

Plenumsbeiträge

Gesundheits- und suchtpolitische Perspektiven der Medizinischen Rehabilitation Suchtkranker aus der Sicht der Bundesregierung

Sabine Bätzing

Letztes Jahr war es mir wegen der Vorstellung des Drogen- und Suchtberichts der Bundesregierung leider nicht möglich, persönlich hier in Heidelberg zu sein. Dieses Jahr habe ich den Drogen- und Suchtbericht bereits Anfang Mai vor etwa 150 interessierten Medienvertretern vorgestellt. Ich freue mich, dass es dieses Jahr auch keine anderen Terminkollisionen gegeben hat und ich anlässlich der Eröffnung Ihres 20. Kongresses einige Worte an Sie richten kann.

Hier in dieser Stadt hält man große Stücke auf das bekannte Lobgedicht von Hölderlin auf die „Ländlichschönste“, wie Friedrich Hölderlin Heidelberg nennt. In diesem Gedicht schildert Hölderlin angesichts des dahin fließenden Neckars leicht melancholisch wie es ist, wenn man „in die Fluten der Zeit sich wirft“.

Zwei Dinge haben mich dazu motiviert, heute mit Ihnen „in die Fluten der Zeit“ eintauchen.

Erstens: Ein Kongress, der zum 20. Mal stattfindet, legt es nahe, sich den Wurzeln der Geschichte der Sucht- und Drogenpolitik zuzuwenden.

Zweitens: Sich mit dem Fortschreiten der Sucht- und Drogenpolitik zu beschäftigen, wird durch das Tagungsthema „Die Qualitäten der Suchtbehandlung“ noch verstärkt.

Denn mit Qualität verbindet wohl jeder „Qualitätsentwicklung“. Und Entwicklung wiederum bedeutet den Blick nach vorn zu wenden. Den Zusammenhang von beidem – den Blick zurück und den Blick nach vorn – hat der Philosoph Odo Marquard kurz und präzise so benannt: „Zukunft braucht Herkunft“.

Ich lade Sie also ein, mit mir die Fluten der Zeit, die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Sucht- und Drogenpolitik zu betrachten. Ich werde kurz auf den Zeitraum vor etwa zwanzig Jahren, also die Jahre um 1987 zurückblicken, einige Ausführungen zur gegenwärtigen Lage machen und dann einen Blick in die Zukunft, in das Jahr 2027 wagen. Ich werde versuchen, dabei immer wieder Ihr Thema, die „Qualitäten der Suchtbehandlung“ zu thematisieren.

Zur Vergangenheit:

1987 war das wegweisende Urteil des Bundessozialgerichts vom 18. Juni 1968, das Trunksucht als Krankheit anerkannt hatte, knapp 20 Jahre alt. Das sogenannte „moralische Verstehensmodell“, das Sucht als Ausdruck sündhafter Verirrung oder einfach als Laster und Willensschwäche interpretierte, war weitgehend durch das „Krankheitsmodell“ abgelöst worden. Als Markstein auf dem Weg dahin gilt die Empfehlungsvereinbarung zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker von 1978. Sie verankerte durch die unterschiedliche Kostenzuständigkeit die Trennung von Entgiftung und Entwöhnung – eine Spaltung, die damals wie heute immer wieder kritisiert und als „künstlich“ bezeichnet wird.

Erlauben Sie mir eine Nebenbemerkung: Einzelne Einrichtungen – auch des Fachverbands Sucht – versuchen heute ihre Qualität zu steigern, indem sie diese Trennung aufheben, Entgiftung und Entwöhnung als Modellprojekte in einer Einrichtung durchführen.

Mit dieser Empfehlungsvereinbarung wurden durch die Rentenversicherungsträger mit den fachlichen, personellen und räumlichen Standards einer Suchtklinik auch erste klare Qualitätsgrundlagen festgelegt. Damit wurde der Weg zu den heutigen Fachkliniken frei. Die Suchtkliniken in privater Trägerschaft hatten sich übrigens zwei Jahre vor der Empfehlungsvereinbarung – also 1976 – zum Fachverband Sucht zusammengeschlossen. Zugleich standen die Einrichtungen, die bis dahin am Modell der therapeutischen Lebensgemeinschaften orientiert waren, vor großen Veränderungen.

