörung eine Behinderung entstanden ist, die keine Heilung mehr zulässt, bestehen Angebote zur ambulanten und stationären Eingliederungshilfe nach § 67 SGB XII, die in den meisten Städten nicht nur abstinent lebenden Alkoholikern, sondern auch „nassen“ Patienten Entwicklungsmöglichkeiten bieten. Wenn Patienten zu solchen Eingliederungshilfemaßnahmen (noch) nicht bereit sind und besondere soziale Schwierigkeiten im Vordergrund stehen, insbesondere Wohnungslosigkeit und Straffälligkeit, greifen Hilfen nach §§ 53, 54 SGB XII. Über die Bewältigung dieser besonderen sozialen Schwierigkeiten kann häufig auch Einfluss auf die Suchterkrankung genommen werden. Steht die Suchterkrankung und eine begleitende psychische Erkrankung aber so im Vordergrund, dass sie der Vermittlung in Wohnraum im Wege stehen, wird eine Vermittlung in eine Einrichtung der Eingliederungshilfe angestrebt, weil die Handlungsmöglichkeiten dort in der Regel spezifischer und auch umfangreicher sind.

In jeder Stadt gibt es eine Reihe von Menschen, die sich diesen Hilfen nicht zur Verfügung stellen, insbesondere weil die Betroffenen in mit öffentlichen Mitteln unterhaltenen Wohnrichtungen finanziell mit ihrem Taschengeld auskommen müssen. Chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängigkeitskranke dieser Personengruppe werden nach dem Ordnungsbehördengesetz in städtischen Unterkünften untergebracht, wo sie meist von Sozialarbeitern betreut werden. Ziel dieser Unterbringung ist die Vermittlung in adäquaten Wohnraum bzw. in spezifische Einrichtungen. In Bielefeld hat sich im Rahmen des Modells „Besser ist wohnen“ gezeigt, dass mit besonderer Förderung der größte Teil der in städtischen Unterkünften unterbrachten Patienten tatsächlich auch in höherwertigen Wohnraum vermittelt werden kann. Eine besondere Option stellt dabei das sogenannte „Hotel Plus“ dar, das erstmals in Köln und dann auch in Münster etabliert wurde. Schwer vermittelbare chronisch psychisch und suchtkranke Patienten leben dort in einem Hotelsetting, in dem sie ein eigenes Zimmer haben, mit bestimmten Spielregeln, die von einem Sozialarbeiter im Haus überwacht werden. Es hat sich gezeigt, dass sonst schwer einzugliedernde Menschen in diesem Setting ein relativ hohes Maß an Freiheit für sich behalten können, ohne darin in der Art und Weise zu verwehrlosen, wie dies in städtischen Unterkünften häufig der Fall ist.

Eine letzte Option, die hier nicht fehlen soll, ist die Familienpflege, die im Rahmen stationärer Eingliederungshilfen gewährt werden kann. Familienpflege hat in Baden-Württemberg, aber auch in Ostwestfalen in den letzten Jahrzehnten große Dienste geleistet. Nichtprofessionelle Familien erhalten einen Pflegesatz vom überregionalen Sozialhilfeträger und nehmen dafür chronisch psychisch oder suchtkranke Menschen bei sich auf, die in das eigene familiäre Alltagsleben integriert werden. Die Familien werden ihrerseits von einem Sozialarbeiter ambulant betreut und unterstützt, um mögliche Krisen aufzuarbeiten oder noch besser im Vorfeld abfangen zu können.

Wie reguliert man die Zugangsschwellen in die beschriebenen Hilfesysteme?

Bei der Bedarfsplanung hängt letztlich viel davon ab, ob tatsächlich der Anspruch besteht, alle bedürftigen Menschen in einer bestimmten Region zu erreichen und adäquat zu versorgen. Beschränkt man sich auf eine reine Kommstruktur, wird der Großteil der genannten Personengruppe sicher nicht erreicht. Wird z.B. bei der ambulanten Eingliederungshilfe Abstinenz zur Eingangsvoraussetzung, ist der Bedarf sehr viel kleiner, als wenn auch nasse Patienten ambulant betreut werden können. Zudem entwickeln sich Bedarfe anders, wenn man das Selbstbestimmungsrecht der Patienten sehr hoch bewertet. Ist das Hilfesystem eher patriarchalisch ausgerichtet, entsteht schnell der Bedarf, möglichst viele dieser Patienten in geschlossenen Heimen unterzubringen. Überörtliche Sozialhilfeträger berichten, dass stationäre Heimplätze insbesondere für psychisch Kranke in den letzten Jahren überwiegend abgebaut worden sind. Plätze für chronisch suchtkranke Patienten, insbesondere Patienten mit Korsakow-Syndrom, sind in den letzten Jahren vermehrt eingerichtet worden und werden insbesondere von gesetzlichen Betreuern zunehmend eingefordert.

