

## **"Suchtstoffpolitik ist mehr als Drogenpolitik und ein Gesamtkonzept der Suchtkrankenhilfe ist mehr als die Summe von Einzelaktivitäten"**

**10 Punkte-Katalog der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren zu einer umfassenden Suchtstoffpolitik und einem nationalen Gesundheitsprogramm Sucht**

### **Suchtmittelmißbrauch und –abhängigkeit: Ein zentrales Problem der Gesundheitspolitik**

Alle epidemiologischen Daten belegen den enormen Umfang von riskantem, mißbräuchlichem und abhängigem Konsum von Suchtmitteln in Deutschland.

**Alkohol:** So besteht bei 9.3 Millionen Menschen in der Altersgruppe von 18 bis 69 Jahren ein riskanter Alkoholkonsum. Hiervon liegt bei 2.7 Millionen Menschen ein mißbräuchlicher Konsum mit bereits eingetretenen Folgeerkrankungen vor. Bei 1.7 Millionen Menschen muß von einem behandlungsbedürftigem Alkoholsyndrom mit massiven gesundheitlichen und sozialen Schäden gesprochen werden.

**Medikamente:** Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird in Deutschland auf 1.4 Millionen geschätzt.

Insgesamt sind in Deutschland 8 - 9 Millionen Männer und 5 – 6 Millionen Frauen vom Nikotin abhängig. Hier ist ein besonderes Alarmzeichen der steigende Zigarettenkonsum bei Jugendlichen mit seinen besonders schweren gesundheitlichen Folgen. So stieg der Raucheranteil in der Altersgruppe der 14 – 24jährigen zwischen 1993 und 1997 von 12 auf 18 %. Die Zahl der tabakbedingten Todesfälle liegt in Deutschland bei mehr als 100.000 im Jahr.

Nach neueren Schätzungen nehmen 250 bis 300.000 Personen in Deutschland harte Drogen, mit Ausnahme von Cannabis. In dieser Gruppe befinden sich 100 bis 150.000 Menschen, die diese Drogen mindestens 100 mal in den letzten 12 Monaten, bzw. intravenös konsumieren und damit als Drogenabhängige bezeichnet werden müssen. Bei Cannabis muß davon ausgegangen werden, daß eine Gruppe von rund 2.1 Millionen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens 1 mal Cannabis konsumiert haben. Eine Teilgruppe von 270.000 Personen hat in den letzten 30 Tagen Cannabis 20 bis 30 mal benutzt,

Die gesundheitlichen Folgekosten sind enorm und nur schwer zu beziffern. Allein für über 350.000 Menschen, die "offiziell" wegen ihres Suchtmittelmißbrauchs pro Jahr in unseren Krankenhäusern behandelt werden, entstehen Kosten von jährlich über 1.7 Milliarden DM.

Die große gesundheitliche Bedeutung können wir nur durch ein nationales Gesundheitsprogramm Sucht gerecht werden, deren zentralen Elemente in diesen 10 Punkte-Katalog beschrieben sind.

## **1. Eine breit angelegte Suchtstoffpolitik verwirklichen und eine zweckgebundene Produktabgabe für Alkohol und Nikotin einführen**

In der politischen Diskussion muß auf der einen Seite zwischen "Suchtstoffpolitik", mit der Einfluß auf das Angebot und die Nachfrage von Suchtmitteln genommen wird, und auf der anderen Seite "Gesundheitspolitik", die die Rahmenbedingungen für die Hilfen suchtkranker Menschen regelt, unterschieden werden.

Im Rahmen der Suchtstoffpolitik ist die große gemeinsame politische Aufgabe, einen gesellschaftlichen Konsens darüber herzustellen, daß Suchtmittel weniger und überlegter konsumiert werden sollten. Verschiedene internationale Untersuchungen belegen, daß für jeden Suchtstoff gilt: Je höher die Konsummenge in einer Gesellschaft, umso höher der Mißbrauch und um so größer die Schäden und die Zahl der Abhängigkeitskranken. Dies bedeutet, daß das Angebot an psychotropen Substanzen so gering wie möglich gehalten werden muß. Die Möglichkeiten einer Steuerung des Konsums durch Maßnahmen zur Angebotsreduzierung werden bisher nicht oder nur sehr unzureichend genutzt.

