

Menschen mit Suchterkrankungen in Gastfamilien – geht das?

„Alkohol ist ein starkes Lösungsmittel, Alkohol löst Familien und Freundschaften auf, Alkohol löst Arbeitsverträge und Mietverträge, Alkohol löst manchmal das Gehirn, die Leber oder die Gesundheit auf, aber Alkohol löst keine Probleme“.

Sehr geehrte Damen und Herren,

als der LWL vor ca. 6 Monaten anfragte, ob ich mir die Beschäftigung mit dem Thema „Menschen mit Suchterkrankungen in Gastfamilien“ zutraue, habe ich nicht „nein“ gesagt, wie sich heute herausstellt, ein Fehler. Damals nahm ich an, dass es zu dem Thema umfassende Literatur gibt und ich auch bei der Befragung von Experten genügend Material erhalten könnte, um mich dem Thema zu nähern.

Leider gibt es kaum Literatur und es gibt auch nur wenige Erfahrungen bezüglich Suchtkranker in Gastfamilien.

Also muss ich mich dem Thema aufgrund langjähriger Erfahrungen mit Suchtkranken nähern und ein theoretisches Gerüst entwickeln.

Was heißt eigentlich Sucht?

Beginnen wir mit dem Thema „Alkohol“. Alkohol ist unser gesellschaftlich anerkanntes „Genussmittel“. Aber wo endet der Genuss und wo beginnt die Sucht?

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat festgelegt, dass bereits bei 30 g reinem Alkohol pro Tag bei Männern und 20 g reinem Alkoholkonsum bei Frauen der „schädliche Konsum“ beginnt.

Bier (4 %ig)	0,33 l	entspricht 13 g Alkohol
Wein (10 %ig)	0,21 l	“ 16 g Alkohol
Cherry (20 %ig)	0,1 l	“ 16 g Alkohol
Whisky (40 %ig)	0,02 l	“ 7 g Alkohol

Wir erkennen, dass bereits bei relativ kleinen Mengen ein schädlicher Gebrauch vorliegt.

Ca. 5 % der Menschen, die Alkohol konsumieren, entwickeln ein **Abhängigkeitssyndrom**. Dieses ist definiert durch

1. ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang die Substanz zu konsumieren,
2. die verminderte Kontrolle über den Substanzgebrauch, d. h., die Unfähigkeit, den Konsum einzustellen,
3. die allmähliche Dosissteigerung mit entsprechender Toleranzentwicklung,
4. Entwicklung körperlicher Entzugssymptome bei Reduktion der Substanz,
5. Entwicklung körperlicher und seelischer Folgen.

Die Definition des Abhängigkeitssyndroms gilt nicht nur für Alkohol, sondern auch für alle anderen Suchterkrankungen. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass sich das Vollbild eines Abhängigkeitssyndroms bei Drogenabhängigen deutlich schneller entwickelt als bei Alkoholkranken.

Mit welchen Folgen muss gerechnet werden?

Sowohl bei der Alkoholabhängigkeit als auch bei der Drogenabhängigkeit findet eine zunehmende Einengung auf das Suchtmittel statt, das zunehmend intensiver das Leben des Betroffenen bestimmt.

Das Suchtmittel bestimmt das Leben, wird zur „ersten Geliebten“.

Dieses hat erhebliche **soziale Folgen**, wie

- Verlust des Arbeitsplatzes bei Alkoholkranken,
- bei Drogenabhängigen finden sich unzählige abgebrochene Ausbildungsversuche,
- Verlust der Ehepartner und Familien.

Diese Verluste führen häufig zu

- verstärktem Konsumverhalten,
- Vernachlässigung der sozialen Rahmenbedingungen bis hin zum
- Verlust der Wohnung mit anschließender Obdachlosigkeit.
- Bei Drogenabhängigen setzt frühzeitig eine Kriminalisierung ein, da die Suchtmittel legal nicht zu beschaffen sind.

