

**Ausschuss für Angelegenheiten der
psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Sachsen-Anhalt**

**Versorgung von „chronisch mehrfach
geschädigten“ Suchtkranken**

Beiträge zur Ausschuss-Sitzung
am 25.10.2000 in Quedlinburg

Ausschuss für Angelegenheiten der
psychiatrischen Krankenversorgung
des Landes Sachsen-Anhalt

Versorgung von „chronisch mehrfach
geschädigten“ Suchtkranken

Beiträge zur Ausschuss-Sitzung
am 25.10.2000 in Quedlinburg

Herausgegeben von
Ulrike Feyler, Bernburg,
Dietrich Rehbein, Quedlinburg,
Felix M. Böcker, Naumburg

Halle 2001

Ausschuss für Angelegenheiten der psychiatrischen
Krankenversorgung des Landes Sachsen-Anhalt
Geschäftsstelle: c/o Landesamt für Versorgung und Soziales
Neustädter Passage 15, 06122 Halle/Saale
Tel. +49- 345- 6912 305 (Fax 308)

Dr. med. Ulrike Feyler
Chefärztin der Klinik für Suchtkrankheiten
am Salus gGmbH Fachkrankenhaus Bernburg,
Olga-Benario-Str. 16-18, 06406 Bernburg
Tel. +49- 3471- 344 216 (Fax 344 400)

Dr. med. Dietrich Rehbein
Amtsarzt des Landkreises Quedlinburg
Gesundheitsamt, Schmale Str. 13, 06484 Quedlinburg
Tel. +49- 3946- 76 600 (Fax 76 633)

Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker
Chefarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
am Kreiskrankenhaus Saale-Unstrut
Friedensstraße 7, 06618 Naumburg
Tel. +49- 3445- 72 1800 (Fax 72 1802)

Vorwort:

Anknüpfend an zwei Sitzungen zur „Gemeindenahen Suchtkrankenversorgung“ im September 1995 und Februar 1996 hat sich der Ausschuss anlässlich seiner Tagung am 25.10.2000 in Quedlinburg der spezifischen Situation der chronisch und mehrfach geschädigten Alkoholkranken in Sachsen-Anhalt angenommen. Diese Gruppe umfasst einen weitaus größeren Anteil aller Suchtkranken als bisher bekannt. In der Sitzung ist der Ausschuss der Frage nachgegangen, wie dem gesetzlichen Anspruch dieser Patientengruppe auf suchtspezifische Therapie und Rehabilitation, auf umfassende Betreuung und menschenwürdige Unterbringung und auf Versorgung auch scheinbar „Therapieresistenter“ Rechnung getragen werden kann.

Zu fragen war, wie sich in Sachsen-Anhalt die Situation der chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken darstellt aus der Sicht des Allgemeinkrankenhauses (lediglich somatische Entgiftung?), der psychiatrischen Klinik (spezifische Therapieangebote für sogenannte „S4“-Patienten?), der Sozialverwaltungen (Grundanerkennnis als „seelisch behindert infolge Sucht“ oder „geistig behindert“?), der Übergangseinrichtungen und betreuten Wohnformen (geht das: Reintegration?), der „Dauer“-Wohnheime (Umgang mit sog. „nassen“ Alkoholikern?), der Betreuungsvereine (was sollte ein Betreuer wissen, was tun?) und der Forschung.

Sozialpolitische, ökonomische und ethische Richtungsstreitigkeiten mit unklaren Aussagen über Sinn und Nutzen einer erforderlichen länger dauernden Therapie haben zur Verdrängung und Fehleinschätzung des Problems und zur Einschränkung der notwendigen therapeutischen Maßnahmen für die Betroffenen geführt. Seit 1991 bildet die Psychiatrie-Personalverordnung die gesetzliche Grundlage auch für die Behandlung der chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken durch multiprofessionelle Teams in den psychiatrischen Kliniken. Umfangreiche Untersuchungen haben gezeigt: Chronisch kranke Alkoholiker sind behandelbar. Sie haben ein Recht auf eine spezifische Behandlung, die der Schwere ihres Krankheitsbildes Rechnung trägt.

Eingeladen und aufgerufen zur gemeinsamen Beratung waren Vertreter des Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales, des überörtlichen und der örtlichen Sozialhilfeträger, der Rentenversicherungsträger, der Krankenkassen, der Landesstelle gegen die Suchtgefahren, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, Fachärzte, Sozialpsychiatrische Dienste, Ärzte medizinischer Krankenhaus-Abteilungen, Ordnungsämter, Betreuungsvereine, Mitarbeiter aus Wohnheimen und Sozialtherapeutischen Wohnstätten für seelisch Behinderte infolge Sucht und die Mitglieder der Besuchskommissionen des Ausschusses. Der Einladung waren insgesamt 95 Teilnehmer gefolgt. Nach einer sehr angeregten Diskussion freuen wir uns nunmehr, die Dokumentation der Tagung vorlegen zu können.

Halle, im April 2001

Die Herausgeber

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort	V
Neurobiologische Veränderungen bei chronisch mehrfach geschädigten Alkoholkranken. Reversibilität hirnorganischer Beeinträchtigungen? Bernhard Bogerts, Magdeburg	1
Möglichkeiten der Behandlung chronisch mehrfach geschädigter Suchtkrankter: Erfahrungen mit einem speziellen Programm für S4-Patienten in der Suchtklinik eines Psychiatrischen Fachkrankenhauses Ulrike Feyler, Bernburg	7
Sozialrechtliche Aspekte bei der krankheitsspezifischen Behandlung und Rehabilitation - Grundanerkennnis einer seelischen Behinderung Helmut F. Späte, Halle	15
Gestufte Therapie-, Betreuungs- und Wohnangebote für Alkoholabhängige mit schweren Folgeerkrankungen Klaus-Herbert Richter, Elbingerode	21
Betreuung chronischer Alkoholiker - Erfahrungen aus der Sicht eines Betreuungsvereines Sylvia Herrmann, Aschersleben	27
Der sozialtherapeutische Optimismus - Erfahrungen aus der Sicht einer Übergangseinrichtung Friedhelm Röse, Zernick	31
Referenten und Herausgeber	

Neurobiologische Veränderungen bei chronischem Alkoholismus. Sind die hirnorganischen Beeinträchtigungen reversibel?

Bernhard Bogerts, Magdeburg¹

Zusammenfassung:

Zunächst werden die Rezeptormechanismen sowie die neuronalen Schaltkreise erläutert, die der psychopharmakologischen Wirkung des Alkohols zu Grunde liegen. Dann werden die toxischen Wirkungen des Alkohols und die Schädigungen des zentralen Nervensystems durch langfristigen chronischen Alkoholmissbrauch dargestellt. Schließlich werden neuere Untersuchungen referiert, die darauf hinweisen, dass die alkoholbedingte Hirnatrophie nach langfristiger Abstinenz zumindest partiell reversibel ist. Bei langfristiger Abstinenz haben auch Wernicke-Enzephalopathie, alkoholische Polyneuropathie und alkoholbedingte zerebrale Krampfanfälle eine gute Prognose. Die derzeitige Datenlage weist darauf hin, dass therapeutischer Nihilismus bei alkoholbedingten hirnorganischen Schädigungen nicht angebracht ist und dass ein breites Spektrum der hirnbioologischen Veränderungen rückbildungsfähig ist.

Psychopharmakologische Wirkung des Alkohols:

Alkohol hat wie viele andere suchterzeugende Substanzen eine mäßiggradig euphorisierende, eine sedierende und eine anxiolytische Wirkung. Die euphorisierende Wirkung kann hirnbioologisch damit erklärt werden, dass "Belohnungssysteme" im limbischen System aktiviert werden. Hierbei spielen insbesondere der Nucleus accumbens sowie Kerne der Septumregion eine besondere Rolle. Alkohol kann diese "Belohnungszentren" über eine Vermittlung endorphinerger und dopaminerger Bahnen aktivieren. Auf diese Zentren entfaltet Alkohol somit eine ähnliche Wirkung wie alle anderen suchterzeugenden Substanzen (Tab. 1).

Neben dieser allgemeinen Aktivierung limbischer "Euphoriezentren" wirkt Alkohol auf transmitterchemischer Ebene auf GABA-Rezeptoren und NMDA-Rezeptoren. Alkohol wirkt ebenso wie Benzodiazepine und Barbiturate aktivierend auf die GABA_a-Rezeptoren; über diesen Mechanismus wird eine sedierende und anxiolytische Wirkung vermittelt. Auf die NMDA-Rezeptoren, die eine Untergruppe der Glutamat-Rezeptoren sind, wirkt Alkohol hemmend, ähnlich wie die Drogen PCP (Phencyclidin) und Ketamin. Durch die Hemmung dieser Glutamat-Rezeptoren wirkt Alkohol mäßiggradig euphorisierend. Bei dauerhafter Hemmung der NMDA-Rezeptoren durch chronischen Alkoholkonsum kommt es zu einer kompensatorischen Hochregulierung dieses Rezeptortyps, wodurch es im Entzug zu einer vermehrten Aktivität dieser Rezeptoren und den typischen toxischen Wirkungen kommt, die durch eine Überaktivierung von NMDA-Rezeptoren hervorgerufen werden.

Neben der Toxizität, die entzugsbedingt durch eine Überaktivität glutamaterger Mechanismen entsteht, entfaltet Alkohol auch über seine Abbauprodukte toxische Wirkung auf das Zentralnervensystem. Vor allem das erste Abbauprodukt des Alkohols, das durch Abbau mittels Alkohol-Dehydrogenase entsteht, das ist der Acetaldehyd, wirkt toxisch auf das Nervensystem. Zudem bilden sich beim Abbau des Alkohols Sauerstoffradikale, die ihrerseits toxisch auf alle Körperorgane einschließlich des Gehirns wirken können.

¹ Prof. Dr. Bernhard Bogerts ist Ordinarius für Psychiatrie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Strukturelle und funktionelle Veränderungen des Nervensystems bei chronischem Alkoholismus (Tab. 2):

1. Atrophische Veränderungen des Neokortex:

Bei chronischen Alkoholikern kommt es regelmäßig zu atrophischen Veränderungen der Hirnrinde, die histologisch und mittels bildgebender Verfahren (Computertomographie, Kernspintomographie) nachgewiesen werden können. Nach jahrelangem Alkoholkonsum besteht mitunter eine beträchtliche Erweiterung der äußeren sowie der inneren Liquorräume, die diffus über die Oberfläche beider Hemisphären des Gehirns und in den Ventrikeln erkennbar ist. Die alkoholbedingte Hirnatrophie erreicht gelegentlich derart beträchtliche Ausmaße, dass z.B. das CT eines 40-jährigen Alkoholkranken dem eines Patienten vergleichbar sein kann, der an Morbus Alzheimer leidet. Die oft beschriebene alkoholbedingte Persönlichkeitsdepravation und die alkoholische Demenz können mit dieser diffusen Hirnatrophie begründet werden.

2. Wernicke-Enzephalopathie:

In autopsischen Studien konnte bei etwa 10 % der Alkoholiker eine Wernicke-Enzephalopathie festgestellt werden. Diese Häufigkeit liegt ganz erheblich über der Häufigkeit der klinischen Diagnose; daraus ist zu schließen, dass bei vielen Alkoholikern subtile Formen dieser Erkrankung des Gehirns klinisch übersehen werden. Neuropathologisch sind bei der Wernicke-Enzephalopathie mikroskopisch kleine Einblutungen in Hirnstammregionen anzutreffen, die um den 3. Ventrikel und um den Aquäduktus cerebri herum liegen. Hauptsächlich sind davon Hypothalamus, mediale Thalamuskern, Mittelhirnregionen und Ponsbereich betroffen. Die klinische Symptomatik lässt sich aus einer Dysfunktion der betroffenen histologisch geschädigten Hirnregionen erklären. Diese sind für Gedächtnis und Merkfähigkeit (Corpus mammillare, vorderer und mittlerer Thalamuskern), die vegetative und emotionale Steuerung (hypothalamische Areale) sowie die Innervation der Augenmuskeln (Mittelhirn- und Ponsbereich) zuständig. Typische Symptome der Wernicke-Enzephalopathie sind Bewusstseinsstrübung, Gangunsicherheit (Ataxie) und Augenmuskelerkrankungen (Doppelbilder). Ursächlich wird diese Enzephalopathie durch einen alkoholbedingten Mangel an Vitamin-B1 (Thiamin) hervorgerufen. Die Therapie besteht in hochdosierter parenteral verabreichter Gabe von Thiamin (300 mg/Tag) kombiniert intravenös und intramuskulär. Nach Therapie mit Thiamin kann es innerhalb weniger Tage zu einer vollständigen Rückbildung der klinischen Symptome kommen. Die Remissionsrate ist hoch. Da nach Autopsieberichten subtilere Formen der Wernicke-Enzephalopathie klinisch oft übersehen werden, empfiehlt es sich, prinzipiell bei chronischen Alkoholikern rechtzeitig mit Thiamin zu behandeln, um irreversible Schädigungen der genannten Hirnstrukturen vorzubeugen.

3. Wernicke-Korsakow-Syndrom:

Bei diesem klinisch definierten Syndrom liegen Störungen des Langzeitgedächtnisses und der Merkfähigkeit im Rahmen eines generellen amnestischen Syndroms vor, das pathophysiologisch aus der Schädigung gedächtnisrelevanter limbischer Schaltkreise im Zwischenhirn (Corpus mammillare, vorderer Thalamuskern) hergeleitet werden kann. Regelmäßig kommt es im Rahmen des Wernicke-Korsakow-Syndroms wegen der Beeinträchtigung diencephal-limbischer Strukturen auch zu einer vegetativen Dysregulation und zu einer affektiven Entleerung. Therapeutisch kommt neben rechtzeitiger Gabe von Vitamin-B1-Präparaten auch die Anwendung von Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern in Frage (z.B. Fluvoxamin 200 mg/Tag) zur Besserung der vegetativen und affektiven Dysregulation. Klinische Berichte (S. 7) sprechen dafür, dass auch das Korsakow-Syndrom nach dauerhafter Abstinenz ein gewisses Maß an Reversibilität aufweisen kann. Kernspintomographisch sind ausgeprägte Stadien von Wernicke-Korsakow-Enzephalopathie durch signalintensive Zonen um den 3. Ventrikel und im Mittelhirn erkennbar, die bei ausreichend hochdosierter Thiamintherapie sich innerhalb weniger Tage zurückbilden können.

4. Kleinhirnatrophie:

Ausgeprägtere Grade sind bei bis zu 30 % der Alkoholiker vorhanden und sowohl computertomographisch als auch kernspintomographisch durch eine Erweiterung der zerebellären Furchen im oberen Bereich des Kleinhirnwurmes erkennbar. Klinisch äußert sich die Kleinhirnatrophie wie die übrige zerebelläre Symptomatik in Form von Ataxie, Dysdiadochokinese und Dysmetrie, d.h. in einer Störung von Gang- und Bewegungskoordination sowie der Feinmotorik.