Internationale Studien zeigen, daß durch die Beeinflussung der Konsummengen in der Gesellschaft die gesundheitlichen Folgen insgesamt erheblich reduziert werden können. Die DHS fordert deswegen die Einführung eines Alkoholfennigs und eines Tabakpfennigs als Produktabgaben, die im Rahmen eines ursachenorientierten Konzeptes für eine breit angelegte kommunikationsorientierte Prävention und für die Weiterentwicklung von Hilfen für Suchtkranke eingesetzt werden. Diese ebenfalls von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder für Suchtstoff Alkohol einmütig aufgestellte Forderung gilt es nun von der neuen Regierung umzusetzen. Die gesetzliche Verankerung eines generellen Werbeverbotes für Tabak und Alkohol sollte in Übereinstimmung mit den anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union endlich durchgesetzt werden. Hier erwartet die DHS eine Initiative des Gesundheitsministeriums und seiner Drogenbeauftragten im Rahmen der deutschen Ratspräsidentschaft in der Union.

Die DHS setzt sich dafür ein, daß Zigaretten und Alkohol nur in hierfür lizenzierten Läden vertrieben werden dürfen (Herausnahme von Alkohol aus dem Lebensmittelrecht – Verankerung einer entsprechenden Regelung zum Alkohol im Betäubungsmittelrecht).

Realpolitik heißt in diesem Zusammenhang, den Blick auf die Bedeutung legaler Stoffe ernsthaft zu erweitern. Drogenpolitischer Aktionismus darf nicht zum Alibi für eine fehlende umfassende Suchtstoffpolitik werden. Weder wird die Rolle eines "Buhmanns" des kleinen Drogenkonsumenten noch eine Verharmlosung des Konsums illegaler Suchtstoffe der gesellschaftlichen und gesundheitlichen Bedeutung des Suchtproblems gerecht.

## **2. Kinder stark machen - Prävention massiv verstärken**

Durch groß angelegte Kampagnen, die über die Produktabgabe für Tabak und Alkohol finanziert werden können, kann ein gesellschaftlicher Konsens zur Verminderung des mißbräuchlichen Suchtmittelkonsums und zur Minimierung seiner gesundheitlichen Folgen gefördert werden. Die Werbung für Tabak und Alkohol in unseren Medien muß durch kreativen und kommunikationsorientierter Aktionen und Werbung für einen verantwortlichen Umgang und zur Reduzierung des Suchtmittelkonsums ersetzt werden.

Im Vergleich zu illegalen Drogen verursachen Alkohol und Nikotin ein Vielfaches an Todesfällen. Legale Suchtmittel dürfen deshalb weder verharmlost noch idealisiert – und illegale Suchtstoffe nicht unnötig verteufelt werden. Nutzen und Gefahren sind abzuwägen und realistisch zu vermitteln. Der Zugang zu legalen Suchtstoffen als Einstiegsdroge (Nikotin und Alkohol) muß vor allem für Kinder und Jugendliche erschwert werden.

Präventionserfolge hängen von den konkreten Ausformungen der Gesellschaft und Suchtstoffpolitik ab. Die Politik muß zu erkennen geben, daß sie die Suche nach Lebensperspektiven ernst nimmt. Dazu gehört z.B., daß das Recht auf Ausbildung und die damit verbundene materielle Absicherung gesetzlich verankert wird.

