



Walramstraße 3, 53175 Bonn

Tel.: 0228/261555, FAX: 0228/215885

Online: <http://www.sucht.de>

E-Mail: sucht@sucht.de

Statement

**anlässlich der Pressekonferenz zum 20. Heidelberger Kongress
des Fachverbandes Sucht e.V.
„Die Qualitäten der Suchtbehandlung“
am 11. Juni 2007**

Ralf Schneider

Vorstandsvorsitzender des Fachverbandes Sucht e.V.

Gesundheitspolitik und Suchtrehabilitation: Zielsetzungen aus Sicht der Behandler

1. Grundsätzliche Aspekte

Mit dem Aktionsplan „Drogen und Sucht“ wurde die lange Zeit in der Suchtpolitik vorherrschende Überbetonung der illegalen Drogen als primäres Problem aufgegeben. Vom Grundsatz her unterstützt der Fachverband Sucht e. V. diese Verschiebung des Fokus der Aufmerksamkeit, da die legalen Suchtmittel in Deutschland hinsichtlich ihrer Verbreitung und der gesundheitlichen Folgen eindeutig den höheren Stellenwert einnehmen.

Begrüßt werden ferner die Zielsetzungen, die im Aktionsplan „Drogen und Sucht“ genannt sind. Hierzu gehören die Ziele:

1. Beginn des Konsums von Suchtmitteln zu verhindern oder hinauszuzögern.
2. Riskante Konsummuster frühzeitig zu erkennen und zu reduzieren.
3. Das Überleben der suchtkranken Menschen zu sichern.
4. Eine Abhängigkeit mit allen nach aktuellem Stand der Wissenschaft zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu behandeln.
5. Die Verfügbarkeit illegaler Suchtmittel einzudämmen.

Wir verfügen in Deutschland über ein breit gefächertes und qualifiziertes Behandlungsangebot für suchtkranke Menschen. Dieses Angebot sollte möglichst viele Teilgruppen der abhängigkeitskranken Menschen erreichen. Von daher besteht eine weitere zentrale Entwicklungsaufgabe des Suchthilfesystems in der Früherkennung von und Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen. Darüber hinaus sind zielgruppenspezifische Angebote der Prävention und Behandlung (z.B. für Cannabiskonsumern, Medikamentenabhängige sowie für Verhaltensüchte) zu stärken.

Will man die Prävalenz (Häufigkeit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt) von riskanten Konsummern, Suchterkrankungen oder Suchtfolgeerkrankungen senken, so müssen unterschiedliche Wege beschritten werden, um diese Globalziele zu erreichen. Denn ebenso wie die Ursachen von Sucht vielfältiger Natur sind und miteinander in Wechselwirkung stehen, so ist es auch mit den Faktoren, die an der Befreiung aus der Sucht beteiligt sind. In grober Gliederung sind dies

- das Individuum (z.B. mit seiner Disposition, Vulnerabilität, Lebensgeschichte),
- das Suchtmittel (z.B. Griffnähe, Verfügbarkeit, Kosten, Wirkungsweise der Suchtmittel) und
- die Umwelt/das Milieu (z. B. soziokulturelle Bedeutung des Suchtmittels, Konsumgewohnheiten in der Gesellschaft bzw. in sozialen Bezugsgruppen)

Zu den Wegen und Handlungsbereichen gehören:

1. Primärprävention und Gesundheitsförderung

- Reduktion des Konsums von Suchtmitteln in der Gesamtbevölkerung (z. B. durch Preisgestaltung, Werbe- und Zugangsbeschränkungen, Aufklärung)
- Stärkung von allgemeinen Bewältigungskompetenzen und spezifischer Fähigkeiten im Umgang mit Suchtmitteln in unserer Gesellschaft
- etc.

