

## Suchthilfe – Wo stehen wir und wo müssen wir hin?

Otto M. Lesch und Christian Wetschka  
Österreichische Gesellschaft für Suchtmedizin  
Verein Struktur

### I. Vorbemerkung: Wissen wir, dass wir (fast) nichts wissen?

Wenn wir das Angebot der Suchtkrankenhilfe in Wien überblicken wollen, - das gesamte Netzwerk, das aus allgemeinen und speziellen stationären und ambulanten Einrichtungen besteht – die meisten Alkoholkranken findet man ja nicht im Rehabilitationszentrum Kalksburg, sondern auf den internen Stationen der Krankenhäuser - müssen wir eines zuerst feststellen: *Wir verfügen kaum über valide Daten<sup>1</sup> zum Erfolg der eingesetzten therapeutischen Strategien und Methoden.* Auf keinen Fall über ausreichendes Datenmaterial, das sinnvolle Planungen zuließe. Das wären zum Beispiel Langzeit-Katamnesen nach Entwöhnungstherapien oder Verlaufserhebungen nach körperlichen Entzügen auf Allgemeinstationen oder auch Erhebungen bei den praktischen ÄrztInnen und niedergelassenen PsychiaterInnen, die in ihren Praxen immer wieder Entgiftungen, ambulante Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen durchführen müssen.

Außerdem müsste auch interessieren, wie Suchtkranke leben. Das wissen MitarbeiterInnen in den Sozialbetreuten Wohnheimen, SachwalterInnen, Heimhilfen, SozialarbeiterInnen, SozialbetreuerInnen in den Tageszentren, u. a. Und vor allem: die Betroffenen selbst.

Warum es diese Daten nicht gibt, liegt auf der Hand: Katamnesen, insbesondere prospektive Studien und Studien über Langzeitverläufe, sind sehr aufwändig und daher sehr teuer. Andererseits ist zu fragen, ob nicht im Sinne von Qualitätssicherung und einem vernünftigen Einsatz der Steuergelder eine permanente Evaluierung, die valide und reliable Daten liefert, wie sie z. B. im OWS an der Abteilung für Drogenkranke entwickelt wurde, längst Standard sein sollte. In diesem Zusammenhang muss auch gewarnt werden, sich von quantitativen Erhebungen zuviel zu erwarten. Letztlich kommt es immer auf die Interpretation der Daten an, und diese hängen jeweils vom zugrundeliegenden Werte-System ab<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Mit Ausnahme

1. der prospektiven Untersuchung von **Stefan Leitner (2009): Prognose der Alkoholkrankheit unter Berücksichtigung der Typologie nach Lesch** (Med Uni Wien), in der Untergruppen-spezifische Behandlung anhand der Krankheitsverläufe beurteilt wird, und
2. der Übersichtsdarstellung vom Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung aus dem Jahr 2009, wobei die meisten Daten *retrospektiv* sind und aus 2004 und 2006 stammen: **Grechenig K., Uhl A., Springer A., Danzer D., Kobrina U. (2009): Erhebung und Darstellung der Versorgungsstruktur für Alkoholkranke in Wien. LBI Sucht/ÖBIG.** In dieser Erhebung werden die Zahlen des KAV, bzw. der WGKK herangezogen und von der Anzahl der „alkoholassozierten“ Diagnosen auf die Anzahl von „alkoholassozierten Betten“ geschlossen. Demnach gab es im Jahr 2003 in Wien 615 „alkoholassozierte“ Betten, darin eingeschlossen die Betten in den Therapieeinrichtungen API, Pav 26 OWS und TZ Ybbs (insgesamt 348 Betten) und die in den allgemeinen Krankenhäusern erfassten Aufnahmen durch Suchterkrankungen, wobei hier nur jene Betten erfasst werden, deren Hauptdiagnose mit Alkoholmissbrauch in Zusammenhang stehen, die realen Daten dürften höher liegen. Wenn Grechenig und Uhl für ihre Berechnungen auf 181,- €Durchschnittskosten pro Tag und Bett ansetzen, liegen sie fern der Realität. Beispiel: Lt. den MitarbeiterInnen am Pav. 26 kostet ein Tag im OWS derzeit 640,- €. Allerdings halten die Autoren fest dass die Kosten im allgemeinen Spital wesentlich höher sind als jene in den Spezialeinrichtungen und nennen ihre Schlussfolgerungen vorsichtig „konservative Kostenschätzungen“.

