

Irmgard Vogt

Das Psychosoziale, die Drogenabhängigkeit und die Medizin.

Im Unterschied zu Ärzten, die sich ihrer Berufsrolle immer sicher sind, ringen Sozialarbeiter und Sozialpädagogen permanent um ihre Berufsrolle. Besonders deutlich wird das in der Drogenhilfe, in der Sozialarbeiter/innen in den letzten 30 Jahren erstaunlich unterschiedliche Positionen zur Berufsrolle eingenommen haben. Das Spektrum reicht von einem Extrem zum anderen; es pendelt zwischen Allzuständigkeit mit sehr hoher Professionalität und der Forderung nach fast vollständiger Entprofessionalisierung (Goenemeyer 1994). Der Mainstream, so scheint es, geht heute in Richtung auf ein mittleres Maß an Professionalisierung, eine Entwicklung, die unterschiedlich gesehen und bewertet wird. Gestritten wird immer noch und immer wieder über das Psychosoziale in der Drogenhilfe (z.B. Gerlach 2004); die Bedeutung und der Stellenwert der Medizin scheint im Vergleich dazu unstrittig.

Das liegt daran, dass nicht klar ist, was mit dem Psychosozialen in der Drogenhilfe gemeint ist. Einige sprechen von psychosozialer Beratung, andere von psychosozialer Betreuung, dritte von psychosozialer Intervention. Einige verstehen unter psychosozialer Beratung eine Art kurzfristige Intervention mit Beratungshandeln, wobei das Ratgeben im Vordergrund steht. Wieder andere sprechen von Betreuung. Dabei geht es um eine langfristige Begleitung, Motivierung und Unterstützung von Klienten und Klientinnen in ihrem problematischen Alltag. In beiden Fällen ist die theoretische Verankerung der Intervention eher unklar. Das heißt konkret, dass die Rollen, die der Sozialarbeiter einnimmt, nicht definiert sind, dass also die Beziehung zwischen dem Berater/Betreuer und dem Klienten nicht definiert ist, und dass es kein Methodenarsenal gibt, das systematisch daraus abgeleitet wird. In anderen Ansätzen geht es um eine theoretisch verankerte, systematische und bei Bedarf auch langfristige Intervention bzw. Beratung mit dem Ziel, die Klienten und Klientinnen zu Verhaltensänderungen zu motivieren und sie bei der konkreten Umsetzung zu unterstützen. Im Heroinprojekt haben wir versucht, solche Ansätze einzuführen und empirisch auf ihre Wirksamkeit zu prüfen.

Daher liegen mit dem Abschluss des bundesdeutschen Heroinprojekts neue Ergebnisse zu psychosozialen Interventionen in der Drogenhilfe vor, die die Diskussion anregen und vorantreiben können. Allerdings spielt der Kontext eine wichtige Rolle: die deutsche Heroinstudie ist eine Arzneimittelstudie, in der vergleichend die Wirksamkeit der beiden Arzneimittel Methadon und Heroin untersucht wurde. Die Medizin war damit die Leitwissenschaft, die Soziale Arbeit im besten Fall die Hilfswissenschaft. Das lässt sich daran ablesen, dass die psychosozialen Interventionen zwar von Anfang an ihren festen Stellenwert im Design der Kernstudie (Untersuchungen im ersten Behandlungsjahr) hatten, jedoch in Relation zur Medikation. Auch darum gibt es keine „echte“ Vergleichsgruppe für die beiden psychosozialen Methoden, die in der Arzneimittelstudie eingesetzt worden sind, einmal die Psychoedukation in Kombination mit der Drogenberatung „as usual“ (PE/DB), zum andern das Motivierende Case Management (MOCA). Eine echte Vergleichsgruppe wäre in diesem Fall eine Gruppe von Patienten, die per Zufall zu einer Medikation zugelost wird, aber keine psychosoziale Intervention erhält - oder umgekehrt, eine Gruppe von Patienten, die per Zufall in die psychosoziale Intervention gelost wird, aber keine Medikation erhält. Das muss man berücksichtigen, um die Ergebnisse zu den psychosozialen Interventionen in der Heroinstudie richtig einzuordnen.

Die psychosozialen Interventionen wurden also im Kontext einer Arzneimittelstudie untersucht. Im ersten Studienjahr wurden u.a. folgende Fragestellungen geprüft: (1) Wie gut sind Nutzung und Haltequote der beiden Interventionsmethoden? (2) Unterscheiden sie sich in der Wirksamkeit? (3) Gibt es spezifische Wirksamkeitsprofile? Ich gehe hier nicht auf das methodische Vorgehen ein, das insgesamt betrachtet sehr komplex ist und an anderer Stelle ausführlich beschrieben wird (Vertheim et al. 2007).