2. Sekundärpräventive Ansätze

- Frühzeitiges Erkennen von Missbrauch und einer beginnenden Abhängigkeit
- Begrenzung des Chronifizierungsrisikos durch eine möglichst frühzeitige Intervention (im Sinne von Beratung bzw. Frührehabilitation)
- etc.

3. Beratung, Behandlung und weiterführende Hilfen für Suchtkranke

- Stabilisierung der gesundheitlichen, sozialen und persönlichen Situation abhängigkeitskranker Menschen
- Überlebenshilfe für existenziell bedrohte suchtkranke Menschen
- Frühzeitige Vermittlung abhängigkeitskranker Menschen in fachspezifische Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe
- Förderung der Teilhabe und persönlicher Ressourcen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation
- Verminderung der Rückfallhäufigkeit und Rückfalldauer
- Wiedereingliederung in berufliche, familiäre und soziale Bezüge
- Förderung der Selbstheilungskräfte und einer dauerhaften Abstinenz
- etc.

Einige zentrale Zielsetzungen für die Primär-, Sekundärprävention und Behandlung lauten:

2. Prävention und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen: Empfehlungen und Forderungen aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V.

1. Die Primärprävention ist durch den Ausbau personeller Ressourcen zu stärken. Personalkommunikative Maßnahmen in den Lebensfeldern (z.B. Schule, Freizeit) müssen von gesundheitspolitischen und strukturellen Ansätzen (z.B. gezielte Werbeeinschränkungen, Preisgestaltung für alkoholische Getränke) sowie massenkommunikativen Kampagnen begleitet sein, damit eine gesundheitsorientierte Lebensweise in der Gesellschaft effektiv gefördert werden kann.
2. Sekundärpräventive Ansätze müssen weiterentwickelt werden, welche sich auf spezifische Zielgruppen konzentrieren (z.B. Ecstasy-Konsumenten, Alkohol missbrauchende

Jugendliche, Cannabiskonsumenten). Die Frühintervention und die Frührehabilitation müssen ausgebaut werden.

3. Auf die praxisnahe Evaluation suchtpreventiver Maßnahmen sollte im Rahmen der Qualitätsförderung verstärkt Wert gelegt werden.
4. Suchtprevention muss im Kontext der Gesundheitsförderung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden. Dies sollte sich auch hinsichtlich der Regelung der Zuständigkeiten im geplanten Präventionsgesetz niederschlagen.
5. Die Inanspruchnahme von nachgewiesenermaßen effektiven Behandlungsformen für suchtkranke Menschen sollte gefördert werden.
6. Eine enge Verknüpfung zwischen medizinischem Akutbereich, der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, den Beratungs- und Behandlungsangeboten der Suchtkrankenhilfe sowie Angeboten der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) sollte hergestellt werden. Bei Patienten, die einer fachspezifischen Beratung und Behandlung bedürfen, sollte die Zusammenarbeit des niedergelassenen Arztes bzw. Krankenhauses mit der Suchtkrankenhilfe verbessert werden. Die Motivation zur Inanspruchnahme erforderlicher fachspezifischer Behandlungsmaßnahmen sollte im akutmedizinischen Bereich gefördert werden.
7. Der Erfolg der Entwöhnungsbehandlung sollte durch eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Leistungsträgern für die berufliche (Re-)Integration/Teilhabe gefestigt werden. Denn über die Entwicklung entsprechender Perspektiven zur Teilhabe am Erwerbsleben und an der Gesellschaft wird der Behandlungserfolg wesentlich stabilisiert.

Von daher sollte die Nahtlosigkeit zwischen medizinischen Rehabilitationsleistungen bei Abhängigkeitserkrankungen und der Erbringung weiterer Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben verbessert werden. Dies beinhaltet beispielsweise die Beratung (inkl. Erstellung eines Teilhabeplans) von Patienten bereits während der Entwöhnungsbehandlung durch die zuständigen Mitarbeiter in den Agenturen für Arbeit, ARGEN und Jobcentern. Die zuständigen Mitarbeiter sollten dort entsprechend geschult werden, um auf Klienten mit Suchthintergrund eingehen können

8. Die Qualität und Pluralität der Behandlungsangebote sowie von vorhandenen Angebotsstrukturen der Suchtkrankenversorgung sollte erhalten und entsprechend den Kriterien „zielgruppenspezifische Angebote“, „Individualisierung“, „Flexibilisierung“ und „Intensivierung“ weiter ausgebaut werden.