1985 verschärfte die Kriterien für eine fachgerechte Suchtkrankenbehandlung in der damals formulierten Suchtvereinbarung die Ausrichtung am Ziel der Rehabilitation. Das Hauptziel wurde eindeutiger als zuvor die „Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit“ – und ist es bis heute geblieben. Die psychotherapeutische, medizinische, psychosoziale oder soziotherapeutische Arbeit sind die interdisziplinären Mittel, um dieses Hauptziel zu erreichen. Ein weiterer Punkt gewinnt in dieser Zeit an Bedeutung: Wenn Sucht eine Krankheit ist, dann muss ihre Behandlung genauso wissenschaftlich fundiert sein wie die Krankheit selbst. Um diesen Zusammenhang von Krankheit und Therapie zu verdeutlichen, verlangt die Suchtvereinbarung von 1985 folgerichtig von jeder Einrichtung ein „wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept“. Das gilt für die Behandlung Alkoholkranker, aber auch für die zunehmende Zahl der behandelten Drogenabhängigen. Das brachte auch eine Entwicklung weg von reiner Gruppentherapie hin zu eher individualorientierten Therapieansätzen. Am augenfälligsten wird diese Entwicklung vielleicht, wenn Sie die Hausordnungen von damals mit denen von heute vergleichen.

Neben diesen Fortschritten in den stationären und ambulanten Einrichtungen der Medizinischen Rehabilitation Suchtkranker, die viele von Ihnen selbst miterlebt und mitgestaltet haben, entwickelt sich Mitte der 80er Jahre eine weitere Säule in der Sucht- und Drogenhilfe. Parallel zur Diskussion um den Einsatz von Methadon in der Behandlung Opiatabhängiger entfalteten sich in der damaligen BRD die Ansätze nied-

rigschwelliger Sucht- und Drogenhilfe: Streetwork, Kontaktläden, Sleep-Ins und andere akzeptanzorientierte Angebote im Bereich der Überlebenshilfen.

Sicherlich ist es kein Zufall, dass vor fast genau 20 Jahren – nämlich 1987 – die Vereinten Nationen beschlossen haben, den 26. Juni zum weltweiten Anti-Drogentag zu erklären. Ganz sicher hat zur Anerkennung dieser akzeptanzorientierten Sucht- und Drogenhilfe das Auftauchen von AIDS eine wesentliche Rolle gespielt. Aber auch unabhängig davon zeigte sich, dass die Fokussierung auf eine möglichst schnell zu erreichende Abstinenz für eine Vielzahl von Drogenabhängigen nicht zu schaffen war. Auf die Qualitäten der Suchtbehandlung hatte diese Entwicklung natürlich auch Einfluss: Die Rolle der medikamentösen Behandlung in der Substitution lenkte den Blick verstärkt auf die medizinischen Möglichkeiten auch in der Rehabilitation von Alkoholkranken. Und im Bereich der Drogenentwöhnung gab es zunehmend mehr Konkurrenz durch die Substitution.

Damit schließe ich den Blick zurück und wende mich der Gegenwart zu.

Betrachtet man die Sucht- und Drogenpolitik aus der Zahlenperspektive, dann ist besonders die Entwicklung der Säule Überlebenshilfen beachtlich. Hätten Sie sich vor zwanzig Jahren vorstellen können, dass wir heute eine Vielzahl von Drogenkonsumräumen in Deutschland haben? Oder die fast selbstverständlich gewordenen Kontaktläden, die zahlreichen Angebote des Streetworks und anderer niedrigschwelliger Hilfen? Die gute Kooperation mit der Polizei ohne ideologischen Streit?