Ich beschränke mich auch bei der Darstellung der Ergebnisse auf die wichtigsten Aussagen (ausführlich bei Kuhn et al. 2007). (1) Die Medikation hat einen durchschlagenden Effekt, der sich auf alle Detailergebnisse auswirkt. Die Heroingruppe (Heroin als Medikation) profitiert durchgängig mehr von den Behandlungen als die Methadongruppe. Das gilt nicht nur für die Zielkriterien: Verbesserung der Gesundheit, und: Reduktion des illegalen Drogenkonsums, sondern ebenso für andere Lebensbereiche (z.B. familiäre und andere soziale Beziehungen, rechtliche Situation). (2) Das liegt neben dem Arzneimitteleffekt selbst auch daran, dass die Heroingruppe die psychosozialen Interventionen signifikant häufiger nutzt als die Methadongruppe. In der Heroingruppe liegt die Haltequote nach dem ersten Behandlungsjahr bei etwa 50%, in der Methadongruppe bei 37%. (3) Untersucht man die Wirksamkeit der beiden Interventionsmethoden, ergeben sich im Hinblick auf die Hauptzielkriterien der Gesamtstudie keine Differenzen. Tatsächlich tragen beide Verfahren gleichermaßen bei, die Lebenslage der Patienten insgesamt sowie ihren Gesundheitszustand zu verbessern.

Die detaillierte Auswertung zeigt jedoch, dass es durchaus bemerkenswerte Unterschiede zwischen den Interventionsmethoden gerade in der Gruppe, die als Medikation Methadon erhält, gibt. Mit dem personenzentrierten und strukturierten Interventionsverfahren MOCA gelingt es den Sozialarbeiter/innen besser, Personen in der Methadongruppe in der Behandlung zu behalten: die Haltequote ist bei PE/DB mit 29% signifikant schlechter als bei MOCA mit 44%. Mit der Dauer und der Intensität der psychosozialen Intervention steigt die Motivation der Klienten und Klientinnen, ihre Ressourcen zu aktivieren und ihre Lebenssituation zu verbessern. Die positiven Wirkungen sind dann am stärksten, wenn die Sozialarbeiter nicht nur unterstützend und motivierend arbeiten, sondern auch zusammen mit ihren Klienten Ziele erarbeiten und Hilfepläne ausformulieren, die in der Folgezeit umgesetzt werden (Vogt et al. 2007). Diese Ergebnisse waren so nicht erwartet worden. Sie zeigen aber, dass es sehr wohl darauf ankommt, mit welcher Haltung die Sozialarbeiter/innen ihrer Klientel begegnen und mit welchen Methoden sie im psychosozialen Prozess vorgehen.

Diese Ergebnisse belegen nachdrücklich, dass psychosoziale Interventionen differentiell wirksam sind, also auch entsprechend eingesetzt werden sollten. Das setzt Professionalität voraus.

Statistische Auswertungen sind die eine Seite der Medaille. Es gibt auch die andere Seite, nämlich die des Einzelfalls. Hier geht es vor allem um die Frage: Was passiert tatsächlich in der Interaktion zwischen Sozialarbeiter/in und Klient, was „läuft“ tatsächlich in der Praxis? In MOCA wurden die Sozialarbeiter/innen aufgefordert, über die von der Studienleitung verlangten Fragebogen hinaus auch Handakten mit detaillierten Protokollen zu allen Beratungssitzungen und daraus folgenden Aktivitäten anzulegen. Unabhängig von der Medikation sind auf diese Weise Handakten entstanden, die in der Methadongruppe nur ein Kalenderjahr umfassen. In der Heroingruppe umfassen diese Handakten bis zum Zeitpunkt, an dem wir sie abgerufen haben, einen Zeitraum von 2 bis maximal 4 Jahren. Die folgenden Ausführungen beschränken sich daher auf Handakten der Sozialarbeiter/innen, die mit der Heroingruppe gearbeitet haben. Untersucht man diese Akten, stellt man als erstes fest, dass Sozialarbeiter/innen die Aktenführung außerordentlich unterschiedlich handhaben.

Berücksichtigt man nur diejenigen Akten, die relativ regelmäßig geführt worden sind, erhält man Einblick in das Alltagshandeln der Sozialarbeiter/innen vor Ort. Selbstverständlich spiegeln auch diese Akten die Interaktionen nur zum Teil wider, da sie ja von den Sozialarbeiter/innen selbst angelegt worden sind. Die Klienten kommen nur indirekt zu Wort, gespiegelt in den Wahrnehmungen und Notizen der Sozialarbeiter/innen. Dennoch erhält man ein ziemlich farbiges Bild vom Alltagshandeln der Sozialarbeiter/innen in der Auseinandersetzung mit ihren Klienten und Klientinnen, aber auch mit anderen sozialen Diensten usw. Dieses Datenmaterial bietet sich an für eine Auswertung mit qualitativen Methoden.