<sup>2</sup> Daten aus der Suchtforschung zu verschiedenen Therapieformen liefern in den Metaanalysen immer wieder divergente Bilder. Siehe **OM Lesch, H Walter, CH Wetschka M Hesselbrock, V Hesselbrock(2011): Alcohol and Tobacco. Springer-Verlag. Oder: Cost Effectiveness and cost benefit Analysis of substance use**

Derzeit wissen wir wenig Sicheres. Alle Planungen von Maßnahmen geschehen aufgrund von Schätzungen und Ahnungen. Wir geben viel Geld aus uns wissen eigentlich nicht, was wie wirkt. Das ist auch der Grund, warum die Suchtkrankenhilfe zum Problem werden muss. Jeder kann etwas behaupten, mit mehr oder weniger Belegen. Das könnte der Boden für Machtspiele und politische Spekulationen werden. Entscheidend ist jedoch nicht die einzelne Einrichtung und nicht einzelne Methoden, sondern die Funktionalität aller Elemente im System. Und darüber wissen wir wirklich (noch) nichts.

Es wäre ein Fortschritt, wenn wir zugeben könnten, dass wir zu wenig wissen.

Auch wenn wir im streng wissenschaftlichen Sinn wenig über die Funktionalität des Systems wissen, können wir aus der strukturellen Analyse des Suchthilfesystems und aus Aussagen von ExpertInnen, die in diesem seit vielen Jahren arbeiten, einige Schwachstellen benennen, was eine fehlende Evaluierung natürlich nicht ersetzen kann. Im Folgenden wird auf diese Schwachstellen und Forderungen eingegangen.

---

**Treatment: a literature review der NEDS (2002).** Entscheidend ist offensichtlich die jeweilige Mischung der verschiedenen Maßnahmen in einem bestimmten Bereich. Die Analyse der Ergebnisse einzelner Methoden und Schulen ist nicht einheitlich, wenngleich die Literatur und die Metaanalysen („reviews“) sehr umfangreich sind. Allerdings lassen sich die Ergebnisse, die vorwiegend aus den USA stammen, nicht leicht auf die Verhältnisse in Österreich übertragen. Nicht „Methoden“ müssen analysiert werden, sondern Systeme.

## II. Einige grundlegende Überlegungen

Im Folgenden einige grundlegenden Richtlinien, die in der Entwicklung eines Suchthilfe-Konzepts von Bedeutung sind:

1. Eine Gesellschaft, die sich die Förderung von Süchten und insbesondere von Alkoholabhängigkeit erlaubt, sollte sich überlegen, ob sie es sich leisten will, bei Therapieangeboten oder bei der Verbesserung von Therapiekonzepten zu sparen. (Ethische Dimension versus ökonomische Dimension).
2. Suchtkranke nicht zu behandeln, ist für das Gemeinwesen billiger, da die **unbehandelten und falsch behandelten Suchtkranken früher versterben**, wobei dies allerdings dem Hippokratischen Eid widerspricht. Dies besagt weiters, dass das Behandlungs- und Betreuungsangebot für Abhängigkeitserkrankte sich nicht an der Ökonomie entscheidet, sondern immer am **politischen Willen** – Politik hier verstanden als das Weitergeben von Werten in der Gesellschaft, als Bildungspolitik, in der u. a. geregelt ist, was gewünscht und belohnt wird -, und an der **ethischen Grundhaltung**. (Ethische versus ökonomische Dimension)
3. Das Prinzip der „**Lebensqualität**“ sollte in die Beurteilung aller Angebote einbezogen werden. Eine Verbesserung der Lebensqualität ist letztendlich das Ziel aller sozio- und psychotherapeutischen Maßnahmen und ein Prädiktor für die Verbesserung des Krankheitsverlaufes. Das Gesamtpaket aller Angebote von Sozialarbeit, medizinischer Unterstützung, ambulanter oder stationärer Entwöhnungsbehandlung, arbeitsmarktpolitischer Unterstützung, Unterbringung in Heimen oder Wohngemeinschaften, usw. muss letztendlich die Lebensqualität und damit die Gesundheit der PatientInnen, bzw. KlientInnen verbessern, ansonsten sind die Maßnahmen fragwürdig<sup>3</sup>.
4. Schwere Formen der Alkoholabhängigkeit (Typ III und IV) und auch anderer Süchte korrelieren mit der sozialen Schlechterstellung der Betroffenen. **Armut und Suchterkrankungen** bedingen einander gegenseitig. Aus ethischer Sicht macht sich eine demokratisch verfasste Gesellschaft an den schwer Suchtkranken doppelt „schuldig“: in der Kindheit und Jugend durch zuwenig Förderung (Kompensation), später durch ineffiziente therapeutische Behandlung sowie durch Fehlen von passenden Angeboten überhaupt. (Ethische versus politische Dimension)
5. Die höheren Kosten für Suchtbehandlungen kommen a) aus der **ineffizienten bzw. fehlenden Prävention** (Früherkennung und gezielte Intervention) – eine Prävention, die gegen Suchtmittel gerichtet ist und nicht für Jugendliche auf Persönlichkeitsentwicklung und Verbesserung von sozialen Bedingungen ausgerichtet ist, ist heute nicht mehr zeitgemäß - und b) **aus nicht differenzierten Therapieformen**<sup>4</sup>. Eine Einheitsbehandlung für alle Unterformen der

