

C. Jellinek

Lasst uns bloß nicht alleine!

Zur Notwendigkeit von psychischer und sozialer Betreuung Substituierter aus ärztlicher Sicht.

Beitrag zur Fachtagung "Psychosoziale Betreuung bei Substitution: Wirksamkeit, Akzeptanz, Perspektiven", 23.05.2008, Berlin

Seit nunmehr 13 Jahren behandle und substituiere ich Patientinnen und Patienten in enger Kooperation mit den Kolleginnen und Kollegen des Notdienstes in Berlin (www.aid-berlin.org). Jeder Besuch von und Austausch mit SuchtärztInnen in anderen Teilen der Republik führt mir die privilegierte Situation von uns BerlinerInnen vor Augen, die wir auf ein gut strukturiertes, finanziell ausreichend abgesichertes System von Zusammenarbeit mit Sucht-SozialtherapeutInnen und nicht klinischen PsychologInnen im Rahmen der PSB zugreifen können.

„PSB“ ist nicht nur eine praktische Abkürzung, sondern auch eine eleganter Ausweg sich nicht mit dem Unterschied von „Begleitung“ und „Betreuung“ auseinanderzusetzen.

„DrogenkonsumentInnen“ mit einem Lifestyle-bedingten Problem kommen vielleicht mit einer „Begleitung“ aus – aber wozu sollte man den selbstbestimmten Drogenkonsum seiner „KlientInnen“ (eigentlich dann KundInnen einer wie auch immer definierten sozialen Dienstleistung) begleiten und wer sollte so was finanzieren? Wenn ich an KonsumentInnen denke unterstellen ich automatisch die Freiheit von Abhängigkeit, sobald es um abhängigkeiterkrankte Menschen geht rede ich lieber von PatientInnen - und ich erlebe meine PatientInnen als körperlich, seelisch und sozial schwer beladen.

Die üblichen körperlichen Folgeschäden langjährigen intravenösen Drogenkonsums und des bald ebenfalls zur Abhängigkeit gewordenen Ersatzkonsums von Alkohol und/oder Benzodiazepinen zu Zeiten von Opiatmangel sind nur die Spitze des Eisbergs, das sichtbarste Zeichen einer umfassenden Verelendung:

- Ob drogenbedingt oder schon lange vor der Sucht existierend und ursächlich zum Drogenkonsum führend plagen unsere PatientInnen gleichzeitig seelische Probleme und Ausnahmezustände – und das oft schon seit frühester Kindheit oder Jugend. Die Symptome erfahrener Hilflosigkeit, Verlorenheit und Gewalt in den

Herkunftsfamilien, Heimen, Institutionen des Gesundheitswesens, der Justiz oder der Szene limitieren die Wahlmöglichkeiten und Bewegungsspielräume unserer Patientinnen, denn sie erzeugen Angst, besonders dann, wenn man nicht mehr auf die übliche Bekämpfung der Angst durch den Konsum von Drogen zurückgreifen will!

- Auch die üblichste Form von konkreter menschlicher und sozialer Unterstützung, nämlich die durch Angehörige, PartnerInnen, Geschwister fehlt den meisten Patientinnen und Patienten seit vielen Jahren.
- Wahlmöglichkeiten und Bewegungsspielräume unserer Patientinnen engen sich weiter und ebenfalls zur gleichen Zeit, wie die schon genannten physischen und psychischen Probleme, mit den sozialen Realitäten ihres Lebens ein. Diese Realitäten sind durch einen umfassenden Mangel an schulischer und beruflicher Bildung und konkreter Lohnarbeits-Erfahrung geprägt. Gleichzeitig führen die PatientInnen ein Leben in Freiheit auf Pump: der Bewährungswiderruf als Dauer-Damoklesschwert über dem Haupt, Haftstrafen für die „Erschleichung von Dienstleistungen“, weil man täglich und quer durch die ganze Stadt zur Substitution muss und Hartz 4 nicht in eine Monatskarte für den „Öffentlichen Nahverkehr“, sondern in Diazepam, Alkohol oder Kokain investiert hat. Und dazu kommen die Schulden, die im Lauf eines langjährigen Lebens in Abhängigkeit von illegalen, wie legalen Drogen aufgehäuft wurden.
- Die Hintergrundmusik zum Drama spielt die gesellschaftliche Stigmatisierung Abhängigkeitserkrankter, die sich in der Erfahrung der PatientInnen auch im professionellen Hilfesystem wiederfindet und nachvollziehbarer Weise zu einer, von Angst und Misstrauen geprägten Haltung allen Beteiligten gegenüber führt. Zu den Ursachen der Ablehnung Suchtkrankter in der Bevölkerung, wie unter den professionell damit Befassten könnte man ganze Bücher schreiben. Das es m.W. bisher noch keine umfassendere Geschichte des Umgangs mit Suchterkrankten im Nationalsozialismus gibt ist bezeichnend. Hier sei nur daran erinnert, dass auch Alkoholranke zu den Zielpersonen der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik gehörten und Aufnahme in das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ fanden, auf dessen Grundlage 400 000 Menschen zwangssterilisiert wurden.