Unter der Zielsetzung eines indikationsgeleiteten Rehabilitationssystems ist auf der Angebotsseite eine weitere Differenzierung der Behandlung und Spezialisierung der Angebote für bestimmte Patienten erforderlich. Als Beispiele sind differenzierte Rehabilitationsprofile für stark chronifizierte Patienten, Medikamentenabhängige, Migranten, suchtmittelbelastete bzw. -auffällige Personen sowie alters- und geschlechtsspezifische Angebote zu nennen.

9. Der Ausbau ambulanter bzw. ganztägig ambulanter (teilstationärer) Angebote und von Kombinationsbehandlungen sollte bedarfsgerecht erfolgen. Hierzu sind auch rehabilitationswissenschaftliche Untersuchungen mit differenzierten, klientelbezogenen Angaben zur Effektivität der jeweiligen Behandlungsangebote erforderlich.
10. Hinsichtlich der weiteren Belegung von stationären Einrichtungen sollte von Seiten der Leistungsträger der Qualität und Effektivität der Angebote eine zentrale Rolle eingeräumt werden. Eine adäquate und qualitätsorientierte Steuerung sollte hier das Ziel sein, denn es darf nicht dazu kommen, dass der Preisvergleich vorrangig für die Belegung einer Einrichtung verantwortlich ist. Dies würde eine Qualitätsminderung des gesamten Behandlungssystems nach sich ziehen.

11. Bei der Substitutionsbehandlung von drogenabhängigen Menschen (z.B. mit Methadon) sollten die psychosozialen Begleitmaßnahmen von der Krankenversicherung finanziert werden. Gemäß dem Grundsatz „Hilfe vor Strafe“ ist eine enge Zusammenarbeit der Drogenhilfe mit Justizvollzugsanstalten sowie Entzugsstationen (z.B. in psychiatrischen Einrichtungen) notwendig, um die Motivation zur Inanspruchnahme einer ambulanten Beratung und Betreuung aufzubauen und ggf. die Vermittlung in eine abstinenzenorientierte stationäre Therapie einzuleiten. Hier darf es nicht durch Einsparungen öffentlicher Mittel zum Wegfall entsprechender vernetzter Strukturen zwischen Suchtkrankenhilfe und Justizvollzugsanstalten kommen.
12. Der Fachverband Sucht tritt für den Grundsatz „Qualität muss sich lohnen!“ ein. Von daher begrüßt der Fachverband Sucht das Vorhalten eines externen Qualitätssicherungsprogramms durch die Leistungsträger sowie eines internen Qualitätsmanagements von Rehabilitationseinrichtungen. Auf der Grundlage entsprechender Ergebnisse wird derzeit an der Entwicklung eines Rehabilitationsbewertungssystems sowie von Standards für Qualitätsberichte der Einrichtungen gearbeitet. Hier ist der intensive und partnerschaftliche Dialog zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern gefordert, um die Transparenz und Akzeptanz entsprechender Entwicklungen zu fördern und das Qualitätsmanagement selbst - auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit – in seiner Qualität zu sichern.

Ansprechpartner:

Ralf Schneider

Vorstandsvorsitzender des Fachverbandes Sucht e.V.

Direktor der salus klinik Friedrichsdorf

Landgrafenplatz 1

61381 Friedrichsdorf/Taunus

Tel.: 06172 - 950-100

Fax: 06172 - 950-133

E-Mail: r.schneider@salus-friedrichsdorf.de