



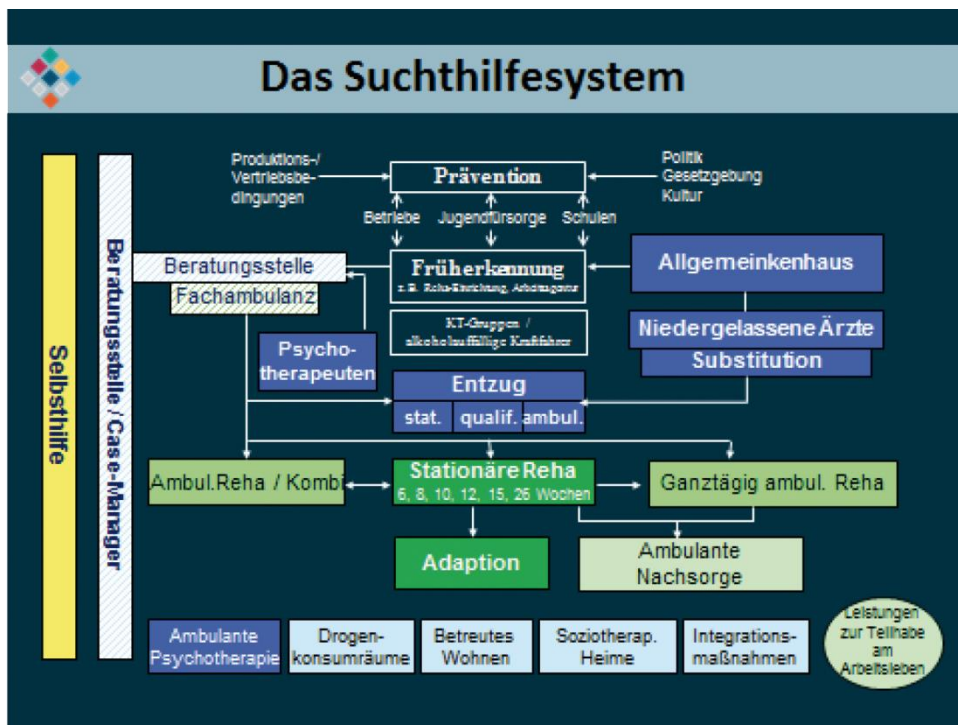
Ralf Schneider

ANMERKUNGEN ZUR SITUATION DER DEUTSCHEN SUCHTHILFE

Seit über vierzig Jahren bin ich beruflich mit Suchtstörungen befasst, anfangs in der Forschung, danach vornehmlich im Bereich von Therapie, Rehabilitation und Weiterbildung. Es hat sich viel Positives entwickelt in dieser Zeit. An einigen Prozessen und Entscheidungen konnte ich selbst mitwirken, z.B. als Leitender Psychologe und Direktor in Kliniken, als Mitglied der Reha-Kommission, die Ende der Achtziger wesentliche Impulse zur Entwicklung der Suchtrehabilitation setzte (z.B. Ambulante Reha), und von 2001 bis 2013 als Vorstandsvorsitzender im Fachverband Sucht. Vieles war in dieser beruflichen und ehrenamtlichen Tätigkeit sehr erfreulich, manches weniger. Einige Entwicklungen halte ich nach wie vor für Irrwege: Irrwege im Sinne von Sackgassen, von Straßen ohne Tankstellen, von falsch ausgeschilderten Routen oder Autobahnen mit so komfortablen, kostenfreien Raststätten, dass eine Fortsetzung der Fahrt wenig Anreize erhält.