---

<sup>3</sup> Die Gegenüberstellung von guten und schlechten Lebensjahren könnte als ein Maß für den Therapieerfolg gelten: „Wenn man die längerfristigen Auswirkungen von Substanzmissbrauch und Sucht quantifizieren möchte, so ist es weit zweckmäßiger, die Zahl der durchschnittlich verlorenen Lebensjahre – unter Umständen der qualitätsadjustierten Lebensjahre (QUALYs) oder der behinderungsadjustierten Lebensjahre (DALYs) – zu errechnen und auszuweisen.“ Alfred Uhl (2006): Alkoholpolitik und wissenschaftliche Forschung. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung Jg. 29. S 16

<sup>4</sup> Michael Musalek, Leiter des API: „Wichtig wäre ein individuell abgestimmtes Behandlungsprogramm. Lange Zeit war man der Meinung, dass ein standardisiertes Behandlungskonzept für alle Alkoholkranken ausreicht. Diese Einstellung ist aber längst nicht mehr zeitgemäß. Es braucht ein flexibles System, um auf die unterschiedlichen individuellen Ansprüche der PatientInnen Rücksicht nehmen zu können. Das sind z.B. Zwischenmodelle, wie Tageskliniken, teilstationäre Angebote oder Einrichtungen im Freizeitbereich, wo es vorwiegend um aktivierende Maßnahmen geht.“ (zit. nach Grechenig et. al. S. 74) – Die Differenzierung der

Suchterkrankung kann nicht effizient sein, überdies können sie für PatientInnen schädlich werden. Beispiel: Langzeit-Entwöhnungsbehandlungen gelten in Österreich als „state of the art“, auch wenn sie eigentlich nur einer sehr kleinen Anzahl von Betroffenen überhaupt zugänglich sind und der **Langzeiterfolg fraglich** ist. Es ist auch nicht auszuschließen, dass bestimmten PatientInnen Drei- und Mehrmonatsentwöhnungen wenig bis gar nicht nutzen bzw. sogar schaden<sup>5</sup>. Hier ginge es um eine Verbesserung der Zuweisung zu bestimmten Behandlungen – Voraussetzung dafür ist aber ein **differenziertes Angebot**. Das Fehlen von **ambulanten Therapiemöglichkeiten auch mit Tagesklinikstruktur** ist hier eingeschlossen. Dieser international gewählte Zugang wäre zudem deutlich **kosteneffektiver**. Das Ziel jeder Behandlung ist immer die **ambulante Langzeitbegleitung**.

