

Suchtkranken fehlen Selbsthilfegruppen, den Betreuern anerkannte Qualifikationen

Nachdem Sachsen schon die erste Landesstelle gegen die Suchtgefahren in den neuen Ländern gegründet hatte, fand im Dezember 1991 in Dresden eine Fachtagung „Sucht“ zweier Landesministerien statt. Veranstalter waren das sächsische Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie und das Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Familie und Frauen Baden-Württemberg.

Zunehmende Arbeitslosigkeit, soziale Entwurzelung, fehlende Erfahrungen im Umgang mit der neu gewonnenen Freiheit machten die Alkoholkrankheit wie zu DDR-Zeiten zum Hauptproblem, sagte der sächsische Sozialminister Dr. Hans Geisler auf der Fachtagung „Sucht“. Daneben gelte es, sich auf andere Suchtmittel vorzubereiten. 55 Beratungsstellen bestehen nach seinen Worten bereits, 34 davon mit der Möglichkeit zur Behandlung. Das ambulante Betreuungssystem werde ergänzt durch 250 Betten zur Suchtbehandlung in 15 Einrichtungen. Zur Angleichung an die Alt-Länder seien jedoch 600 Betten nötig. Dafür sind größere Einheiten in Dresden und Leipzig geplant.

Diese Zahlen ergänzte Dr. Gesine Böttger, Suchtbeauftragte des Freistaates Sachsen, wobei sie sich allerdings hauptsächlich auf Hochrechnungen aus den alten Bundesländern stützte, da Zahlen der Ex-DDR möglicherweise geschönt waren. Danach lag der Anteil Alkoholkranker mit 1,1 bis 1,8 Prozent der Bevölkerung unter dem der Bundesrepublik mit 2,4 bis 2,9 Prozent, obwohl der Pro-Kopf-Verbrauch an Alkohol sich bis 1988 praktisch angeglichen hatte. Inzwischen ergaben Befragungen sogar eine höhere Alkoholakzeptanz in den neuen Bundesländern. Illegale Drogen spielten (noch) keine Rolle. Diese „Schonfrist“ soll für umfassende prophylaktische Maßnahmen, beginnend in den Schulen, genutzt werden.

Mit Maßnahmen zur primären Prävention bei Jugendlichen folgt man auch Ansätzen aus Baden-

Württemberg. Dessen Suchtbeauftragter Horst Giepen wandte sich entschieden gegen jede Art von Substitution oder sogar Freigabe von Rauschgiften als „Kapitulation“ vor dieser Krankheit. Er setzt auf qualifizierte Suchtprophylaxe, zeitnahe Therapie, Motivation Therapieunwilliger und Maßnahmen des Staates zur Bekämpfung des Drogenhandels.

Vorwiegend ambulant

Das für Baden-Württemberg entwickelte „integrierte Gesamtkonzept zur Suchtprophylaxe“ sieht den Schwerpunkt folgerichtig in der Primärprävention als Teilgebiet der Gesundheitsförderung und in Kooperation mit allen politischen Bereichen, worauf Winfried Kleinert, stellvertretender Suchtbeauftragter, hinwies. Abschreckung und detaillierte Informationen, rationale Argumentation und ausschließliche Wissensvermittlung hätten sich wenig bewährt, bei der höheren Risikobereitschaft vieler junger Menschen sogar oft erst Neugier ausgelöst. Wesentlich seien dagegen alle Maßnahmen, die zur konstruktiven Konfliktbewältigung befähigen und für ein sinn erfülltes Leben motivieren. Dafür wurde die Bildung regionaler Aktionskreise zur Suchtprophylaxe ange-regt.

Praktiker der Suchtkrankenhilfe berichteten dann über Organisation und Aufbau ambulanter und stationärer Betreuung. Die in der ehemaligen DDR überwiegende integrierte ambulante Beratung, zum Teil Entgiftung und Entwöhnungsbehandlung

(Petra Hildebrandt, Dresden), bei der die stationäre Aufnahme die Ausnahme blieb, bestimmt ebenso den Trend in den Altländern (Karl Pfeil, Heilbronn). Auch Vertreter stationärer Einrichtungen sprachen sich allerdings für eine enge Zusammenarbeit ambulanter und stationärer Betreuung aus (Dr. Hermann Rothenbacher, Ravensburg-Weißenau) oder sogar für den Übergang vom Therapiezentrum zum ambulanten stationären Behandlungsverbund (Hans-Georg Lehmbauer, Wilhelmsdorf), wobei stationär bei der Tendenz zur Regionalisierung zunehmend der „Problempatient“ zu betreiben sei. Auch über die Bedeutung der Nachsorge für einen anhaltenden Therapieerfolg war man sich einig. Für den Osten mahnte Dr. Hans-Jürgen Leonhardt (Leipzig) die Schaffung von sozialtherapeutischen Übergangseinrichtungen, Heimen und betreuten Wohnungen an, während Dr. Christiane Wild (Gaggenau) über gute Erfahrungen damit (sowie mit „Paten“ für jeden Bewohner) aus Württemberg berichtete. Abstinenzverbände und Selbsthilfegruppen werden in den alten wie in den neuen Ländern als wichtiges Glied der Betreuungskette und als Ergänzung der professionellen Hilfe betrachtet (Ernst Grawunder, Dresden; Peter Wildmann, Reutlingen), befinden sich aber im Osten größtenteils noch im Aufbau. Bestehende Selbsthilfegruppen in Großbetrieben haben sich im Zuge der Umstrukturierung der Wirtschaft aufgelöst.

Weniger für die Betreuten als für die Betreuer ergeben sich seit der Wiedervereinigung Probleme mit der Qualifikation, was ein wichtiger Diskussionspunkt war. Zum Teil Jahrzehnte in der Suchtkrankenhilfe im Osten tätig, haben sie keinen den jetzt gültigen Bestimmungen entsprechenden Abschluß erwerben können. Hier forderte Siegfried Adler (Plauen) unter starkem Beifall Übergangsregelungen zur Anerkennung als Suchttherapeut – insbesondere berufbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen für ältere Mitarbeiter und eine Ausbildung für ehrenamtliche Suchthelfer.

Dr. Gerhard di Pol