An erster Stelle möchte ich die irreführende Behauptung nennen, das deutsche Suchthilfesystem insgesamt habe versagt, das Wegesystem sei ineffizient, es gäbe finanzielle Fehlallokationen und zu wenige der Betroffenen würden von der Suchthilfe erreicht. Seit Wienberg 1991 der Öffentlichkeit die in Fachkreisen wohl bekannten Zahlen zur Verteilung Suchtkranker in den Institutionen von Medizin und Therapie präsentierte, galt es als „politically correct“, sie als Beleg für ein angebliches Versagen des deutschen Suchthilfesystems in toto zu präsentieren. Es ist richtig, dass die Anzahl der Menschen mit Suchtproblemen sehr viel größer ist als die Anzahl derjenigen, die sich in einer systematischen Beratung, Betreuung oder Behandlung wegen dieser Störungen befinden. Ebenfalls ist richtig, dass 80% der Alkoholiker innerhalb eines Jahres mindestens einmal beim Hausarzt sind und dass jedes fünfte Krankenhausbett ein Suchtbett ist (Caspers-Merk, 2002). Es gibt kaum einen Suchtkongress, auf dem nicht das riesige Ausmaß der Menschen beklagt wird, die zwar durch ihren Hausarzt oder durch Fachärzte und Akutkrankenhäuser in Kontakt mit dem Medizinischen System kommen, deren Suchtproblematik jedoch unentdeckt oder unbehandelt bleibt. Dieser Klage verdanken etliche Forschungsprojekte ihre Finanzierung. Anfang des Jahrtausends wurden umfangreiche Studien und Projekte in Forschungsverbänden (siehe SuchtAktuell, 1, 2003, 50-56) auf den Weg gebracht. Insbesondere der Forschungsverbund Nordost zur Frühintervention (EARLINT) befasste sich mit Fragen der Versorgung: „Implementierung von Frühinterventionen bei alkoholbezogenen Störungen im

Allgemeinkrankenhaus" und "Ein Behandlungsstufenansatz für Patienten mit alkoholbezogenen Störungen in Allgemeinarztpraxen". Auch in anderen Forschungsverbänden wurde das "Erkennen und Beeinflussen von problematischem Substanzgebrauch (Alkohol, Tabak, Drogen) durch Allgemeinärzte in Hausarztpraxen" untersucht und durch gezielte Maßnahmen gefördert, denn diese Schnittstelle zwischen medizinischem Versorgungssystem und Suchthilfe ist besonders problematisch. Die Ergebnisse waren ernüchternd bis niederschmetternd. Bis auf wenige sehr engagierte Ärzte war das Interesse an Fortbildung ähnlich gering wie die Bereitschaft, motivierend und gezielt bei Störungen durch psychotrope Substanzen zu intervenieren. Es scheint, als müsste man vorerst akzeptieren, dass der Zugangsweg über die Hausärzte häufig eine Sackgasse ist. Suchtgefährdete wie Suchtkranke werden über Ärzte nur in Ausnahmefällen zu Erfolg versprechenden Aktionen der Selbsthilfe oder Hilfesuche veranlasst.



Welche Schlussfolgerung, welcher Ausweg liegt nahe? Die Suchtberatung stärken! Sie muss personell so ausgestattet sein, dass sie von Ärzten zu Zeiten in ihre Praxis gerufen werden kann, zu denen Patienten mit kritischem Konsum oder Glücksspielverhalten dort sind. Solche Leistungen sollten nicht zu Lasten der Beratungsstellenträger gehen, sondern – ähnlich wie die Diabetesberatung – über die Krankenkassen abgerechnet werden! Das wäre der Realität angemessen und wahrscheinlich auch effektiv. Sowohl im Bereich illegaler wie legaler Substanzen gab es etliche Initiativen, die „Komm“-Struktur in der Suchtberatung durch aufsuchende Hilfen zu ergänzen, Arbeitgeber für eine Intervention zu sensibilisieren und Mitarbeiter der Agenturen für Arbeit mit Materialien und Fortbildungsangeboten zur Frühintervention zu qualifizieren. Ein großer Sprung nach vorn resultierte daraus aber nicht. Auch die „niedrigschwelligen“ Angebote zum

„Richtig ist, dass eine suchtfreie Gesellschaft eine unerreichbare und sogar böse Utopie ist. Böse, weil Freiheit nur existent ist, wenn man sie missbrauchen kann. So sind die Süchtigen auch in ihrem Elend ... Zeugen unserer Freiheit. Diese Freiheit müssten wir verlieren, wollten wir Missbräuche, die zur Sucht führen können, auch nur halbwegs zuverlässig verhindern. ... Wir müssen also auch mit Süchtigen und als Süchtige leben. ... Wenn Süchtige die Verunglückten unserer Freiheit sind, haben wir die Pflicht, ihnen beizustehen.“
Prof. H.-J. Bochnik (1920-2005)

„Kontrollierten Trinken“ haben an dieser Situation wenig geändert. Als jemand, der vorwiegend im Rahmen der Rehabilitation tätig ist, würde ich es übrigens begrüßen, wenn alle unsere Patienten, bei denen keine medizinische Kontraindikation vorliegt, das kontrollierte Trinken ernsthaft versucht hätten, bevor sie zu uns kommen. Für die Motivierung zur Abstinenz wäre das nur von Vorteil.