5. Leberenzephalopathie:

Neben einer primären Schädigung des Gehirns durch Abbauprodukte des Alkohols kann es sekundär zu einer Enzephalopathie durch die regelmäßig bei Alkoholikern anzutreffende Leberzellschädigung kommen. Hierbei spielen toxische Produkte des Leberstoffwechsels wie Ammoniak eine Rolle. Zu den Symptomen der Leberenzephalopathie gehören Flapping-Tremor, Dyskinesie (Chorea-ähnliche Bewegungen) und Ataxie.

6. Alkoholdemenz:

Als Folge der alkoholbedingten diffusen Hirnatrophie kann es neben den Symptomen der Wernicke-Korsakow-Syndroms zu einem ausgeprägten dementiellen Syndrom kommen, das klinisch von einer Alzheimer-Demenz oder vaskulären Demenz kaum unterschieden werden kann. Die Therapiemöglichkeiten sind sehr eingeschränkt: Versuche mit Nootropika haben sich bislang nicht als erfolgreich gezeigt.

7. Epileptische Anfälle:

Diese sollen bei etwa 15 % der chronisch Alkoholkranken auftreten, typischerweise in der Entzugsphase. Wenn eine Neigung zu generalisierten Anfällen besteht, kann über die übliche Behandlung des Entzugssyndroms mit Clomethiazol und Benzodiazepinen hinaus eine Prophylaxe mit dem Antikonvulsivum Carbamazepin durchgeführt werden. Im Allgemeinen sind Anfälle damit gut beherrschbar. Die Prognose der zerebralen Anfälle ist bei dauerhafter Abstinenz gut, es kommt fast immer zur vollständigen Anfallsfreiheit.

8. Zentrale pontine Myelinolyse:

Diese Komplikation, bei der sich im Zentrum des Ponsbereiches Nervenzellen und markhaltige Nervenfasern auflösen, ist sehr selten. Wenn sie aber auftritt, ist die Prognose schlecht, die Mortalität solcher Patienten liegt bei 75 %. Im Kernspintogramm und Computertomogramm ist die zentrale pontine Myelinolyse durch hypodense bzw. signalintensivere Zonen im Brückenbereich zu diagnostizieren.

9. Corpus-callosum-Atrophie

Eine ebenfalls sehr seltene Komplikation ist das Marchiafava-Syndrom, das bei Südeuropäern und dort bei Rotweintrinkern beschrieben wurde.

10. Alkoholische Polyneuropathie:

Typisch für diese häufige Schädigung des peripheren Nervensystems sind handschuh- und sockenförmige Sensibilitätsminderungen sowie Abschwächung oder Aufhebung des Achillessehnenreflexes. Die Therapie besteht in der Verabreichung von Vitamin-B-Präparaten. Bei Abstinenz kann mit einer oft vollständigen Remission gerechnet werden.

11. Alkoholische Myopathie:

Die alkoholbedingte Schädigung der quergestreiften Muskulatur und des Herzmuskels ist relativ selten und soll bei 1 % bis 3 % der Alkoholiker vorkommen. Die Diagnose erfolgt laborchemisch (Erhöhung der Muskelenzyme).

12. Alkoholembryopathie:

Erwähnt werden soll hier auch die Schädigung der Leibesfrucht bei werdenden Müttern, die während der Schwangerschaft Alkohol trinken. Die Hirnentwicklung des Embryos und Fötus kann in Abhängigkeit von der Trinkmenge der alkoholkranken Mutter erheblich beeinträchtigt werden. Die Folgen sind Oligophrenie, Verhaltensstörungen, schwerere oder leichtere Missbildungen des gesamten inneren Organsystems sowie die typischen Kennzeichen der

Physiognomie (Sattelnase, Epikantus, Ptosis). Leichtere Formen der alkoholbedingten Embryopathie werden klinisch oft übersehen.

Sind die alkoholbedingten Schädigungen des Hirns reversibel?

Lange Zeit dominierte die Auffassung, dass alkoholbedingte organische Hirnschäden irreversibel seien und dass einmal geschädigtes und untergegangenes Nervengewebe nicht wieder ersetzt werden könne. Die Meinung, dass chronische Alkoholiker mit zentralnervösen Schädigungen an irreversiblen hirnologischen Syndromen leiden und deshalb Therapieversuche überflüssig seien, bedarf jedoch einer gründlichen Revision.

Nach Einführung der Computertomographie zur Bewertung hirnstruktureller Veränderungen konnte erstmals durch Carlen et al. (1978) gezeigt werden, dass die alkoholbedingte Hirnatrophie, erkennbar an einer Erweiterung der äußeren und inneren Liquorräume, nach einer mittleren Abstinenzdauer von drei Monaten teilweise reversibel war. Diese Befunde konnten durch mehrere nachfolgende computertomographische und kernspintomographische Untersuchungen bestätigt werden (Tab. 3), wobei das Ausmaß der Rückbildung vom Umfang der Schädigung und von Dauer und Höhe der Trinkmenge abhing.

Besonders eingehend ist die Frage der Rückbildungsfähigkeit der alkoholischen Hirnatrophie nach Abstinenz von Mann und Mitarbeitern (1993,1995) untersucht worden (Tab. 4). Bereits nach sechswöchiger Abstinenz konnte ein hochsignifikanter Rückgang der Ventrikelerweiterung um 8 % festgestellt werden. Nach Auffassung dieser Autoren ist der Rückgang der Ventrikelerweiterung und die damit einhergehende Zunahme von Hirngewebe durch die regenerativen Fähigkeiten des Gehirns und die Plastizität der Synapsen erklärbar, d.h., dass es zu einer Erholung des neuronalen Gewebes, insbesondere der synaptischen Kontaktstellen kommt. Hierin ist die hirnbioologische Grundlage der erheblichen klinischen Besserung auch langjährig chronischer Alkoholiker nach Wochen und Monaten der Abstinenz zu sehen. Reversibilität dürfte zumindest für die Anfangsstadien der alkoholbedingten hirnologischen Schädigungen bedeutsam sein; bei schwerer chronischer fortgeschrittener Hirnatrophie können nur geringe Effekte erwartet werden.

Schlussfolgerung:

In den letzten Jahren konnte gezeigt werden, dass alkoholbedingte organische Schädigungen des Gehirns eine bessere Prognose haben als früher angenommen wurde und zumindest partiell reversibel sind. Dies dürfte insbesondere für die Anfangsstadien, leichtere und mittlere Grade der Hirnatrophie zutreffen; aber auch fortgeschrittene organische Psychosyndrome mit irreversiblen Untergang von Hirngewebe können bei Abstinenz zumindest vor einer weiteren Progression bewahrt bleiben.

Besondere Bedeutung kommt einer rechtzeitigen Behandlung der klinisch oft übersehenen Wernicke-Enzephalopathie mit Vitamin-B1-Präparaten zu. Eine weitgehende oder sogar vollständige Rückbildung der klinischen Symptomatik ist bei derartiger Behandlung kurzfristig erzielbar; bleibende Schädigungen des Zwischenhirnbereiches können damit verhindert oder abgeschwächt werden. Bei Abstinenz ist die Prognose der alkoholbedingten Polyneuropathie und der zerebralen Krampfanfälle ebenfalls gut.

Die neueren Befunde zur Reversibilität und oft günstigen Prognose alkoholbedingter Schädigungen des Gehirns nach Abstinenz zeigen, dass therapeutischer Nihilismus bei chronisch alkoholkranken Patientin fehl am Platze ist. Das therapeutischer Motivation bislang oft im Wege stehende Bild des irreversibel geschädigten, nicht mehr therapierbaren alkoholkranken Hirnologikers sollte der Vergangenheit angehören.

(Literatur beim Verfasser)

Tab. 1: Psychopharmakologische Wirkung des Alkohols:

- aktiviert „Belohnungssysteme“ im limbischen System
- aktiviert GABA_A-Rezeptoren: sedierend, anxiolytisch (wie Benzodiazepine, Barbiturate)
- hemmt NMDA-Rezeptoren: euphorisierend (wie PCP, Ketamin)
im Entzug: NMDA-(Glutamat)-Aktivierung
- wirkt toxisch durch Abbauprodukte (Acetaldehyd, O₂-Radikale)

Tab. 2: Strukturelle und funktionelle Veränderungen des Nervensystems bei chronischem Alkoholismus

- ⇒ **Atrophische Veränderungen des Neokortex**
- ⇒ **Wernicke-Enzephalopathie:**
5 - 12 % der Alkoholiker, Frauen > Männer
Ursache: Thiamin-Mangel (Vitamin B1)
Klinik: Bewusstseinsstrübung, Ataxie, Augenmuskelstörung
Therapie: 300 mg Thiamin/d parenteral – Besserung in Stunden
- ⇒ **Wernicke-Korsakow-Syndrom:**
Klinik: amnestisches Syndrom, vegetative Dysregulation, affektive Entleerung (diencephal- limbische Syndrom)
Therapie: SSRI z.B. Fluvoxamin 200 mg/d
- ⇒ **Kleinhirnatrophie (10 - 30% der Alkoholiker):**
Klinik: Ataxie, Dysdiadochkinese, Dysmetrie
- ⇒ **Leber-Enzephalopathie:**
Klinik: Tremor, Dyskinesie, Ataxie
- ⇒ **Alkohol-Demenz:**
Klinik: Persönlichkeitsveränderung, dementielles Syndrom
Therapie: Nootropika? Gedächtnistraining?
- ⇒ **Epileptische Anfälle (ca. 15 % der Alkoholiker):**
Prophylaxe: Carbamazepin
Prognose: bei Abstinenz gut
- ⇒ **Alkoholische Polyneuropathie (20 – 30% der Alkoholiker)**
Therapie: B-Vitamine
Prognose: bei Abstinenz gut
- ⇒ **Alkoholische Myopathie (1 – 3 % der Alkoholiker)**
- ⇒ **Zentrale pontine Myelinolyse (selten)**
Prognose: Mortalität 75 %
- ⇒ **Corpus callosum Atrophie (Marchiafava-Syndrom)**
sehr selten (Südländer, Rotweintrinker)

Tab. 3: Publikationen zur partiellen Reversibilität alkoholischer zerebraler Atrophie

Carlen et al. (1978)	Computertomogramm
Schrot et al. (1985)	Computertomogramm
Muuronen et al. (1989)	Computertomogramm
Zipurski et al. (1989)	Computertomogramm
Mann et al. (1991)	Computertomogramm
Mann et al. (1993, 1995)	Kernspintomogramm

(mittlere Abstinenzdauer: ca. 3 Monate)

Tab. 4: Vermessung der inneren Liquorräume bei 17 Alkoholikern vor und nach einer sechswöchigen Therapie (Mann et al. 1995)

<p>Volumen der inneren Liquorräume im Kernspintomogramm:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ vor Behandlung: 8012 Bildpunkte ➤ nach sechs Wochen: 7394 Bildpunkte <p>Abnahme um 8 % (p < 0,009)</p>
<p>Schlussfolgerung: Zunahme des Hirngewebevolumens! (Rehydratation? Synaptische Plastizität? Regeneration?)</p>

Mittlere Dauer der Alkoholabhängigkeit 6 Jahre;
Menge des Alkoholkonsums > 200 g/Tag (70 – 900 g/Tag)

Tab. 5: Chronische Alkoholfolgen - Was ist (zumindest partiell) reversibel?

<ul style="list-style-type: none"> • Anfangsstadien der Hirnatrophie • Wernicke-Enzephalopathie • Korsakow-Syndrom (?) • Polyneuropathie • Zerebrale Anfälle

Diskussion:

Dr. Rehbein berichtet aus den Erfahrungen der Besuchskommissionen und als Amtsarzt, dass Patienten oftmals zu schnell als „Korsakow“ diagnostiziert und in Heimen untergebracht würden. Es sei dann erstaunlich, wie sie unter gezielter Betreuung und Hilfe wieder selbstständig lebensfähig werden. Deshalb gehe sein Appell gleichermaßen sowohl an die begutachtenden Ärzte, genauer zu untersuchen und Behandlungen anzubieten, als auch an die Kostenträger, Kassen und Sozialhilfeträger, Behandlungen bzw. gezielte Eingliederungshilfe zu gewähren. Dies treffe insbesondere auch auf die scheinbar nicht mehr Behandelbaren zu! Der Beitrag von Prof. Bogerts belege, dass Resignation völlig fehl am Platze sei.

Möglichkeiten der Behandlung chronisch mehrfach geschädigter Suchtkrankter – Erfahrungen mit einem speziellen Behandlungsprogramm für S4-Patienten (nach PsychPV) in der Suchtklinik eines Psychiatrischen Krankenhauses

Ulrike Feyler, Bernburg²

Seit Jahren hat sich der Suchtfachausschuss der Bundesdirektorenkonferenz in seinen Tagungen und auch im Rahmen bundesweiter Erhebungen mit der Problematik der chronisch mehrfach abhängigen Süchtigen auseinandergesetzt. Es hat sich gezeigt, dass diese Krankheitsgruppe einen weitaus größeren Anteil aller Süchtigen ausmacht als bisher bekannt. Es gibt effiziente Therapieprogramme für diese Patientengruppe, die es ermöglichen, die weitere fatale Entwicklung aufzuhalten und eine würdige und sinnvolle Integration in verschiedene Nachsorgeeinrichtungen oder auch in die Häuslichkeit anzustreben.

Es handelt sich um eine Gruppe von Patienten mit hochgradigen Verwahrlosungserscheinungen, die körperlich und psychisch bereits erheblich geschädigt sind und weiterhin akut gefährdet bleiben. In vielen psychiatrischen Krankenhäusern wurden speziell für diese Patientengruppe Behandlungseinheiten innerhalb der Spezialabteilungen für Suchterkrankungen aufgebaut. Diese Patienten unterscheiden sich hinsichtlich einer Reihe sozialer, störungs- und verlaufsbezogener Kriterien von den Patienten der Suchtfachkliniken in Richtung stärkerer sozialer Desintegration, schwerer Störungen bzw. Multimorbidität.

Gesetzliche Grundlagen:

1. Die gesetzliche Grundlage auch zur Behandlung von chronisch mehrfach geschädigten Abhängigkeitskranken in den psychiatrischen Versorgungskliniken durch ein multiprofessionelles Team wurde durch die 1991 eingeführte Psychiatrie-Personalverordnung geschaffen.

2. § 27 SGB V (Krankenbehandlung) bestimmt: Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um die Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

3. § 39 SGB V (Krankenhausbehandlung): Versicherte haben Anspruch auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung, einschließlich häuslicher Krankenpflege, erreicht werden kann.

Es besteht also Anspruch auf Krankenhausbehandlung, solange diese erforderlich ist. Dieses Erfordernis kann von Zeit zu Zeit überprüft, aber auch immer wieder verlängert werden. Entscheidend ist, dass das Behandlungsziel anders nicht mit Aussicht auf Erfolg erreicht werden kann. Bei der psychiatrischen Klinikbehandlung ist zur Erreichung der in § 27 genannten Behandlungsziele das planmäßige Handeln des multiprofessionellen Teams unter ärztlicher Leitung von zentraler Bedeutung. Die therapeutische Arbeit der verschiedenen Berufsgruppen ist im Rahmen der kontinuierlichen Therapieplanung auf die individuellen Behandlungsbedürfnisse der Patienten auszurichten. Andere, insbesondere für die somatische Krankenhausbehandlung relevante Kriterien, treten bei der stationären psychiatrischen Behandlung in den Hintergrund.

