

Workshop: Chronisch-Mehrfach-Abhängige (CMA)

Arbeitsgruppenleitung: Willi Albers, Verein für Innere Mission

Clemens Bergmann, Bremische Straffälligenbetreuung

Einleitung:

CMA = Chronisch mehrfach beeinträchtigte (geschädigte) Abhängigkeitserkrankte

Definition: „Chronisch mehrfach geschädigt ist ein Abhängigkeitskranker, dessen chronischer Alkohol- bzw. anderer Substanzkonsum zu schweren bzw. fortschreitenden physischen und psychischen Schädigungen (inklusive Comorbidität) geführt hat.“ (Böttger, Härtel, Leonhardt, Müller 1999)

Merkmale:

1. Konsumverhalten: Langjähriges schweres Abhängigkeitssyndrom.

Kennzeichen: - Regelmäßiger mind. 5-jähriger Gebrauch von Opiaten.
- Regelmäßige Trinkexzesse oder Spiegeltrinken über mind. 12 Monate.

2. Behandlungserfahrung:

- Mindestens 5 Entgiftungs- und 2 Entwöhnungsbehandlungen (Alkohol)
- Mindestens 2 Entwöhnungs- oder Substitutionsbehandlungen (Illegale Drogen)

3. Physische und psychische Beeinträchtigungen:

- Manifeste physische Erkrankungen und schwerwiegende Organschädigungen als Folge des Suchtmittelkonsums und der Lebensführung, z.B.: Hepatitis, Leberzirrhose, HIV/AIDS, Gastritis, Herz- und Kreislauferkrankungen, TBC, chronische Hauterkrankungen und Abszesse, schlechter Zahnstatus, cerebrale Anfälle, Polyneuropathie...
- Psychische Beeinträchtigungen wie Korsakow-Syndrom, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Angststörungen, Depressionen, Wesensveränderungen, Verwirrtheit, Desorientierung, Beeinträchtigung des Denkvermögens, Demenz...

4. Soziale und juristische Aspekte:

- Randgruppenzugehörigkeit
- Armut, kein festes Einkommen
- Meist Bezug von ALG-Leistungen, Sozialhilfe, EU-Rente, Grundsicherung o.ä.
- Stark eingeschränkte soziale Handlungsfähigkeit, Unfähigkeit zur Regelung persönlicher Angelegenheiten.
- Verwahrlosungstendenzen
- Prekäre oder randständige Wohnsituation, institutionelle Unterbringung, Wohnungslosigkeit
- Suchtbezogene Kontakte, soziale Isolation, fehlendes soziales Netz
- Strafverfahren, Haftzeiten (u.a. wegen Beschaffungskriminalität)
- Bei einer Teilgruppe Betreuung nach dem Betreuungsrecht

Daten zu Suchterkrankungen und CMA Bundesrepublik Deutschland:

- Alkohol:

- „Riskanter Alkoholkonsum“ (täglich mehr als 20 g/Frauen, 30 g/Männer): **8,4 Millionen**
- „Missbräuchlicher Konsum“ : **1,6 Mio.**
- Abhängigkeit: **1,5 Mio.**

-Illegale Drogen:

- Konsumenten harter Drogen (ohne Cannabis): **250.000 – 300.000**
- Problematischer Konsum/Abhängigkeit (ohne Cannabis): **195.000**
- Cannabiskonsumenten: **1, 6 Mio.**
- Cannabismissbrauch: **140.000**
- Cannabisabhängige: **240.000**

Medikamente:

- Problematischer Medikamentengebrauch: **2 Mio.**
- Medikamentenabhängige: **1,4 Mio.**
- Abhängige von Schlaf- und Beruhigungsmitteln: **380.000**

Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke:

Anzahl Deutschland): **Ca. 400.000 Personen**

Geschlechterverteilung: Männer ca. 66 – 75 %
Frauen ca. 25 – 34 %

Alter: Etwa 30 – 70 Jahre (Zunahme des Anteils jüngerer Patienten in den letzten Jahren)

Situation in Bremen: **Ca. 2750 Personen (Hochrechnung)**

Thesen aus Sicht der Straffälligen- und Wohnungslosenhilfe:

1. Der Personenkreis der chronisch mehrfach Abhängigen (CMA) ist auffällig, nicht nur im Stadtbild und im Gesundheitssystem, sondern auch durch eine schlechte Lebenslage.