Ein Zustand weiteren Entferntseins vom unsere Gesellschaft bestimmenden Ideal von der autonomen Persönlichkeit, die selbstbestimmt und rational das eigene Leben in die Hand nimmt ist kaum vorstellbar. Suchtkrank sein ist schon stigmatisierend genug, dann auch noch

abhängig von illegalen Drogen zu sein kommt für Viele einem weitgehenden Ausschluß aus unserer Gesellschaft gleich.

Folglich brauchen unsere PatientInnen in aller Regel eine Betreuung, eine kontinuierlich erreichbare, selber sehr wohl auch fordernde, fachlich reflektiert Unterstützung, eine Hilfe zur Selbsthilfe organisierende und anstoßende „gute Seele“.

Dieser verstaubt, nach christlicher Nächstenliebe, tränendrückendem Mitleid und Armenfürsorge klingende Begriff ist absichtlich gewählt, um dem einen Namen zu geben, was mir im Rahmen einer PSB (und natürlich auch im Rahmen ärztlicher Tätigkeit!) neben aller fachlichen Qualifikation als die wesentlichen Hilfsmittel zur Induktion selbstbestimmter Ausstiege aus dem Elend einer Abhängigkeitserkrankung erscheinen:

Selbstbewusste Reflexion eigener Vorurteile und Grenzen im Kontakt mit PatientInnen, Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit, Einfühlungsvermögen und eine Phantasie, die nicht nur ausreicht, sondern auch bereit ist, sich auf die, durch Drogen überdeckten Folgen der Verletzungen unserer PatientInnen einzulassen.

Die ärztliche Ausbildung ist ein an Evidenz, an naturwissenschaftlichen Kriterien orientierter Drill, der zu Kleinteiligkeit, zu Spezialisierung und zum Biologismus erzieht. Die Zerlegung des Menschen in Organsysteme und deren Störung oder Fehler in Verbindung mit den profitorientierten, also Technik- und Medikamenten-fixierten Bedingungen des Gesundheitssystems in unserem Land führt zum weitgehenden Verlust einer ganzheitlichen Sicht auf die PatientInnen. Ganzheitlichkeit wird lautstark von den Betroffenen gefordert, von den PatientInnen gewünscht und der Verlust sogar von vielen MedizinerInnen betrauert – Fakt ist: Ganzheitlichkeit ist kein schulmedizinisches Kriterium und nichts, was die Kostenträger goutieren würden.

Zur ärztlichen Ausbildung in der Universität und dann im Krankenhaus gehört viel. Was sicher nicht dazu gehört ist die systematische, gründliche Ausbildung in der Sozialepidemiologie, in der Sozialmedizin und der Medizingeschichte, erstreckt nicht in der „Suchtmedizin“, einem Kunstwort, das es in der Ausbildungsordnung deutscher ÄrztInnen nicht gibt. „Addictiologists“ gibt es mit dazugehöriger strukturierter Ausbildung in den englischsprachigen Ländern. Besonders in den USA wird die öffentlich gemachte Mitteilung man sei bei den AA und mache das 12-Schritte-Programm auch nicht als persönliche Schwäche ausgelegt, sondern als das, was es zum Ausdruck bringt: Zeichen persönlicher

Stärke im Umgang mit einer potentiell tödlichen Erkrankung. Bei uns dominiert weiterhin die Stigmatisierung von Abhängigen und viele MedizinerInnen weigern sich schlicht den Unterschied zwischen den Symptomen einer Krankheit und der, den PatientInnen stillschweigend unterstellten Willenschwäche und Genusssucht zur Kenntnis zu nehmen.