² Frau Dr. med. Ulrike Feyler ist Chefarztin der Suchtklinik und der Klinik für Forensische Psychiatrie am Fachkrankenhaus Bernburg

Es gibt einige Grundsatzurteile, die sich speziell mit dieser Patientengruppe befassen. So hat das Bundessozialgericht in Kassel im Oktober 1990 die Bundesknappschaft zur Kostenübernahme für die jahrelange Behandlung einer mehrfach geschädigten Alkoholikerin verurteilt.

Weil Abhängigkeitskranke wie andere psychisch Kranke oder somatisch Kranke Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung haben, wurden die Behandlungsbereiche für Abhängigkeitskranke streng parallel mit den Behandlungsbereichen der Allgemeinen Psychiatrie sowie der Gerontopsychiatrie formuliert. Danach ergibt sich für die Gruppe der sogenannten S4-Patienten (chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke) folgende Charakteristik:

Behandlungsbereich:	Lang dauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker.
Kranke:	Alkohol- und Medikamentenabhängige mit anhaltenden psychischen, neurologischen und internistischen Begleit- und Folgeerkrankungen, erhebliche Rückfallgefahr, rehabilitative Behandlung oder Entlassung in komplementäre Einrichtungen noch nicht möglich.
Behandlungsziele:	Bessern, Lindern; Verhüten von Verschlimmerung, Befähigung zur rehabilitativen Behandlung, Eingliederung in komplementäre Einrichtungen und ambulante Behandlung.
Behandlungsmittel:	Medizinische Grundversorgung mit hohem ärztlichen und pflegerischen Aufwand: suchtspezifische, soziotherapeutisch mehrdimensionale Behandlung.

Als durchschnittliche Behandlungsdauer werden in der PsychPV für die S4-Gruppe 270 Tage genannt. Hinsichtlich der Prävalenz wird nach einer Prognoseschätzung das Auftreten in der Gesamtbevölkerung mit 0,5 % (entsprechend ca. 10 % der Abhängigkeitskranken) angegeben. In den Suchtbereichen verschiedener psychiatrischer Krankenhäuser ist der Anteil der S4-Patienten sehr unterschiedlich (zwischen 20 % und 49 %).

Problembeschreibung:

In einer Merkmalsliste zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger werden folgende Haupt-Items als Kriterien erfasst:

- I. Soziale Situation
 1. Zum Zeitpunkt der Behandlung alleinstehend/ohne feste Partnerschaft.
 2. In den drei Monaten vor der Behandlung Sicherung des Lebensunterhaltes durch Sozialhilfe.
 3. Innerhalb des vergangenen Jahres ununterbrochen arbeitslos.
 4. Zum Zeitpunkt der Behandlung obdachlos.
- II. Behandlungsvorgeschichte
 5. In der Vorgeschichte insgesamt mindestens sechs Entgiftungsbehandlungen in einem psychiatrischen oder Allgemeinkrankenhaus.
 6. Mindestens eine Krankenhauseinweisung mit richterlichem Beschluss aktuell oder in der Vorgeschichte.
 7. Unter gesetzlicher Betreuung aktuell oder in der Vorgeschichte.
 8. Heimunterbringung.

III. Psychiatrisch-neurologische Befunde

9. Delir, jetzt oder in der Vorgeschichte.
10. Korsakow-Psychose oder andere chron. organische alkoholbedingte Psychose
11. Polyneuropathie (Gangstörung und Sensibilitätsstörung der Beine).
12. Entzugssyndrome, Komplikationen, Entzugsdelir, Entzugskrampfanfälle.

Weitere behandlungsbedürftige psychische Störungen treten häufig auf:

- Substanzbedingte psychotische Störungen
- Substanzbedingtes amnestisches Syndrom (Korsakow-Syndrom)
- Substanzbedingte Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- Substanzbedingte affektive Störung
- Substanzbedingte Demenz
- Substanzbedingte anhaltende (leichtere) kognitive Störung
- Substanzbedingte verzögert auftretende psychotische Störung
- andere organisch bedingte psychische Störungen
- Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen
- affektive Störungen
- neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störungen
- Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Faktoren
- Persönlichkeitsstörungen
- Intelligenzminderung/geistige Behinderung
- Suizidversuche, jetzt oder in der Vorgeschichte

Weitere behandlungsbedürftige neurologische Erkrankungen sind:

- Cerebrale Krampfanfälle
- Periphere Polyneuropathie
- Cerebelläre Ataxie
- Zustand nach Schädelhirntrauma/Hirnblutung
- Andere Störungen des Gehirns, des Rückenmarks oder des peripheren Nervensystems

Weitere behandlungsbedürftige Erkrankungen:

- Fettleber, Leberzirrhose und andere Lebererkrankungen
- Ösophagusvarizen
- Pankreatitis
- Sehr schlechter Allgemeinzustand oder Kachexie
- Extrem schlechter Zahnstatus
- Cardiovasculäre Erkrankungen
- Andere gastrointestinale Erkrankungen
- Diabetes mellitus
- Tuberkulose
- Niereninsuffizienz
- Krebserkrankungen
- Andere behandlungsbedürftige somatische Erkrankungen

Die Zielgruppe, die gemäß der Kategorie S4 der PsychPV in unserer Klinik seit Januar 1996 in speziellen Kleingruppen behandelt wird, betrifft Suchtkranke ...

- ... mit anhaltenden psychiatrischen, neurologischen und/oder internistischen Begleit- und Folgeerkrankungen
- ... mit hoher Rückfallgefahr bzw. fehlender Abstinenzfähigkeit aufgrund der Mehrfachschädigung
- ... bei denen eine rehabilitative Behandlung nicht oder noch nicht möglich ist
- ... bei denen durch einen Suchtmittelrückfall eine Lebensgefährdung oder zumindest eine dramatische Verschlechterung des Gesundheitszustandes auftreten würde
- ... die aufgrund der Abhängigkeit mit den Folgeerkrankungen sozial inkompetent erscheinen.

Konzept des Fachkrankenhauses Bernburg zur Behandlung der S4-Patienten:

Therapiegruppe

Die Behandlung erfolgt in einer offenen Gruppe, da die Behandlungsdauer vom Grad der Schädigung und der Ausprägung abhängig ist und gegebenenfalls eine sofortige Aufnahme erforderlich ist.

Behandlungsziele

Diagnostik und Behandlung der neuropsychiatrischen und anderen Folgeerkrankungen; Befähigung zur rehabilitativen Behandlung; Entwicklung von Krankheitseinsicht; Förderung des Abstinenzwillens bzw. der Abstinenzfähigkeit. Die Entlassung sollte in das häusliche Milieu oder in betreute Einrichtungen bzw. Übergangseinrichtungen erfolgen. Bei der Entlassung sollte die Einbindung in ein komplexes System der Nachbetreuung (Suchtberatung, Selbsthilfegruppe, engmaschige fachärztliche Nachbetreuung etc.) gewährleistet sein. Besondere Bedeutung gilt der Integration in Selbsthilfegruppen. Ggf. erfolgt eine Vorbereitung auf eine spätere Alkoholentwöhnungsbehandlung oder auch die Vorbereitung auf die Aufnahme in eine Übergangseinrichtung für suchtkranke Patienten.

Behandlungsangebote

Für jeden Patienten wird ein individueller Therapieplan entsprechend seiner Voraussetzungen und Möglichkeiten erstellt. Zu Beginn steht die weitere Diagnostik der Erkrankungen und der Folgeerkrankungen im Vordergrund. Hierfür werden im Fachkrankenhaus kliniksübergreifend Möglichkeiten neurologischer Diagnostikverfahren (EEG, EMG, Dopplersonographie), umfangreiches Labordiagnostikprogramm) genutzt. In Kooperation mit dem Klinikum Bernburg stehen Möglichkeiten zur bildgebenden Diagnostik (CT, MRT) sowie zur Einholung entsprechender Konsiliardiagnostik zur Verfügung.

Neurologische und psychiatrische Folgeerkrankungen werden fachärztlich therapiert. Durch Beteiligung eines Psychologen kann eine testdiagnostische Verlaufskontrolle, besondere der Hirnleistungsdiagnostik, ermöglicht werden. Außerdem ist eine gezielte Intervention z.B. bei Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, anderen psychotherapeutisch zu behandelnden Komplikationen möglich.

In der hauseigenen Physiotherapieabteilung werden neurologische Erkrankungen, besonders die Polyneuropathie mitbehandelt, auch therapeutisches Schwimmen wird angeboten.

Soziotherapeutisch wird ein lebenspraktisches Training mit Hilfe der Sozialarbeiter und der Ergotherapeuten durchgeführt, wobei Anforderungen individuell problemzentriert dynamisch gesteigert werden. Durch Einbeziehung der Sozialarbeiter werden soziale Probleme während der Therapiezeit geklärt und die Patienten für die spätere Entlassung rechtzeitig konditioniert. Im Rahmen der Kleingruppen werden besonders lebenspraktisches Training und Maßnahmen zum Hirnjogging angeboten.

Durch Angehörigenseminare und auch Einzelsprechstunden werden Familienangehörige und weitere Bezugspersonen in die Therapie eingebunden.

Gruppenplan

Das Gruppengespräch für die S 4-Gruppe befasst sich thematisch mit der aktuellen Lebenssituation und auch mit Problemen zur Verhinderung von Rückfällen, mit Alternativen und Problembewältigungsstrategien, Zurückerlangung sozialer Kompetenzen.

Weitere therapeutische Angebote:

Ergotherapie (gemeinsame Planung und Durchführung von Arbeitsabläufen, Ausbau von Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit in der Gruppe, Erwecken von Interessen, z.B. Holz- und Specksteinarbeiten, Seidenmalerei).

Gestaltungstherapie wie Töpferei (je nach Behandlungsphase vorhandene Fähigkeit ermitteln und festigen), Korbmacherei (Training von Feinmotorik und Koordination durch praktische Herstellung von Flechtarbeiten)

Lebenspraktisches Training (Patienten üben alltägliche Verrichtungen, die sie aufgrund ihrer Erkrankungen nicht mehr ausführen konnten wie Bügeln, Wäschewaschen, Kochen).

Gesellschaftsspiele (gemeinsames Spielen als Anregung zur Freizeitgestaltung nach der Therapie - keine Glücksspiele).

Hobbyabend (jeder Patient stellt während seiner Therapie den anderen Mitpatienten sein eigenes früheres Hobby vor, um es anderen nahezubringen und sich selbst seiner Talente zu erinnern).

Kreative Stunde (Herstellung von Dingen zur Beübung der Feinmotorik und Ausbildung des individuellen Geschmacks zur Verschönerung der eigenen Wohnung).

Information (Vermittlung von Fachwissen über die Suchtkrankheit und deren Folgen durch den Arzt).

Maltherapie (in Anlehnung zur Gruppensituation Umsetzung in Bildern).

Selbstsicherheitstraining (Verhalten und sicheres Auftreten in der Öffentlichkeit, z.B. Trainieren von Behördengängen, Ablehnung von angebotenen Alkohol).

Musiktherapie (gemeinsames Hören von Musik verschiedener Richtungen, Entwicklung von Emotionalität).

Wochenplan (gemeinsame Planung der Aktivitäten für die kommende Woche).

Abendspaziergang (gemeinsamer kurzer Gruppenausgang als Ausklang des Tages).

Mentaljogging (Training der kognitiven Fähigkeiten).

Entspannungsverfahren (Erlernen des Autogenen Trainings).

Konzentrierte Entspannung

Einzelgespräche

Familienseminar für Angehörige

Ergebnisse der S4-Behandlung im FKH Bernburg:

Von Januar 1996 bis zum Juni 2000 wurden insgesamt 212 Patienten nach dem S4-Gruppenkonzept therapiert. Für die einzelnen Jahre ergibt sich folgende Behandlungszahl:

1996:	22 Patienten
1997:	49 Patienten
1998:	63 Patienten
1999:	57 Patienten
2000 (Januar bis Juni):	21 Patienten

In die Auswertung kamen aus organisatorischen Gründen nur 190 Patienten. Die durchschnittliche Behandlungsdauer pro Patient betrug 41 Tage. Der Anteil der Frauen lag bei 13 % (27 Patientinnen). Bei 190 Patienten waren 37 Therapieabbrüche (19 %) zu verzeichnen. Bei 49 Patienten (26 %) bestand eine juristische Betreuung.

Zur Dauer des Alkoholkonsums:

bis zu 10 Jahren:	9 Patienten
11 bis 15 Jahre:	15 Patienten
16 bis 20 Jahre:	31 Patienten
mehr als 20 Jahre:	84 Patienten

Anzahl der vorangegangenen stationären Entgiftungen:

eine:	55 Patienten
zwei:	15 Patienten
drei bis fünf:	26 Patienten
sechs bis zehn:	9 Patienten
mehr als zehn:	10 Patienten

Vorangegangene Entwöhnungsbehandlungen: Ganz überwiegend handelt es sich um Patienten, bei denen noch nie eine Entwöhnungsbehandlung durchgeführt wurde. Nur bei zwei Patienten waren zwei und bei einem Patienten drei Entwöhnungsbehandlungen erfolgt; ein Patient hatte sogar sieben solche Therapiemaßnahmen angetreten.

Bei sechs Patienten waren in der Vorgeschichte Suizidversuche zu verzeichnen. 108 Patienten waren längere Zeit arbeitslos und 16 Patienten zur Zeit der Aufnahme obdachlos.

Zum Familienstand:

Verheiratet:	32 Patienten
Ledig:	75 Patienten
Geschieden:	68 Patienten
Verwitwet:	15 Patienten

Es handelt sich bei allen Patienten um die chronische Phase einer Alkoholabhängigkeit, wobei in 107 Fällen ein Gamma-Trinktyp und bei 81 Patienten ein Delta-Trinktyp diagnostiziert wurde.

An weiteren Diagnosen wurden in den Epikrisen vermerkt:

Delir	55 Patienten
entzugsbedingte Anfälle	51 Patienten
alkoholtoxische Polyneuropathie	138 Patienten
organisches Psychosyndrom	139 Patienten
Persönlichkeits- oder Angststörungen	37 Patienten
intellektuelle Minderbegabung	26 Patienten
Psychosen	12 Patienten
Depressive Störungen	5 Patienten
alkoholtoxische Leberschädigung	148 Patienten
Gastritits	45 Patienten
Stoffwechsellentgleisungen	25 Patienten

Entlassungen:

nach Hause	122 Patienten
Wohnheim, Pflegeheim	17 Patienten
betreutes Wohnen	32 Patienten
weitere stationäre Behandlung	3 Patienten

Katamnestische Daten, soweit bekannt:

keine Information:	62 Patienten
bekanntgewordene Wiederaufnahmen:	28 Patienten
keine Abstinenz:	28 Patienten
verstorben:	10 Patienten

Bekannte Abstinenzzeiten nach Abschluss der Therapie:

Ein bis drei Monate:	21 Patienten
Vier bis sechs Monate:	11 Patienten
Ein bis unter zwei Jahre:	28 Patienten
Zwei bis unter drei Jahre:	20 Patienten
Drei bis unter vier Jahre:	9 Patienten
Vier und mehr Jahre:	2 Patienten

Gegenwärtig wissen wir von 45 Patienten, dass sie nach Abschluss der Therapie abstinent geblieben sind; von diesen wurden 28 in eine Übergangseinrichtung und 15 nach Hause und entlassen; zwei wurden in eine andere Klinik verlegt.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass es sich keineswegs um aussichtslose Fälle von therapieunfähigen Patienten handelt. Gezielte Behandlungsprogramme können eine wesentliche Verbesserung der Situation erreichen und die sonst zweifellos desolante Entwicklung aufhalten.