Seit Jahren ist bei chronisch mehrfach Abhängigen, die das Hilfesystem für Straffällige und alleinstehende Wohnungslose aufsuchen, eine Zunahme von Problemlagen zu beobachten. Sie sind mehrfach intoxiziert, überschuldet und psychisch erkrankt, haben Wohnungs- und Arbeitsprobleme. Auch immer mehr junge oder heranwachsende Menschen greifen wechselseitig oder gleichzeitig zu legalen und illegalen Stoffen. Sie sind quasi der vergessene Teil der letzten Generation.

Deutlich werden daran auch die Defizite in der Prävention im Bereich der Familien-, Kinder- und Jugendhilfe, u.a. in der Bildung, Ausbildung und nachhaltiger Qualifikation, in der Integration ausländischer Mitbürger.

Einen einfachen Kausalzusammenhang zwischen Armut, Unterversorgung und Kriminalität gibt es nicht. Aber Forschungen und die Praxis mit straffällig gewordenen Menschen zeigen jedoch, dass Straffälligkeit **eine** von mehreren Reaktionsformen von sozialer Deklassierung, materieller Armut, seelischer Unterversorgung sowie fehlende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sein kann. **Somit kommt der Prävention - dem Präventionsgedanken eine besondere Bedeutung zu, auch aus fiskalischen Gründen.** Es ist grundsätzlich zu kurz gesprungen, wenn nur auf offensichtliche Missstände reagiert wird.

2. Chronisch mehrfach abhängige Menschen lassen sich zum großen Teil nur schwer in langfristige oder stationäre Hilfesysteme bzw. Maßnahmen einbinden bzw. sie bekommen aufgrund von früheren Vorfällen keinen Zugang mehr. Gleichzeitig sind in Devianzphasen häufige Kriseninterventionen notwendig. Um diese Menschen zu erreichen ist eine effektive und individuelle, ambulante, psychosoziale Betreuung und schon aus Nachhaltigkeitsgründen zwingend mit aufsuchenden und begleitenden Elementen in der Versorgung sinnvoll. Subkulturen und Milieus sollten möglichst vermieden oder klein gehalten werden. Die Rückfallgefährdung ist gerade in diesen Milieus sehr hoch und verringern eher die Chancen auf Wiedereingliederung.

3. Die Gesundheitsreform hat die Lebenssituation von CMA-Patienten verschärft. Sie bedarf eigentlich einer Reform. Die Gesundheitsfürsorge zielt nicht auf Nachhaltigkeit, sondern auf kurzfristige Kosteneinsparung: Verkürzte Behandlungszeiten, verkürzte Klinikaufenthalte. Es begünstigt eine Spirale nach unten: Häufigere Notbehandlungen, häufigere Entgiftungen, zusätzliche Diagnosen sind notwendig, um weitere Behandlungen finanziert zu bekommen. Die Abstimmung zwischen Entgiftung und Therapieaufnahme stockt oft, da das Antrags-szenario zur Therapieaufnahme langwierig und kompliziert ist, d.h. einer ersten Entgiftung folgt später eine weitere, sobald die Therapiezusage vorliegt. Das ist Ressourcenverschwendung. Vorstellbar sind auch kombinierte ambulante Rehabilitationsprogramme an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, mit entsprechender flexibler und pragmatischer Durchlässigkeit.

Zuzahlungen zu den Gesundheitskosten verhindert bei diesem Klientel eine vernünftige Gesundheitsprophylaxe.

Auch eine Befreiung von Fahrtkosten, bei Personen, die in häufiger ärztlicher Behandlung sind, substituiert werden, Tageskliniken aufsuchen etc., ist dringend geboten.

Behandlungsabbrüche sowie Schwarzfahren mit allen Folgeerscheinungen können minimiert werden. Dieses war auch im Rahmen des BSHG eine akzeptierte Praxis.