Zumindest die ambulant tätige Psychiatrie, die „Seelenheilkunde“ übte und übt sich fast flächendeckend in Abstinenz, wenn es um die Behandlung suchtkranker, erstrecht spritzdrogenabhängiger PatientInnen geht. Sie hat sich zum Schutz vor diesen PatientInnen hinter dem falschen Dogma verschanzt, nur ein abstinenter Süchtiger sei ein behandel- und therapierbarer Süchtiger.

Die Einführung der Substitution als Standardbehandlung Spritzdrogenabhängiger mit der Folge einer Senkung der Mortalität von zumindest einem Drittel und einer der niedrigsten HIV-Infektionsraten weltweit verdanken wir engagierten AllgemeinmedizinerInnen, die unter dem Eindruck von HIV und AIDS gemeinsam mit den schwul-lesbischen Selbsthilfegruppen und den Elternkreisen einen ausreichenden politischen Druck erzeugen konnten, um sich Anfang der 80er Jahre auch gegen den Willen der etablierten, rein abstinenzorientierten Drogenhilfe und deren Ärztelobby in Deutschland durchzusetzen.

Unter dem Motto „harm reduction“, „Schadensminimierung“ begann der Norden schneller, als der Süden der Republik mit dem Aufbau bis dato für Deutschland vollkommen neuer Hilfsangebote, die zu rasant steigenden Zuwächsen in der Substitutionsbehandlung führten. Anzeigen, wie sie mal in der „taz“ zu lesen waren und in denen ein Spritzdrogenabhängiger jemanden suchte, der ihn mit HIV infizieren möge, damit er endlich in das Substitutionsprogramm aufgenommen werden könne, wurden Anfang der 90er langsam überflüssig.

Deutsche SchulmedizinerInnen sind also ausbildungsbedingt, wie ideologisch kaum praedestiniert zu einer alleinigen Rolle in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankten, ganz besonders nicht, wenn die PatientInnen von illegalen Drogen abhängig sind. Die Ausnahmen bestätigen nur die Regel und um Suchtmedizin machen zu wollen muss man sich erstmal damit abfinden, dass man damit keine Karriere machen kann.

Die „Berliner Linie der Substitution“, federführend konzipiert und verantwortet von meiner Kollegin Constanze Jacobowski und der „Clearingstelle für Substitution“, die im April diesen Jahres ihren Arbeitgeber, die Ärztekammer Berlin in den Ruhestand verlassen hat, zielte von Anfang an auf zwei Schwerpunkte:

1.: Spritzdrogenabhängige gehören wie Psychiatrie-PatientInnen zu einer stigmatisierten Gruppe. Es wäre schon für sich ein heilsamer Schritt sie zu ganz normalen PatientInnen ihrer HausärztInnen zu machen.

2.: die HausärztInnen alleine sind absehbar auf die Unterstützung von DrogenberaterInnen angewiesen, die sich um die sozialen, szenetypischen Probleme ihrer Klientel auch im Rahmen einer Substitutionsbehandlung kümmern sollten.

Nach wenigen Jahren Erfahrung mit diesem System, mit dieser Organisationsform einer Substitutionsbehandlung war allen Beteiligten deutlich, dass es eine nicht unwesentliche Gruppe Abhängiger gab, die dieses Modell für sich nicht so nutzen konnten, wie es gedacht war. Diese Patientinnen und Patienten wurden zwar substituiert, erreichten aber nicht die Drogenberatungsstellen und verblieben auf der Szene und in riskantem Konsumverhalten mit entsprechendem Mortalitätsrisiko. Sie wurden überdurchschnittlich häufig von ihren substituierenden ÄrztInnen auf die Strasse gesetzt, weil die Praxen mit den szenegeprägten Umgangsformen und den psychiatrischen Störungen der PatientInnen überfordert waren. Die Kassenärztliche Vereinigung prägte den Ausdruck von den „nicht Wartezimmer-fähigen Patienten“ und ermöglichte damit formal den Weg zu einem PatientInnen-gerechteren Praxismodell, in dem sich niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen mit DrogenberaterInnen unter einem Dach zusammen taten und gemeinsam ein Modell ambulanter medizinischer und psychosozialer Versorgung durch ein multiprofessionelles Team etablierten.