Und: Hätten Sie sich 1987 vorstellen können, dass 20 Jahre später fast 70.000 Opiatabhängige substituiert werden? Nicht mehr ausschließlich mit Methadon wie in den Anfangsjahren, sondern auch mit anderen Substitutionsmitteln?

Gerade die Steigerungen der Patientenzahlen in der Substitutionsbehandlung – von 2002 bis 2006 stiegen die Zahlen um 41% – werfen aber auch Fragen auf:

- Sollen und können diese Patientenzahlen weiter gesteigert werden?
- Wann ist eine Substitutionsbehandlung erfolgreich? Ist es bereits ein Erfolg, wenn die Patientinnen und Patienten in der Behandlung gehalten werden? Gilt das auch für sehr lange Verläufe, vielleicht sogar für eine lebenslange Substitution?
- Wie zügig muss die Behandlung der „Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz“ betrieben werden, und wie intensiv und wie lange ist auf eine „Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes“ hinzuwirken? Beide Ziele sind im § 5 der Bt-MVV (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) für die Substitution festgeschrieben.

Ich habe zur Fundierung dieser spannenden Fachdiskussion in Übereinstimmung mit den Ländern ein dreijähriges Forschungsprojekt in die Wege geleitet, das sich mit den langfristigen Auswirkungen einer Substitutionsbehandlung beschäftigen wird. Die genannten Fragen können dann hoffentlich schlüssiger beantwortet werden.

Die langfristigen Wirkungen interessieren aber nicht nur im Bereich der Substitution. Antworten auf die Frage „Wie wirken Abstinenztherapien auf längere Sicht?“

sind ebenfalls hochinteressant. Bei einem naheliegenden Vergleich dieser langfristigen Wirkungen muss allerdings berücksichtigt werden, dass weder die Patientinnen und Patienten noch die Ziele der Substitutionsbehandlung und der Abstinenztherapien identisch sind.

Der Fachverband Sucht hat in dem Bereich der Alkoholentwöhnungsbehandlungen schon seit vielen Jahren durch eine standardisierte Katamnese wichtige Schrittmacherfunktionen für die Wirkungsforschung wahrgenommen. Die Effekte der Therapie wenigstens ein Jahr nach Behandlungsende sind für eine Vielzahl von Patientinnen und Patienten sehr gut dokumentiert. Mit seinem Vertreter im Ausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, Herrn Missel, hat der Fachverband Sucht wesentlich dazu beigetragen, dass eine neue, bundesweit gültige Standardkatamnese auf den Weg gebracht wurde. Diese DHS-Standardkatamnese hat dazu geführt, dass viele Einrichtungen – auch im Bereich der Drogentherapie – Katamnesen durchführen werden, um vergleichbare Ergebnisse ihrer Therapien zu bekommen. Als Drogenbeauftragte unterstütze ich die dafür notwendigen Arbeiten beim Institut für Therapieforschung München, damit diese aggregierten Katamnese-daten zusammengetragen und ausgewertet werden können.

Diese wertvollen Dokumentationen ändern aber nichts daran, dass wir sehr wenig darüber wissen, welchen Erfolg die Abstinenztherapie nach beispielsweise 5 oder 10 Jahren vorzuweisen hat. Für den Nachweis der Qualitäten der Suchtbehandlung besteht hier noch Wachstumspotenzial.

