



Versorgungslage von **C**hronisch **M**ehrfach geschädigten **A**bhängigkeitskranken in der Bundesrepublik Deutschland

von Dr. Martin Reker

Zur Historie des Begriffes

„chronisch mehrfach beeinträchtigt abhängigkeitskrank“

- Erst seit 1968 ist Alkoholismus in der BRD sozialrechtlich als Krankheit anerkannt.
- Erst seit 1988 (Bericht der Expertenkommission) ist der CMA vom suchtspezifischen Hilfesystem explizit wahrgenommen worden.
- Erst durch den Paradigmenwechsel weg von der „Feuerlein-Kurve“ hin zur „vergessenen Mehrheit“ und der Zielehierarchie“ ist der CMA in den Aufmerksamkeitsfokus von Behandlung und Versorgung gerückt.

Zur Begriffsdefinition:

Der erste Versuch einer Operationalisierung entstammt einem Projekt von Prof. Albrecht (Soziolog. Fakultät Bielefeld) aus dem Jahr 1994, dessen Mitarbeiter Thomas Hilge die Vorarbeiten in die „**Braunschweiger Merkmaliste**“ (BML) einbrachte.

Items der „Braunschweiger Merkmalsliste“:

Wohnungslos

Langzeitarbeitslos

Alleinstehend

Sozialhilfe/Eu-Rengte

Gesetzl. Betreuung

Vorstrafen

➤ 10 Entgiftungen

➤ 52 Wo. Im Krankenhaus

Einweisung per Beschluss

Heimunterbringung

Entzugskrämpfe

Alkoholpsychosen

Delir

Gangstörungen

Lebererkrankungen

Gastritis

➤ T.Hilge & W.Schulz, Sucht 45 (1999) 55-68

Arbeitsgruppe CMA:

Definitionsvorschlag zur
Operationalisierung von chronisch
mehrfachbeeinträchtigten Abhängigen von
psychotropen Substanzen

Sucht 45 (1) 1999, S. 6-13

„Chronisch mehrfachgeschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol- bzw. anderer Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (incl. Comorbidität) sowie zu überdurchschnittlicher bzw. fortschreitender sozialer Desintegration geführt hat bzw. führt, so dass er seine Lebensgrundlagen nicht mehr in eigener Initiative herstellen kann und ihm auch nicht mehr genügend familiäre oder andere personale Hilfe zur Verfügung steht, wodurch er auf institutionelle Hilfe angewiesen ist.“

AG CMA im November 1999

Kriterienbereich 1: **Konsumverhalten**

Ein Punkt wird erreicht, wenn ...

Alkoholabhängige:

- ... regelmäßige Trinkexzesse (mindestens einmal im Monat in den letzten 12 Monaten) hatten
- ... Spiegeltrinken in den letzten 12 Monaten (ICD 10 F 10.225) praktiziert haben

Opiatabhängige:

- ... aktuell (in den letzten 4 Wochen) und rückblickend mindestens 5 Jahre regelmäßig Opiate gebraucht haben

Kriterienbereich 2: **Behandlungserfahrung**

Ein Punkt wird erreicht, wenn ...

Alkoholabhängige

-mindestens 5 stationäre Entzugsbehandlungen bzw.
- ... zwei stationäre oder ambulante Entwöhnungsbehandlungen angetreten haben

Opiatabhängige

- ... mindestens zwei der folgenden Behandlungsmaßnahmen begonnen haben:
 - ... stationäre Entwöhnungsbehandlung
 - ... ambulante Entwöhnungsbehandlung
 - ... ärztlich durchgeführte Substitutionsbehandlung

Kriterienbereich 3: **Gesundheitliche Situation**

Ein Punkt wird erreicht, wenn eine der folgenden Störungen in den letzten 2 Jahren vorlag oder aktuell vorliegt:

Körperliche Erkrankungen (vermutlich im Zusammenhang mit der Abhängigkeitserkrankung):

Leberzirrhose, Fettleber, chron. Hepatitis, Ösophagusvarizen, chron. Gastritis, chron. Pankreatitis, Tuberkulose, Cardiomyopathie, Endokarditis, herzinsuffizienz, Nierenversagen, AIDS, Kleinhirnatrophie, cerebrale Anfälle, polyneuropathie, chron. Abszesse, chron. Hauterkrankungen, extrem schlechter Zahnstatus.

Psychische Störungen:

Korsakow Syndrom, hirnorganische Wesensänderung, Demenz, Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, depressives Syndrom

Kriterienbereich 4:

Soziale und rechtliche Situation

Ein Punkt wird erreicht, wenn mindestens ein Punkt in den folgenden Lebensbereichen vorliegt (wesentliche Situation in den letzten 2 Jahren):

Lebensunterhalt: EU-Rente, Grundsicherung bzw. unregelmäßige oder illegale Einkünfte, Prostitution

Wohnen: Wohnungslos, institutionelles Wohnen bzw. stark verwahrloste Wohnsituation

Sozialer Nahbereich: alleinstehend und/oder ohne feste Partnerschaft bzw. nur suchtbezogene Kontakte

Justitielle Belastung (bezogen auf die gesamte Lebenszeit): mindestens 24 Monate in Haft (kumuliert) bzw. mehr als 5 Verurteilungen

Was kennzeichnet die Personengruppe der CMA ?