Dänemark praktiziert bereits, was Teil einer verantwortlichen, verantwortungsbewußten Gesellschaftspolitik sein sollte: Sie gibt jungen Menschen eine Arbeits- und Ausbildungsgarantie bis zum 25. Lebensjahr

Eine zentrale Gruppe für eine zielgruppenorientierte Prävention sind die Kinder von Suchtkranken. Der größte Risikofaktor für eine spätere Suchterkrankung ist es, Kind eines suchtkranken Vaters oder einer suchtkranken Mutter zu sein. Untersuchungen gehen davon aus, daß bis zu 80 % dieser Kinder als Erwachsene eine Abhängigkeit oder Co-Abhängigkeit entwickeln. In Deutschland leben ca. 2 bis 3 Millionen Kinder in suchtkranken Familien. Durch intensive und langfristig massenmediale Thematisierung ist das öffentliche Bewußtsein für diese Problematik zu beeinflussen und frühzeitige Hilfe zu ermöglichen. Die DHS und die ihr angeschlossenen Verbände regen wissenschaftliche Untersuchungen an, die sich intensiv mit der Situation der Kinder von Suchtkranken beschäftigen. Durch die Bundesregierung sollen Modellprojekte zur Arbeit mit Kindern von Suchtkranken unter wissenschaftlicher Begleitung gefördert werden. Hilfen für Kinder von Suchtkranken müssen eine Regelleistung im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe werden.

### **3. Konsumenten illegaler Suchtstoffe entkriminalisieren**

Die Entpönalisierung und Entkriminalisierung von Konsumenten und Abhängigen illegaler Suchtstoffe ist ein wichtiges Element eines umfassenden und menschenwürdigen Hilfe- und Behandlungsansatzes. Die DHS regt deshalb an, alle Regelungen zur Behandlung von Suchtkranken aus dem Betäubungsgesetz herauszunehmen. Die Regelung des gesellschaftlichen und Reglementierung des individuellen Umgangs mit einzelnen Betäubungsmitteln und Suchtstoffen darf nicht dauerhaft mit den Regelungen zur Behandlung von Suchtkranken vermischt werden (s. z.B. § 35 BtmG).

In einem überarbeiteten Betäubungs- und Suchtmittelgesetz muß bei der Bewertung der einzelnen aufgenommenen Suchtstoffe eine realistische Einschätzung der gesellschaftlichen und gesundheitlichen Folgen der einzelnen Suchtstoffe erfolgen. Handlungsleitend muß hier die Absicht sein, Mißbrauch, gesundheitliche und gesellschaftliche Schäden, die Zahl der Abhängigkeitskranken und das damit vielfach verbundene individuelle Leid zu minimieren.

Kontrolle und Repression muß sich auf die Anbieterseite konzentrieren. Hierfür gibt das Land Belgien als Vorreiter bei der Einführung eines Werbeverbotes für Tabak ein Beispiel: Durch die Einführung von sehr hohen Geldstrafen wird jede Werbung durch Produzenten und Händler verhindert. Bei Drogen, die mit einem umfassenden Einführungs- und Handelsverbot belegt sind, muß die Repression auf den illegalen "Großhandel" konzentriert werden.

Die gesamte Diskussion über die Regelung des Umgangs mit Suchtstoffen vollzieht sich in einem letztlich nicht auflösbaren Spannungsfeld von Ansprüchen und Zielsetzungen. Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit breiter Bevölkerungskreise und zum Schutz von

Kindern und Jugendlichen von gesundheitsgefährdenden Stoffen auf der einen Seite und die Verpflichtung der Sicherung des bestmöglichen Hilfeangebots für Suchtkranke sind nur tendenziell im Einklang zu bringen. Der Versuch einer eindeutigen und endgültigen Lösung durch ein umfassendes Verbot oder eine vollkommene Liberalisierung verkennt den widersprüchlichen Charakter dieser Problematik.

#### **4. Für die Behandlung der Krankheit Sucht ein effektives und differenziertes Behandlungs- und Hilfesystem erhalten und ausbauen**

Der heterogene Charakter der Krankheit Sucht mit ihren individuell ausgeprägten somatischen, psychischen und sozialen Folgen verlangt ein differenziertes Hilfespektrum. Es hat sich in Deutschland ein breites Spektrum von ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten für die verschiedenen Gruppen von Suchtkranken herausgebildet, das dem heutigen Stand der Praxis und Wissenschaft entsprechend weiterentwickelt werden muß.