Wir kennen mehrere ehemalige Patienten, die nach dieser Behandlung recht gut sozial integriert sind, längere Zeit abstinent leben und bei denen eine wesentliche Besserung der Folgeerkrankungen erreicht werden konnte. Die wesentliche Voraussetzung dafür bildet

nach unserer Erfahrung ein Behandlungskonzept, das dem Schweregrad der Störung gerecht wird, eine angemessene Behandlungsdauer und ein mehrdimensionaler, multimethodaler Therapieansatz, der von einem multiprofessionellen Team getragen wird.

Diskussion:

Dr. Rehbein fragt nach Reaktionen seitens der Krankenkassen. Er vermutet, dass die Rentenversicherungsträger und auch die Sozialhilfeträger einem solchen Konzept positiv gegenüberstehen, weil sie von Kosten für Erwerbsunfähigkeitsrenten und Heimunterbringung entlastet werden. Frau Dr. Feyler berichtet, dass es mit den Krankenkassen bisher fast keine Probleme gebe; ein solches spezielles Behandlungsprogramm sei aber noch nicht in allen psychiatrischen Kliniken von Sachsen-Anhalt etabliert.

Herr Gramatke (Landesamt für Versorgung und Soziales) sieht einen möglichen Effekt der Behandlung darin, dass Heimeinweisungen vermieden werden und Patienten in eigene Häuslichkeit oder ins betreute Wohnen zurückkehren können, und fragt nach Unterschieden in der Rückfallquote. Frau Dr. Feyler macht deutlich, dass diese Frage anhand der vorliegenden Daten nicht sinnvoll beantwortet werden kann: Für die Entscheidung, einen Patienten in einer beschützenden Umgebung weiter zu betreuen oder nach Hause zu entlassen, sind viele Gesichtspunkte maßgeblich, darunter beispielsweise der Wunsch des Betroffenen selbst.

Dr. Böcker hält es für wünschenswert, dass in allen psychiatrischen Kliniken und gleichermaßen an den psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern dieses Behandlungsprogramm angeboten wird. Es sei belegt, dass auch bei schwerkranken Patienten längerfristige Behandlung sinnvoll sei; aber oft werde eine Behandlung gar nicht erst in Betracht gezogen. Verbreitet sei vielmehr eine Haltung, alkoholkranken Menschen, die alles verloren haben, wenigstens das Trinken zu erlauben.

Frau Meeßen-Hühne (Landesstelle gegen die Suchtgefahren, Magdeburg) fragt, wie bei Entlassungen nach Hause die ambulanten Hilfesysteme einbezogen werden. Frau Dr. Feyler betont, dass die Vernetzung in der Region und die Sicherung der nachsorgenden weiterführenden Hilfen in jedem Fall unabdingbarer Bestandteil des S-4-Programms seien.

Frau Dr. Keitel (MDK Magdeburg) berichtet, dass für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt fünf Fachärzte für Psychiatrie als Gutachter tätig sind. Aus ihrer Sicht müssen Kliniken, die den Anspruch erheben, chronisch mehrfachgeschädigte suchtkranke Patienten zu behandeln, auch tatsächlich ein vergleichbares Therapieprogramm vorhalten und die geschilderten Leistungen mit der notwendigen Qualität erbringen.

Sozialrechtliche Aspekte bei der krankheitsspezifischen Behandlung und Rehabilitation - Grundanerkennnis einer seelischen Behinderung

Helmut F. Späte, Halle³

Einer der Aussprüche, die Mohammed (um 570 bis 632), dem Gründer des Islam, zugeschrieben werden, lautet:

„Der Wein ist eine Quelle der Sünde. Wer Wein trinkt, verliert den Verstand. Er missachtet Gott, ist nicht frei von Sünde, erkennt die Rechte anderer nicht an, achtet niemanden, nicht einmal seine Verwandten und Angehörigen, und begeht leicht törichte Handlungen. Der Geist des Glaubens und der Ehrbarkeit verlässt ihn, und der Geist der Gehässigkeit und Verkommenheit setzt sich in ihm fest. Gott, die Engel, die Propheten und die Gläubigen werden ihn verfluchen. 40 Tage werden seine Gebete nicht erhört ...“

Das ist eine Auffassung, die schließlich über lange Umwege zum Alkoholverbot in den islamischen Staaten führte. Zu dieser strikten Regulierung war es jedoch erst gekommen, nachdem die Gläubigen infolge des übermäßigen Alkoholgenusses einer der Grundregeln des Glaubens nicht mehr nachkommen konnten, nämlich dem Namas (dem Gebet, das fünfmal in 24 Stunden gesprochen werden muss). Wenn wir unserer heutigen Charakteristik von chronisch mehrfach geschädigten Alkoholikern folgen, dann verstehen wir ein so rigoroses Tabu in dieser Weltreligion.

Nach der noch immer zitierten Einteilung des Alkoholismus nach Jellinek stellt die chronische Phase des Gamma-Alkoholismus gleichzeitig die Endphase dar. Sie ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

1. Es kommt zu ausgedehnten Rauschzuständen über mehrere Tage, zur Arbeitsbummelei und anderen Versäumnissen;
2. Selbstkritik und Leistungsvermögen gehen verloren;
3. bei etwa 10% der Alkoholabhängigen treten in diesem Stadium alkoholbedingte Geisteskrankheiten (Delirium tremens, Alkoholhalluzinosen, Eifersuchtswahn) auf;
4. schwer zu ertragene Angstzustände, auffälliger Tremor und schweißige Haut kennzeichnen das Äußere dieser Menschen;
5. die völlige Niederlage des Individuums und seine Hilflosigkeit werden mehr und mehr sichtbar;
6. in allen Lebensbereichen wird die Palette der Schäden sichtbar:
 - im körperlichen Bereich: Polyneuropathien, Magenschleimhautentzündungen, Leberschäden bis zur Leberzirrhose, Mangelernährung, Verdauungsstörungen, toxische Herzmuskelstörungen und tiefgreifende vegetative Veränderungen wie Schlafstörungen, Schweißausbrüche, kardiovaskuläre Sensationen;
 - im psychischen Bereich: Geisteskrankheiten, Anzeichen der Demenz, Epilepsie, ethischer Abbau und Persönlichkeitsnivellierung;
 - im sozialen Bereich: Zerrüttung der Familie, endloses Leiden der Kinder, berufliche Desintegration und Störungen aller weiteren gesellschaftlichen Bezüge, etwa durch Kriminalität.

³ Prof. Dr. med. Helmut F. Späte ist stellv. ärztlicher Leiter des Psychiatrischen Krankenhauses Halle-Neustadt

Hier ist jenes Stadium der Alkoholsucht erreicht, das über viele Jahre eben als „Endstadium“ bezeichnet worden ist, nämlich ein Zustand, in dem der Betroffene nicht mehr in der Lage ist, abstinent zu leben, und nicht mehr fähig, die Kontrolle über die ihm noch zuträgliche Alkoholmenge auszuüben. In diesem Zustand ist der abhängige Alkoholiker ein Bankrotteur des Lebens geworden, eine erniedrigte Kreatur, die - bildlich gesehen - im Rinnstein liegt und nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft aufzurichten. Die seelische und körperliche Abhängigkeit vom Alkohol zwingt ihn, zu trinken, zwingt ihn, immer weiter zu trinken; der Rest an Antrieb und Willen ist auf die Beschaffung der Droge gerichtet. Er ist nicht mehr abstinenzfähig, er kann es nicht sein. Wäre er in diesem Stadium in der Lage, das Trinken aus eigener Kraft, mit einem Entschluss des eigenen Willens aufzugeben, müsste am Vorliegen der Abhängigkeit gezweifelt und die Diagnose neu überdacht werden.

Das devote Verhalten lässt den völligen Verlust an Selbstwertgefühl so deutlich spüren, dass sich Gefühle des Mitlieds regen, manchmal auch Wut, manchmal sogar Abscheu: Wenn da ein verschmutzter, abgerissener, abgemagerter, übelriechender Mann mit der typischen Gangstörung einer Peroneuslähmung vorbei schlurft und um eine Mark bettelt, dann sind Selbstaufgabe, Hoffnungslosigkeit und Verlust aller menschlichen Würde tatsächlich der Endpunkt einer fatalen Entwicklung.

Mit einer gewissen Berechtigung ist früher ein solcher Zustand eines Abhängigen mit „Depravation“ umschrieben worden. Depravation bedeutet aber weiter nichts als „Verschlechterung“ im ursprünglichen Wortsinn. Später wurde dieser Begriff in der abwertenden Bedeutung der „Entartung“ gebraucht, wobei gleichzeitig unterstellt wurde, dass ein „entarteter“ Mensch ein für immer verlorener Mensch ist, und darum auch ein Unnützer, einer, um den es sich nicht mehr lohnt, sich zu mühen. In den Erfassungsbögen der Nazis für die „Aktion T 4“ war die Gruppe der „depravierten Alkoholiker“ eine vergasungswürdige Kategorie von Menschen. Das sollten wir bei allen Diskussionen auch bedenken.

Im alltäglichen Verständnis schließen wir uns viel zu leicht dem Gedanken an einen nicht reversiblen Endzustand der Entwicklung des Alkoholismus bei abhängigen Menschen ohne weiteres Überlegen an. Und wir sagen dann: „Da ist nichts mehr zu machen.“, oder auch: „Da sind Hopfen und Malz verloren.“ oder „Der hat seinen letzten Verstand versoffen.“ Wir sagen auch, dass derartige Menschen erheblich behindert sind, dass sie sich etwa in einem Störungsbereich befinden, der einem höhergradigen Schwachsinnigen gleichzusetzen ist, der ständig betreut und gepflegt und beaufsichtigt werden muss.

Meist werden diese Menschen auch in die Kategorie „geistig behindert“ eingestuft. Nach allgemeiner Übereinkunft aber ist geistige Behinderung eine „allgemeine Bezeichnung für alle von früher Kindheit an bestehenden, gewöhnlich auf organischer Hirnkrankheit beruhenden, intellektuell seelischen Mängel, welche die Erreichung normaler Lebensziele beeinträchtigen“.

Seelische Behinderung hingegen ist nach der Definition des BSHG eine „Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit durch psychische Krankheit. Die Bezeichnung geht von den Erfahrungen bei chronischer Schizophrenie und chronisch-depressiven Persönlichkeitsstörungen aus, wird aber auch auf psychoorganische Störungen angewandt, die sich später im Leben entwickeln, z.B. nach Hirnverletzungen“.

Die Diagnose des Alkoholismus, der Alkoholabhängigkeit und damit auch des chronischen Alkoholismus, der in seiner Konsequenz zu Mehrfachschädigungen führt, orientiert sich nach wie vor überwiegend an psychologischen Kriterien. Und es gibt tatsächlich mehrere Gründe dafür, die uns zur Vorsicht mahnen sollten in der Einstufung derartiger sog. Endzustände als reine geistige Behinderungen.

Einige dieser Gründe, die es rechtfertigen, für chronisch mehrfachgeschädigte Alkoholiker eher eine seelische Behinderung anzunehmen, sind:

1. Bei konsequenter Alkoholabstinenz bilden sich die meisten Symptome des chronischen Alkoholismus in z.T. beträchtlichem Umfang zurück: z.B. die neurologischen Ausfälle (Polyneuropathien, Symptome der Wernicke-Encephalopathie), Halluzinationen, epileptische Anfälle, aber auch die so störende und sozial auffallende ethische Verflachung und persönliche Verwahrlosung. BOGERTS hat in seinem Beitrag eindrucksvoll darauf verwiesen, dass bei Reihenuntersuchungen mit Magnetresonanztomographie des Gehirns unter den Bedingungen längerdauernder Abstinenz selbst die Zeichen der Hirnatrophie nachweislich rückläufig sind.
2. Schon dadurch, dass Alkoholiker heute überwiegend als „krank“ und kaum noch als lasterhaft und verkommen gelten und dazu noch im psychiatrischen Krankenhaus behandelt werden, sind sie von vornherein als psychisch krank anzusehen. Und tatsächlich gibt es ja eine Anzahl von Gemeinsamkeiten bei Geisteskranken und Abhängigen: Die gemeinsame Endstrecke ist die erhebliche soziale Auffälligkeit, die Störung des Zusammenlebens mit Anderen, das Infragestellen des Menschseins, der sozialen Stabilität, des Lebenssinns. Im akuten Zustand haben Rausch und psychotischer Schub durchaus ähnliche Wirkungen auf die Umwelt. Im chronischen Stadium weist der soziale Bankrott des Abhängigen Ähnlichkeiten mit der Hilflosigkeit des wesensveränderten Geisteskranken auf.
3. Auch die moralische Wertung von Abhängigen und psychisch Kranken ist ähnlich: Es gibt wohl kaum andere Lebensbereiche, in denen so viele abwertende Bezeichnungen gebraucht werden wie für „Verrückte“ und „Säufer“. Durch die Eingliederung in den psychiatrischen Betreuungsprozess wird für den Abhängigen ein Etikett (nämlich das des unzuverlässigen, verkommenen Trinkers) durch ein anderes (das des ebenfalls unzuverlässigen, unberechenbaren Geisteskranken) abgelöst.
4. Schließlich sollte darauf aufmerksam gemacht werden, dass Tabak und Alkohol fest in unsere Kultur integrierte Drogen sind, die einen nicht zu unterschätzenden ökonomischen Faktor darstellen, der nicht ohne Schwierigkeiten aus dem Wirtschaftsleben ausgegliedert werden kann. Der Verlust der Tabaksteuer, der Alkoholsteuer und vielleicht noch der Mineralölsteuer dürfte innerhalb kurzer Zeit zum Konkurs des Staates führen. Dabei sollten wir insbesondere an die äußerst halbherzigen Diskussionen um die Promillegrenzen im Straßenverkehr denken, aber auch an die erbärmlichen Begründungen, mit denen die Werbung für diese Suchtmittel beibehalten werden „mussten“.

Und solange das noch so ist, bleibt jede Gesellschaft verpflichtet, sich mit allen Möglichkeiten und Mitteln um jene zu bemühen, die letztlich Opfer dieser staatserhaltenden Steuern geworden sind.