- Umfangreiche Folgeprobleme in verschiedenen Bereichen
- Erheblich eingeschränkte oder fehlende Abstinenzfähigkeit (oder –bereitschaft ?)
- Gesellschaftliche Desintegration ggf. mit Ausbildung einer eigenen Subkultur
- Perspektivenlosigkeit und Fatalismus bei Patienten und zuständigen Professionellen

Zur Frage der Eigenverantwortlichkeit des CMA:

Eigenverantwortliche Entscheidungen der CMA werden beeinträchtigt durch ...

- Akute Beeinträchtigung durch Alkoholkonsum
- Craving als Ausdruck der Suchterkrankung
- Störungen mnestischer Funktionen
- Störungen exekutiver Frontalhirnfunktionen

Formulierung von Behandlungszielen –
eine Frage der Perspektive ?

- aus subjektiver Sicht der Betroffenen
- aus Sicht der Therapeuten
- aus Sicht der Angehörigen
- aus Sicht der Kostenträger
- aus Sicht der Gesellschaft

Subjektive Bedürfnisse der Klienten:

- Hoher Autonomiebedarf (Geld, Freiheit in der Bewegung, Suchtmittel u.a.)
- Praktische Unterstützung in psychosozialen Alltagsfragen
- Halt und Orientierung ohne Aufdringlichkeit
- Persönliche respektvolle Ansprache
- Gesellige Umgebung und/oder ausreichende Rückzugsmöglichkeiten

Anliegen der Professionellen:

- Abstinenz
- Tagesstruktur
- Stabilisierendes soziales Umfeld
- Adäquate Behandlung von somatischen und psychiatrischen Störungen
- Schützendes und stabilisierendes Wohnumfeld
- Einteilung der Finanzen
- Ausreichende Betreuung

Zielvorgaben der Kostenträger:

- Objektivierbare Verbesserung des Status quo
- Abstinenzorientierung
- Effektivität und Effizienz der Maßnahmen
- Gesellschaftliche Reintegration

Welche Hilfesysteme sind nützlich ?

- Hilfen nach SGB V
- Hilfen nach § 67 SGB XII
- Hilfen nach § 53/54 SGB
- Hilfen nach Ordnungsbehördengesetz

Welche Menschen in welche Hilfeform ?

- Hilfen nach § 67 SGB XII für Menschen mit sozialen Schwierigkeiten in besonderen Lebensverhältnissen, z.B. das „Dezentrale Wohnen Wilhelmsdorf“
- Hilfen nach §§ 53/54 SGB XII für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen im ambulanten oder stationären Setting
- Familienpflege
- „Hotel plus“ (nach Kölner und Münsteraner Modell)
- Modell „Besser ist wohnen“

Konzeption der Sächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren für Sozialtherapeutische Wohnstätten für CMA im Freistaat Sachsen:

- Sozialtherapeutische Wohnstätten
- Außenwohngruppe mit WfB Anbindung bzw. anderer tagesstrukturierender Maßnahme
- Ambulant betreutes Wohnen mit WfB Anbindung bzw. anderer Tagesstruktur (z.B. Tagesstätte)
- Soziale und berufliche Reintegration

Beendigung der Betreuung in dieser sozialtherapeutischen Einrichtung 2003:

Planmäßiger Abschluss	69 %
Abbruch durch Einrichtung	12 %
Abbruch durch Klient	17 %
Verstorben	2 %

Wohnverhältnisse nach Betreuungsende:

Selbstständiges Wohnen	33 %
Bei Angehörigen/Eltern	14 %
Betreutes Wohnen	16 %
Andere Einrichtung	23 %
Ohne Wohnung (obdachlos)	7 %
Sonstiges/unbekannt	7 %

Wie reguliert man die Zugangsschwellen in die beschriebenen Hilfesysteme ?

- Aufsuchende Hilfen oder Kommstruktur ?
- Eingangsvoraussetzung Abstinenz: ja oder nein ?
- Selbstbestimmung oder Fremdbestimmung ?
- Kontingentierung und Rationierung mit Wartelisten: ja oder nein ?

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

- Niemand soll auf der Straße „kriechen“
- Jeder hat ein Recht auf ein Dach über dem Kopf
- Jeder hat ein Recht auf eine neue Chance
- Jeder hat ein Recht auf Respekt
- Jeder hat ein Recht auf Schutz vor Übergriffen

Welchen Minimalanspruch haben wir an unsere CMA-Klienten ?

- Hilfen aus öffentlicher Hand sind kein Selbstbedienungsladen
- Wer Hilfen aus öffentlicher Hand annimmt, muss respektvoll damit umgehen und den ihm selbst möglichen Anteil einbringen
- Auch CMA Klienten müssen Grenzen des Hilfesystems und seiner Helfer respektieren
- Es gilt absoluter Gewaltverzicht !

„Ein Staat ist nach meiner Auffassung
nur so stark, wie er mit den Schwächsten
umgeht.“

Tim Kähler, Sozialdezernent der Stadt Bielefeld
in: „Kommunale Steuerung und Vernetzung im
Gemeindepsychiatrischen Verbund“,
Psychiatrie Verlag 2006

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