In der Suchthilfe ist eine individuelle und personenzentrierte Hilfeplanung notwendig, die nicht an den Grenzen von Organisationen und einzelnen Hilfesystemen haltmacht. Der weitere Ausbau flexibler Übergänge und Verbindungen zwischen den spezialisierten suchtspezifisch, medizinisch und psychosozialen Hilfen in einem umfassenden Behandlungs- und Betreuungsansatz ist eine zentrale Aufgabe der Zukunft. Es gilt, auf jeder Ebene zeitnah Ausstiegsmöglichkeiten anzubieten.

Bei der Weiterentwicklung der Hilfen müssen folgende Prinzipien handlungsleitend sein:

- Selbsthilfe vor Fremdhilfe
- ambulant vor stationär
- wohnort vor wohnortfern
- Sicherung verbindlicher Versorgungsabsprachen
- Sicherung möglichst frühansetzender Hilfen
- Sicherung angemessener Hilfe in jeder Phase der Erkrankung

Eine zentrale Grundlage für Aufbau und Struktur der Suchtkrankenhilfe in Deutschland ist das Verständnis von Sucht als Krankheit. Das Bundessozialgericht ( BSG) hat in Weiterentwicklung der Rechtssprechung des Reichsversicherungsamtes mit Urteil vom 18. Juni 1968 entschieden, daß Sucht als solche, unabhängig von ihrem Stadium, schon durch die Abhängigkeit, durch das Nicht-mehr-Aufhören-können, durch den Verlust der Selbstkontrolle, eine Krankheit ist.

Damit hat jeder Suchtkranke ein Recht auf Hilfe. Diese muß ausreichend zur Verfügung stehen, erreichbar sein, der Lebensrealität entsprechen und möglichst früh ansetzen. Diese Definition von Sucht als Krankheit darf nicht zu einer Stigmatisierung von Suchtkranken führen. Die Behandlung von Sucht muß ressourcenorientiert und nicht defizitorientiert angelegt sein. Es muß gleichzeitig deutlich sein, daß die Grenzen zwischen Gebrauch, Mißbrauch und Abhängigkeit fließend sind und nicht jede Form von Suchtmittelkonsum krankhaften Charakter hat.

In den Regionen müssen Clearing und Entscheidungsgremien mit Entscheidungskompetenz gebildet werden, um eine schnelle, effektive und personenzentrierte Planung von ambulanten und stationären Hilfen zu garantieren. Daran zu beteiligen sind auch die Kosten- und Leistungsträger wie Kommunen und Kranken- und Rentenversicherung, in Einzel-Modell-Regionen sollte ein solches Verfahren hinsichtlich seiner Effizienz erprobt werden. Es geht hierbei um eine Strukturverantwortung für ein sozialgerechtes, flächendeckend, vernetztes, bedarfsgerechtes und an der Region orientiertes Angebot mit Versorgungsverpflichtung.

## **5. Selbsthilfepotentiale fördern und nutzen**

Ein ressourcenorientierter und damit auch menschenfreundlicher Ansatz bei der Gestaltung der Hilfen für Suchtkranke verlangt eine deutliche Verstärkung des Elementes der Selbsthilfe. Selbsthilfe vor Fremdhilfe heißt in diesem Zusammenhang bei der Gestaltung von Hilfe in erster Linie die persönlichen Ressourcen zu nutzen und zu fördern.

Es verlangt auch eine bewußte Einbeziehung und Stützung des sozialen Umfeldes. Ebenso kommt der gegenseitigen Hilfe und Unterstützung in Selbsthilfegruppen eine nicht zu überschätzende Bedeutung zu. Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen sind in der Suchtpolitik als eigenständige und vorrangige Hilfe anzuerkennen und zu fördern. Politik und Gesellschaft darf nicht die Augen vor den Problemen in der Nachbarschaft und im sozialen Umfeld verschließen. Selbsthilfe gibt hier wichtige politische Signale für Solidarität und gegenseitige Hilfe im besten Sinne. Dieses Beispiel hat über den Bereich der Suchthilfe hinaus Bedeutung.