Bei alledem darf nicht vergessen werden, dass zum Süchtigwerden auch eine ganz besondere Persönlichkeit gehört, eine Persönlichkeit, die nach FEUERLEIN „durch ein hemmungsarmes, unkontrolliertes Verlangen nach bestimmten Werten und Scheinwerten ... durch die innere Leere und Unausgefülltheit und durch die besondere Impulsivität und Ungeduld gekennzeichnet“ ist. „Wie bei einem Kinde müssen alle Bedürfnisse sofort befriedigt werden ...“. Aber auch Persönlichkeit ist ja nicht mehr und nicht weniger als unverschuldetes Schicksal, dem der Mensch ausgeliefert ist.

Dies mag FORT zu folgender Äußerung bewogen haben: „Bei den psychologischen Erklärungen stoßen wir auf einen Morast von Verwirrung und Willkür. Um dies zu erläutern, nehmen wir einmal an, wir wollten psychologisch erklären, weshalb Menschen trinken oder die Droge Alkohol anwenden. Eine häufige Antwort auf eine solche Frage lautet, sie trinken, um sich wohl zu fühlen und zu entspannen, was impliziert, dass sie vor dem Trinken unter Spannungen leiden und sich schlecht fühlen. Diesen Faden könnte man weiterspinnen und einen psychopathologischen Überbau zusammensetzen, der es erlaubt, eine psychiatrische Krankheitsdiagnose für alle Anwender von Alkohol zu stellen ...“.

Diese Meinung weist eindringlich auf die vielen ungelösten Fragen der weltanschaulichen Bewertung, aber auch auf die Sprachverwirrung hin, denen wir täglich in der Beurteilung Abhängiger begegnen. Es sei nur auf die Schwierigkeiten verwiesen, die mit der immer wieder versuchten Abgrenzung von Abhängigkeit, Gewöhnung, Sucht und Missbrauch und mit der sozialrechtlichen Einstufung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholiker verbunden sind. Meine Gedanken dazu fasse ich in folgenden Punkten zusammen:

1. In der Einschätzung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholiker hilft uns keinerlei pauschale Beurteilung weiter, sondern nur eine differenzierte Betrachtung, der die Erkenntnis zugrunde zu legen ist, dass auch Alkoholiker in einem derartigen Stadium prinzipiell behandelbar sind. Generell muss also davon ausgegangen werden, dass chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker, die z.T. körperlich, geistig, seelisch und sozial wesentlich behindert sind, in die Kategorie der seelisch Behinderten einzustufen sind und dass ihnen Eingliederungshilfe gem. § 39 BSHG zusteht. Anderenfalls kommt es zu einer nicht vertretbaren finanziellen Benachteiligung dieser Personengruppe.
2. Die Einstufung und Beurteilung dieser Personengruppe sollte unbedingt durch qualifizierte Fachleute erfolgen. Eine praktikable Lösung könnte darin bestehen, einen sehr differenzierten Katalog von Merkmalen zu erarbeiten, der dann vom Gutachter zu beantworten ist, sodass auf dieser Grundlage auch Sachbearbeiter der Versorgungsämter in der Lage sind, die letzten Entscheidungen zum zu erteilenden Grundanerkennnis sachkundig zu treffen.
3. Mit Nachdruck muss darauf hingewiesen werden, dass es weit sinnvoller ist, bzgl. der Volksseuche Alkoholsucht prophylaktische Maßnahmen zu planen und durchzuführen, als chronische Trinker einzustufen und zu rehabilitieren. Zu den prophylaktischen Maßnahmen gehört es, endlich dazu zu kommen, eine qualifizierte Entzugsbehandlung zur generellen Grundlage einer sinnvollen Therapie zu machen und damit - wie das bereits nachgewiesen werden konnte - die Erfolgsaussichten einer Entwöhnung zu erhöhen und damit das „Nachwachsen“ chronischer Trinker zu vermindern. Es kann nicht angehen, dass in einem reichen und hoch industrialisierten Land derartige Erkenntnisse daran scheitern, dass sich die zuständigen Kranken- und Rentenkassen nicht über die Finanzierung einigen können und eher die um vieles kostenaufwendigere Behandlung und Rehabilitation mehrfach geschädigter chronischer Alkoholiker realisieren.
4. Solange noch eine Werbung für Alkohol und Tabak möglich ist, sollte angestrebt werden, 10 % der Kosten für diese Werbung für prophylaktische Maßnahmen gegen den Tabak- und Alkoholmissbrauch abzuzweigen. Dazu sollten noch 5 % der Gewinne der Tabak- und Alkoholindustrie kommen und 10 % der vom Staat einbehaltenen Steuern, die dann zweckgebunden für prophylaktische Maßnahmen eingesetzt werden.
5. Wenn man die Alkoholpolitik unseres Landes kritisch verfolgt, kann man der lächerlichen Diskussion um die Höchstgrenze der Promillewerte im Straßenverkehr eigentlich nur noch eine ganz zynische Lösung anbieten: Die Grenze sollte doch endlich von 0,5 auf 5,0 Promille angehoben werden ...

Wer sachkundig und ernsthaft die Diskussion führen will, weiß, wie unsinnig und gefährlich diese Null-Komma-und-Promille-Feilscherei in Wirklichkeit ist.

6. Unser Hauptaugenmerk sollte in Zukunft nicht nur auf die sog. „starken Trinker“ gerichtet werden, also auf die chronischen, nicht abstinenzfähigen Trinker, sondern vielmehr auch auf die „mäßigen Trinker“, und dabei handelt es sich um die Hälfte der Bevölkerung. Denn es muss immer wieder bedacht werden, dass eben aus dieser Gruppe die mehrfach geschädigten Alkoholiker ständig nachwachsen.
7. Als menschliche und mündige Solidargemeinschaft sollten wir den Anspruch dieser Gemeinschaft mehr als bisher berücksichtigen, nämlich den Anspruch auf ein selbstbestimmtes Leben ohne Beeinträchtigung durch die ständige Vergiftung mittels Droge Alkohol. Aber wenn die Vergiftungsfolgen bereits so weit fortgeschritten sind, dass eine selbstkritische Besinnung nicht mehr möglich ist, hat meiner Meinung nach der Betroffene ein umfassendes Recht auf unsere Hilfe. Und wir haben die Pflicht zur Hilfe. Die Hilfe kann nur darin bestehen, den Betroffenen vom Alkohol fernzuhalten. Aus ethischen Rücksichten ist dazu nach meiner Auffassung unter Umständen auch eine Unterbringung gegen seinen Willen nötig. Wenn wir das nicht tun, machen wir uns mitschuldig am fortgesetzten körperlichen und geistigen Verfall dieser Menschen.

Gestufte Therapie-, Betreuungs- und Wohnangebote für Alkoholabhängige mit schweren Folgeerkrankungen

Klaus Herbert Richter, Elbingerode⁴

Dieses Thema verführt, Ihnen etwas zu beschreiben, wofür Sie sicher genügend gute Beispiele kennen. Ich will Ihnen deshalb jetzt keine Strukturbeschreibung darüber geben, was z. B. in unserem Therapieverbund in dieser Frage läuft oder was notwendig für chronisch mehrfach geschädigte Alkoholabhängige wäre. Vielmehr möchte ich im Zusammenhang mit diesem Thema ein paar Tendenzen benennen und Beobachtungen mitteilen aus der Sicht eines Suchtmediziners, der schon lange in diesem Bereich tätig ist. Im Übrigen bin ich froh über diese Themenstellung. Nach der Wende hat mich manches berührt, einiges auch verletzend berührt. Endlich war es möglich, offen über die Sucht zu reden. Ein Suchthilfesystem hoher Qualität schloss uns in die Arme. Und? Das Suchtproblem war nicht besser im Griff. Eine sichtbare Szene Entwurzelter entstand, für manche schwer Abhängige wurde das Obdachlosenheim die letzte Sozialeinrichtung. Die Situation war und ist bedrückend. So ist Freiheit wohl nicht zu verstehen, dass schwache und schwierige Kranke ihren tolerierten Freiraum der Unwürde bekommen. Deshalb bin ich froh über dies Thema und über alle Aktivitäten in diesem Bereich.

Meine Ausführungen werden sich gliedern in drei Anmerkungen und Hinweise aus der und zur Praxis.

Erste Anmerkung

Die Beratung und Behandlung von chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken ist wenig attraktiv. Das lässt sich an Verschiedenem ablesen:

Spricht man vor sachkundigem Publikum, so versucht man sich natürlich auf den neuesten Stand der Diskussion zu bringen. Und was macht man? Man sieht ins Internet. Und was fiel mir dort auf? Ich fand viel über Suchttherapie, jetzt auch biologische Suchtforschungsansätze u. a., aber keinerlei Grundlagenarbeit über diese Klientengruppe. Das Desinteresse merken Sie auch an Folgendem: Im niedrigschwelligen „Harm-Reduction“-Ansatz in der Drogentherapie gibt es für den chronisch mehrfach geschädigten Drogenkranken die freie Vergabe von Ersatz- und Originalstoffen. Ich kenne so etwas bei den 20-fach zahlreicheren Alkoholikern nicht. Bei aller Unterschiedlichkeit von Alkoholabhängigkeit und Drogenabhängigkeit - kennen Sie eine Krankenkasse oder ein Sozialamt, die eine Bier-Theke mit ärztlich geleiteter freier Abgabe von Alkohol bezahlt?

Auch in der klassischen spezifischen Suchttherapie fällt dieses Klientel durch. Sucht wird hier letztlich als Sonderform einer Neurose aufgefasst. Daraus ergibt sich in der Suchtbehandlung eine „Ver-Psychotherapeutisierung“ mit Gefahren. Das sind u. a. die so dominierte Engführung und eine Rigidität, wenn es um sachbezogene Würdigung ergänzender und korrigierender Erkenntnisse geht. Sehr wohl ist der psychotherapeutische Ansatz ein gutes Denkmodell. Unangemessen ist aber die Tendenz, den psychotherapeutischen Ansatz zum Maß in der Suchttherapie zu machen. Die Beratung und Behandlung der chronisch mehrfach geschädigten Alkoholiker ist ebenso spezifische Suchttherapie, nur bei einem besonderen Klientel.

Zweite Anmerkung

Alkoholismus ist eine klassische ganzheitliche Störung, die sich im chronischen Stadium zu einer Psychose-vergleichbaren Intensität entwickeln kann und sich häufig in zunehmender sozialer Behinderung auswirkt.

⁴ Dr. med. Klaus-Herbert Richter ist Chefarzt der Suchtfachklinik am Diakoniekrankenhaus Harz GmbH, Elbingerode

Der Abhängigkeitsprozess bewirkt, dass der Betroffene in seiner Grundorientierung entgleist. Er fällt in eine hörige Abhängigkeit von der seelischen Wirkung des Suchtmittels, dieser neurobiologisch unterlegten tiefen „Stimmigkeit“. Das hat gravierende Folgen. Der Betroffene sucht im Laufe seiner Abhängigkeitsentwicklung 10.000 mal und mehr diese Wirkung. Er hat also 10.000 mal und öfter einen Rausch.

Dadurch unterliegt er sekundär einer seelischen Fehlentwicklung, egal wie er in seiner Persönlichkeit vorher war. Diese verändert seine seelische Struktur und führt zu einem Verhalten egozentrischer Unreife.

Diese Rausche sind gleichzeitig Gesamtkörperintoxikationen. Sie bewirken somatische Folgestörungen, einschließlich hirnanorganischer Störungen im Sinne eines organischen Psychosyndroms.

Nun ist der Mensch immer Beziehungswesen, und zu jeder Persönlichkeitsstruktur gehört wesensmäßig ein Beziehungsmuster. Die Depravation der Persönlichkeit bringt so auch die Depravation der Beziehungsgestaltung und der sozialen Kompetenz.

Der chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker ist also schwer gestört. Das Ausmaß der Störung ist z.T. analog einem Patienten mit einer Psychose oder einem Defektsyndrom bei Psychose.

Dritte Anmerkung

Bei chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken ist das Therapieziel den langfristig bleibenden Störungen anzupassen. Bei den auch hier möglichen Besserungen ist in großen Zeitabschnitten zu denken.

Bei dieser Anmerkung fallen einem sofort Stichworte ein wie „Hierarchie der Therapieziele“ oder „Harm-Reduction“ (Schadensbegrenzung). Es ist klar, dass bei weitem nicht alle, die abstinent werden müssten und sollten, es schaffen (noch nicht oder auf Dauer nicht). Hier ist die Einteilung von SCHWOON und WIENBERG hinsichtlich der Hierarchie von Therapiezielen hilfreich. Es sind „abgespeckte“ Therapieziele - quasi als Defektheilung. In den ersten Schritten geht es dabei um eine Verringerung der Alkoholfolgeschäden im Sinne der Schadensbegrenzung wie Sicherung des Überlebens, Verhinderung von schweren körperlichen Folgeschäden, Verhinderung sozialer Desintegration, Ermöglichung längerer Abstinenzphasen u. ä. In den weiteren Schritten geht es dann um den psychotherapeutischen Ansatz mit Einsicht in die Grunderkrankung, Akzeptanz der eigenen Behandlung bzw. des Hilfsbedarfs bis hin zur Bewältigungsmöglichkeit im Sinne der Abstinenz.

Nun hat sich dieser Ansatz der Schadensbegrenzung mit einem sogenannten Paradigmenwechsel in der Behandlung verbunden. Er drückt sich darin aus, dass das Therapieziel Abstinenz grundsätzlich aufgegeben wird. Unter Harm-Reduction versteht man neben der Verringerung von körperlichen und sozialen Folgeschäden jetzt auch die Einstellung, den Betroffenen in seiner Sucht zu belassen, also keine Thematisierung der Abhängigkeit, kein Wort zur Abstinenz, Einräumen von Ansprüchen gegenüber Behandlern, keine Forderung zur Mitarbeit u.a..

Dies ist eine neuere Variante einer Diskussion, die seit 70 Jahren periodisch aufbricht und in der es letztlich um „kontrolliertes Trinken“ geht. Hier verbindet sie sich noch mit einer anthropologisch-philosophischen Auffassung über die Freiheit und Selbstbestimmtheit des Individuums.

Wir wissen, dass viele das Therapieziel Abstinenz (noch) nicht erreichen. Schadensminderung ist dann sehr wohl ein Therapieziel, wie es auch Teilbesserungen bei anderen Leiden gibt. Deshalb aber allgemein das Ziel der Abstinenz aufzugeben, ist überhaupt nicht einsichtig. Das hieße auch, dass chronischer Alkoholismus mit seinen gravierenden Folgen als eine dem Menschen würdige Existenzform anzusehen wäre.

Hinweise aus der und zur Praxis

Ich selbst bin 30 Jahre in der Suchtarbeit tätig und seit 1976 im Diakonie-Krankenhaus Elbingerode, habe den Aufbau eines Therapieverbundes bei uns miterlebt mit dem klinischen Akutbereich, suchtprofiliertes Psychiatrie und Inneren Abteilung von 24 und 4 Betten, einem Reha-Bereich mit 132 Betten, einem komplementären Bereich wie Betreutes Wohnen, Übergangswohnheim und Dauerwohnheim mit 71 Plätzen sowie einem ambulanten Bereich. Hinweise möchte ich geben einmal aus Sicht der Klinik (Akut- und Entwöhnungstherapie) und zum anderen aus der Sicht des komplementären Bereiches.