Neben den sozialen Folgen der Suchterkrankung finden sich körperliche Folgeerkrankungen:

Alkohol ist ein Zellgift, das an nahezu allen Organen zur Zerstörung von Zellen führen kann. Dieses führt bei chronischer Alkoholabhängigkeit

- zu Veränderungen im Magen-Darm-Trakt (z. B. Gastritis).
- zur Veränderung der Leber bis hin zur Leberzirrhose.
- zu Veränderungen des Herzens (Kardiomyopathie),

- zur Zerstörung von Nervenzellen (z. B. Polyneuropathie), die zu Gangstörungen führt,
- zur Zerstörung von Hirngewebe, was zu einem amnestischen Syndrom führt, mit Störungen der Merkfähigkeit, des Kurzzeitgedächtnisses, bis hin zur Desorientierung (früher Korsakow-Syndrom),
- zu Entzündungen der Bauchspeicheldrüse, die einen Diabetes mellitus zur Folge haben können.

Bei Drogenabhängigen finden sich „sekundäre“ Suchtfolgeerkrankungen, die auf die Art und Weise des Konsums zurückzuführen sind, wie

- Hepatitis C,
- HIV-Infektionen,
- Abszesserkrankungen und Sepsis,
- Amputation von Gliedmaßen.

Psychiatrische Folgen:

Bei Alkoholkranken finden sich

- gehäuft depressive Störungen sowie
- alkoholtoxische Wesensänderungen, Eifersuchtswahn und auch aggressiv-gefärbte Erregungszustände.

Bei Drogenabhängigen weist eine große Anzahl von Betroffenen eine psychiatrische Komorbidität auf, wie

- Persönlichkeitsstörungen,
- Depressionen
- und es finden sich zunehmend drogeninduzierte Psychosen.

Beim Klientel der Methadon-Substitution weisen ca. 70 % der Betroffenen eine psychiatrische Störung auf (Doppeldiagnose).

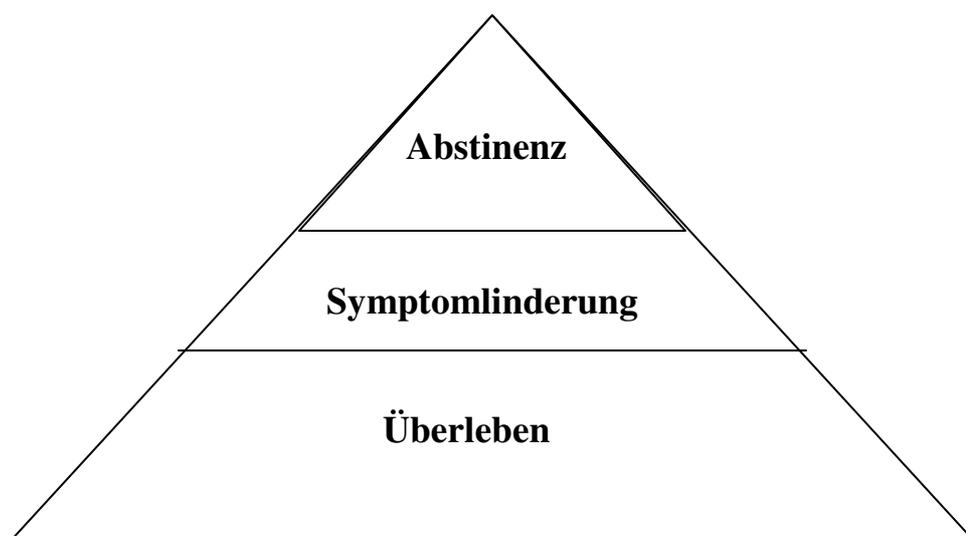
Welchen Hilfen gibt es?

Bis vor ca. 20 Jahren galt in der Suchtkrankenhilfe nur der sogenannte „Königsweg“.

Durch Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung und anschließende Nachbetreuung einschließlich Teilnahme an Selbsthilfegruppen die Herstellung der dauerhaften Abstinenz. Diejenigen, die diesen Weg nicht schafften, wurden sich selbst überlassen („Die vergessene Mehrheit“ nach Wienberg).

Es galt die Devise, dass der Suchtkranke erst „in der Gosse liegen müsse“, damit der Leidensdruck so stark wird, dass er sich für den abstinenten Weg entscheiden kann.

Vor ca. 20 Jahren, zunächst in der Drogenhilfe, später auch im Bereich der Alkoholhilfe zeichnete sich ein Paradigmenwechsel ab. Heute gilt die Zielhierarchie, die Körkel und Wienberg entwickelt haben.



Dieser Paradigmenwechsel ermöglichte es, auch in der Suchtkrankenhilfe Kriterien, die in anderen Bereichen der Medizin üblich sind, anzuwenden, wie Symptomlinderung und Überlebenshilfen.