6. Wie alle anderen gesellschaftlichen Systeme, die Ressourcen verteilen, sind auch die Psychiatrie und das Sozialsystem und die mit ihnen verknüpfte Gesundheits- und Sozialpolitik Instrumente, die hoch selektiv sind. Das heißt: irgendeine Instanz (Primare, Ämter oder Stadträte) entscheidet, wer, was und wie viel bekommt. Auch persönliche und personelle Faktoren können eine Rolle spielen. **Selektionsstrategien sollten transparent, rational (evidence based), human und effizient sein**. Das sind sie nicht,
  - a. Wenn man nach der vermeintlichen momentanen, subjektiven Motivation der PatientInnen entscheidet (anstatt nach diagnostischen Kriterien)
  - b. Wenn man danach entscheidet, ob PatientInnen in das eigene Therapiekonzept passen (statt etablierte und evaluierte Therapiekonzepte zu entwickeln, die zu den PatientInnen passen)
  - c. Wenn man in erster Linie nach dem Vorhandensein „Ressourcen“ – z. B. von freien Betten - entscheidet (anstatt das Angebot an den Bedarf anzupassen)<sup>6</sup>
  - d. Wenn man nach personellen Ressourcen entscheidet (anstatt für ausreichendes und entsprechend gutes Personal zu sorgen)<sup>7</sup>
  - e. Wenn man danach entscheidet, wie schwierig PatientInnen (z. B. multimorbide) erscheinen, bzw. bei früheren Aufenthalten erschienen sind (anstatt eine diagnostische Entscheidung vorzunehmen)
  - f. Wenn man nach den tradierten Vorgaben der Stationen (bzw. des Primariats) entscheidet (und weniger nach medizinisch-psychiatrischen)
  - g. Wenn man nach der Prognose entscheidet (die bei Suchterkrankungen meist unsicher ist)

7. Respektvoller Umgang mit SuchtpatientInnen schließt die gültigen Kriterien eines **therapeutischen Gespräches** ein: genügend Zeit und Ruhe (kein Telefon), Zuhören statt

---

Therapie nach diagnostischen Untergruppen ist auch ein klares Ergebnis aus den meisten Metastudien (z. B. der großen MATCH-Studie).

<sup>5</sup> Peter Lanka, Leiter der Therapieeinrichtung ReIntegration: „*Es ist natürlich klar, dass eine Langzeittherapie sehr viel kostet und nicht jeder Alkoholabhängige braucht eine Langzeittherapie. Es wäre wichtig, sich den Bedarf in diesem Bereich anzuschauen und das Angebot an diesen Bedarf anzupassen.*“ (zit. nach Grechenig et al. S. 74)

<sup>6</sup> In der Praxis werden einfach die Wartelisten und somit die Wartezeit auf einen Therapieplatz länger. Bei Frauen z. B. beträgt die Wartezeit aufgrund fehlender Ressourcen mitunter ½ Jahr.

<sup>7</sup> Prinzipiell ist bedenklich, wenn die Fluktuation von psychiatrischen Fachärzten langfristig auf einem überdurchschnittlichen Niveau bleibt. Z. B. verlassen pro Jahr mehr als 10 Fachärzte das OWS, Oberarzt-Stellen können monatelang nicht nachbesetzt werden. Experten schätzen, dass in Wien überhaupt 100 Psychiater fehlen. Und dies in einem Bereich, in dem der kontinuierliche Arzt-Patient-Bezug weitaus wichtiger ist als in anderen Fachgebieten.

Empfehlungen und Ratschläge, Bedürfnisse des Patienten in Erfahrung bringen<sup>8</sup>, gemeinsam erreichbare Therapieziele definieren, sich auf Beziehungsarbeit einlassen, keine Wertungen.

Langfristiges Ziel müsste es sein, zu objektiven und effektiven Kriterien zu kommen, d. h. wissenschaftliche Daten heranzuziehen und das, was man schon macht, zu evaluieren und daraus zu lernen.

Das kann nicht heißen: konzeptlos Einrichtungen zu schließen oder andere zu eröffnen.

---

<sup>8</sup> Es sollen offene Fragen gestellt werden: Wofür hilft Ihnen das Suchtmittel? Welche angenehmen Wirkungen hat das Suchtmittel? Was sind die negativen Wirkungen des Suchtmittels? Was hindert Sie an einer Lösung?. Vgl. Miller-Rollnick, Motivational Interviewing

### III. Zielsetzungen für ein Suchthilfekonzept

#### 1. Therapeutische Multi-Kultur statt Mono-Kultur<sup>9</sup>.

Eine therapeutische Monokultur („eine Therapie für alles“) entspricht nicht der Realität der Komorbidität der Suchterkrankungen und verursacht langfristig auch höhere Kosten. Es braucht verschiedene Angebote, angemessene differenzierte Vorgehensweisen (Diversifizierung des alkoholspezifischen Angebotes<sup>10, 11</sup>).