Das ehrenamtliche und bürgerschaftliche Engagement braucht fördernde politische Rahmenbedingungen. Hier muß die Politik Farbe bekennen. Ein Politikwechsel wird auch daran zu messen sein, inwieweit die Arbeit der Suchtselbsthilfeverbände finanziell abgesichert wird. Professionelle Angebote machen in der Suchtselbsthilfe nur Sinn, wenn die betroffenen Menschen langfristige Möglichkeiten finden, ihre suchtmittelfreie Lebensweise zu leben und zu stabilisieren. Selbsthilfegruppen für Suchtkranke bieten prinzipiell einen Raum für alle, die den Ausstieg aus der Abhängigkeit erreicht haben oder die diesen Ausstieg anstreben sowie für die Angehörigen dieser Menschen.

Selbsthilfegruppen sind jederzeit erreichbare Stützen der suchtmittelfreien Lebensform und "erste Hilfe" in Krisensituationen. Deswegen müssen alle Hilfeformen und Hilfeeinrichtungen, die Selbsthilfe aktivieren und unterstützen, Vorrang erhalten bei der Förderung aus öffentlichen Mitteln. Dabei darf Selbsthilfe nicht dazu mißbraucht werden, aus finanziellen Gründen professionelle Hilfe zu ersetzen.

## **6. Maßnahmen zur Überlebenshilfe und Schadensreduzierung für die "vergessene Mehrheit" ausbauen**

Das Bestreben, jede Form von Suchtmittelabhängigkeit zu verhindern und die gesundheitlichen Folgen zu minimieren, darf nicht den Blick auf reale Lebenssituation von Abhängigen und den Krankheitscharakter von Sucht verstellen. Schadenminimierung, gesellschaftliche und soziale Stabilisierung sind neben der Förderung eines suchtmittelfreien Lebens zentrale Aspekte.

Für die Gruppe der Heroinabhängigen ist hier in den letzten Jahren ein breitgefächertes, niedrigschwelliges Angebot etabliert worden, daß auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und Praxis weiterentwickelt werden muß. Die Substitutionsbehandlung von Heroinabhängigen in Verbindung mit einer medizinischen Grundversorgung sichert das Überleben langjährig Abhängiger oder stabilisiert deren gesundheitlichen Zustand und ist der erste Schritt hin zu einer ausstiegsorientierten Behandlung. Jede Substitutionsbehandlung muß Hand in Hand mit einer intensiven psychosozialen Betreuung gehen. Sich auf die Abgabe des Stoffes zu beschränken bedeutet, den Abhängigen ruhigstellen zu wollen. Sie reduziert ihn auf seine biologischen Funktionen und blendet seine psychosozialen Bedürfnisse aus. Es bedeutet gleichzeitig den Verzicht auf Heilungschancen.

Eine ärztliche Verordnung von Originalstoffpräparaten (Heroin) sollte in Zukunft im Einzelfall möglich sein – allerdings nur unter klar definierten Qualitätsstandards. Eine ärztliche Verordnung von Originalstoffpräparaten darf nur erfolgen, wenn es um langjährig Heroinabhängige geht, bei denen es zu sehr schweren (teils lebensbedrohlichen) Begleit- und Folgeerscheinungen kommt. Die Behandlung mit einem Originalstoffpräparat muß Bestandteil eines abgestuften Hilfeplanes sein. In Ballungsgebieten mit hohem Anteil von wohnungslosen Heroinabhängigen können Konsumräume mit bedarfsgerechten Öffnungszeiten das Hilfeangebot sinnvoll ergänzen. Diese Aktivitäten dürfen in Zeiten knapper finanzieller Mittel aber nicht zu Lasten anderer Hilfeangebote gehen.

Eine bedeutende Versorgungslücke besteht aber insbesondere bei niedrighschwelligen Angeboten für Alkohol- und Medikamentenabhängige mit einer langen Suchtkarriere, die zum großen Teil vereinsamt in ihren Wohnungen oder obdachlos mit massivsten, psychischen und gesundheitlichen Folgeerscheinungen, zum Teil ohne jede Hilfe und Hilfeangebote, verelenden.