Für unseren Kooperationspartner wurde das Modell erst mit der finanziellen Absicherung durch einen Versorgungsvertrag im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe so abgesichert, dass der PSB-Bereich sich zu einem eigenständigen und spezialisierten Tätigkeitsfeld innerhalb der mittlerweile drei „aid“- Ambulanzen und in mehreren externen Projekten entwickeln konnte.

Hier hat die Stadt Berlin eine Vorreiterrolle mit Beispielcharakter für die ganze Republik übernommen. Mit der Anerkennung der PSB als einzelfallbezogene Antragsleistung

professionalisierte und emanzipierte sich die PSB von der eher kumpelhaft und allzu oft coabhängig agierenden Drogenberaterei akzeptanz- und das Objekt der eigenen Tätigkeit missverstehend empathieverkleisterter Anfangsjahre hin zu einem hoch professionellen System einzelfallbezogener Dienstleistungsangebote. Davon profitierten nicht nur die PatientInnen, sondern auch ganz besonders die substituierenden Ärztinnen und Ärzte.

Was haben wir MedizinerInnen aus der Zusammenarbeit mit unseren PSB-KollegInnen gelernt?

Die Situation intravenös drogenabhängiger Patientinnen und Patienten ist gleichzeitig von existentiell bedrohlichen Problemen auf allen Feldern menschlichen Daseins bestimmt: die soziale, seelische und körperliche Verelendung bedingt sich gegenseitig und verlangt ultimativ nach einem multiprofessionellen Behandlungsansatz.

Der zwangsläufig frustrierenden Überforderung eines rein ärztlich-medizinischen Herangehens kann sinnvoll und erfolgversprechend nur in einer engen Kooperation mit den Berufsgruppen begegnet werden, die gelernt haben sich mit sozialen, juristischen und seelischen Belastungen suchtkranker PatientInnen auseinanderzusetzen.

Mit dem „Berliner Modell der Substitution“ und der Einsicht und Bereitschaft der Politik der psychosozialen Betreuung eine angemessene finanzielle Absicherung zu gewähren wurde ein Erfolgsmodell ermöglicht. Der Nachweis, dass die psychosoziale Betreuung Substituierter fundamentaler Bestandteil jedes medikamentengestützten Behandlungsversuchs Spritzdrogenabhängiger sein muss, ist nicht erst, aber auch wieder auf dieser Fachtagung erbracht worden. Um effektiv helfen zu können sind wir ÄrztInnen auf die PSB so angewiesen, wie das Drogenhilfesystem auf die Zusammenarbeit mit uns.

Dass die PSB bundesweit mehr in den Focus der Aufmerksamkeit rückt ist eine Chance, die wir ÄrztInnen, wie nichtärztliche Profis in der Suchtkrankenhilfe nutzen sollten, um gemeinsam politischen Druck aufzubauen. Standarts in der PSB sind nur die eine notwendige, richtige, überfällige Seite der Medaille, die andere Seite lautet:

Die PSB braucht eine angemessene Finanzierung, um leisten zu können, was sie leisten soll. Dafür werden wir uns gemeinsam in den nächsten Jahren stark machen müssen!

Literatur beim Verfasser:

C. Jellinek

Facharzt für Allgemeinmedizin, Suchtmedizin
GP Jellinek, Rogge

aid-neukoelln

Karl-Marx-Str. 109 (Eingang: Richardstr. 1-3)
12043 Berlin
Germany
Tel +49 30 6899 96-0 / - 20
Fax +49 30 6899 96-19
www.aid-berlin.org
c.jellinek@aid-neukoelln.de

Geschäftsführer, ärztl. Leiter
MVZ Gesundes Friedrichshain

aid-friedrichshain

Frankfurter Allee 100
10247 Berlin
Germany
Tel +49 30 33988 78-0 / - 28
Fax +49 30 33988 78-99