Schließlich stellt sich die Frage, ob dem Grundgedanken der Eingliederungshilfe folgend ein Rechtsanspruch auf entsprechende Hilfemaßnahmen faktisch umgesetzt werden soll oder ob über Kontingentierung und Rationierung die Hilfen nur für eine begrenzte Zahl von Betroffenen zur Verfügung gestellt werden. Dann kommt es automatisch zu Selektionsprozessen, die am ehesten über Wartelisten erfolgen können. In der Regel erhalten gerade die Patienten, die am meisten Hilfe benötigen, dann keine Unterbringungsmöglichkeit, weil sie sich auf der Warteliste nicht so lange halten können.

Welchen Minimalanspruch haben wir an die Gesellschaft, in der wir leben?

Die Ausführungen über die Zugangsschwellen könnten den Eindruck erwecken, als sei die Definition dieser Schwelle beliebig. Es stellt sich also die Frage, welchen Anspruch die Gesellschaft an die Versorgung chronisch mehrfachbeeinträchtigter Suchtkranker überhaupt hat. Einige solcher Grundannahmen sollen im Folgenden formuliert werden.

Ein wichtiger Anspruch liegt darin, dass kein chronisch kranker Mensch aus Mangel an Hilfe auf der Straße „krepieren“ soll. Jeder soll ein Recht auf ein Dach über dem Kopf haben, und sei es auch zunächst nur so einfach strukturiert wie eine städtische Unterkunft. Jeder soll ein Recht auf eine neue Chance behalten, auch wenn er in der Vergangenheit viele Angebote ausgelassen oder ungenutzt gelassen hat. Auch nach einer desolaten Lebensführung verdient jeder dieser Patienten als Gegenüber Respekt, selbst wenn er von der Verantwortung für das eigene Leben nicht freigesprochen werden soll. Wichtig erscheint zudem, dass jeder der Betroffenen ein Recht auf Schutz vor Übergriffen hat. Dies erscheint insbesondere deswegen wichtig, weil diese Personengruppe Übergriffen in den letzten Jahren immer wieder ausgesetzt gewesen ist.

Welchen Minimalanspruch haben wir an unsere CMA-Klienten?

Bei allem verantwortlichen Versorgungsdenken soll nicht außer Acht gelassen werden, dass auch an die CMA-Klienten Ansprüche gestellt werden dürfen. Angesichts der aktuellen gesellschaftlichen Situation soll betont werden, dass Hilfen aus öffentlicher Hand kein Selbstbedienungsladen sind. Wer Hilfen aus öffentlicher Hand annimmt, muss respektvoll damit umgehen und den ihm selbst möglichen Anteil einbringen, und sei er auch noch so klein. Auch CMA-Klienten müssen Grenzen des Hilfesystems und seiner Helfer respektieren. Unumstößlich ist vor allen Dingen der absolute Gewaltverzicht. Wer als chronisch mehrfachbeeinträchtigter Abhängiger Gewalt gegenüber Mitarbeitern oder in der Einrichtung praktiziert, gehört angezeigt und ggf. in die Forensik oder ins Gefängnis.

Tim Kähler, Sozialdezernent der Stadt Bielefeld, hat in seinem Beitrag zu dem Buch „Kommunale Steuerung und Vernetzung im gemeindepsychiatrischen Verbund“ aus dem Psychiatrie-Verlag im Jahre 2006 festgestellt: „Ein Staat ist nach meiner Auffassung nur so stark, wie er mit den Schwächsten umgeht“.

Auch in ökonomisch schwierigeren Zeiten sollte dies im neuen Jahrtausend für die deutsche Gesellschaft gelten dürfen.

Dr. med. Martin Reker
Ev. Krankenhaus Bielefeld
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Abtl. Abhängigkeitserkrankungen
Remterweg 69/71
33617 Bielefeld
Telefon: 0521/ 772 – 78651
Fax: 0521/ 772 – 78652
E-Mail: Martin.Reker@evkb.de