Auf die Wachstumspotenziale der Entwöhnungsbehandlungen zielten auch die erwähnten Einführungen der Standards von 1978, 1985 und in der Neufassung der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom Mai 2001. Die Fortsetzung der gemeinsamen Diskussionen von Leistungserbringer und Leistungsträgern um diese Standards findet bei der Einführung von Leitlinien in der medizinischen Rehabilitation für Alkohol Kranke statt. Auf diesen Prozess wird im diesjährigen Drogen- und Suchtbericht hingewiesen. Ich weiß von Zuschriften und Besuchen, dass gerade die kleineren Therapieeinrichtungen befürchten, die steigenden Anforderungen der Kostenträger an die Einrichtungen der stationären Suchtkrankenhilfe nicht mehr erfüllen zu können. Auch die gemeinsame Stellungnahme mehrerer Suchtfachverbände zu den Strukturforderungen der DRV Bund vom April 2007 zeigt die Befürchtung, dass die bisherige bewährte Interdisziplinarität in der Suchtbehandlung durch eine zu starke Betonung der Medizin bzw. der ärztlichen Tätigkeit in Gefahr ist. Ich kenne die diffizile Debatte um Leitlinien und vergleichbaren Festlegungen aus den Diskussionen in der Horizontalen Gruppe Drogen des Europäischen Rats, aus der Arbeit in der Pompidou-Gruppe des Europarats und aus den engagierten Debatten bei der 50. Sitzung der Commission on Narcotic Drugs in Wien. Stets geht es darum, die Vielfalt des Bestehenden zu würdigen, ohne sich den aktuellen Erkenntnissen und Verbesserungsmöglichkeiten zu verschließen.

Ihre Patientinnen und Patienten brauchen Fähigkeiten im Change Management im persönlichen Bereich, wenn sie eine Entwöhnung erfolgreich zu Ende bringen wol-

len. Sie brauchen Kompetenzen im Change Management auch im strukturellen Bereich um zukunftsweisende Leitlinien als Leistungserbringer und –träger gemeinsam zu gestalten. Erlauben Sie mir noch eine letzte Anmerkung zur Qualität der Suchtbehandlung in der Gegenwart. Der Exekutivdirektor des UNODC, Antonio Costa, hat bei seinem Vortrag beim Treffen der Nationalen Drogenkoordinatoren der EU Anfang Mai in Berlin darauf hingewiesen, dass weltweit betrachtet das Drogenproblem in den Bereichen Anbau, Handel und Konsum stagniert. Ich teile seine Auffassung, dass es deshalb immer wichtiger wird, die Ursachen der Sucht zu erforschen und die Behandlungen weltweit miteinander zu vergleichen. Herr Costa hat in Berlin für eine intensivere Beteiligung an treat.net, einem Programm der UNODC geworben. Auch wenn es bei diesem Programm um den weltweiten Austausch der Erfahrungen von Drogenhilfe-Einrichtungen geht, so handelt es sich doch auch um einen Beitrag zu den „Qualitäten der Suchtbehandlung“. Eine Beteiligung an treat.net ist jedenfalls sicherlich ein Gewinn. So viel zur Gegenwart.

Für den Blick in die Zukunft möchte ich Sie einladen, mit mir – virtuell – auf dem berühmten Philosophenweg von Heidelberg spazieren zu gehen. Der weite Blick auf Heidelberg, auf Berg und Tal, Fluss und Stadt, Kirchen und Universität, der Abstand zum geschäftigen Treiben in den Altstadtgassen hat schon viele zu Gedanken über die Zukunft animiert. Wenn Sie mit mir den steilen Weg mit den Treppen am Ende der Alten Brücke zum Philosophenweg hochsteigen, dann können wir uns ja schon einmal gemeinsam überlegen, welche Veränderungen die Gesundheitsreform in naher Zukunft mit sich bringen wird. Der Fachverband Sucht zeichnet sich dadurch aus, dass er das politische Geschehen aufmerksam beobachtet und sehr schnell auf eventuelle Fehlentwicklungen hinweist. Seine Eingaben gehen gerade in diesem Bereich weit über die Aktivitäten eines normalen Fachverbands hinaus. Ein letztes Beispiel dafür war der warnende Hinweis, dass die bei der Gesundheitsreform zunächst erwogene Rehabilitation als Pflichtleistung nur für den geriatrischen Bereich und den der Eltern-Kind-Rehabilitation dazu führen könnte, dass andere Rehabilitationsbereiche wie die Suchtrehabilitation eingeschränkter finanziert werden könnten. Dieser Hinweis war erfolgreich; die Rehabilitationsmaßnahmen sind nun alle als Pflichtleistungen vorgesehen. Blicken wir beim Treppensteigen kurz weiter auf die Gesundheitsreform. Der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen – ein wesentliches Element der Gesundheitsreform – hat sich bereits am 21. Mai konstituiert. Der Verwaltungsrat wird heute (11. Juni) den aus drei Personen bestehenden hauptamtlichen Vorstand des Spitzenverbands Bund wählen.