Auch wenn, wie in allen Bereichen der Medizin, das Bestreben aller Hilfen auf „Heilung“ ausgerichtet ist, werden sie angeboten auch unter Akzeptanz des Fortbestehens der chronischen Suchterkrankung.

Charakterisierung der Klienten des ambulant Betreuten Wohnens und deren Hilfebedarf:

Die Auswertung einer großen Anzahl von Anträgen von Suchtkranken für das ambulant Betreute Wohnen ergab im Bereich **Alkoholranke** folgendes Ergebnis:

Alle Betroffenen waren bereit, Hilfe und Unterstützung zuzulassen.

Neben der manifesten Alkoholabhängigkeit fanden sich folgende weitere Diagnosen:

- amnestisches Syndrom unterschiedlichen Schweregrades
- fortgeschrittene Polyneuropathie
- rezidivierende depressive Störungen

Im Regelfall lebten die Betroffenen (wenn sie nicht aus einem Wohnheim ins ambulant Betreute Wohnen vermittelt wurden) in einer eigenen Wohnung, die sich größtenteils in einem verwahrlosten, zumindest vernachlässigten Zustand befand.

Der Hilfebedarf war individuell unterschiedlich, bei chronisch Alkoholkranken ergab sich nahezu bei allen ein Assistenzbedarf in den Bereichen Haushaltsführung, Ernährung, Finanzen und Behörden.

Hilfebedarf

	ja	nein	gering	hoch	sehr hoch
Lebenspraktische Fertigkeiten:					
▪ Wohnen	<input type="checkbox"/>				
▪ Körperpflege	<input type="checkbox"/>				
▪ Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>				
▪ An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>				
▪ Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>				
▪ Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>				
▪ Ernährung	<input type="checkbox"/>				
▪ finanzielle u. behördliche Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>				
Arbeit/Beschäftigung Tagesstruktur	<input type="checkbox"/>				
Freizeit	<input type="checkbox"/>				
Soziale Beziehungen/Familie	<input type="checkbox"/>				
Gesundheit:					
▪ Orientierungsfähigkeit (zeitlich, räumlich – in vertrauter/ nicht vertrauter Umgebung -, zur Person)	<input type="checkbox"/>				
▪ Störungen im Umgang mit sich selbst (Selbstwertgefühl, Körpererleben, Zwänge, Unruhe etc.)	<input type="checkbox"/>				

	ja	nein	gering	hoch	sehr hoch
▪ Psychische Auffälligkeiten (Depressionen, Suizidalität, selbstgefährdendes Verhalten)	<input type="checkbox"/>				
▪ Realitätsbezug (Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Sinnorientierung)	<input type="checkbox"/>				
▪ Abhängigkeit (Suchtverhalten)	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges					
_____	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				

Kasuistik Betreutes Wohnen Alkoholabhängigkeit:

Herr X., 64 Jahre

Herr X. ist seit 1991 im Sozialpsychiatrischen Dienst bekannt.

Angaben zur Vorgeschichte:

Herr X. besuchte die Volksschule, anschließend eine Lehre zum Betriebsschlosser auf der Zeche Zollern bis 1963.

Tätigkeit als Schlosser bis 1988, seit diesem Zeitpunkt bis auf eine kurze AB-Maßnahme 1991 im Prinzip arbeitslos.

Vorübergehende Beschäftigung bei Passgenau vor ca. 3 Jahren. Er habe noch Kontakt zu einem Bruder.

Aus zwei Ehen/Beziehungen habe er zwei Kinder, einen Sohn (44 Jahre) und eine Tochter (15 Jahre).

Zu beiden Kindern habe er keinen Kontakt.

Spezielle Anamnese:

Seit dem 14. Lebensjahr trinke er Alkohol, zeitweilig exzessiv, bis zu 2 Liter

Weinbrand und 10 Flaschen Bier.

Er habe insgesamt 5 Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt:

1978 5 ½ Monate

1982 6 Monate

1986 2 Monate

1991/92 5 ½ Monate

1997 4 Monate

Zwischenzeitlich habe er längere Abstinenzzeiten gehabt, z. B. von 1988 bis 1991.

Er sei auch Jahre aktives Mitglied im Kreuzbund gewesen.

Seit 1997 seien bei ihm mehrfach stationäre Entzugsbehandlungen durchgeführt worden, zuletzt im Dezember 2007.

