

57. DHS Fachkonferenz Sucht „Sucht und andere Themen“

Misere suchtkranker Wohnungsloser

(Thomas Rasch,
Diplom Sozialpädagoge + grad. Sozialtherapeut
Bereichsleiter für Menschen in Krisen
sowie Migration & Vielfalt)

Gliederung

- 1. Ausgangsthesen**
- 2. Sucht**
 - a. Suchtkrankheit**
 - Multifaktorielles Geschehen
 - Fakten
 - b. Lebenswirklichkeit am Rand der Gesellschaft**
 - Fakten
 - Scham
 - Mehrfacherkrankungen
 - c. Alkohol und Wohnungslosigkeit**
 - „Moralkeule“
 - Fakten
 - Suchtmittelfunktion
- 3. Wohnungslosenhilfe**
- 4. Suchthilfe**
 - Spontanheiler
- 5. niedrigschwellige Hilfen**
 - Bedürfnispyramide nach Maslow
 - Hierarchie der Interventionsziele in der Suchthilfe (Schwoon 1997)
 - Schadenserkenntnis Abstinenzgebot
 - Paradigmenwechsel
 - Zieloffene Haltung
 - Motivierende Gesprächsführung
 - KT, SKOLL, KISS, WALK
 - Verbindliche Zusammenarbeit
 - Verweis auf Positionspapier der CaSu (www.caritas-suchthilfe.de)
- 6. Schlussfolgerung**

1. Ausgangsthesen

Suchtmittelabhängigkeit und **Wohnungslosigkeit** stehen oft miteinander in Verbindung

- Suchterkrankung führt u.U. zur Wohnungslosigkeit
- Suchtmittelkonsum hilft Wohnungslosigkeit und gesellschaftliche Ausgrenzung zu ertragen
- Armut macht krank
- Unterschiedliche Angebote für „süchtige Arme“ oder „arme Süchtige“
- Kleinstädte leisten sich selten Doppelstrukturen von niedrigschwelliger Sucht- **und** Wohnungslosenhilfe.
- Wohnungslosenhilfe fokussiert **Verhältnisänderung** – Suchthilfe fördert **Verhaltensänderung**

1. Ausgangsthesen

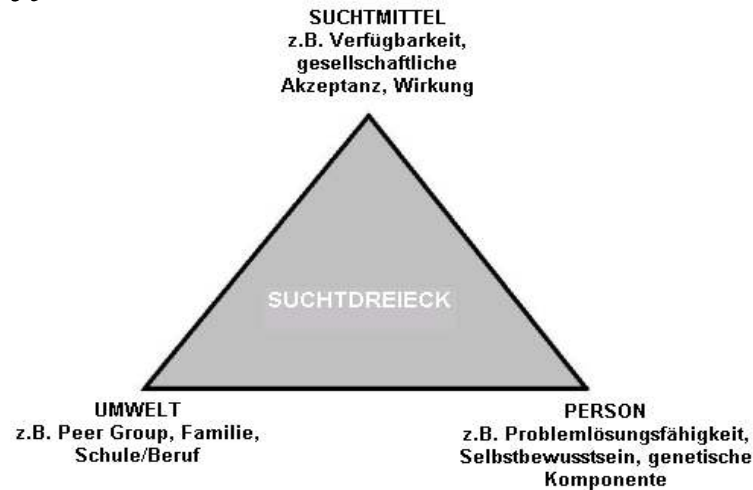
- suchtbedingte Krankheiten sind zweithäufigster Notaufnahmegrund in deutschen Kliniken
- Viele Abhängige sind von vielen Krankheiten getroffen
- Sucht ist vielfach verdeckt
- somatische Erkrankungen („Magen“, „Leber“, „Herz“, „Unfälle“ usw.) verweisen oft auf **„maskierte“ Suchtproblematiken**
- Etwa 50% aller Abhängigen weisen zusätzliche psychiatrische Krankheitsbilder auf
- Suchtmittelkonsum dient der Selbstmedikation

2a. Sucht

Suchterkrankung als multifaktorielles Geschehen Wechselwirkungsverhältnis statt simpler Monokausalität

- ICD 10 "Abhängigkeitssyndrom" sofern drei oder mehr der folgenden Kriterien innerhalb eines Jahres auftreten:
- starker Wunsch oder innerer Zwang, Suchtmittel zu konsumieren
 - Verminderte Kontrollfähigkeit über Zeit und Menge des Suchtmittelkonsums.
 - Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
 - Toleranzentwicklung: zur Wirkungserreichung sind zunehmend höhere Mengen des Suchtmittels erforderlich.
 - Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Vergnügen zugunsten des Suchtmittelkonsums
 - erhöhter Zeitaufwand zur Beschaffung der Substanz, zum Gebrauch oder zur anschließenden Erholung
 - Anhaltender Substanzgebrauch trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, psychischer oder sozialer Art).

- ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung & Gesundheit
- Bio-psycho-sozialer Ansatz:
standardisierte Zustandsbeschreibung funktionaler Aspekte von Gesundheit und Behinderung unter Berücksichtigung des Lebenshintergrundes (**Psychyrembel 2007**)
- Krankheitsbefunde werden unter Beachtung vorhandener Fähigkeiten beschrieben anhand von:
- Verletzungen seelischer und/oder körperlicher Funktionen
 - Beeinträchtigungen von Aktivitäten
 - Einschränkungen gesellschaftlicher Teilhabe
- Erkennbar wird eine dynamische Wechselwirkung zwischen den Komponenten des ICF. Hilfepläne erhalten eine einheitliche für verschiedene Professionen verständliche Sprache.



2a. Sucht Fakten

Häufigkeit von Suchterkrankungen in Deutschland

- Tabak: ca. 5,80 Mio (etwa 120.000 Tote/a)
- Alkohol: ca. 1,77 Mio (zzgl. gleiche Zahl Missbraucher, etwa 75.000 Tote/a – hohe Folgeschäden)
- Medikamente: ca. 1,50 Mio
- Cannabis: ca. 220.000 Tsd.
- Andere illegalisierte Drogen (Opiate, Kokain, Amphetamine usw.)
ca. 200.000 Tsd.
- Path. Glücksspieler ca. 264.000 Tsd.
- Essstörungen ca. 800.000 Tsd.

- DHS zählt knapp 400.000 Beratungs-/Behandlungsfälle/a – etwa 10% aller Suchtkranken werden hier erreicht
- 75% aller Suchtkranken suchen zumindest 1x/a medizinische Einrichtung auf, finden dort aber häufig keine fachkundige Hilfe

2b. Wohnungslosigkeit Lebenswirklichkeit am Rand der Gesellschaft

- soziale Verelendung
- Verlust sozialer Beziehung
- Bildungsferne
- Leben in sozialer Ausgrenzung
- Einsamkeit
- Arbeitslosigkeit
- Armut
- Verschuldung
- Wohnungslosigkeit
- Gesellschaftliche Kapitulation

2. Sucht und Wohnungslosigkeit Lebenswirklichkeit am Rand der Gesellschaft

- Bis zu ½ Mio. betroffene „Personen in besonderen Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten“
- 80% männlich - 90% deutsche Herkunft
- Durchschnittlich zumeist 30 – 45 Jahre alt
- 80% Herkunft aus unterprivilegierten Schichten
- Armut in der Kindheit – „Sozialhilfekarrieren“
- ¾ ohne Schulabschluss
- 50% ohne Berufsabschluss
- 2/3 Empfänger Transferleistungen, 20% ohne jegliches Einkommen
- Ohne Arbeit keine Wohnung – ohne Wohnung keine Arbeit
- Objektiv 75% chronisch krank, subjektiv nur 40%
- Verzerertes Selbstgefühl

2b. Sucht und Wohnungslosigkeit Lebenswirklichkeit am Rand der Gesellschaft

- Problembeladene Herkunftsfamilien
- **Scham**
 - Fehlende Anerkennung, Schutzlosigkeit, Verstoßen-Sein, mangelnde Integrität, Traumatisierung, stete Beschämungen
 - „Nichts-Nutz“ und Versager-Identität
 - Marginalisierte Kinder & Heranwachsende (Kinderarmut 20-25%...) erleben von Beginn ihres Lebens die Diskrepanz der sie umgebenden Konsum-/Luxusgesellschaft bei stets selbst erlebter Armut (Second-Hand-Kleidung, Tafel, Wohlfahrt...)
 - Keine Feiern, kein Besuch, Vertuschen der Lebenswahrheit
 - Scham über Armut
 - Scham über ungepflegten Körper verhindert medizinische Behandlung
 - Scham entsolidarisiert, macht einsam
 - Fehlendes soziales Bindungsgefüge
 - Unzureichendes Selbstwertgefühl