So sind allein nach Angaben der Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfe in verschiedenen Prävalenzstudien, 55 % der "Übernachter" bei den verschiedenen Notschlafstellen und Einrichtungen Menschen mit einem Abhängigkeitssyndrom. Bei einer weiteren Zahl von 15 - 20 % liegt ein Alkoholmißbrauch vor.

Eine noch bedeutendere Gruppe innerhalb dieser "vergessenen Mehrheit" stellen die alkoholkranken Menschen dar, die unauffällig und vereinsamt in ihren Wohnungen sozial und gesundheitlich verelenden. Die Angebote für sog. Schwerstabhängige dürfen sich nicht allein auf Heroinabhängige mit ihrer "störenden" offenen Szene konzentrieren. Aufsuchende Formen der Suchtarbeit (Streetwork und Hausbesuche) und niedrighschwellige Formen zur Gesundheitsförderung und Basisversorgung für schwerstabhängige Alkoholranke müssen ausgebaut und gesondert gefördert werden. Die wichtigen Initiativen zur Weiterentwicklung der Maßnahmen zur Schadensreduzierung bei Abhängigen von illegalen Drogen dürfen nicht zum Alibi für das Weiterbestehen dieser gravierenden Versorgungslücke im legalen Bereich werden.

Eine Gesundheits- und Sozialpolitik muß sich in Zukunft daran messen lassen, inwieweit es gelingt, auch für die "Schwächsten" ausreichende Hilfen zur Verfügung zu stellen.

## **7. Ausstieg darf nicht zu einem Randthema verkommen**

Sucht ist eine Krankheit und wie bei jeder Krankheit darf das Ziel einer möglichen Heilung nicht aus dem Auge verloren werden. Gerade im Bereich der ausstiegsorientierten Hilfen für die unterschiedlichen Gruppen von Abhängigkeitskranken ist eine krisenhafte Entwicklung zu beobachten, die zu einer Gefährdung von Grundelementen unserer Hilfen für Suchtkranke in Deutschland führen kann. Hier ist auf Dauer ein Qualitätseinbruch zu befürchten, wenn die neue Bundesregierung hier nicht umgehend Abhilfe schafft.

Seit dem in Kraft treten der 3. Stufe der Gesundheitsreform und nach der Verabschiedung des Wachstumsbeschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) ist die medizinische Rehabilitation Suchtkranker in eine schwere Krise geraten. Eine angemessene Rehabilitation Suchtkranker als notwendige Regelleistung der medizinischen Rehabilitation muß als unersetzlicher Bestandteil der Behandlung Suchtkranker gesichert werden. Dies bedeutet auch, daß bei der Rückfallerkrankung Suchttherapien wiederholbar sein müssen. Sonst besteht die Gefahr, daß aufgrund verweigerter Rehabilitationsleistungen für Suchtkranke, die Chronifizierung und Verelendung forciert wird, die letztendlich die Gesellschaft mehr kostet.

Die Empfehlungsvereinbarung Sucht von 1978 muß in Anbetracht neuer Entwicklungen in der Praxis überarbeitet werden. Es wird für eine ganzheitliche Behandlung eine einheitliche Empfehlungsvereinbarung für die Bereiche der ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitation benötigt, um eine möglichst nahtlose und ggf. kombinierte Gesamtbehandlung zugunsten der betroffenen Suchtkranken zu ermöglichen.