Aus klinischer Sicht:

Auf unser Haus entfallen – aus einem überregionalen Einzugsgebiet - im Akutbereich jährlich ca. 1.500 Entgiftungen, davon ca. 300 mit der Primärdiagnose illegaler Drogen. Alle Patienten erhalten - sofern sie fähig dazu sind - eine sogenannte Motivationstherapie. Das geschieht auch in der Inneren Abteilung in dem von den Krankenkassen vorgegebenen Zeitrahmen. Festzustellen ist, dass die chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken deutlich zunehmen. Dabei fällt auf, dass die Klienten offensichtlich von ihrem Suchtweg gezeichnet sind als früher - sowohl bezüglich der somatischen Folgeschäden als auch bezüglich einer stärkeren Ausprägung von hirnorganischen Beeinträchtigungen im Entzug. Das spiegelt sich auch in einer relativ hohen Anzahl von sogenannten Drehtür-Patienten wider, bei denen die Mehrfachschädigung, psychiatrische Co-Morbidität und soziale Destruktion konzentriert sind.

Auch im Blick auf die Reha-Patienten zeigt sich ein Störungsgrad, von dem ich nicht weiß, ob er nur bei uns so deutlich ist. Wir haben gut 500 Patienten pro Jahr in stationärer Entwöhnungsbehandlung. Einige Daten aus dem Jahr 1999: Nur rund 20 % hatten Arbeit, 75 % waren arbeitslos und 5 % waren Rentner oder ohne Erwerbstätigkeit. Knapp 20 % waren bei der Entlassung arbeitsunfähig, die meisten von ihnen letztlich erwerbsunfähig. Etwa 10 % wurden in den komplementären Bereich vermittelt. Wir haben im Sozialdienst auch eine Schuldnerberatung. In einer aktuellen Querschnittserhebung ergab sich, dass ein knappes Drittel in Beratung ist bei beachtlichen Schuldsummen.

Ich will hier nicht das deutsche Suchthilfesystem, seine Vorzüge und Grenzen grundsätzlich zur Diskussion stellen. Aber auf einige mögliche Veränderungen möchte ich verweisen, die einer Chronifizierung - zumindest bei einem Teil der Patienten - vorbeugen könnten:

Ein wesentlicher Mangel ergibt sich aus dem ressourcenbezogenen Zuständigkeitsdenken mit seinen Abgrenzungen. Was dann in einem Bereich gespart wird, wird aber gesamtgesellschaftlich teurer. Sogenannte Drehtürpatienten sind oft Menschen, die nach der Entlassung in ein soziales Loch fallen. Irgendwann sind sie wieder beim Hausarzt oder bei der Suchtberatung oder beim sozialpsychiatrischen Dienst und dann wieder stationär. Hier fehlen auffangende, niedrigschwellige, tagesstrukturierende Arbeitstrainingsangebote.

Auch bei Patienten mit gutem Start nach einer Behandlung fehlt es an der bevorzugten Vermittlung in Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung. Meines Erachtens sind das Aufgaben, in denen das Arbeitsamt und entsprechende Träger eine wichtige Rolle spielen. Notwendig ist hier eine obligate Vernetzung, gegebenenfalls durch gesetzliche Regelung. Auch die sogenannte qualifizierte Entgiftung, also die Entgiftung mit Motivationstherapie, fällt der Zuständigkeitsklärung zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern zum Opfer. Sicher ist auch das ein Part in der Förderung der Chronifizierung.

Und noch etwas anderes. Wir haben im Land mit der Weiterbildung in der suchtmmedizinischen Basisversorgung begonnen. Es ist für mich aber nicht nachvollziehbar, dass angesichts der Volksseuche Alkoholismus in Aus- und Weiterbildung nicht obligat Schwerpunkte gesetzt werden.

Natürlich bietet ein Therapieverbund mit seiner unkomplizierten reibungsarmen Vernetzung hier manche Vorteile, trotzdem bleibt es unvollkommen.

Ich komme nun zum komplementären Bereich und damit verbunden mehr zu einer *landkreisbezogenen Sicht*:

Wir haben bei uns ein Betreutes Wohnen mit 32, ein Übergangwohnheim mit 15 und Dauerwohnheim (nach § 39/40 BSHG) mit 24 Plätzen. Dieser Bereich soll Betroffenen in ihrer sozialen Behinderung helfen, sich zu stabilisieren in den Rahmenbedingungen wie gemeinsames Wohnen, verbindliche Gemeinschaft, Tagesstrukturierung, Eigenversorgung und Arbeitstraining.

Vor einigen Jahren wurde landkreisbezogen versucht abzuschätzen, wie viel Plätze im Dauerwohnheim für Suchtkranke benötigt werden. Die damalige Schätzung kam zu etwa 50 Plätzen bei 100.000 Einwohnern.

Wie hat sich das entwickelt? Ich berücksichtige bei den angegebenen Zahlen jetzt nur Patienten, die originär aus dem Landkreis Wernigerode kommen, und auch noch eine Einrichtung in anderer Trägerschaft, die auch eine Gruppe chronisch mehrfach Geschädigter betreut. Etwa 50 Plätze sind von Einwohnern des Landkreises besetzt - 30 im Dauerwohnheim, 10 im Übergangwohnheim und 10 im Betreuten Wohnen. Dabei handelt es sich aber nur um die, die sich mehr oder weniger integrationswillig zeigen. Ich weiß nicht, wie viele sich nicht integrieren lassen, aber dennoch Unterstützung benötigen. Ich vermute, dass auf einen Integartionswilligen noch zwei kommen, die es nicht sind, also noch etwa 100 im Landkreis.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass in der gemeindenahen Arbeit mit chronisch mehrfach Geschädigten eine gute Vernetzung aller Helfenden notwendig ist. Dabei geht es um sozialpsychiatrischen Dienst, Hausarzt, Suchtberatung, Jugendfürsorge, Betreuungsbehörde, Sozialamt, Krankenkassen, Träger u.a. Wenn die Vernetzung nicht nur Modewort ist, zeigt sie sich in einer bereitwilligen Zusammenarbeit und in einer Vermeidung von Konkurrenzdenken sowie in einem flexiblen Herangehen im Einzelfall mit „Wage-Mut“. Das könnte sich ausdrücken z. B. in gemeinsamen Hausbesuchen von Mitarbeitern des sozialpsychiatrischen Dienstes und der Beratungsstelle bei schwierigen „Sozialchaoten“, die auch trinken; oder auch darin, dass im Obdachlosenheim ein Wohnbereich für Abstinenzwillige entsteht. Hier hätten dann die eine Chance, die mehr für sich tun wollen.

Im Folgenden werde ich die Arbeit mit chronisch Abhängigen im komplementären Bereich unter ein paar Stichworten bedenken.

Entwicklungsfähigkeit

Die Entwicklungsfähigkeit spiegelt sich unter anderem in der Verminderung der Betreuungsnotwendigkeit wider. Relativ viel Bewegung gibt es zwischen dem Übergangwohnheim (ÜWH) und dem Betreuten Wohnen (BW). Ca. 30 % der Betroffenen aus dem ÜWH gehen ins BW, allerdings auch 10 % aus dem BW in das ÜWH. Aus BW und ÜWH gehen ca. 60 % direkt in die Selbständigkeit. Über 80 % der voll Verselbstständigten aus dem BW entwickeln sich stabil, jedoch nur ca. die Hälfte derjenigen aus dem ÜWH. Ein großer Teil von ihnen tat diesen Schritt auch gegen unseren Rat.

Eine Bewegung ist vom Dauerwohnheim her weit seltener, da hier die Entwicklungen - wenn überhaupt - auch viel langsamer vonstatten gehen. Die stabilste Entwicklung haben die Betroffenen, die eingestellt und bereit sind für kleine Schritte und folgenden Weg gegangen sind: Entwöhnung - ÜWH - BW.

Störungsprofil des Patienten

Dies ist die Kehrseite der Entwicklungsfähigkeit. Es fällt auf, dass zwischen BW und ÜWH auf der einen Seite und dem Dauerwohnheim auf der anderen im Störungsprofil ein erheblicher Qualitätssprung ist. Diese Intensitätszunahme zeigt sich besonders in ausgeprägten Persönlichkeitsstörungen bei meist vorgegebener oder erworbener Intelligenzminderung. So ergibt es sich, dass im Dauerwohnheim die in der Persönlichkeit und damit auch in der sozialen Kompetenz am meisten Gestörten leben.

Unser Dauerwohnheim wurde vor zwei Jahren eröffnet und beherbergt u. a. - ich bitte das richtig zu verstehen - eine „Elitesammlung“ aus Alten- und Pflegeheimen und solchen Mitbürgern, die z. T. die sozialen Betreuungssysteme in ihrer Gemeinde in Schwung hielten. Ein Drittel von ihnen hat eine antisoziale Einstellung und neigt zu schweren Verstimmungen bei impulskräftiger Persönlichkeit. Dabei beweisen sie oft eine erstaunliche Kraft. Gelänge es, dieses Potential in positive Richtungen zu kanalisieren, so wäre bei manchen eine günstige Entwicklung denkbar und wir beobachten sie auch bei einigen.

Drei wichtige Bereiche sind im Zusammenhang mit einer angemessenen Begleitung der Bewohner des Dauerwohnheimes kurz zu bedenken - sie beziehen sich auf Konzept, Profil der Mitarbeiter und Beziehungskontinuität.

Natürlich erstellt man sich vor Beginn der Arbeit ein gutes Konzept, es ist dann aber die Ausgangsbasis für eine bestimmte Entwicklung. Hier muss man entscheiden, ob man mehr verwaltet und eine Struktur schafft, die Chaos vermeidet, oder ob man noch sozialpädagogische Ziele hat.

Wir haben uns für sozialpädagogische Ziele im Sinne des Trainings der Sozialkompetenz entschieden. Das braucht dann Strukturen, die die Kommunikation fördern, die Tagesrhythmik bahnen, zur Selbständigkeit und Selbstregulierung, Verantwortlichkeit, Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft anregen. Die Förderung des Einzelnen muss dabei individuell angepasst werden. Tiere, Hof und Garten, kleinere Aufgabenstellungen für das Miteinander, gemeinsame Veranstaltungen und gemeinsames Essen spielen dabei eine wichtige Rolle.

Eine grundlegende Frage ist: Wie gehen wir mit den Abstinenzunwilligen um? Ist Abstinenz im Heim durchsetzbar oder sollte es einen vom Personal kontrollierten Konsum von Alkohol geben? Läge unsere Einrichtung in einer Stadt, wäre die Situation sicher anders als jetzt, wo wir am Rande eines Dorfes liegen.

Wir haben uns auf die Abstinenz festgelegt, aber es hat bis jetzt, d.h. zwei Jahre gedauert, bis diese Norm sich langsam durchsetzt: Trinken ist nicht gut!

Diese Arbeit wird entscheidend bestimmt von der Einstellung des Personals vor Ort. Es hat sich als hilfreich erwiesen, dass auch mütterliche und väterliche Profile vertreten sind. Die gegenseitige Abstimmung ist notwendig in Konsequenz, gewährtem Freiraum bei den Ordnungen im Zimmer, bei Isolationstendenzen u. a., Nähe und Distanz sind zu reflektieren. Fallbesprechungen und Supervision bieten sich hier an und werden auch bei uns regelmäßig durchgeführt.

Ein notwendiger und hilfreicher Faktor ist die Beziehungsstabilität aller Helfer im Heim und für das Heim. Im Therapieverbund bei uns ist gerade für sehr gestörte Klienten die Kontinuität von Träger und z. T. Personen ein hilfreicher Wirkfaktor. Die Beziehungsstabilität ist auch im Heim wichtig bei einer gewissen Zuordnung der einzelnen zu den einzelnen Mitarbeitern.

Diese Beziehungsstabilität bezieht sich aber ebenso auf Hausarzt und den zusätzlich notwendigen Nervenarzt. Heime dieser Art werden von niedergelassenen Ärzten nicht unbedingt geliebt - das hängt mit den z.T. hohen Medikamentenkosten zusammen. Dadurch ergibt sich, dass oft verschiedene Ärzte zuständig sind, was sich negativ auswirken kann. Wichtig ist ebenso eine gute Zusammenarbeit mit einer Akutklinik, die Krisenintervention ambulant und stationär durchführt. Auch hier braucht es eine gewachsene und vertraute Beziehung zwischen den Einrichtungen, da diese Klienten gerne und gekonnt die Helfer „spalten“ in gute und böse.

Größenordnung von Einrichtungen

Wir wissen, dass sich alles „rechnen“ muss und eine angemessene Besetzung eine bestimmte Kapazitätsgröße voraussetzt. Bei schwer gestörten Heimbewohnern ist aber die wirtschaftlich geforderte Größenordnung häufig schwierig zu vereinbaren mit der Notwendigkeit einer Beziehungsstruktur, die intensiv und eindeutig ist und trägt und prägt

und die Entwicklung fördert. Wir haben im Übergangwohnheim 15 Plätze, im Dauerwohnheim 24. Schon hier ist der Unterschied merklich, obwohl wir im Dauerheim versuchen, Untergruppen zu schaffen.

Abschließend möchte ich sagen, dass auf jeden Fall die Arbeit mit den chronisch mehrfach geschädigten Alkoholabhängigen eine Aufgabe ist, die man dankbar tun und zugleich auch ein Gebiet von Grenzerfahrungen nennen kann.

Diskussion

Dr. Böcker weist darauf hin, dass bei Alkoholkranken teilweise faktisch eine Art von kontrollierter Suchtmittel-Vergabe praktiziert wird: Manche Betreuer teilen täglich das Taschengeld zu, mit einer den begrenzten Geldmitteln entsprechend begrenzten täglichen Trinkmenge.

Betreuung chronischer Alkoholiker - Erfahrungen aus der Sicht eines Betreuungsvereins

Sylvia Herrmann, Aschersleben⁵

Im Betreuungsverein des Diakonischen Werkes des Kirchenkreises Aschersleben-Quedlinburg sind sechs Berufsbetreuer tätig. Zu deren Klienten zählen neben Betreuten mit anderen geistigen, seelischen und körperlichen Erkrankungen auch zunehmend chronisch kranke Alkoholiker.

Voraussetzung zur Bestellung eines Betreuers ist, dass ein Erwachsener aufgrund einer Krankheit oder Behinderung bestimmte persönliche Angelegenheiten nicht mehr selbstständig erledigen kann. Von den Betreuern werden demzufolge persönliche, zivilrechtliche Betreuungen nach Betreuungsgesetz geführt. Sie dürfen nur in den vom Amtsgericht festgelegten Aufgabenkreisen und in Absprache mit den Betroffenen tätig werden. Die Wünsche der Betreuten müssen in jedem Fall berücksichtigt werden, soweit die Betreuten noch in der Lage sind, diese zu äußern und zu ermessen.