2b. Sucht und Wohnungslosigkeit Lebenswirklichkeit am Rand der Gesellschaft

Multimorbidität bei Personen in besonderen Lebensverhältnissen mit sozialen Schwierigkeiten

Schlechter Allgemeinzustand

- akute Infektionskrankheiten
- Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen
- Alkoholkrankheit mit ihren körperlichen wie seelischen Folgeerkrankungen
- psychiatrische Erkrankungen
- Erkrankungen der Verdauungsorgane
- Hautkrankheiten, schlechter Zahnstatus
- Erkrankungen des Skelettsystems (bspw. Rheuma)
- Verletzungen nach Straßenverkehrs- oder Arbeitsunfällen

- BAG-W spricht bei CMA von „Personen in Mehrfachproblemlagen“ und wird der Suchtproblematik Tausender damit nicht gerecht.

2c. Sucht und Wohnungslosigkeit

„Schuld“

- Persönliche „Schuld“ für Alkoholismus
- verantwortungsloser „Rumtreiber“
- „willensschwache“, „lasterhafte“...
- Alkoholiker ist „selbst schuld“ an seiner Armut

kritische Lebensereignisse und schwierige Lebensphasen prägen (Erwerbs-) Biografie und Entwicklungsverläufe:

- Wiederholter Arbeitsplatzverlust
- Berufliche Instabilität
- Soziale Isolation
- Schwere Krankheiten
- Frühkindliche Schädigungen
- Familiäre Vernachlässigung usw.

- **politische Reduktion der „Obdachlosigkeit“ auf Alkoholismus ist ein Beitrag zur Armutsverleugnung.**
- **Moralische Argumentation verleugnet Krankheitsbefund**

2c. Sucht und Wohnungslosigkeit Fakten

- Suchterkrankung ist ein fundamental wichtiges und überwiegendes Problem der Klientel von Hilfen nach §67 SGB XII (bis zu 80%)
- 66% unversorgte chronisch Abhängige
- Lebenserwartung bis zu 30 Jahren unter dem deutschen Durchschnitt
- BAG-W: 335.000 Wohnungslose in 2014
- Prognose 2018: mehr als ½ Million
- lt. BAG-W leben 24.000 Menschen buchstäblich auf der Straße
- Wohnungslosenhilfe müht sich erheblich um Existenznöte (wohnen, essen, schlafen, Geldbezug, usw.)
- wenig Zeit für langfristige Suchthilfeprozesse
- Fortbildungsbedarf

2c. Sucht und Wohnungslosigkeit Suchtmittelfunktion

Suchtmittel können für Wohnungslose auch sein:

- Hilfe zur Bewältigung eines Leben „am Rande“
- Wärmespender
- Nahrungersatz und Nahrungsergänzung
- Medizin bei körperlichen Schmerzen
- Schlafmittel
- Mittel zur Stärkung des Selbstwertgefühls
- Mittel zur Stärkung des situativen Gruppengefühls / Zugehörigkeit („bottlegang“)
- Immunisierung gegen sozialen und psychischen Druck

3. Wohnungslosenhilfe

- Grundversorgung, basale Hilfen
- Jenseits Befriedigung lebenswichtiger Bedürfnisse Gefahr der Co-Abhängigkeit gutwilliger Helfer
- Wohnungslosenhilfe unterschätzt Krankheit ihrer abhängigen Klientel
- vorrangige Vermittlung in eigenen Wohnraum unter Missachtung der Sucht führt zu Scheitern
- „Wolo-Helfer“ stehen bei erlebter Hilflosigkeit angesichts vermeintlich beratungsresistenter Klientel in „burn-out“-Gefahr
- Suchtkompetenz vonnöten

4. Suchthilfe (Vor-)Urteile

- Suchthilfe mit Komm-Struktur ist „hochschwellig“
- widmet eher widerwillig prognostisch unsicheren Hilfesuchenden
- bedient lieber **„zuverlässige“ Klienten**, die ggf. abrechenbare Ambulante Rehabilitation durchstehen
- mittelschichtig ausgerichtete Behandlungs- und Beratungsangebote
- Ziel beruflicher Integration durch **dauerhafte Abstinenz**
- **Gibt es gar Zwei-Klassen-Hilfesysteme ?**
 - 1. lukrative, individuelle Beratung & Therapie bei entsprechendem sozialwirtschaftlichem Hintergrund
 - 2. Grundversorgung: Tafel, Suppenküche, Almosen, „Nächstenliebe“ ?