Es muß auch in Zukunft sichergestellt sein, daß neben den niedrighschwelligigen Hilfen ausstiegsorientierte Hilfen ohne bürokratische Hindernisse, individuell, flexibel, ortsnahe und flächendeckend gewährleistet werden. Eine wohnortnahe und vernetzte Hilfe und Versorgung muß das handlungsleitende Ziel sein, wenn die Suchthilfe von Bund, Länder, Kommunen, Verbänden und Einrichtungen weiterentwickelt wird. Im Sinne einer möglichst früh ansetzenden Hilfe gilt es, Übergänge zu schaffen, Verbindungen zu knüpfen und auf jeder Ebene ausreichend und zeitnah Ausstiegsmöglichkeiten anzubieten. Die spezialisierten suchtspezifischen, medizinischen und psychosozialen Hilfen können in einem umfassenden Behandlungs- und Betreuungsansatz zusammengeführt werden, - wobei die konkrete Verantwortung für den Einzelfall (Case-Management) geregelt sein muß. Das Rehabilitationsrecht muß so weiterentwickelt werden, daß flexible Übergänge zwischen den verschiedenen Hilfen und Hilfemöglichkeiten gefördert und nicht verhindert werden.

So ist es z.B. unverantwortlich, Heroinabhängige die Wiederholung einer abstinenzorientierten Rehabilitationsmaßnahme zu verweigern und ihnen damit häufig nur den Weg in einer Substitutionsmaßnahme offen zu lassen.

## **8. Integrationshilfen können neue Lebensperspektiven eröffnen**

Die neue Bundesregierung hat die Bekämpfung der Arbeitslosigkeit und insbesondere auch die Bekämpfung der Jugendarbeitslosigkeit zum Prüfstein für ihre Politik gemacht. In diesem Sinne bilden auch die Erfolge bei der Erst- bzw. Reintegration von Suchtkranken in das gesellschaftliche und Arbeitsleben ein Prüfstein für die Gesundheitspolitik dieser Regierung.

Die DHS hält aus diesem Grunde Initiativen auf dem Gebiet der sozialen und beruflichen Intergration für unerläßlich. So liegt die Zahl der arbeitslosen Suchtkranken weit über dem gesellschaftlichen Durchschnitt in der Bevölkerung. 30% der Alkoholabhängigen, die eine Beratungsstelle aufsuchen, sind arbeitslos. Die Rate der Erwerbslosen in stationären Einrichtungen liegt bei Alkoholabhängigen bei 51% und bei Heroinabhängigen sogar bei 71%.

Befriedigende Wohnverhältnisse, die Erfahrung von Anerkennung und Befriedigung in Arbeit und Beruf und die damit verbundene Selbständigkeit – dies alles sind zentrale Elemente von Lebensqualität. Hilfeangebote, diesen Integrationsprozeß zu verwirklichen, sind auf jeder Stufe des Hilfe- und Behandlungsprozesses notwendig. Die Palette dessen, was prozeßbegleitend angeboten werden muß, ist groß. Sie reicht von Tagesjobs in Arbeitsprojekten für Suchtkranke über Arbeitsversuche auf dem zweiten und dritten Arbeitsmarkt (Arbeit statt Sozialhilfe; über Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen bis zur Unterstützung bei der Integration in das normale Berufsleben. In Verbundsystemen müssen alle Möglichkeiten genutzt werden, Schulabschlüsse und berufliche Qualifikationen nachzuholen.

## **9. Die Finanzierung von Suchthilfe vereinheitlichen und absichern**

Ein modernes Finanzierungskonzept der Suchtkrankenhilfe ist überfällig. Die "Vielfachzuständigkeit" bei der Suchterkrankung mit seinen sozialen, gesundheitlichen und

materiellen Dimensionen birgt die Gefahr in sich, daß einzelne Kostenträger sich einzig und allein auf ihren oft noch sehr eng definierten Zuständigkeitsbereich begrenzen. Die Strukturverantwortung der Kostenträger endet aber nicht an den Grenzen ihres unmittelbaren Zuständigkeitsbereiches. Im Sinne einer Gesamtverantwortung und zur Sicherung eines ganzheitlichen Hilfeansatzes für Suchtkranke müssen sich alle Kosten- und Einrichtungsträger beteiligen. Das Prinzip der Gesamtverantwortung muß sich dem entwickelnden Partikularismus ersetzen. Diesen Prozeß muß die neue Bundesregierung durch seine gesetzliche Verankerung verbindlich machen.