Sonstige Erkrankungen:

Er habe zwei Herzinfarkte hinter sich, zuletzt 1996.

Beide Knie seien operiert worden nach einem Auto-/Motorradunfall.

Vor einem Jahr sei bei ihm eine Arthrose in beiden Kniegelenken festgestellt worden.

Aktuell befinde er sich nicht in ärztlicher Behandlung, obwohl er es wegen seines Herzens im Prinzip machen müsse. Er leide häufiger an Schwindelattacken und könne schlecht gehen.

Bei längeren Strecken benötige er Gehstützen.

Aktuelle Situation:

Die letzte Entgiftungsbehandlung sei am ersten Weihnachtstag beendet worden, er sei unmittelbar nach der Entlassung rückfällig geworden.

Da zwischenzeitlich im Kreis seiner Bekannten mehrere verstorben seien, ein Bekannter einen Schlaganfall erlitten habe und ein weiterer Bekannter „angeschnallt auf einer Intensivstation“ liege, bekomme er Angst und sehe ein, dass er Hilfe benötige. Er schaffe es nicht mehr, aus eigener Kraft sein Leben in den Griff zu bekommen.

Er verwahrlose allmählich in seiner Wohnung, so dass die Nachbarschaft sich schon beschwere, weil es aus der Wohnung stinke.

Er wasche seine Wäsche nicht mehr. Aktuell habe er auch einen Mietrückstand von einem Monat.

Befund:

Zum Zeitpunkt des Hausbesuchs wirkt Herr X. relativ ungepflegt, in der Wohnung liegt ein diskreter Uringeruch. Mehrere „Gefäße“ mit Flüssigkeit (Urin?) stehen in seinem Wohn-/Schlafzimmer neben dem Bett. Auf den Sesseln türmen sich Wäscheberge. Deutliche Staubschicht, die auf fehlende Reinigung seit mindestens einem Jahr hinweist.

Um das seit mindestens einem Jahr nicht mehr frisch bezogene Bett stapeln sich leere Bierflaschen (ca. 10). Herr X. teilt mit, dass er diese Flaschen seit den frühen Morgenstunden bis zum Zeitpunkt des Hausbesuchs (14.00 Uhr) getrunken habe.

Aktuell trinke er 10 – 20 Flaschen Bier täglich und gelegentlich auch Schnaps.

Psychisch ist Herr X. orientiert. Alkoholisiert, Merkfähigkeit diskret beeinträchtigt. Erkennbarer Leidensdruck bei Krankheitseinsicht. Herr X. sieht sich jedoch als abstinenzunfähig an nach nunmehr 38-jähriger Suchtgeschichte.

Im Rahmen des hochdosierten Alkoholkonsums vernachlässigt Herr X. seine unmittelbare Umgebung, wodurch sich sein subjektiver Leidensdruck nachvollziehbar verstärkt. Subdepressive Verstimmung bei reduzierter Antriebslage.

Nach dem Hausbesuch wurde ambulant Betreutes Wohnen im Umfang von 4,5 Fachleistungsstunden beantragt und bewilligt. Es sollte, zunächst auf 6 Monate befristet, nach Durchführung einer erneuten Entzugsbehandlung durch das ambulant Betreute Wohnen versucht werden, Herrn X. bei einem Low-dose-Spiegeltrinken zu unterstützen und ihn in seinen lebenspraktischen Fähigkeiten zu fördern.

Nach einem Jahr berichtete der Träger wie folgt:

Zu Betreuungsbeginn durch das Betreute Wohnen verhielt sich Herr X. sehr zurückhaltend und skeptisch. Wie er später selbst sagte, musste er erst lernen, jemandem zu vertrauen und Verantwortung über seine Situation zu übernehmen.

Auch in der stark verwahrlosten Wohnung wollte er zunächst keine Hilfsangebote annehmen. Es bedurfte zahlreicher Gespräche, um ein Vertrauen aufzubauen. Es gelang ihm, den Zusammenhang zwischen seinem exzessiven Trinkverhalten und seiner zugespitzten Lebenssituation zu erkennen.

*Herr X. entschied sich zur Durchführung einer **Entzugsbehandlung**.*

Seit Durchführung der Entzugsbehandlung war Herr X. bereit, die Unterstützung des Betreuten Wohnens anzunehmen.