Wenn ein Betreuer die Betreuung einer Person mit chronischer Alkoholkrankheit übernimmt, findet er fast immer die gleiche Situation vor:

1. Die sozialen Kontakte zum Umfeld der Person wie Familie und Freunde sind völlig abgerissen, es bestehen nur noch Außenkontakte zu Menschen, die gleichfalls Alkoholprobleme haben.
2. Die Wohnung ist, soweit noch vorhanden, in einem völlig desolaten Zustand. Die hygienischen Verhältnisse sind sehr bedenklich.
3. Zahllose Entgiftungen sind häufig bereits vorgenommen worden, meist ohne Ergebnis oder ohne anhaltenden Erfolg. Es gibt bereits Schwierigkeiten mit der Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen.
4. Die finanziellen Verhältnisse sind schlecht. Alle Gelder sind aufgebraucht und alle Dinge von Wert verkauft. Es sind Schulden vorhanden. Leistungen sind ausgelaufen und zustehende Gelder wurden nicht beantragt, z.B. Sozialhilfe, Arbeitslosenhilfe.

Nach Betreuungsübernahme, das heißt nach erfolgter Anhörung durch das Amtsgericht und ergangenem Beschluss werden folgende Handlungen, soweit in den festgelegten Aufgabenkreisen möglich, als erstes getätigt.

1. Mit dem Betreuten wird eine Finanzplanung mit den vorhandenen Mitteln besprochen und danach vorgegangen. Es kommt dann meist zu Geldzahlungen ein- bis zweimal wöchentlich, so dass eine finanzielle Absicherung über den ganzen Monat gewährleistet ist und die finanziellen Mittel nicht nur bis zur Hälfte des Monats oder weniger ausreichen.
2. Die finanziellen Ansprüche des Betreuten werden gesichert und zustehende Gelder beantragt.
3. Wenn noch vorhanden wird der Erhalt des Wohnraumes durch entsprechende Verträge und Vereinbarungen gesichert.
4. Wenn der Betreute dies wünscht, wird - soweit vorhanden - eine Suchtberatungsstelle aufgesucht, um Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Nach den ersten eben dargestellten Handlungen mit und für den Betreuten muss abgeprüft werden, ob bei dem Betreuten die Bereitschaft zur grundlegenden Änderung seiner Lebensumstände vorliegt. Wenn dies der Fall ist, Krankheitseinsicht besteht, und der

⁵ Sylvia Herrmann ist Berufsbetreuerin im Betreuungsverein des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis Aschersleben-Quedlinburg e. V.

Betreute den Alkoholkonsum einstellen möchte, wird eine Langzeittherapie zur Entwöhnungsbehandlung beantragt.

Weiterhin wird nach Möglichkeiten und entsprechenden Wohnformen gesucht, welche für den Einzelnen die optimalen Voraussetzungen bieten und auf seine persönlichen Verhältnisse zugeschnitten sind. Dies kann einmal eine ambulante oder stationäre Wohnform wie zum Beispiel ein Übergangwohnheim oder betreutes Wohnen sein. Weiterhin ist auch das Leben im eigenen Haushalt oder einer anderen eigenen Wohnung nach entsprechender Umgestaltung möglich. Bei starker körperlicher wie auch geistiger Vorschädigung und Vorliegen einer Pflegestufe ist manchmal nur noch das Wohnangebot eines Pflegeheimes annehmbar.

Anmerken möchte ich dabei, dass das Finden von adäquaten Wohnangeboten gerade für noch „nasse Alkoholiker“ sehr schwierig ist. Gemeindenahe Wohnformen sind kaum vorhanden. Oftmals sind die angebotenen Wohnformen sehr abgelegen. Dies kann nach einer Entwöhnungsbehandlung anfänglich sehr dienlich sein, jedoch gestaltet sich die Wiedereingliederung nach einem so isolierten Leben recht schwierig.

Von primärer Bedeutung ist die Bereitschaft des Betreuten zur Änderung seiner Lebensumstände. Manchmal ist diese jedoch nicht vorhanden. Demzufolge erfolgt dann vom Betreuer nur eine Begleitung des fortschreitenden Krankheitsbildes. Es werden vom Betreuer die Lebensumstände in den gegebenen Verhältnissen gesichert und es wird versucht, Krisensituationen entgegenzuwirken. Die Finanzen werden verwaltet und zugeteilt und die, wenn noch vorhandene, Wohnung für den Betreuten gesichert. Auch wenn dies vom äußeren Umfeld schwer akzeptiert werden kann, muss dabei der Wunsch des Betroffenen angenommen werden und wenn das Wohnen z. B. im Obdachlosenheim für ihn akzeptabel erscheint, muss auch dies vom Betreuer geachtet werden.

Grundsätzlich möchte ich anmerken, dass in meiner Praxis mit den einzelnen Therapie- und Entgiftungskliniken immer versucht wird, eine optimale für den Einzelnen zugeschnittene Lösung zu finden.

Die Einrichtung einer Betreuung stellt oftmals in der Kette der Hilfsangebote eine wichtige Hilfestellung für chronisch kranke Alkoholiker dar, um eine Sozialisierung der Betroffenen zu bewirken.

Diskussion

Frau Dr. Feyler betont, dass die von Betreuern oftmals beklagte fehlende Motivation ja gerade ein Symptom der Krankheit sei. Der Betreuer müsse sich der Frage stellen: Will er zusehen und weiteres Trinken zulassen oder energischer einschreiten? Frau Herrmann bestätigt, dass es für die Betreuer sehr unbefriedigend sei, zuzuschauen und damit einen schleichenden Abbau zuzulassen. Aber eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik wäre nur möglich, wenn eine akute Gefahr einer schwersten Selbstschädigung bestünde. Hier wäre auch immer eine richterliche Entscheidung nötig, was außerordentlich schwierig sei. Dr. Böcker geht davon aus, dass rechtlich die Möglichkeit besteht, den Betroffenen auch gegen seinen Willen in Behandlung zu bringen. Natürlich könne das nicht der Betreuer allein bewerkstelligen, das beginne schon beim begutachtenden Arzt, der konkrete Vorschläge für den Betreuungsaufgabenkreis in seinem Gutachten zu unterbreiten habe. Der Betreuer muss seinen Auftrag genau kennen; wenn der Aufgabenkreis auch die Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitsfürsorge umfasst, dann könne er eine Behandlung auch „gegen den Willen“ veranlassen.

Herr Meyer (Neinstedter Anstalten) weist auf das Problem hin, dass in der täglichen Praxis selbst Patienten mit akuter Eigengefährdung schon nach drei Tagen wieder aus Klinik entlassen werden müssen und für eine Weiterbehandlung hier wenig Verständnis bei den Krankenkassen herrsche. Frau Konschak (Sozialpsychiatrischer Dienst der Stadt Halle) richtet den Wunsch an die juristischen Betreuer, noch enger mit den Sozialpsychiatrischen Diensten zusammenzuarbeiten. Sie empfiehlt, Kontakte mit Sozialpsychiatrischen Diensten und den örtlichen Suchtberatungsstellen aufzubauen und verlässliche Arbeitsvereinbarungen zu treffen. Frau Herrmann bestätigt diese Notwendigkeit auch aus der Sicht der Betreuer.

Eine Betreuerin betont nochmals, dass gegen den Willen des Betreuten nichts machbar sei, solange sein Leben nicht akut in Gefahr sei. Die Gesetzeslage schreibe eine sehr hohe Eingangsschwelle für eine klinische Behandlung vor. Die Betreuer hätten leider keine Handhabe, den Betroffenen in eine Klinik zu bringen. Sie seien hilflos und zum Zusehen verurteilt. Dr. Böcker hält diese Sorge für verständlich. Das Betreuungsgesetz regle die Aufgaben der Betreuer; der Staat sehe es nicht als seine Aufgabe an, seine Bürger zu erziehen und vom missbräuchlichen Trinken abzuhalten. Dr. Böcker weist jedoch nochmals darauf hin, dass hier ggf. gar nicht gegen den Willen des Betroffenen gehandelt werden müsse, weil gar kein Wille vorhanden sei; der Betroffene sei oft infolge seines Alkoholmissbrauchs willenlos. Vorrang habe dann die Fürsorgepflicht des Betreuers. Eine Richterin (Amtsgericht Wernigerode) dagegen besteht darauf, dass eine akute Gefahr vorliegen müsse und weist darauf hin, dass leider oftmals die Gutachten der Ärzte gar nicht präzise genug seien, um eine Unterbringung zu veranlassen. Die Richter seien aber auf die Einschätzungen der Ärzte angewiesen. Offensichtlich bestünde hier viel Klärungsbedarf bei den Medizinern selbst. Frau Dr. Feyler geht davon aus, dass es sich immer um Einzelfallentscheidungen handeln wird, ob eine klinische Behandlung angebracht ist oder nicht. Auf jeden Fall habe jeder Arzt die Pflicht, negative Prozesse aufzuhalten und alle Möglichkeiten einer klinischen Behandlung auszuschöpfen.

Der sozialtherapeutische Optimismus - Erfahrungen aus der Sicht einer Übergangseinrichtung

Friedhelm Röse, Zernick⁶

Als langjähriger Suchttherapeut und geschäftsführender Gesellschafter von HEPORÖ Zernick braucht man ihn wohl - den sozialtherapeutischen Optimismus. Aber um zu verstehen, wie man sich diesen Optimismus über viele Jahre erhalten kann, möchte ich generell einige Aussagen zu unserem Übergangwohnheim und fortfolgend zu unseren Wohnnestern machen.

Vorrangige Aufgabe unserer Einrichtung ist es, den Bewohnern unseres Hauses ein Leben zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht und ihn weitestgehend befähigt, als selbstständig handelnder und wirtschaftender Mensch am Leben in der Familie, im Beruf und in der Gesellschaft teilzuhaben. In Zusammenarbeit mit den örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe geben meine erfahrenen Mitarbeiter unseren Bewohnern vielfältige Hilfestellungen zur Wiedererlangung verlorener Fähigkeiten, um ihre Stabilisierung zu erreichen. Nach der Entgiftung im Krankenhaus, aber noch während der anschließenden Psychotherapie lernen die künftigen Bewohner in Begleitung des sozialen Dienstes der jeweiligen Klinik (u.a. Fachkrankenhaus Bernburg, Klinik Naumburg, Bosse-Klinik Wittenberg, Schkopau, Uchtsprunge, um nur einige zu nennen) unser Übergangwohnheim kennen. Dieser Erstkontakt ist mitentscheidend für eine Eigenmotivation, auch nach dem Klinikaufenthalt auf dem Weg in die Abstinenz Hilfe annehmen zu wollen.

Aber nicht nur das gegenseitige Kennenlernen bei einem Besuch ist entscheidend für eine Aufnahme in unserem Übergangwohnheim; das Grundanerkennen (verbindliche Kostenzusage durch den verantwortlichen Hilfeträger) und der Nachweis einer Entwöhnung (Therapiebericht) sind ebenso Bedingung wie die Freiwilligkeitserklärung des Bewohners mit Bekundung zur Abstinenz bzw. die Möglichkeit der Aufenthaltsbestimmung des gerichtlich bestellten Betreuers. Gleiche Voraussetzungen gelten aber auch für den Teil künftiger Bewohner, die durch Betreuungsvereine, sozialpsychiatrische Dienste, forensische Kliniken oder andere Hilfeträger bei uns vorstellig wurden, da sie Entwöhnungssituationen bereits erlebt haben und erneut rückfällig wurden. In Ausnahmefällen stehen gerichtliche Entscheidungen hinter den Aufnahmen. Trotz aller Unterschiede haben unsere Bewohner aber eines gemeinsam: Sie sind alle suchtkrank!

Zum grundlegenden Inhalt der Eingliederungsmaßnahme gehört, dass nachteilige Verhaltensweisen des Bewohners aus der vom Suchtverhalten geprägten Vergangenheit durch Erleben und Bewusstwerden negiert werden. Parallel werden förderliche Verhaltensweisen und Werte neu erworben und eingeübt. Im Einzelnen erlebt der Bewohner im Verlaufe von 18 Monaten (geplante Aufenthaltsdauer) nachfolgende Etappen, die keine Rangfolge darstellen:

- Festigung der Abstinenzmotivation
- Aufarbeitung und Kompensation der Folgeerscheinungen des Alkoholmissbrauches
- Krankheitsbewältigung (Umgang mit Risikosituationen)
- Aufrechterhaltung bisheriger bzw. Aufbau neuer sozialer Beziehungen
- Aufarbeitung der Vergangenheit
- psychische und physische Stabilisierung.

Während seiner Aufenthaltsdauer in unserem Übergangwohnheim erfährt sich der Bewohner nicht mehr unter den vermeintlich unabänderlichen Umständen leidend, sondern aktiv handelnd.

⁶ Friedhelm Röse ist Suchttherapeut und geschäftsführender Gesellschafter von HEPORÖ Zernick.

Innerhalb der ersten vier Wochen erstellen wir für jeden Bewohner einen Einzeltherapieplan. Dieser beruht auf den Beobachtungen und Gesprächsrunden mit dem Bewohner (zum geringen Teil auch auf den vorab übermittelten Informationen). Hauptbestandteil dieses Planes bildet die Arbeits- und Beschäftigungstherapie.

Arbeitstherapie:

Im arbeitstherapeutischen Bereich findet der Bewohner nahezu ideale Bedingungen vor. Wo sonst sieht man die Früchte der eigenen Arbeit so nah - kann den Ertrag schmecken, kann die Beziehung zur Natur so ungebrochen erleben, wie bei der unmittelbaren Arbeit im Wald, auf dem Feld, im Garten oder mit den Tieren?! Der Bewohner soll durch die vielfältigen Formen der Arbeitstherapie zur Erkenntnis seiner realen Leistungsfähigkeit ohne Leistungszwang gelangen. Ehrlich gegen sich selbst und immer im Echo der Mitbewohner zu agieren, scheinen uns wichtige Elemente auf dem Weg zur Selbsterkenntnis. Wahrnehmung und Konzentration, Selbstdisziplin und Pünktlichkeit, Toleranzfähigkeit, Umgang mit Kritik und Selbstkritik sind anzugehende Eigenschaften. Die Bewohner schaffen, für sich und ihre Nachfolger. Jede Aufgabe ist funktioneller Bestandteil in der Existenz der Einrichtung. Jeder verkörpert einen Wert, den er für sich neu entdecken muss.

Fünf große Komplexe stehen dafür in Zernick bereit, die alle realitätsbezogen und in natureller Verbundenheit organisiert sind:

1. Garten- und Feldbau (Gemüse- und Obstanbau: Pflege, Ernte und Konservierung)
2. Stall- und Viehwirtschaft (Versorgung der Schweine, Rinder, Pferde, Schafe, Hühner)
3. Forstwirtschaft (Holzverarbeitung für die Späneheizung in der Einrichtung: Schreddern, Lagern, Trocknen, Bunkern ...)
4. Handwerkliche Tätigkeiten in speziellen Werkstätten (Tischlerei, Schlosserei, Malerarbeiten, Kfz-Pflege- und Reparaturdienste)
5. Haus- und Hofwirtschaft (Reinigungs- und Reparaturarbeiten).