Auch hier gehe ich in der Darstellung der Methoden und Ergebnisse nicht ins Detail. Es zeigt sich, dass es erstaunliche Ähnlichkeiten zwischen den Einzelfällen gibt, wenn man gesundheitliche Belastungen und den sogenannten Beikonsum betrachtet, und erhebliche Differenzen, wenn man andere Lebensbereiche berücksichtigt. Nur manche Klienten haben Probleme mit der Wohnung oder mit ihren Finanzen oder mit der Arbeitslosigkeit oder mit der Justiz usw. Je nach Fall gibt es in diesen Bereichen für die Sozialarbeiter/innen sehr viel oder sehr wenig zu tun. Untersucht man die Arbeit der Sozialarbeiter/innen hinsichtlich der Gesundheit, des Beikonsums sowie anderer Lebensbereiche mit hohen Belastungen, dann scheint es oft so, dass die Problembehandlung trotz hohen Einsatzes aller Beteiligten im Kreis verläuft: für einige Zeit geht es voran, die Lage bessert sich, dann passiert etwas Unvorhergesehenes oder Unerwartetes, und alles fällt in sich zusammen. In der Regel steigt dann auch der Beikonsum an und erreicht gelegentlich schwindelnde Höhen an. Das hat nur deshalb keine negativen Konsequenzen, weil die Klientel an einem Modellversuch mitmacht. Nach einiger Zeit rappeln sich die Akteure wieder auf und machen sich erneut an die beschwerliche Arbeit, mehr Gesundheit herzustellen (und zum Beispiel den Beikonsum zu reduzieren) usw. Das geht dann wieder einige Zeit gut, Fortschritte stellen sich ein - bis zum nächsten unvorhergesehenen Ereignis usw.

Aus den Akten lassen sich einige Erklärungen für diese Kreisprozesse finden. Ich beschränke mich hier auf ein Beispiel. Drogenabhängige leiden oft unter Gesundheitsbeschwerden, die langwierig und schwer zu behandeln sind. Ganz offenbar haben sie auch Angst vor Ärzten und folglich auch vor Arztbesuchen; wohl auch darum verschieben sie Arzttermine immer von neuem. Typisch dafür ist die Angst vor dem Zahnarzt, die unter Drogenabhängigen offenbar noch weiter verbreitet ist als unter der Normalbevölkerung. Die Sozialarbeiter/innen mühen sich ab, in Absprache mit den Klienten Arzttermine auszuhandeln, was oft zu nichts führt, da diese aus Angst den Termin platzen lassen. Die Praxis zeigt, dass die Drogenabhängigen durchaus einige Anstrengungen unternehmen, um etwas zur Verbesserung ihrer Gesundheit zu tun; wird es konkret und steht der Arzttermin fest, überwältigt sie die Angst - sie fliehen in den Konsumexzess. Es kann Jahre dauern, bis eine Zahnsanierung erfolgreich beendet ist. Dieser Kreislauf wiederholt sich immer wieder; immerhin gelingt es von Zeit zu Zeit, ihn zu durchbrechen und einen entscheidenden Schritt vorwärts zu tun. Das funktioniert dann am besten, wenn die Sozialarbeiter/innen die Rollen der Laienhelfer und der Quasi-Familienmitglieder übernehmen, ihre Klientel wörtlich „bei der Hand nehmen“ und zum Arzt begleiten.

Die Sozialarbeiter/innen übernehmen in der Interaktion mit der Klientel noch eine Reihe weiterer Rollen, von denen einige miteinander kompatibel sind, andere eher nicht. Sie sind Interessenvertreter ihrer Klientel und Vermittler in der Auseinandersetzung mit Dritten (Ärzten, Sachbearbeitern, Schuldeneintreibern, Staatsanwälten und Richter usw.). In diesen Rollen motivieren sie ihre Klienten und Klientinnen, sich auf Veränderungen einzulassen. Als Berater erarbeiten sie mit diesen zusammen einfache Arbeitspläne (für die Arbeiten, die in

den nächsten 3 bis 5 Tagen anstehen), im besten Fall auch Zielvereinbarungen und Hilfepläne für das nächste halbe Jahr; sie unterstützen ihre Klientel bei der Umsetzung der Pläne. Die Sozialarbeiter/innen sind aber auch Kontrolleure ihrer Klientel, und sie sprechen in dieser Funktion Sanktionen aus. Die Akten belegen, dass es immer dann, wenn die Kontrollfunktionen der Sozialarbeiter/innen im Vordergrund stehen, zu Konflikten mit den Klienten und Klientinnen kommt. Diese reagieren darauf oft mit Konsumexzessen und Rückzug. Die Interaktionen kommen ins Stocken; Fortschritte, die schon erreicht waren, gehen einmal mehr verloren.