Er brachte mit Unterstützung seine Wohnung in Ordnung, akzeptierte Begleitung zu den Behörden und mit Unterstützung entwickelte er einen Entschuldungsplan. Er war bereit, in Begleitung seinen Hausarzt aufzusuchen und die verordneten Medikamente einzunehmen (Vitamin B1).

Durch Teilnahme an beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen außerhalb der Wohnung hat Herr X. eine neue Tagesstruktur und Freizeitgestaltung entwickelt.

Im Betreuungszeitraum kam es zu zwei mehrwöchigen Alkoholrückfällen,

die Herr X. mit Unterstützung des Betreuten Wohnens ambulant in den Griff bekommen konnte. Aktuell lebt Herr X. abstinent.

Nach Einschätzung der Betreuer hat sich die neu gewonnene Tagesstruktur im Rahmen der Beschäftigungsmaßnahme als besonders stabilisierend erwiesen.

Im Bereich der Drogenabhängigen gibt es zwei unterschiedliche Indikationen zur Durchführung des ambulant Betreuten Wohnens:

- Auf der einen Seite finden wir **vorwiegend jüngere Drogenabhängige**, die eine abstinenzorientierte Behandlung hinter sich haben und auf die Unterstützung des Betreuten Wohnens angewiesen sind zur **Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit** durch Unterstützung in den Bereichen **Freizeit, Beziehung, Ausbildung und Arbeit**. Hier ist es von besonderer Bedeutung, als Ansprechpartner in emotionalen Belastungssituationen bereit zu stehen, um hier Rückfälle vermeiden zu helfen. Die Erfahrungen in Dortmund, wo wir seit 1993 ambulant Betreutes Wohnen bei abstinenten Drogenabhängigen durchführen, zeigt auf, dass mit dieser Maßnahme ca. 50 % der Betroffenen dauerhaft abstinent leben und zu einer selbständigen Lebensführung in der Lage sind.
- Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um **Patienten in Substitution**, die als chronisch mehrfach geschädigt angesehen werden müssen und die dem Profil der chronisch mehrfach geschädigten Alkoholkranken entsprechen.

Kasuistik Betreutes Wohnen Drogenabhängigkeit:

Frau S., heute 30 Jahre alt, wurde als Tochter einer drogenabhängigen Mutter geboren. Der Vater trennte sich von seiner drogenabhängigen Ehefrau, als Frau S. 4 Jahre alt war. Sie blieb bei der Mutter.

Bereits als Kind übernahm Frau S. in einem hohen Maß Verantwortung für die Mutter, die das typische Leben einer drogenabhängigen Frau führte inklusive Prostitution (zum Teil in Anwesenheit der Tochter).

Mit 14 Jahren wurde sie erstmalig von der Mutter zu Drogen „eingeladen“.

Seit diesem Zeitpunkt waren Mutter und Tochter beide „drauf“. Neben der Drogenabhängigkeit entwickelte Frau S. eine Borderline-Symptomatik mit zum Teil erheblichen Selbstverletzungstendenzen.

Es kam zu mehreren stationären psychiatrischen Behandlungen inklusive Entzug.

Erst mit 20 Jahren konnte sich Frau S. zur Durchführung einer damals 9monatigen stationären Entwöhnungsbehandlung entschließen.

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung war anfänglich gekennzeichnet durch erhebliche autoaggressive Impulse, die jeweils ausgelöst wurden durch das Verhalten der Mutter, die immer wieder versuchte, ihre Tochter mit Suizidandrohungen und ähnlichem aus der Therapie heraus zu holen.

Durch engmaschige Begleitung konnte sich Frau S. stabilisieren. In den letzten Monaten der Behandlung verliebte sie sich in einen Mitpatienten und bezog nach der Therapie mit dem Partner eine eigene Wohnung. Als dieser nach ca. 1 Jahr rückfällig wurde, trennte sich Frau S. zwar von ihm, wurde selbst jedoch auch rückfällig und betrieb kurzfristig einen exzessiven Drogenkonsum, der zu zwei Drogennotfällen führte.

Nach einem solchen Notfall entschied sich Frau S. zur erneuten Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung.

In dieser „Auffrischtherapie“ konnte Frau S. ihr Selbstbewusstsein verbessern, eine stärkere emotionale Stabilität entwickeln und ihre Abstinenzbereitschaft und –fähigkeit erneut festigen. Sie entschied sich, nach der Therapie in eine Adaptions-einrichtung zu gehen. Während der Adaptionsbehandlung meldete sie sich zur Fortsetzung des Schulbesuchs an.