Beschäftigungstherapie:

Diese Therapieform dient der kreativen Auseinandersetzung und begleitet und unterstützt den Stabilisierungsprozess des Bewohners. Ein wichtiger Bestandteil in diesem Komplex ist auch das Hirnleistungstraining. Hier werden erste Ansätze geschaffen, um sich mit den eigenen Unzulänglichkeiten auf den nachfolgenden Gebieten auseinanderzusetzen:

- Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten
- Logisches Denken
- Ausfüllen von Formularen
- Informationen über Behördengänge u.ä.

Bei allem Bemühen kann hier aber wirklich nur der Ansatz zur Problembewältigung geschaffen werden. Die Vielschichtigkeit und die individuelle Besonderheit jedes einzelnen Problems kann während einer Gruppentherapie nicht gelöst werden. Häufig wird die Tragweite der Defizite des Bewohners erst während der Zeit des betreuten Wohnens im vollen Umfang deutlich. Aber dazu später ...

Freizeit:

Die Gewinnung von Lebenssinn und die Findung der eigenen Identität wird nicht allein, sondern in der Gemeinschaft Gleichgesinnter erlebt. Ein umfangreiches Angebot für eine sinnvolle Freizeitgestaltung wird bei HEPORÖ angeboten.

Kontakt:

Unsere Einrichtung bemüht sich um freundschaftliche Beziehungen zur Bevölkerung und ist fest im Gemeindeleben integriert. Die vielen zwanglosen Kommunikationsmöglichkeiten

helfen auf natürliche Weise, Hemmungen und langjährige Fehleinschätzungen abzubauen. Vorurteile und unrealistische Wunschvorstellungen werden durch positive Erfahrungen verändert. In allen Therapiephasen besteht die Besuchsmöglichkeit von Selbsthilfegruppen in der Umgebung.

Ordnung:

Auch der Einsatz im Hauswirtschaftsbereich trägt durch lebenspraktisches Training dazu bei, den Bewohnern mit elementaren Dingen in der eigenen Haushaltsführung vertraut zu machen.

Psychotherapie:

Einmal wöchentlich führt eine Psychologin mit langjähriger Erfahrung speziell im Suchtbereich Einzel- und Gruppengespräche im Heim durch. Hier werden Suchtursachen reflektiert, mögliche und unmögliche Zielvorstellungen besprochen sowie Sinnfragen erläutert. Informationen zum Thema Sucht begleiten das verhaltenstherapeutische Lernprogramm ebenso wie Entspannungsübungen.

Jeder Bewohner erlebt sich mitgestaltend, einwirkend und angenommen durch die Heimgemeinschaft. Durch sein zunehmend positiv verändertes Verhalten findet er Bestätigung und Verstärkung. So gewinnt er an Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen und wird zur Fortsetzung der selbsterzieherischen Bemühungen ermutigt. Er bejaht die neu erworbene Lebensqualität in der abstinenten Gemeinschaft. Er ist bestrebt, seine persönliche Wandlung als Erfahrung an andere, nach ihm kommende bzw. mit ihm strebende Bewohner weiter zu geben und zu helfen. Als reifer gewordener Mensch wird er befähigt, sich selbst besser zu verwirklichen und sein Leben selbstbewusst zu gestalten. Die lebenslange Rückfallgefährdung muss ihm bewusst bleiben. Eine zufriedene Abstinenz wird er nur unter Beibehaltung der gelernten und akzeptierten Verhaltensnormen erreichen können. Die Angebote einer Nachbetreuung nimmt er wahr und nutzt sie. Auch dieser Punkt hat eine immense Bedeutung für das weitere Leben des Betroffenen.

Allerdings ist die Abstinenzstrategie längst nicht vollkommen, der Bewohner nicht geheilt. Um die Festigung in der Abstinenz zu erweitern, werden folgende Möglichkeiten in Betracht gezogen, die nach einem 18monatigen Aufenthalt in Frage kommen:

- nahtloser Übergang in eine zweijährige durch HEPORÖ betreute Wohngemeinschaft
- Integration in eine andere betreute Wohnform (schwierig, weil kaum vorhanden)
- Integration in eine selbstständige Wohnform
- Verlängerung des Grundanerkennnisses bei noch nicht ausreichender Stabilisierung
- Überleitung des Grundanerkennnisses in eine Langzeiteinrichtung (Gilt für jenen Personenkreis, der durch den langen Missbrauch körperlich bzw. hirnnorganisch so geschädigt ist, dass eine selbstständige Wohnform nicht möglich ist. In diesen Fällen ist meist eine gerichtlich bestellte Betreuung veranlasst.)

Am Rande sei hier erwähnt, dass es diesbezüglich nur wenige den Vorstellungen entsprechende Plätze gibt (weder Altenheim noch Psychiatrie sind für einen Alkoholkranken geeignete Heimplätze) und eine hier einsetzende Ortsveränderung mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein kann. Mit diesem Problem sind wir seit Jahren konfrontiert. Aus diesem Grund haben wir uns selbst um eine Lösungsfindung bemüht und ein therapeutisches Wohnheim für seelisch wesentlich Behinderte - Rosenhof in Meltendorf - befindet sich kurz vor Baubeginn.

Das betreute Wohnen ist auf eine kontinuierliche Betreuung, jedoch nicht auf die ständige Präsenz der Sozialpädagogin ausgerichtet. Durch das Leben in einem Wohnnest soll der Bewohner zur Selbstständigkeit und eigenverantwortlichen Gestaltung seines Tagesablaufes befähigt werden. Dabei stellt diese Wohnform eine familienähnliche Beziehung (mit entsprechenden Konsequenzen!) der Beteiligten zueinander her. Die Förderung der zu betreuenden Bewohner zielt insbesondere darauf ab:

- durch selbstständige Bewältigung des Alltages sich in das soziale Umfeld einzufügen, d.h. eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu erfahren (Umgang mit Geld, Haushaltsführung, Behördenangelegenheiten, Selbstversorgung, Freizeitgestaltung),
- Umgangsformen und Toleranzverhalten besonders gegenüber den Mitbewohnern, aber auch auf Ämtern und im Alltag anzuwenden und zu festigen,
- Schriftverkehr gezielt zu üben (Abfassen von Bewerbungen, Ausfüllen von Formularen, Schuldenregulierung aus der Vergangenheit),
- Normen und Regeln zu verinnerlichen wie Pünktlichkeit, Benehmen, Kompromissbereitschaft, Durchsetzungsvermögen, Hilfsbereitschaft, Einhaltung der „Wohnnest-Vereinbarungen“ bis hin zur Umsetzung von Höflichkeitsformen und dem gepflegten äußeren Erscheinungsbild,
- Kontakt zu Selbsthilfegruppen aufzunehmen und eine regelmäßige Teilnahme anzustreben.

Die Umsetzung dieser Ziele ist allerdings aus objektiven Gründen relativ problembelastet; anhand von drei Beispielen soll hier die tatsächliche Situation etwas ausführlicher verdeutlicht werden.

Finanzen

Die meisten WG-Bewohner haben sehr große Schwierigkeiten, ihr Geld sinnvoll einzuteilen. So sind auch nicht selten in der Vergangenheit Schulden entstanden, die dann häufig verdrängt wurden. Die Schuldenregulierung der betroffenen WG-Bewohner nimmt relativ viel Zeit in Anspruch, da es auch zu einer recht umfangreichen Korrespondenz diesbezüglich kommt. Zwar kann während der zweijährigen Betreuungszeit nur selten eine völlige Schuldenbefreiung erreicht werden, aber es werden zumindest Lösungswege aufgezeichnet, damit der WG-Bewohner diese Problematik auch nach der betreuten Zeit bewältigen kann.

Erwerbstätigkeit

Die meisten Bewohner unserer Wohngemeinschaft haben schon Sozialhilfe bezogen, bevor sie an der Eingliederungsmaßnahme in unserm Übergangwohnheim teilnahmen; sie haben sich bereits mit diesem Status abgefunden und fühlen sich ohnehin sozial ausgegrenzt. Es bedarf einiger Motivation, sie hinsichtlich Erwerbstätigkeit zu aktivieren, d.h. Hilfe bei der Auswahl entsprechender Betriebe, die möglicherweise für eine Beschäftigung in Betracht kommen, Unterstützung beim Schreiben von Bewerbungsunterlagen, Vorbereitung auf Vorstellungsgespräche usw. Bisher hatten wir diesbezüglich leider noch kein Erfolgserlebnis, denn nicht einer der WG-Bewohner konnte auf diesem Wege einen festen Arbeitsplatz erhalten.

Wesentlich positiver sah unsere Erfolgsbilanz auf dem zweiten Arbeitsmarkt aus. Dort ist es uns bisher in jedem Jahr gelungen, ein oder zwei der Sozialhilfeempfänger in eine Arbeitsbeschaffungsmaßnahme zu integrieren. Durch die gute Zusammenarbeit mit den für uns zuständigen Sozialämtern bzw. bestimmten sozialen oder öffentlichen Einrichtungen konnte für mehrere WG-Bewohner auch die „Hilfe zur Arbeit“ zur Anwendung kommen. Leider konnte auch davon nur eine begrenzte Anzahl der Bewohner profitieren und der Bedarf konnte nur zum Teil gedeckt werden.

Aber auch der Job-Club bietet eine sehr praktische Voraussetzung, um wieder den Anschluss an das Berufsleben zu erfahren. Mehrere WG-Bewohner nutzten bisher die Teilnahme daran und absolvierten ihr Praktikum auch mit Erfolg.

Schriftverkehr

Es ist auffällig, dass der größte Teil der WG-Bewohner erhebliche Schwierigkeiten bei der Bewältigung jeglicher Schriftform hat. Das schließt die Beantwortung von Briefen ebenso ein wie die Antragstellung bei einer Behörde. Auch das Ausfüllen von Formularen umgeht der

WG-Bewohner am liebsten. Da diese Dinge aber zum Alltag gehören, werden nun während der Betreuungszeit die erheblichen Verluste deutlich, die der Betroffene hat. Wenn ein zu Betreuender so große Defizite im Umgang mit der deutschen Sprache hat, kann er logischerweise den Inhalt sämtlicher Schreiben nicht erfassen. Und hier schließt sich wieder der Teufelskreis, wenn kein Ansprechpartner vorhanden ist. Durch die Nachbetreuungszeit in der Wohngemeinschaft wird so das Schlimmste verhindert.

Schlussfolgernd zur WG-Betreuung können wir feststellen, dass es überhaupt wichtig ist, dass der alkoholranke Mensch im Anschluss an seine Therapie in das „normale Leben“ integriert wird. Selbstverständlich bietet die Nachbetreuung keine Garantie für ein abstinentes Leben, aber die Wahrscheinlichkeit, erneut einen Rückfall zu erleiden, ist wesentlich geringer.

Wollte ich nun ein Fazit aus unserer Arbeit im Übergangwohnheim und im betreuten Wohnen ziehen, dann vielleicht folgendermaßen:

Neben der hausinternen Analyse zur besseren Umsetzung bei der Eingliederung der durch uns betreuten Suchtkranken sehen wir uns auch von außen wirkenden Schwierigkeiten gegenüber, die hier zum Teil benannt werden sollen:

Leider mussten wir zur Kenntnis nehmen, dass sich ein Teil der gerichtlichen bestellten Betreuer für die Zeit des Aufenthaltes der ihnen anvertrauten Personen in unserem Heim relativ zurücknahm. Häufig wird die Auffassung vertreten, dass nun auch das Therapeutenteam für das „Wohl und Wehe“ des zu Betreuenden verantwortlich wäre.

Die Schuldenregulierung nimmt einen unverhältnismäßigen hohen Anteil des Zeitvolumens der Sozialpädagogen in Anspruch. Abgesehen davon, dass das juristische Verständnis meiner Mitarbeiter nicht mit dem Niveau eines Rechtsgelehrten zu vergleichen ist, hat auch die Weitervermittlung an eine Schuldnerberatung meist nur Alibifunktion. Da diese Stellen hoffnungslos überlastet sind, bedarf es einiger Geduld, ehe ein Termin vergeben wird. Zumeist benötigt man dann für die eigentliche Schuldenregulierung mehr Zeit, als die Aufenthaltsdauer des Betroffenen in unserer Einrichtung vorsieht.

Ist nun der Bewohner ernsthaft an einer Aufarbeitung seiner Schulden interessiert, dann belastet ihn der Zustand, dass die Mappe seiner erfassten Schulden von Aufenthaltsort zu Aufenthaltsort nachgereicht wird, ohne einen nennenswerten Fortschritt zu haben. Andere Bewohner hingegen setzen auf dieses Spiel mit der Zeit und hoffen so, dass manches im „Dschungel“ der Bürokratie verschwinden wird. Letztendlich ist beides eine unbefriedigende Situation, deshalb versuchen meine Mitarbeiter diesbezüglich auch ihr Bestes. Allerdings birgt eine Stundung der Schulden die Gefahr in sich, dass zu einem späteren Zeitpunkt kein Widerspruch mehr eingereicht werden kann, da Fristen verstrichen sind. So entsteht also dieser Spagat zwischen dem Machbaren und dem Unmöglichen. Für den Schuldner, der zu diesem Zeitpunkt unser Bewohner ist, kein sehr optimistisches Ergebnis.

Ein weiteres Problem ist die Sorge um den Fortbestand unserer betreuter Wohnnester, da auf Grund finanzieller Einschränkungen die ambulante Suchtberatung gefährdet ist. Welche Konsequenzen sich daraus für den Hilfesuchenden ergeben, lässt sich nur erahnen. Auf keinen Fall wird somit in seinem Interesse entschieden.

Und nun möchte ich zum Ausgangspunkt der Fragestellung „Wie erhält man sich den sozialtherapeutischen Optimismus?“ zurückkommen. Wie erhält man sich also diesen Optimismus in der heutigen Zeit?

- Ist es die Bilanz des Erreichten nach nur sieben Jahren?
- Ist es die Kraft, die auch ich aus dieser Idylle des Standortes von HEPORÖ nehme?
- Ist es das Vertrauen zu meinen Mitarbeiter und den Bewohnern und die Verantwortung für sie?
- Ist es die Akzeptanz und die Ermutigung durch Verbündete, die meine Visionen hinsichtlich geplanter Vorhaben letztendlich doch unterstützt haben?

- Ist es das Zusammentreffen Gleichgesinnter wie am heutigen Tag?
- Oder ist es ein Lächeln, das ich ganz unvermittelt auffange?

Nun, ich kann es Ihnen nicht mit Bestimmtheit sagen. Vielleicht ist es die Mischung aus alledem, vielleicht aber auch nur die Gewissheit, vielen Menschen auf dem Weg in die Abstinenz geholfen zu haben.

Referenten:

Bernhard Bogerts, Prof. Dr. med., Ordinarius für Psychiatrie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Ulrike Feyler, Dr. med., Ärztliche Direktorin am Fachkrankenhaus Bernburg

Sylvia Herrmann, Betreuungsverein des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis Aschersleben-Quedlinburg e. V.

Klaus-Herbert Richter, Dr. med., Chefarzt der Suchtfachklinik am Diakoniekrankenhaus Harz, Elbingerode

Friedhelm Röse, geschäftsführender Gesellschafter von HEPORÖ Zernick.

Helmut F. Späte, Prof. Dr. med., Psychiatrisches Krankenhaus Halle-Neustadt