Was wird der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen für den Bereich der Suchtrehabilitation bringen? Gerade für Ihr Thema ist die Arbeit des Spitzenverbands Bund wichtig, denn zu seinen Aufgaben und Funktionen zählt der Bereich der Qualität, darunter die Qualitätssicherung bei ambulanter und stationärer Reha und Vorsorge (nach § 137d SGB V). Auch die Leistungen zur medizinischen Versorgung und Rehabilitation (Leitlinien und Zuzahlungsregelung; gemäß den §§ 23 und 40 SGB V) fallen in seinen Regelungsbereich, dazu die Leistungen zur Sozial-

medizinischen Nachsorge (§ 43 SGB V) und – indirekt wichtig – anfallende Beschlüsse über die Inhalte der Selbsthilfeförderung (§ 20c SGB V). So – jetzt haben wir die Treppe geschafft und sind auf dem eigentlichen Philosophenweg. Das erlaubt uns den Blick ins Weite, in die fernere Zukunft.

Was steht uns in 20 Jahren bevor? Welche Auswirkungen hat die demographische Entwicklung auf Ihren Hauptleistungsträger, die Rentenversicherung?

Einerseits sieht es düster aus. Die Anzahl derer, die in die Rentenkasse einzahlen, wird immer weniger – und die Zahl derer, die aus dieser Kasse mit einer Rente versorgt werden will, immer mehr. Die Finanzierung der Rehabilitation aus den Mitteln der Rentenversicherer könnte schwieriger werden. Rein finanziell betrachtet könnte es bald „Rente vor Reha“ heißen.

Andererseits gibt es bereits jetzt Lichtblicke, die sich noch fortsetzen könnten. Für die Firmen und Betriebe wird es immer wichtiger ihre Beschäftigten zu halten. Eine erfolgreiche Entwöhnungsbehandlung mit dem Ziel der Wiederkehr in den Betrieb sowie als Schutz vor einer definitiven Verrentung wird deshalb immer wichtiger. Das seit 1985 geltende Ziel der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben wird auch 40 Jahre später nicht an Bedeutung verloren haben. Wenn die Zukunftsprognosen eines bevorstehenden Arbeitskräftemangels stimmen, dann könnte es leichter werden, einen Arbeitsplatz oder eine Beschäftigung für Ihre Patientinnen und Patienten zu finden. Ein Fachkräftemangel wird schon heute beklagt; für diese freien Plätze kommen allerdings wenige Suchtrehabilitanden in Frage. Für die besonders Benachteiligten, die am gängigen Arbeitsmarkt nicht unterkommen, sollen durch ein Programm des BMAS aber insgesamt 400.000 Arbeitsplätze geschaffen werden. So gesehen wird uns der Grundsatz erhalten bleiben: Rehabilitation vor Rente.

Wie könnte diese Rehabilitation in der Zukunft aussehen? Welche konkreten neuen Qualitäten der Suchtbehandlungen stehen an? Nun – lassen Sie uns beim Dahinschlendern gemeinsam spekulieren. Vielleicht haben die neurobiologischen Forschungen 2027 zu einer substanzunabhängigen medizinischen Rehabilitation geführt. Man kennt die Unterscheidungen in Alkohol-, Drogen-, Medikamenten- oder Einrichtungen für pathologische Glückspieler nur noch aus alten Jahres- und Qualitätsberichten. Verschiedene Angebote gibt es dennoch – die Differenzierung betrifft nun die unterschiedlichen Schweregrade der Abhängigkeit. Die stationären Maßnahmen sind übrigens nicht weniger geworden, aber die Zahl der ambulanten und tagesklinischen Maßnahmen übertrifft die Zahl der stationären Behandlungen um ein Vielfaches. Verbunden werden beide Behandlungsbereiche durch perfekt aufeinander abgestimmte Kombi-Therapien. Den entscheidenden Schub haben diese Entwicklungen durch die Umsetzung der schon lange geplanten Maßnahmen zur Frühintervention bekommen. Im Bereich der niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser hat es ein völliges Umdenken gegeben. Suchterkrankungen werden so früh wie möglich angesprochen und behandelt. Denn in Zukunft kann sich die Gesellschaft langjährige Verläufe von Suchtentwicklungen nicht mehr leisten. Deshalb ist es auch ganz und gar selbstverständlich, dass Substituierte direkt in eine Entwöhnungsbehandlung geschickt werden und gemeinsam mit den entgifteten Alkohol-,