4. Die Situation von inhaftierten und haftentlassenen chronisch mehrfachabhängige Menschen stellt sich kurz skizziert folgendermaßen dar:

Der Anteil der suchtmittelabhängigen Menschen in der JVA Bremen kann auf mindestens 55% (gesicherte Daten, Dunkelziffer möglich) taxiert werden. Davon sind ca. 15-16% (gesicherte Daten, Dunkelziffer möglich) zu den CMA-Klienten/Patienten zu zählen. Durch die dortige medizinische Versorgung sowie durch eine vergleichsweise hohe Anzahl substituierter Menschen (90-100 Personen) in der JVA ist eine körperliche und gesundheitliche Stabilisierung während der Haftzeit zu erkennen. Dennoch weiß jeder, dass es trotz aller Kontrollen Beigebrauch und auch Spritzenkonsum gibt, der sehr risikobehaftet ist. Schon aus diesem Grunde ist es sinnvoll Harm-reductions-Programme innerhalb und außerhalb der JVA zu fördern, um Risiken und Folgeschäden (HIV, HEPC etc.) zu minimieren. Dazu ist auch die Vergabe von Diamorphin (Originalstoffvergabe) vor allem für Menschen mit verfestigter Suchtstruktur zu zählen.

Der größte Teil der Haftentlassenen möchte nach der Entlassung stabil, in ´normalen´ Lebensverhältnissen (eigene Wohnung) und abseits der Szene leben.

Der Anteil der auf Endstrafe Entlassenen hat zugenommen. Somit sind auch die Personen, die der Bewährungsobhut nach vorzeitiger Entlassung nach § 57/1 StGB unterliegen, rückläufig. Dagegen haben die der Führungsaufsicht unterliegenden Personen nach der Endstrafenentlassung zugenommen.

Die Zahlen von Strafgefangenen im offenen Vollzug in Bremen sind von 1996 – 2006 von 19,9% auf 8,5% gesunken.

Der Entlassungszeitraum ist eine sehr fragile Phase für die Entlassenen, vor allem, wenn noch eine Suchtproblematik vorliegt. Diese Phase bedeutet Stress. Zur Optimierung der Entlassungsvorbereitung gibt es noch viel Spielraum.

5. Dabei spielen auch die Änderungen der materiellen Versorgung durch das SGB eine nicht unerhebliche Rolle. Die Menschen bewegen sich durch die Stadt, je nach aktuellem gewöhnlichen Aufenthalt, um ihre Leistungen zu erhalten. Terminvergaben führen zu verspäteten Leistungszahlungen bei der BagIS. Eine Krankenversicherung in dieser Übergangsphase ist nicht gewährleistet. Eine Bündelung von wirtschaftlicher und psychosozialer Hilfen, wie in der Vergangenheit im Rahmen des BSHG, hat sich mehr als sinnvoll erwiesen.

Bei der derzeitigen Praxis entstehen enorme Reibungsverluste und eine Verbürokratisierung der Abläufe, welches Ressourcen bindet und den Focus der Arbeit von den Klienten verschiebt auf Zahlenwerke, die im wesentlichen der Behörde, dem Träger und seiner Darstellungspflicht und nicht den Klienten dient. Da sind sicherlich intelligentere Lösungen zur Qualitätssicherung möglich.

Zudem stellt sich auch die Frage, ob Menschen mit multiplen Problemen nicht grundsätzlich im SGB XII (auch mit der Möglichkeit, aber ohne **Verpflichtung** auf Arbeit und Qualifizierungsmaßnahmen) besser aufgehoben sind.

Viele dieser Menschen werden den Bedingungen und Anforderungen des SGB II nicht gerecht und sind dort deplaziert. Die Folgen mit Leistungskürzungen und -versagen erzeugt bei diesen Menschen enormen Stress: kriminelle Geldbeschaffung, Vogel-Strauß-Verhalten, Entmotivation sind immer wieder die Folge.

6. Eine nachhaltige verbindliche Vernetzung zwischen Trägern und Institutionen mit dem Ziel schneller, unbürokratischer, niedrighschwelliger, effizienter und differenzierter Hilfe unter Einbeziehung medizinischer Hilfen macht Sinn. Die Arbeit sollte entkoppelt sein von Trägerinteressen. Im Tivolihochhaus bietet sich diese Möglichkeit, da verschiedene Träger und Institutionen für Straffällige, Wohnungslose und Drogenabhängige unter einem Dach sind: Zentrale Fachstelle Wohnen, Sozialberatungsstellen der Inneren Mission und des Vereins Bremische Straffälligen- betreuung, Comeback gGmbH, Amt für Soziale Dienste.