Bei der Mehrzahl der Agenturen für Arbeit landeten die Bemühungen zu einer frühen Erfassung und Behandlung suchtgefährdeter und suchtkranker Arbeitsloser ebenfalls in einer Sackgasse. Trotz etlicher positiv verlaufener Pilotprojekte während der letzten zwanzig Jahre gab es insgesamt wenig Fortschritt. Es drängt sich der Eindruck auf, dass manche Projekte nur eine Alibifunktion erfüllen sollten.

Und wenn sie einen echten Pilotcharakter hatten und erfolgreich waren, haperte es aus verschiedenen Gründen an der flächendeckenden Umsetzung: Überlastung der Mitarbeiter, mangelnde Qualifizierung für die neuen Aufgaben, unzureichende Finanzierung usw.

Gerade angesichts dieser Erfahrungen ist es von eminenter Bedeutung, das Suchtberatungsnetzwerk weiter zu pflegen und fördern! Zusätzliche neue Wege in die Behandlung sollten stets mit der Suchtberatung abgestimmt werden.

Mehr Erfolg in der Frühintervention ist wohl von der Einbeziehung Angehöriger in die Motivationsphase zu erwarten (CRAFT) oder auch im Sinne des Public-Health-Ansatzes von internetbasierten Angeboten der minimalen Intervention, die kostengünstig breit gestreut werden können. Die salus kliniken beispielsweise haben gemeinsam mit der AOK-Nordost ein solches kostenfreies Angebot im Internet zur Verfügung gestellt: www.selbsthilfealkohol.de Ein weiterer Lichtblick sind viele Betriebe. Hier hat sich viel getan, von formalen Voraussetzungen wie Betriebsvereinbarungen zum Umgang mit Auffälligkeiten im Substanzkonsum bis hin zur betrieblichen Nachsorge bei großen Arbeitgebern. Für Suchtkranke mit erhaltenem Arbeitsplatz ist diese Art der Unterstützung ausgesprochen effektiv und für den Arbeitgeber effizient.

Ein Versagen der deutschen Suchthilfe kann ich trotz vieler Möglichkeiten ihrer Verbesserung nicht konstatieren. Die Suchttherapie im Rahmen der Rehabilitation ist gut entwickelt, im internationalen Vergleich sogar hervorragend. Defizitär ist im internationalen Vergleich gewiss die Verhältnisprävention im Bereich Alkohol. Wieviel auf diese Weise bewirkt werden kann, wurde in Deutschland bezüglich des Tabakkonsums in den letzten Jahren eindrucksvoll bewiesen.

Zahlreiche Schnittstellen zwischen den Elementen und Sektoren, die durch das Schaubild (siehe oben) deutlich werden, können oder müssen noch optimiert werden. Aber es handelt sich nun einmal nicht um Schnittstellen in technischen Systemen oder in Computerprogrammen, sondern um Menschen, die sich begegnen, kommunizieren und kooperieren, um für jeden Einzelfall eine Lösung zu finden. Optimierung ist in lebenden Systemen eine permanente alltägliche Leistung, keine einmalige Lösung, die unveränderlich fortwirkt. Wenn dieser Austausch versiegen würde,