4. Suchthilfe „Spontanheiler“

- „einfach aufhören“ ...
- selbständiger Ausstieg aus Abhängigkeitserkrankung
- persönliche Bilanzierung einer Suchtkarriere
- **Notwendigkeit von harm-reduction / Schadensminimierung / Überlebenshilfen**
- Anfang 1990er Jahre: NRW - Landesprogramm zur Drogenhilfe wies 40% Selbstheiler bei vorheriger Heroinabhängigkeit (aus Sucht herauswachsen, erwachsen werden)

5. niedrigschwellige Hilfen

Bedürfnispyramide nach Maslow [1954, 1970]



5. niedrigschwellige Hilfen Suchthilfe schreitet fort:

Hierarchie der Interventionsziele in der Suchthilfe (Schwoon 1997)

1. Sicherung des Überlebens
2. Verhinderung von körperlichen Folgeschäden
3. Sicherung der sozialen Umgebung
4. Verhinderung sozialer Desintegration
5. Erreichen längerer Abstinenzphasen
6. Einsicht in die Grunderkrankung gewinnen und Veränderungsbereitschaft formulieren
7. Entwicklung von Behandlungsmotivation
8. Akzeptanz des Abstinenzzieles
9. Individuelle therapeutische Behandlung

Suchthilfe entwickelt niedrigschwellige Hilfe, macht sich auf den Weg zum Klienten an dessen Lebensmittelpunkt, entwickelt **Geh-Struktur!**

5. niedrigschwellige Hilfen Schadenserkennntnis / Paradigmenwechsel

Erkenntnis:

Völliger Alkoholverzicht als Ziel und – schlimmer -
Hilfевoraussetzung verursacht ggf. mögliche Effekte

- Resignation
- Demoralisierung durch vielfältige Rückfälle
- negative Erfahrungen mit Abstinenzbehandlungen
- Kindling-Effekt durch häufige Alkohol-Entzüge (Hirnreaktion auf wiederholte, unterschwellige Reize bis schließlich ein einzelner „Zündfunke“ ausreicht, um ein Aktionspotential zu bewirken)
- Alkoholgebrauch verfestigt sich durch Lebenslage Armut
- Funktionalität des Suchtmittels verstetigt sich

5. niedrigschwellige Hilfen Zieloffene Suchthilfen

Von der zielgebundenen zur zieloffenen Suchtarbeit

Verschiedene Zieloptionen werden zugelassen:

beispielsweise

1. Unveränderte Fortführung des Alkoholkonsums
 2. Kontrollierter, reduzierter Konsum
 3. Zeitweise Nullkonsum
 4. Dauerhafte Abstinenz
- (Therapie-)Ziele werden nicht vorab bestimmt
 - Zieloffen ist nicht ziellos, sondern planvolles Handeln
 - individuelle Zielfindung orientiert sich an Lebensrealität
 - Suchthilfe entwickelt sich sukzessiv zur Zieloffenheit
 - Abstinenz soll keine Voraussetzung für Hilfen sein

5. niedrigschwellige Hilfen

Motivierende Gesprächsführung

Einige Grundhaltungen:

- Empathisches Interesse und aktives Zuhören
- offene Fragen zum aktuellen (Sucht-)Verhalten stellen, bspw:
 - Welche Vorteile könnte es für Sie geben, sich zu ändern?
 - Warum wollen Sie das gewünschte Ziel erreichen?
 - Wenn Sie Ihren Plan bereits umgesetzt hätten: Was hätte sich nun zum Guten verändert?
 - Was ist für Sie wichtig an diesen Überlegungen?
 - Gibt es für Sie einen nächsten Schritt?
- Ambivalenz und Widerstand belassen, Konfrontation vermeiden
- Akzeptanz und Bestätigung vermitteln, Zuversicht stärken
- selbstmotivierende Haltungen des Klienten verstärken
- Beweisführung und Schubladendenken vermeiden
- **Der Klient hat stets eigene Wahl- und Entscheidungsfreiheit**

5. niedrigschwellige Hilfen Suchtmittelkonsum wird akzeptiert

Betroffene werden zu Beteiligten

„Neue“ Programme entstehen:

- „KT“ - Kontrolliertes Trinken (Plan, Trinkmengen Tag/Woche, Abstinenzzeiten, Gruppentreffen)
- Trinkmengenreduktionsprogramme
- „KISS“ - Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum
- "WALK" Zieloffene Suchtarbeit mit alkoholabhängigen Wohnungslosen
- „SKOLL“ Gruppenprogramm zur Überprüfung und Veränderung von riskanten Konsum- und Verhaltensformen

Tenor: „Du bestimmst selbst wann Du wovon wieviel konsumierst.“

- Stat. Entgiftung
- Amb. Beratung
- Stat. Behandlung
- Amb. Nachsorge
- Selbsthilfe

5. niedrigschwellige Hilfen Behandlung / Therapie – „Selbstbestimmung“

Hin zu Hilfeverbänden und Behandlungsnetzwerken mit verbindlicher Zusammenarbeit aller Beteiligten

- Streetwork / Aufsuchende Suchthilfe
- Qualifizierte Akutbehandlung (Stat. / Amb.)
- Suchtberatung
- „Kontrolliertes Trinken“
- Kurzintervention
- ambulante Suchttherapie
- Selbsthilfe
- u.v.m.

Positionspapier der CaSu Caritas - Suchthilfe

Nach einem längeren Entwicklungsprozess hat die CaSu bundesweit Leitlinien fachlichen Handelns in der Niedrigschwelligen Hilfe in einem Positionspapier zur Schadensminimierung und Überlebenshilfe beschrieben (Auszug):

- Vertrauen und Wertschätzung in allen Lebenslagen
- stete Zuverlässigkeit / Verbindlichkeit
- ausdauernde und belastbare Begleitung der/s Klient*in
- **Selbstverantwortung** (Maßnahmen gegen den Willen nur im Fall der Selbst- und Fremdgefährdung)
- individuelle Hilfeleistungen
- Krisenintervention, Notfallmanagement,
- geschützte und behagliche Räumlichkeiten sowie Vermittlung eines ansprechenden Milieus.
- **Zusammenarbeit ist Wesensmerkmal niedrigschwelliger Hilfen**
- www.caritas-suchthilfe.de

6. Schlussfolgerungen

- Menschen in „Mehrfachproblemlagen“ brauchen bessere Hilfen.
- Überwindung kommunikativer Barrieren zwischen allen beteiligten Fachdiensten tut not
- Verbindliche Zusammenarbeit von Sucht- und Wohnungslosenhilfe
- Vernetzung aller operativ Tätigen, übergreifende Zusammenarbeit mit allen relevanten Partnern
- bewusste Fallsteuerung statt zwecklosem Flickwerk
- Federführung i.S. verbindlicher Verpflichtung eines Mitarbeiters für einen Klienten (Casemanagement)
- Entwicklung vernetzter Angebote für med.Versorgung, Beschäftigung, Tagesstruktur und –aufenthalt
- wechselseitige Hospitation
- gemeinsame Fortbildungen können Miteinander fördern

Abschließend ein Plädoyer:

aus den Leitsätzen:

- **Caritas:** „Not sehen und handeln“
- **SkM:** „Der Mensch am Rand ist unsere Mitte“
- **Arbeiterwohlfahrt** „Kampf für sozial gerechte Gesellschaft“
- **Diakonie:** „Lass den Armen nicht Not leiden, sei nicht hart gegen den Bedürftigen“

Freie Wohlfahrt hat sich zuvorderst anwaltschaftlich für diejenigen in unserer Gesellschaft machtvoll einzusetzen, die aus eigener Kraft keine Unterstützung finden oder die sich diese eben nicht erlauben können.

Seien Sie süchtig oder wohnungslos oder – beides!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !!

(vgl. Hans Böhl - Praxis der Sucht- und Wohnungslosenhilfe / Kooperation – aus Sicht der Suchthilfe, Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren DHS, Positionspapier Niedrigschwellige Hilfen der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), Positionspapier der. Katholischen Bundesarbeitsgemeinschaft. Wohnungslosenhilfe (KAG W) A.Hecht, T. Simon, J. Puderbach, R. Steiger, R. Stracke, Dirk R. Schwoon, St. Marks u.v.a. – Dies ist ein Praktikerbericht, der auf beruflich-fachlichem Wissen gründet und hier bei Nennung verwendeter Autoren auf wissenschaftlich korrekte Zitationen verzichtet.