7. Eine weitere Baustelle ist die Situation von CMA-Klienten mit Migrationshintergrund. Dazu ist die Gruppe der Spätaussiedler hinzuzurechnen. Die Problemlage ist hier oft sehr kompliziert, da sie neben ihrer CMA-Problematik noch ihre kulturelle Identität verloren haben und zum Teil aufenthaltsrechtliche Probleme haben. Dies ist ein ganz entscheidender Punkt im Rahmen von Integrationsbemühungen. Hier besteht Regelungsbedarf zumal eine Abschiebung in den meisten Fällen ohnehin entfällt.

8. Es gibt mittlerweile genügend gesicherte Erkenntnisse über die Funktion von Sport, Freizeit, Theater, Kultur und erlebnispädagogische Maßnahmen zur Rehabilitation und Wiedereingliederung.

Unter dem Stichwort `Kick durch Bewegung` können Gesundungsprozesse initiiert werden. Hirnphysiologisch können z.B. über Sport, Theaterspielen etc. ähnliche Prozesse in Gang gesetzt werden wie beim Konsum psychotroper Substanzen. Körpereigene Opiate bzw. Dopamin werden freigesetzt. Zudem hat es den Effekt, das gestörte Verhältnis zum eigenen Körper zu verändern, positives Erleben von Gemeinschaft, Spaß an der Bewegung, Abbau von innerer Unruhe zu bewirken. Dieser Bereich wird in der öffentlichen Wahrnehmung sehr oft unterschätzt.

Diskussionsergebnisse der Arbeitsgruppe CMA:

In der Arbeitsgruppe CMA sind verschiedene Fragestellungen thematisiert und diskutiert worden, die im Entwurf des Lebenslagenberichtes 2009 des Landes Bremen bisher nicht Erwähnung fanden.

Die wesentlichen Thesen/Fragestellungen, verkürzt dargestellt, dabei lauteten:

1. Gehören chronisch mehrfachbelastete Menschen in der materiellen Versorgung grundsätzlich in das SGB XII?
2. Wie ist die Versorgung auch älterer CMA-Klienten, die über Therapien nicht mehr erreichbar sind, am besten zu gewährleisten?
3. Die Gesundheitsreform bedarf einer Reform. Wo sind die Schwachstellen in diesem System für chronisch mehrfach belastete Menschen?
4. Harm-reduction-Programme: wo sind Lücken in der entsprechenden Versorgung im Lande Bremen? Sollte Bremen u.a. auch ein Diamorphinprogramm (Originalstoffvergabe) installieren?
5. Die JVA Bremen sollte zu einer offeneren, verbindlichen Entlassungspraxis zur Verbesserung der Wiedereingliederungschancen, wie bereits in früheren Jahren praktiziert, zurückkehren.
6. Was bietet das geplante Präventionsgesetz (PrävG) für Möglichkeiten für diesen Klienten/Patientenkreis.

Als Ergebnis dieser Arbeitsgruppe ist folgendes festzuhalten:

- es wird eine Organisationseinheit zwischen der BagIS und dem A.f.s.D. für diesen Klientenkreis vorgeschlagen, um gezieltere Hilfen anbieten zu können.
- der überwiegende Wunsch dieser Menschen ist möglichst in eigenem Wohnraum autonom zu leben. Bei Bedarf auch mit ambulanter Betreuung. Vorstellbar wäre auch die Anmietung mehrerer Wohnungen in einem Hause mit ganztägig besetztem Betreuungsbüro.
- vorgeschlagen wurde der Verzicht auf medizinische Zuzahlungen sowie Übernahme der Kosten für eine Monatskarte im Rahmen des SGB bei intensiver medizinischer Betreuung, um Behandlungsabbrüche zu minimieren. Zudem sollte die medizinische Betreuung suchstoffunabhängig sein. Durch

eine mobile ärztliche Versorgung (Beispiel Köln) könnte die medizinische Betreuung besser gewährleistet werden und gleichzeitig Kosten eingespart werden.

- Harm-reductions-Programme sollten in Bremen ausgeweitet werden, einschließlich eines Diamorphinprogrammes. Es reduziert die Kriminalitätsquote und verbessert die Gesundheit.
- Um die Entlassung aus der JVA Bremen zu verbessern, wird ein sogenannter runder Tisch vorgeschlagen. Anzusprechende wären die externen Träger, Bewährungshilfe, Staatsanwaltschaft Bremen und die JVA Bremen. Dabei soll es auch um die Verbesserung der Therapievorbereitung gehen.