#### 2. Networking als state of the art<sup>12</sup>.

Verbesserte Zusammenarbeit von Psychiatrie – Sozialarbeit – Behindertenhilfe (eventuell auch AMS) durch Vernetzungstreffen und echtes Case-Management. (Berücksichtigung „sozialer Diagnosen“<sup>13</sup>) – Modell: OWS (Pav. 26) – Caritas (Vinzenzhaus, Gruff) – Volkshilfe

#### 3. Sozialtherapeutische Maßnahmen

Schaffung von Beschäftigungsmöglichkeiten und Tagesstruktur-Projekten nach den Therapien oder **statt** (!!!) der Therapien wären in vielen Fällen effizient und könnten Stabilisierungserfolge sichern<sup>14</sup>, bzw. überhaupt ermöglichen.

– Die Angebote des OWS sind hier differenziert (Gartengruppe, Werkstätten, Weihnachtsmarkt-Projekt, KOMM 24,...).

- Die „Gartentherapie“, die im API während des stationären Aufenthalts eingesetzt wird, könnte auch in der Nachbetreuung zur Verfügung stehen.

– Ein Vorzeigeprojekt ist das Angebot der MA 42 für Langzeitarbeitslose (3 Tage in der Woche je 5 Stunden Gartenarbeit in Wiens Parkanlagen).

- Tageszentren mit Mitarbeitsmöglichkeiten

- Wiener Berufsbörse

- U. a.

Zu den sozialtherapeutischen Maßnahmen gehört im engeren Sinn die Schaffung von geeigneten Wohnformen für Betroffene, die nicht mehr alleine leben können. Neben Heim-Angeboten sollten auch Wohngemeinschaften<sup>15</sup> geschaffen werden, die allerdings speziell begleitet werden müssen, damit diese Wohnform zur Stabilität beiträgt (eine stabile Gemeinschaft muss entstehen).

---

<sup>9</sup> Grechenig, Uhl, et. al.: „Eine optimale Versorgungsstruktur würde eine größtmögliche Diversifizierung des Angebots voraussetzen, um den unterschiedlichen Behandlungsbedürfnissen und –notwendigkeiten alkoholabhängiger PatientInnen Rechnung zu tragen. In diesem Sinne ist auch die optimale Zuweisung der Betroffenen von großer Bedeutung.“ (S. 73)

<sup>10</sup> Vgl. Grechenig/Uhl et. al. S. 105

<sup>11</sup> Stefan Leitner konnte in seiner Untersuchung: **Prognose der Alkoholkrankheit unter Berücksichtigung der Typologie nach Lesch** (Med Uni Wien 2009) nachweisen, dass es signifikante Unterschiede gibt, wenn AlkoholtherapiepatientInnen mit einer „allgemeinen Therapie“ oder mit Methoden behandelt werden, die sich nach den jeweiligen diagnostischen Untergruppen richten. Mit einer typenspezifischen Behandlung konnten die Verläufe signifikant verbessert werden.

<sup>12</sup> In der PROMO-Erhebung („Good Practice“ in der psychosozialen und psychiatrischen Gesundheitsversorgung sozial marginalisierter Gruppen in Europa), in der 617 Einrichtungen in Europa untersucht wurden, erwies sich die „mangelnde Koordination und Zusammenarbeit von Einrichtungen innerhalb einer Region“ als eines der Hauptprobleme in der psychosozialen Versorgung.

<sup>13</sup> Vgl. Pantucek: Soziale Diagnosen

<sup>14</sup> Derzeit sind im Suchtbehandlungssystem gewisse Beschäftigungsmöglichkeiten nur im Rahmen einer Tagesklinik-Form zugänglich, was eine vorausgehende Aufnahme voraussetzt, auch in jenen Fällen, wo eine solche therapeutisch nicht erforderlich wäre.

<sup>15</sup> In Wien bestehen seit 2006 und 2010 zwei Wohngemeinschaften für wohnungslose Typ III und Typ IV-PatientInnen, die mit vorwiegend soziotherapeutischen Prinzipien Langzeitabstinenz erzielen. In der WG des Vereins Struktur werden seit Jahren 99 % kumulative Abstinenztage (CAD) erreicht.