## **10. Durch die Berufung einer Enquete-Kommission "Sucht" der Bedeutung des Suchtproblems gerecht werden.**

Aufgrund der Komplexität der Suchtstoffpolitik und der Heterogenität und der verschiedenen Felder der Suchtkrankenhilfe hat es schon in der Vergangenheit viele Initiativen und Modelle zur Weiterentwicklung der Hilfen gegeben. Bei vielen dieser Initiativen fehlte aber ihre Einbindung in eine umfassende Suchtstoff bzw. Gesundheitspolitik.

In der deutschen Drogenpolitik hat es in den vergangenen Jahren viele positive Weichenstellungen für eine verbesserte Prävention und für eine Differenzierung der Hilfen für Abhängige von illegalen Drogen gegeben. Gleichzeitig hat es aber eine Einengung politischer Maßnahmen auf illegale Substanzen und die von ihr Abhängigen gegeben. Eine solche, auf Drogenpolitik eingeeengte Suchtstoffpolitik und Gesundheitspolitik verkennt, daß praktisch alle Suchtmittel austauschbar sind und auch in der Realität in Kombination benutzt werden. So findet das zehnfach bis zwanzigfach größere Problem der legalen Suchtmittel – vom Alkohol über Medikamente bis zum legalen Glücksspiel – mit mehr als 3 Millionen Abhängigen nicht die notwendige politische und gesellschaftliche Beachtung.

Es ist an der Zeit, das Suchtproblem in unserer Gesellschaft in seiner Gesamtheit in den Blick zu nehmen und Lösungsstrategien mit differenzierten und aufeinander abgestimmten Maßnahmen im Gesamtkontext einer umfassenden Sozial- und Gesundheitspolitik zu entwickeln und umzusetzen.

Die DHS regt deshalb die Einrichtung einer Enquete-Kommission "Sucht" an, die ein nationales Gesundheitsprogramm "Sucht" entwickeln soll. Dadurch können die bestehenden Ansätze zu einer umfassenden und effektiven nationalen Suchtstoffpolitik und Gesundheitspolitik gebündelt und gestärkt werden.

---

In diesem "10 Punkte Katalog zur Suchtstoffpolitik und Suchtkrankenhilfe" der DHS wurden verschiedene Stellungnahmen und Programme ihrer Mitgliedsverbände berücksichtigt:

Bundesverband der stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (buss), Arbeitsvorlage zur Empfehlungsvereinbarung Sucht' 99, Kassel 1998

Deutscher Caritasverband, Drogenpolitik - Positionen und Vorschläge des Deutschen Caritasverbandes, Freiburg 1993

Deutscher Caritasverband, Forderungen des Deutschen Caritasverbandes an den Deutschen Bundestag und an die Bundesregierung zur Sucht- und Drogenpolitik in der 14. Legislaturperiode, Freiburg 1998



Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS): Drogenpolitik und Drogenhilfe, in: "SUCHT" 44 (4), 1998

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (DHS), (Hrsg.): Jahrbuch SUCHT '99, Geesthacht 1998

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS), (Hrsg.): Ehrenamtliches Engagement in der Suchtselbsthilfe braucht politische Rahmenbedingungen, Gemeinsame Resolution der Teilnehmer/-innen der Sucht-Selbsthilfekonferenz vom 8. Nov. , Bonn 1998

Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR), Konsumräume für Drogenabhängige, in: FDR-Berichte, Nr. 3/98

Fachverband Drogen und Rauschmittel (FDR), Schreiben zu den Koalitionsverhandlungen/Drogenpolitik vom 9.10.98 an die VerhandlungsführerInnen von SPD und Bündnis 90 / Die Grünen

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Ev. Kirche in Deutschland e.V. (GVS): Kurzstellungnahme und gesundheitspolitische Forderungen an die neue Bundesregierung, Dezember 1998 (unveröffentlichtes Manuskript)

Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Ev. Kirche in Deutschland e.V. (GVS), Positionen Diakonischer Suchtkrankenhilfe, Kassel 1998

Hamm, Jan. 1999