Nach 4 Monaten bezog sie eine eigene Wohnung und wurde 2 x wöchentlich durch das ambulant Betreute Wohnen über einen Zeitraum von 2 Jahren begleitet. Frau S. war vollkommen selbständig in der Haushaltsführung (das hatte sie bereits seit ihrem 5. Lebensjahr gelernt), flüchtete sich aber immer wieder in abhängige Beziehungsmuster. In der Zeit, in der sie das Berufskolleg besuchte, wurde sie schwanger. Zwei Jahre nach der Geburt der Tochter trennte sie sich von ihrem damaligen Partner.

*Im Rahmen des **Betreuten Wohnens** erfolgten fortlaufend stützende Einzelgespräche mit dem Ziel, die immer wieder auftretenden Versagensängste und Überforderungsgefühle zu bearbeiten und dem Suchtdruck in emotionalen Belastungssituationen nicht nachzugeben.*

Frau S. schaffte es, ohne Rückfall den Belastungen standzuhalten.

Heute lebt sie mit ihrem neuen Partner in einer eigenen Wohnung, versorgt die Tochter und absolviert eine Ausbildung, wodurch sich ihr cleaner Bekannten- und Freundeskreis deutlich erweitert hat.

In „schwierigen“ Situationen hält sie Kontakt zum Betreuten Wohnen und stabilisiert sich durch fakultativ anfallende Einzelgespräche.

Sie haben jetzt 2 Beispiele gehört, die im Rahmen des Betreuten Wohnens eine gute Entwicklung genommen haben.

Wäre diese Entwicklung auch in einer Gastfamilie möglich gewesen?

Welche Bedingungen müssen Gastfamilien gewährleisten, verglichen mit den Bedingungen des Betreuten Wohnens?

Ausgehend von obengenannten Beispielen möchte ich abschließend einige **Thesen zur Betreuung von Suchtkranken in Gastfamilien** formulieren:

1. Mindestvoraussetzungen:

- kein aktueller Suchtmittelkonsum des Gastes
- kein Suchtmittelkonsum in der Pflegefamilie
- hohe Zugriffsschwelle bei der Beschaffung des Suchtmittels
- klare Vereinbarungen zum Umgang mit Rückfälligkeit „Null-Toleranz-Prinzip“
- Sicherstellung der erforderlichen ärztlichen Behandlung

2. Kontra-Indikationen:

1. Die Betreuung von jüngeren abstinent lebenden Drogenabhängigen in Gastfamilien ist aus fachlichen Gründen nicht vertretbar, weil die „Rückkehr“ in Familienstrukturen angesichts der eigenen, in der Regel pathologischen Sozialisationsbedingungen der Notwendigkeit der Ver selbständigung entgegensteht.

2. Substituierte drogenabhängige Menschen haben in ca. 70 % Beikonsum, der in der Regel mit legalen Mitteln nicht finanzierbar ist.

Die notwendigen Sicherungsmaßnahmen des Eigentums von Gastfamilien erzeugen ein Klima des Misstrauens, das ein vertrauensvolles Miteinander nicht ermöglicht.

3. In Einzelfällen erscheint die Betreuung von chronisch Alkoholkranken in Gastfamilien möglich, wenn die bereits skizzierten Mindestvoraussetzungen gegeben sind und im Einzelfall die **Passgenauigkeit abgeklärt** ist, dazu gehört:

- individueller Hilfebedarf, kompatibel mit den Möglichkeiten der Gastfamilie
- stimmt die „Chemie“,
die Betreuung von Suchtkranken ist „Beziehungsarbeit“, die ein klares Verhältnis von Nähe und Distanz voraussetzt und auf der Grundlage von primärer Sympathie erfolgt
- Vorhandensein einer Tagesstruktur/Beschäftigung
Hier sind die Möglichkeiten für „mithelfende Familienangehörige“ zu prüfen, die über die unmittelbare Mitarbeit im Haushalt hinausgehen (z. B. Betreuung auf dem Bauernhof).

Abschließend möchte ich die Eingangsfrage so beantworten:

Im Einzelfall erscheint eine Betreuung von chronisch Alkoholkranken in Gastfamilien möglich.

„Es gilt das gesprochene Wort“.