dann würde das Suchthilfesystem versagen! Unabhängig von allen Fortschritten und egal wie viel Toleranz und Verständnis öffentlich für Suchterkrankungen propagiert und wie niedrig die Zugangsschwellen noch gesetzt werden mögen, eines wird der Suchthilfe erhalten bleiben: „Der Süchtige ist ein scheues Reh“ beziehungsweise „Süchtige sind Flüchtige“. Die Tendenz zum Verheimlichen und Verstecken von Suchterkrankungen, vor allem in ihren frühen Stadien, wird weiter bestehen und ist bei jeder künftigen Wegeplanung in Rechnung zu stellen. Mit Ausnahme einiger Sucht-kranker, die sich eher stolz eine Identität als Junkie, Berber oder trinkender Ausnahmekünstler zugelegt haben, scheuen Suchtkranke die Selbsterkenntnis und den daraus resultierenden inneren Änderungsdruck. Sie fliehen vor den Spiegeln, die ihnen Ärzte, Angehörige, Freunde oder berufliche Kollegen und Vorgesetzten vorhalten könnten. Diese Tendenz ist übrigens allen Störungen eigen, die kurzfristig als verstärkend bzw. belohnend erlebt werden und die erst langfristig negative Auswirkungen zeitigen: Dazu gehören die Störungen der Impulskontrolle, der Sexualpräferenz sowie Essstörungen. Personen mit der Diagnose Pyromanie, Fetischismus, Kleptomanie, Exhibitionismus oder Trichotillomanie (Haarausreißen) verhalten sich ähnlich dissimulierend und verdeckend wie Suchtkranke. Sie haben ebenso wie Alkoholiker regelmäßig Kontakt zu Ärzten. Aber man hat noch selten gehört, dass Allgemeinärzten vorgehalten wurde, diese Störungen nicht früh genug erkannt zu haben – obwohl z.B. vom Feuerlegen durchaus erhebliche Gefahren für die Gesellschaft ausgehen. Anders als z.B. bei der Kleptomanie gibt es bei den Störungen durch Alkohol zwar Laborparameter, welche die Aufmerksamkeit von jedem Hausarzt wecken könnten, aber das gilt ebenso für das ins Auge springende Übergewicht von Adipösen. Und auch sie können mehrheitlich nicht zu einer systematischen Reduktion ihres Übergewichts veranlasst werden, ohne dass dies

Wenn wir, sagtest du, die Menschen nur nehmen, wie sie sind, so machen wir sie schlechter. Wenn wir sie behandeln, als wären sie, was sie sein sollten, so bringen wir sie dahin, wohin sie zu bringen sind.

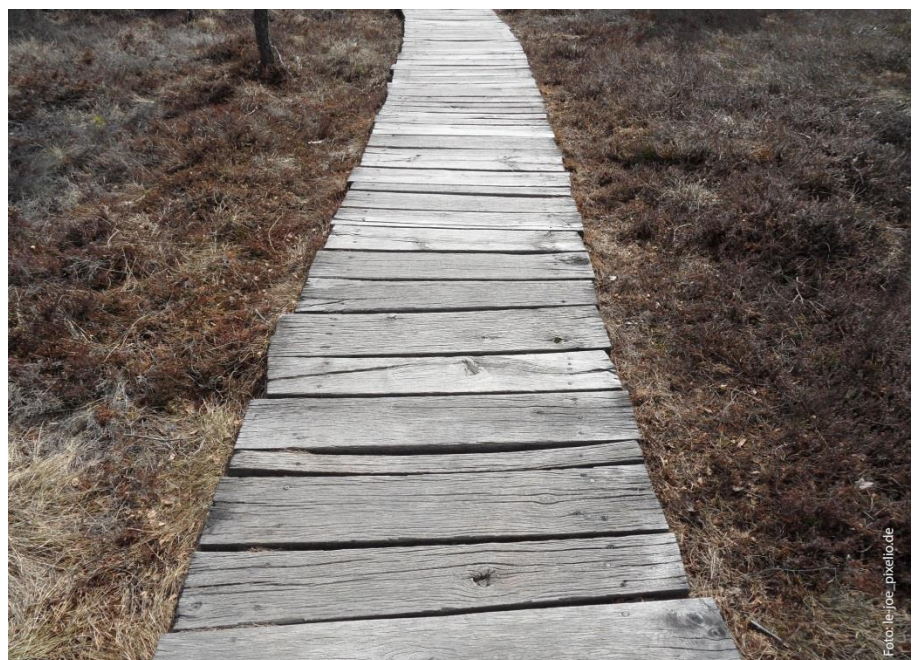
***J.W. von Goethe (1749-1832):
Wilhelm Meisters Lehrjahre VIII, 4.***