#### **4. Entwöhnungstherapien (stationäre Langzeitaufenthalte) nur bei entsprechender Indikation**

Der Einsatz von Langzeittherapien sollte gezielter erfolgen<sup>16</sup> – mehr Kriseninterventionen mit effizienter Nachbetreuung (hier kann man am meisten einsparen, wenn man nach Basiserkrankungen differenziert).

#### **5. Aufbau selbständiger Suchtambulanzen für Substanzabhängige**

Von allen Experten kritisiert wird das Fehlen von eigenständigen ambulanten Angeboten. Ambulante Nachbetreuung wird von der Krankenkasse nur bezahlt, wenn eine stationäre Behandlung vorausgeht. Die Koppelung von stationärem Aufenthalt und ambulanter Betreuung engt die Möglichkeiten in diesem Segment stark ein. Überdies führt diese Koppelung zu einer Kostenverzerrung: meist werden die Ambulanzkosten über die stationären Betten abgerechnet. Ambulanzen sollten sowohl Entzugs- also auch Entwöhnungsbehandlungen anbieten. Das **Prinzip der Niedrigschwelligkeit** muss beachtet werden.

#### **6. Schaffung von Einrichtungen für Jugendliche mit schädlichem Konsum von Suchtmitteln**

Hier ist auch an nachgehende außerschulische Jugendarbeit zu denken. Vorhandene Strukturen können genutzt werden.

#### **7. Förderung der Angehörigenarbeit**

Auch Angehörigenarbeit wird nicht bezahlt. Andererseits kann eine gelungene Förderung des sozialen Potentials eine starke Auswirkung auf die Therapie- und Abstinenzmotivation der PatientInnen haben<sup>17</sup>.

#### **8. Raschere Akutaufnahmen/Kriseninterventionen,**

Stationäre Aufnahmen nach dem Zufallsprinzip, oder nach langen Wartezeiten oder in Verbindung mit einem hochschwelligem Aufnahme ritual (z. B. 2 Mal am Tag zum Alk-Test in die Klinik kommen müssen) sind besonders in der Alkoholbehandlung, in der es kaum Substitutionsmöglichkeiten gibt, kontraproduktiv. Bei PatientInnen, die in einem therapeutischen ambulanten Setting rückfällig werden und eine stationäre Krisenintervention benötigen, sollte eine Aufnahme keine Frage sein. Je schneller ein Rückfall behandelt wird, umso kürzer und weniger schwer fällt er aus<sup>18</sup>. Das „Krankheitskonzept“ der Sucht muss auch in der konkreten Behandlung umgesetzt werden. Moralische Kriterien („Motivationsprüfung“) sind fehl am Platz.

#### **9. Effiziente Nachbetreuung – ausreichend Plätze bei guter Qualität**

---

<sup>16</sup> Kriterien für eine Langzeitaufnahme könnten sein: langer Krankheitsverlauf, massive Folgeerkrankungen (die eine längere Rehabilitation erfordern), mehrere fehlgeschlagene Therapieversuche, ungeklärter psychiatrischer Hintergrund (Multimorbidität), fehlende soziale Unterstützung – Fixierung in einem alkoholfördernden Umfeld, das eine längerfristige Neuorientierung erforderlich macht, u. a.

<sup>17</sup> Die Einbeziehung des sozialen Umfelds, vor allem der Familien, wird im Rahmen des in den USA praktizierten „Community Reinforcement Approach“ angewendet. Eine Vielzahl von Untersuchungen belegt die Effizienz dieses Zugangs. Vgl. Lange, Wolfgang, Reker M., Driessen M. (2008): Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. In Sucht 54 (6). S. 20 -30. Sehr gut belegt ist auch die Förderung von familiären Selbsthilfegruppen, die in Kroatien und Italien seit 1964 praktiziert wird. Vgl. Piani Francesco, Gosparini Paola (2007): Familientherapie und der „Club alkoholabhängiger Menschen in Behandlung“. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung. Jg 30 S. 27 – 30.