Drogen- oder Medikamentenabhängigen behandelt werden. Die Zuweisungen in die medizinische Rehabilitation sind vielfältiger und viel direkter geworden. Entgiftung und Motivationsklärung ist in die Entwöhnung integriert.

Eine weitere Veränderung in der Suchtbehandlung der Zukunft kündigt sich schon heute an. Der EBDD-Bericht für 2006 zeigt unmissverständlich, dass immer mehr Frauen im Suchtverhalten mit den Männern gleichziehen. In Irland beispielsweise gibt es schon heute mehr junge Mädchen als junge Männer unter den Binge Trinkern. Wenn es uns nicht gelingt diesen Trend zu stoppen, dann haben wir – verzeihen Sie mir den Sarkasmus! – im Jahr 2027 endlich ausreichend viele geschlechtergerechte Therapieplätze. Apropos gerecht: Natürlich werden 2027 nur noch die Therapien finanziert, die evidenzbasiert ihre langfristigen Wirkungen nachgewiesen haben. Und zwar durch Studien, deren Bedingungen eine Übertragung auf die deutschen Verhältnisse erlaubt.

Eine solche aufwändige deutsche Studie wurde nach langem politischen Streit doch in die Regelversorgung umgesetzt: Die Diamorphinbehandlung. Sie ist im Jahr 2027 Alltag für die kleine Gruppe der schwerst Opiatabhängigen. Nach einem kurzen Übergang der Behandlung von der Modellphase zu einer Behandlung aufgrund einer Ausnahmegenehmigung nach § 3 Abs. 2 BtMG im Jahr 2007 in den sieben Modellstädten, wurde eine gemeinsame gesetzliche Regelung mit den Unionsfraktionen im Bundestag gefunden. In der Folge waren und sind sorgfältig fundierte Diamorphinambulanzen in den allen großen Städten in Deutschland entstanden, die sehr erfolgreich arbeiten.

Und wenn wir beim Spaziergehen schon über Studien nachdenken, dann muss natürlich auch die zukünftige Suchtforschung angesprochen werden. Herr Costa hat in Berlin vorgeschlagen, dass es eine europäische NIDA geben sollte – um, wie vorher erwähnt, eine bessere Erforschung der Suchtursachen voranzutreiben. 2027 ist dieser Gedanke Realität geworden. In Lissabon, in direkter Nachbarschaft zur Europäischen Beobachtungsstelle für Drogensucht und Drogen steht das große europäische Suchtforschungszentrum. Parallel dazu sind in den Mitgliedsstaaten der EU kleinere Zentren entstanden. Sie teilen sich mit der Zentraleinrichtung in Lissabon die Forschung in absolute Grundlagenforschung und in angewandte Forschung – auch für den Rehabilitationsbereich.

Leider werden wir den neuesten Zahlen zufolge in der Zukunft vermehrt Angebote im Behandlungs- und Rehabilitationsbereich für die Cannabiskonsumenten brauchen, die in einen Missbrauch oder gar in eine Abhängigkeit geraten sind. Mehr Angebote – das lässt sich als Notwendigkeit auch für die Medikamentenabhängigen vorhersagen und auch die Entwicklung bei der Glücksspielsucht lässt eine größere Leistungsvielfalt angeraten erscheinen.