dem medizinischen System in toto als Versagen angelastet wird. Selbst bei hervorragenden ärztlichen Kompetenzen in der motivierenden Gesprächsführung darf man keine Wunder von solchen Interventionen erwarten, solange die Freiheit der Arztwahl nicht eingeschränkt und keine Meldepflicht für die Verdachtsdiagnose „Sucht“ eingeführt wird. Und wer würde solche Maßnahmen in einem liberalen Rechtsstaat ernsthaft wollen und gut heißen? Suchtkranke mögen viel Leid über sich und ihre Mitmenschen bringen, aber sie sind keine Terroristen, bei denen der Schutz der Allgemeinheit eine engmaschige Überwachung und eine Einschränkung der Persönlichkeitsrechte begründen mag. Wir werden also mit den „scheuen Rehen“ so umgehen müssen, dass sie möglichst aus eigenem Antrieb auf die Lichtung treten, notfalls unter etwas Druck. Das gelingt nur, wenn sie sicher sein dürfen, dass sie dadurch keinen Schaden erleiden und ihre Grundbedürfnisse nach Kontrolle und Sicherheit, nach Erhaltung und Steigerung ihres Selbstwertes, nach zwischenmenschlicher Bindung und Zugehörigkeit sowie Schmerzvermeidung und Lustgewinn nicht bedroht sind.

Die Ambulante Rehabilitation ist gewiss kein Irrweg. Eher ist sie eine Straße mit guter Zielrichtung, aber mit weniger gutem Zustand. Schlaglöcher und unfertige Abschnitte machen die Fahrt wenig komfortabel. Prinzipiell ist die ambulante Rehabilitation ein Meilenstein in der Entwicklung des deutschen Suchthilfesystems, der sich jedoch für viele Einrichtungen der Suchtberatung als Danaergeschenk erwies, denn fast alle Kommunen schränkten daraufhin die Finanzierung derjenigen Beratungsstellen ein, die zur Durchführung ambulanter Rehabilitation berechtigt waren. Als Begründung wurde angeführt, dass die Einrichtungen über die Rehabilitation zusätzliche Einnahmen generieren, um deren Betrag die öffentlichen Mittel nun reduziert werden könnten. Diese Logik hatte zur Folge, dass sich die Kapazitäten für Beratung und Prävention im gleichen Maße verringerten, wie ambulante Rehabilitationsleistungen zunahmen. Im Endergebnis steht den Suchtkranken heute sehr viel weniger Beratungsleistung im Vorfeld von therapeutischen Interventionen zur Verfügung als vor zwei Jahrzehnten. Das äußerte während der letzten beiden Jahrzehnte sich in vielen schleichenden negativen Veränderungen.

Beispielsweise gibt es nur noch sehr selten die früher häufig praktizierte persönliche Begleitung von Suchtkranken in die stationäre Rehabilitation durch ihren ambulanten „Case-Manager“. Obwohl niemand in Frage stellt, dass es sich dabei um eine sehr produktive Maßnahme für das langfristige Gelingen der Rehabilitation handelt, sind solche Personal aufwändigen Aktionen geradezu unmöglich geworden. Eine sinnvolle Reaktion seitens der Leistungsträger auf das Ausbluten der Suchtberatung wäre zumindest die Finanzierung der Erstellung von Sozialberichten gewesen. Eigentlich wäre sogar eine noch umfassendere Vergütung der Reha-bezogenen Beratung angebracht. Stattdessen sollen alle Beratungstätigkeiten pauschal durch die Vergütung der ambulanten Reha-Leistungen abgedeckt sein. Diese Rechnung geht natürlich nicht auf. Das zeigt sich u.a. darin, dass es nur sehr wenige Fachambulanzen in privater Trägerschaft gibt. Ohne zusätzliche Finanzierungsmöglichkeiten ist eine solche Einrichtung nicht kostendeckend zu betreiben.

Der Sozialbericht hatte und hat den Sinn, erstens eine qualifizierte Beratung und Vorbereitung auf stationäre wie ambulante Reha-Maßnahmen zu gewährleisten und zweitens die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass später nachsorgende Leistungen in Anspruch genommen werden. Da es sich bei der Befreiung von einer Sucht um einen längeren Prozess der individuellen Einstellungsänderung und – stabilisierung handelt, ist der Grundgedanke einer Abfolge von psychosozialen Interventionen



verschiedener Intensität nach wie vor der „Königsweg“. Man sollte ihn fördern und nicht weiter schwächen! Besonders bedeutsam ist dies unter dem Aspekt, dass die Selbsthilfeorganisationen immer seltener Anlaufstelle und neue Heimat für junge Suchtkranke sind. Wenn ich Selbsthilfegruppen besuche, sehe ich überwiegend weiße oder kahle Häupter und nur wenige Mitglieder sind unter vierzig. Was dies zukünftig für die Suchthilfe bedeutet, wäre einer ausführlichen Betrachtung wert, auf die an dieser Stelle verzichtet werden muss. In jedem Fall ist diese Entwicklung ein weiterer Beleg für die Bedeutung der Suchtberatungsstellen, die am ehesten geeignet sind, für die jüngere Klientel attraktive Angebote der Nachsorge zu entwickeln. Ich denke dabei an Zusammenkünfte, die mit Gemeinsamkeit stiftenden Aktionen kombiniert sind, wie z.B. Kletterkursen oder Achtsamkeitsmeditation.