<sup>18</sup> Vgl. Addolorato Giovanni, Abenavoli Ludovico, Leggio Lorenzo, Gasbarrini Giovanni (2005): *How many cravings? Pharmacological Aspects of Craving Treatment in Alcohol Addiction: A Review.* In: Neuropsychology 429

Spezifische Nachbehandlung, die auch den psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Qualitätskriterien entspricht, ist in der Nachbetreuung anzubieten (Erreichbarkeit, Kontinuität der Therapeuten und Krisenintervention). Ambulante Kontrollen mit Fünfminutengesprächen nach meist langer Wartezeit sind nicht effizient.

#### **10. Qualitätssicherung und Fehlermanagement auch in der Suchtkrankenhilfe**

Instrumente, die es ermöglichen, aus Fehlern zu lernen, und gleichzeitig die Weiterentwicklung des Hilfesystems im Auge zu behalten, sollten entwickelt werden. Das computergestützte Diagnose und Therapiemanual LAT - Lesch Alcoholism Typology ([www.lat-online.at](http://www.lat-online.at)) ist ein erster Ansatz, um Fehler zu erkennen und Verbesserungen durchführen zu können.

## IV. Schlussbemerkung

Vermutlich stimmt die Annahme, dass in der Suchthilfe Versäumnisse vorliegen. Und mehr als gering scheint die Chance zu sein, dass im Zeitalter der Sparpakete finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um Suchtbehandlungszugänge, Behandlungsstrategien und Professionalisierung insgesamt umzusetzen. Eine Auseinandersetzung mit den an den Universitäten unterrichteten Inhalten und mit der international gültigen Diagnose- und Behandlungsstrukturen würden der Politik in ihren Entscheidungen helfen und dem Steuerzahler viel Geld ersparen.

Andererseits ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Ausgaben für das Management von Suchtkranken in wirtschaftlich schlechteren Zeiten steigen. Außerdem werden durch die allgemeine Erhöhung der Lebenserwartung auch Suchtkranke älter und verursachen mehr Kosten. Zweifellos besteht Handlungsbedarf, aber zweifellos gibt es auch Verbesserungsmöglichkeiten. Hier werden die Diversifikation von Einrichtungen, die Verbesserung der diagnostischen Differenzierung (und daraus folgend die effizientere Verteilung der therapeutischen Ressourcen), aber auch die Schaffung von eigenständigen ambulanten Suchtzentren und eine bessere Vernetzung der verschiedenen Segmente als Strategien von ExpertInnen schon lange diskutiert.

Alle diese Behandlungs- und Betreuungssegmente sind in Ansätzen bereits vorhanden, sollten aber effizienter aufeinander abgestimmt werden. Kostenersparnisse werden sich dort ergeben, wo die Behandlungen effizienter werden (Synergieeffekte). Wenn sich damit auch die Lebensqualität der Betroffenen verbessert, sind wir auf dem richtigen Weg. Vergessen sollte man auch nicht: zur Verbesserung der Lebensqualität gehört auch die Verringerung von unnötigem Leid und vermeidbarem (!) sozialem Elend.

Weiters sollte man der Versuchung widerstehen, einzelne Lösungsvarianten gegen andere auszuspielen. Der scheinbare Gegensatz von ambulanter und stationärer Entwöhnungstherapie z. B. ist keiner, wenn man sich vergegenwärtigt, dass das System beide Formen der Behandlung braucht. Allerdings sollten ambulante Suchtzentren deutlich stärker gefördert werden als stationäre Einrichtungen.

Gewarnt werden muss außerdem vor einer raschen „Verpolitisierung“ dieses gesundheits- und sozialpolitischen Themas. Gerade das Bewusstsein, dass die erforderlichen Entscheidungen sehr stark von gesellschaftlichen Werten abhängen, sollte nicht dazu verleiten, den Fokus zu sehr einzuengen. Gute Lösungen entstehen nicht innerhalb von Parteigrenzen, sondern nur in einer sachlichen Kooperation zum Wohle der psychisch kranken Menschen, wobei das nationale und internationale Wissen – z. B. die Richtlinien der WHO, der EMEA oder der DSG – unbedingt Grundlage des Handelns sein sollte.

Kreative Lösungen, die wenig Geld kosten, scheinen heute gefordert zu sein. Zusperren und Personalreduktion sind keine kreativen Lösungen.