Eine weitere Entwicklung der Suchtbehandlung der Zukunft möchte ich mit einem Rückgriff auf die Gegenwart am gerade genannten Beispiel Cannabis verbinden. Vielleicht gilt diese Entwicklung aber auch für die Bereiche Medikamenten- und

Glücksspielabhängigkeit. Nach den neuesten Schätzungen haben wir in Deutschland insgesamt 600.000 Menschen mit einer Cannabisabhängigkeit oder einem Missbrauch von Cannabis. Wir wissen nicht genug, um sagen zu können, welche Angebote von den Cannabiskonsumenten mit problematischem Konsum in Anspruch genommen werden:

- Wie viele Beratungen und Betreuungen gibt es beispielsweise im Bereich der Jugendhilfe oder der Jugendsozialarbeit?
- Wie stark beansprucht sind die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie?
- Was leisten die Erziehungs- und Familienberatungsstellen?

Dank der Dokumentation im Sucht- und Drogenhilfereich wissen wir aber immerhin, dass immer mehr Menschen mit Cannabisproblemen in die Beratung und Behandlung kommen. Letztes Jahr waren es bereits etwa 18.000 Personen alleine bei den ambulanten Einrichtungen. Seit 2001 eine Steigerung um etwa 100%. Dennoch zeigt das Verhältnis von 600.000 Missbrauchern und Abhängigen und ca. 18.000 Beratungsangeboten, dass hier Handlungsbedarf besteht. Die Herausforderungen an die Qualität einer Suchtbehandlung für Kiffer sind evident. Die Personen sind jung; sie sehen sich nicht als abhängig; und sie konsumieren häufig keineswegs nur Cannabis. Bereits heute wird das Internet für präventive Angebote und Beratungen für diesen Personenkreis genutzt. Beratung per Email oder Online-Beratung in Chatrooms oder Foren sind ja schon häufig Bestandteil der Angebote von Einrichtungen. Ich darf bei der Gelegenheit auf das Beratungsprogramm „Quit the shit“ der BZgA innerhalb des Portals drugcom.de hinweisen. Dort werden Tagebücher zum Suchtverhalten geschrieben und von Fachkräften supervidiert.

Ist in diesem Bereich des Internets noch eine Steigerung denkbar? Ich gehe davon aus, dass Ihnen die virtuelle Welt des „Second Life“ bekannt ist. Vielleicht entwickelt der Fachverband Sucht parallel zu den Therapieangeboten im „First Life“ auch eine Suchttherapie im „Second Life“? Möglicherweise ist es ein erster Schritt aus der realen Sucht, wenn man sich zunächst als Avatar behandeln lässt – von einem Therapeuten-Avatar. Die Umsetzung ins First Life ist dann schon vorgezeichnet und kann so leichter gegangen werden.

Ich hoffe, Sie konnten einige der Visionen beim Spaziergehen auf dem Philosophenweg mit mir teilen. Sie beschäftigen sich vollkommen zu Recht mit den „Qualitäten der Suchtbehandlung“. Wenn ich Erich Frieds pointierte Erkenntnis etwas umwandle, dann heißt sie: „Wer will, dass die Suchtbehandlung so bleibt wie sie ist, der will nicht, dass sie bleibt.“ Der Fachverband Sucht will nicht, dass die Suchtbehandlung so bleibt wie sie ist. Denn Sie, meine Damen und Herren, wollen, dass es die Suchtbehandlung auch noch im Jahr 2027 gibt. Dazu muss sie sich immer wieder wandeln, fortentwickeln, voranschreiten. Das ist alles andere als ein leichter Prozess. Wie bei den Kongressen der letzten 20 Jahre, bieten Sie zu Ihrem anspruchsvollen Thema auch in diesem Jahr ein breitgefächertes Programm mit einer Vielzahl von Plenumsvorträgen, Foren und Workshops. Ich wünsche Ihnen in den nächsten drei Tagen dabei spannende Beiträge und Diskussionen mit konstruktiven Ergebnissen.