Ein schwieriger Weg ist für mich die Substitution Opioidabhängiger mit Methadon oder Diamorphin. Sie ist quasi zur Standardbehandlung geworden, in der sich die Mehrheit aller Opioidabhängigen befindet. Der Grad, in dem die Betroffenen von diesem Subsystem der Suchthilfe erreicht werden, ist hoch. Das ist positiv. Die ursprünglich damit verknüpfte Erwartung, dass die Substitution einen Einstieg zur Teilhabe am sozialen Leben inklusive regelmäßiger Arbeit und einen Ausstieg aus der Subgruppe der Drogenabhängigen ermöglicht, hat sich für die große Mehrheit der Substituierten aber nicht erfüllt. Ein so genannter „Beigebrauch“ anderer Substanzen ist üblich und damit auch die Nähe zur „Szene“. Es handelt sich bei der Substitution für die überwiegende Mehrheit der Patienten nicht um eine Therapie mit der Zielrichtung einer vom Individuum mitgestalteten Besserung oder Heilung, sondern um eine externe Versorgung mit Leid lindernden und Schaden mindernden Mitteln. Prof. Jens Reimer äußerte sich kürzlich in einem Interview der pharmafreundlichen Apotheken-Umschau auf die Frage „Aber worin besteht das Ziel einer Suchtbehandlung, wenn dem Abhängigen kaum noch eine Begrenzung abverlangt wird?“: „Abstinenz ist nicht das vorrangige Ziel. Es geht darum, die medizinische Situation des Süchtigen zu verbessern und ihn sozial zu stabilisieren, ihm also zu ermöglichen, dass er gesund bleibt, arbeiten kann und nicht kriminell wird“. Nach den vorliegenden empirischen Daten wird das Ziel einer regulären Erwerbstätigkeit nur sehr selten erreicht. Demnach blieben als Minimalziele noch Gesundheit und Senkung der Kriminalität. Sie sind Grund genug, all denen mit der Substitution ihrer Droge zu helfen, die sich nicht mehr selber helfen können und denen anders nicht zu helfen ist. Wenn tatsächlich nur die substituiert werden, die andernfalls dahinsiechen oder in der Kriminalität verharren würden, dann ist dies eine alternativlose Lebenshilfe, die wir leisten müssen. Ebenso müssen wir aber auch der Gefahr vorbeugen, dass zur Änderung fähige Personen „sicherheitshalber erst einmal“ substituiert werden, wodurch sie jegliches Interesse an einer weitergehenden Befreiung aufgeben. Die psychosoziale Begleitung der Substitution sollte ursprünglich gerade darauf ein Auge haben. Aber sie wurde immer marginaler. Manchmal gibt es sie nur noch auf dem Papier. Auf mich wirkt das hoffnungslos und traurig. Aber man bezeichnet es wohl lieber als akzeptierend und realistisch. Sollte die gegenwärtige Situation der medizinischen Substitution einen Vorgeschmack davon geben, wie die Zukunft der pharmakologischen Behandlung der Alkoholabhängigkeit mit Baclofen, Nalmefen oder sonstigen Mitteln aussieht, dann wäre das eine schwer erträgliche Vorstellung. **Suchtbehandlung ohne Einstellungsänderung - das wäre als Hauptstraße der Therapie fatal.** Eine Evidenz basierte Suchtmedizin ist in der heutigen Versorgungslandschaft notwendig und gut für die Eindämmung von Scharlatanerie, aber sie ist nicht alles. Das Wesentliche bei der Befreiung von Süchten ist ein kognitiv-emotionaler Prozess, den jedes Individuum durchlaufen und selbst gestalten muss.

Zum Autor: Ralf Schneider ist Diplompsychologe und Psychotherapeut, Direktor der salus klinik Friedrichsdorf