Die Akten belegen also, dass Drogenabhängige in Lebensbereichen, die mit Problemen belastet sind, sehr langsame Veränderungsprozesse durchlaufen. Beispiele aus dem Gesundheitsbereich zeigen, dass tief sitzende Ängste Handlungen entgegenstehen. Veränderungsprozesse, in denen es um die Überwindung großer Ängste geht, brauchen Zeit. Auf der Seite der Sozialarbeiter/innen braucht es Einsicht in die Ängste ihrer Klientel, Geduld und einen schier unendlichen Glauben an die Selbstwirksamkeit der Klienten und Klientinnen.

In weniger belasteten Lebensbereichen lassen sich schneller und einfacher Veränderungen erreichen. Die Sozialarbeiter/innen agieren dann sehr häufig als Vermittler/innen und Berater/innen. Je besser sich Sozialarbeiter/innen in einem Fachgebiet auskennen bzw. je schneller sie über Vernetzung Kollegen und Kolleginnen mit Spezialkenntnissen heranziehen, um so schneller stellen sich Fortschritte ein.

Schwierig wird es, wenn es um Machtfragen geht. In diesen Fällen haben die Sozialarbeiter/innen meist auch Kontroll- und Sanktionsfunktionen. Die Konflikte, die dann entstehen, kann man aber ganz unterschiedlich angehen und austragen. Darauf gehe ich hier nicht ein.

Übrigens passen die statistischen Ergebnisse gut mit den Befunden aus den Einzelfallanalysen zusammen. Sozialarbeiter/innen, die je nach Situation in unterschiedlichen Rollen agieren, können ihre Klientel besser in den Veränderungsprozess einbinden; das spiegelt sich wider in den statistisch besseren Haltequoten in MOCA. Kommen dazu noch längerfristige angelegten Zielvereinbarungen und Hilfeplanungen, lassen sich Konflikte besser austarieren und bewältigen. Übrigens steigt dann auch die Zufriedenheit der Sozialarbeiter/innen mit ihrer Arbeit, was sich wiederum positiv auf die Zusammenarbeit auswirkt.

Zusammenfassend kann man festhalten, dass Sozialarbeiter/innen in der Drogenhilfe in einer Reihe von Bereichen über professionelles Handlungswissen verfügen sollten, um ihre Klientel optimal zu unterstützen und um mit der Rollenvielfalt, die mit ihrem Beruf verbunden ist, gut zurecht zu kommen. Diese Professionalität erwirbt man nicht allein mit einem Studium der Sozialarbeit oder der Sozialpädagogik. Vielmehr braucht es gezielte Fortbildungen in einer Reihe von Handlungsfeldern. Es wäre daher wünschenswert, wenn Experten der Drogenhilfe aus der Praxis, aus der Supervision und der Forschung Curricula ausarbeiten würden für eine kontinuierliche Fort- und Weiterbildung in Theorien und Praxen der psychosozialen Interventionen in der Drogenhilfe.

Literatur:

Gerlach, R. (2004): „Psycho-soziale Betreuung“ im Rahmen von Substitutionsbehandlungen. In: Gerlach, R. & Stöver, H. (Hg): Vom Tabu zur Normalität. 20 Jahre Substitution in Deutschland. Freiburg: Lambertus

Groenemeyer, A. (1994): Drogenberatung und alltagsorientierte Sozialarbeit - Möglichkeiten und Folgen niedrigschwelliger Drogenarbeit am Beispiel der Drogenberatung Bielefeld. In: INDRO (Hg.): Reader zur niedrigschwelligen Drogenarbeit in NRW. Berlin: VWB

Kuhn, S. et al. (2007): Psychosoziale Intervention - Kosten und Nutzen der Behandlung - Transfer in die Versorgung. Band 3. Baden-Baden: Nomos

Vertheim, U., Degkwitz, P. & Haasen, C. (2007): Die Wirksamkeit der Diamorphinbehandlung im Vergleich zur Methadonsubstitution - Ergebnisse der 1. und 2. Studienphase. Band 1. Baden-Baden: Nomos

Vogt, I. et al. (2007): Motivierendes Case Management (MOCA) in der deutschen Studie zur heroingestützten Behandlung von Opiatabhängigen. Suchttherapie, 2007, 8, 19-25