

Symposium

Westfälische Suchthilfe

Blick zurück
nach vorn

vom Standpunkt der Adaption

Dortmund 8. Juni 2004

Roland Helsper

**Sehr geehrte Damen und Herren,
Liebe Kolleginnen und Kollegen
sehr geehrter Herr Lappe,**

als ich das Programm für das heutige Symposium „Westfälische Suchthilfe – Blick zurück nach vorn“ gelesen habe, wusste ich nicht ganz genau, wie ich es zu deuten habe, dass der Beitrag zum Thema Adaption als einziger Fachbeitrag nicht in Fettdruck angekündigt war. Meines Erachtens ist die Adaptionsbehandlung als zweite Phase der medizinischen Rehabilitation notwendiger als je zuvor, andererseits werden immer wieder Stimmen laut die die Adaptionsbehandlung in der heutigen Form – oder vielleicht auch nur in der westfälischen Form- für ein Auslaufmodell halten. Die Adaptionsbehandlung ist gegenwärtig und zukünftig unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Rehabilitation. Dies werde ich mit meinem heutigen Beitrag deutlich machen. Zunächst einmal, den Blick zurück:

Mitte bis Ende der 70'iger Jahre entstanden die ersten sozialtherapeutischen Einrichtungen mit dem Ziel der gesellschaftlichen und beruflichen Wiedereingliederung von schwerst Abhängigkeitskranken. Die damaligen Fachkliniken bzw. Entwöhnungseinrichtungen haben ihr Konzept eher als ein ausschließlich psychotherapeutisches Behandlungskonzept unter Ausschluss jeglicher sozialer Problematik verstanden. Hinzu kam, dass strenge Therapiekonzepte bei Behandlungsdauern von bis zu 18 Monaten eine zum Teil aus heutiger Sicht nicht mehr nachvollziehbare Isolation darstellten und eine Wiedereingliederung dringend notwendig machten.

Die anschließende klassische stationäre Nachsorge in Übergangseinrichtungen hatte Behandlungszeiten zwischen 12 bis 18 Monaten, sie fiel bis Anfang der 80'iger Jahre eindeutig in die Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers, in unserem Fall in die Zuständigkeit des Landschaftverbandes Westfalen Lippe.

Mitte der 90'iger Jahre stellten sich die Sozialhilfeträger gestützt auf das York Urteil von 1983 auf den Standpunkt, dass die berufliche und soziale Wiedereingliederung mit der finalen Orientierung und Wiederherstellung oder wesentlichen Verbesserung der Erwerbsfähigkeit in den Bereich der medizinischen Rehabilitation falle und somit in die Zuständigkeit der Rentenversicherungsträger. Die Landschaftsverbände finanzierten noch bis 1993 nach § 44 BSAG vorläufig die Maßnahmen weiter und klagten die Kosten parallel bei der LVA ein. Gleichzeitig wurden die Einrichtungen aufgefordert, sich der Belegung durch die Rentenversicherungsträger zu öffnen und bei diesen Anträge auf Versorgungsverträge zu stellen. Ein verwirrendes zähes Ringen in Verhandlungen und Prozessen über Jahre hinweg um Finanzierung einerseits und notwendigen Umfang des Angebots andererseits führte zur Aufgabe der klassischen Nachsorge bzw.- Übergangseinrichtung und zum Konzept der Adaption.

Der Rahmenkonzeption zur Adaption stimmten im April 1994 alle gesetzlichen Rentenversicherungsträger und die Krankenversicherungsträger auf Bundesebene zu.

Aber neben der zu beobachtenden sprachlichen Verwirrung, in der die Begriffe Nachsorge und Adaption fälschlicherweise synonym verwandt werden, kommt es bis heute zur regional unterschiedlichen Bewilligungskriterien und Auslegungen von Inhalt und Umfang der Leistungen in einzelnen Bundesländern. So haben sich die Krankenkassen erst in diesem Jahr so weit geöffnet, dass sie Adaptionsmaßnahmen für Suchtkranke in Westfalen bezahlen. Hier war es wiederum nötig, dass der Landschaftsverband Westfalen-Lippe konsequent die Kostenübernahme für Adaptionsleistungen ablehnte, um somit die Krankenkassen weiter unter Druck zu setzen. Schließlich wurden auf verschiedenen Verhandlungsebenen die Krankenkassen davon überzeugt, dass Adaptionsleistungen als medizinische Rehabilitationsphase II notwendiger Bestandteil der gesamten Behandlung sind.

Die LVA Westfalen hat schon am 01.07.1993 mit verschiedenen Einrichtungen in Westfalen erste Belegungsverträge abgeschlossen und es war für die LVA Westfalen immer klar, die Adaption ist integraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation Suchtkranker.

Es wird unterschieden zwischen der Phase I (Entwöhnung) und der Phase II (Adaption) Diese Grundlagen definieren

Adaptionseinrichtungen als Kliniken, auch wenn der medizinische Teil zugunsten einer alltagsnahen Realitätserprobung vordergründig nicht im Fokus steht.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wie sah nun die Situation 1993 in Westfalen aus? Mit Abschluss der Versorgungsverträge mit den Rentenversicherungsträgern existierte die Nachsorge als solche nicht mehr. Im Drogenbereich gab es 1993 drei Einrichtungen in Westfalen, die mit der LVA einen Vertrag abgeschlossen hatten. Hier ist zu nennen als die Älteste die Sozialtherapeutische Wohngemeinschaft in Hamm, Rosa-Luxemburgstraße, die heutige Adaptionseinrichtung Minden Haus Regenbogen und das heutige Haus mit Aussicht, Kadesch in Herne.

Im legalen Drogenbereich gab es die Einrichtungen in Bochum, Rheine, Bad Lippspringen, Hagen Blaukreuz und die Einrichtung in Warstein Stillenberg. Mit dem Abschluss der Versorgungsverträge war elementar, dass der Arzt Bestandteil des multidisziplinären Teams wurde. Im wesentlichen gestützt auf das Yorkurteil und ausgestattet mit dem eigenen Anspruch der ständigen Qualitätsverbesserung haben alle genannten sozialtherapeutischen Wohngemeinschaften schon Mitte der 80'iger Jahre angefangen sich und ihre Mitarbeiter zunehmend zu qualifizieren. Weiterbildung und Entwicklung von suchtherapeutischen oder psychotherapeutischen Ausbildungen waren Bestandteil einer Qualitätsentwicklung nicht nur in der Entwöhnung, sondern auch in der sozialtherapeutischen Wohngemeinschaft. Dass eine medizinische Rehabilitation angemessene ärztliche Mitwirkung erforderlich macht und auch beinhalten muss, ist bis heute unstrittig. Die Einrichtungen haben, durch die Mitwirkung des Arztes, an Qualität gewonnen. Trotz alledem, und damit werde ich Sie für heute an der Stelle nicht mehr mit alten Urteilen und Rechtsfragen belästigen, ist es notwendig, nochmals den Ausschlag gebenden Inhalt des Yorkurteils hier zu zitieren.

:Entsprechend der finalen Ausrichtung der Rehabilitation ist nämlich nicht das pädagogische Element, sondern dessen Zielsetzung ausschlaggebend. Wird die Drogenabstinenz zur Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bezweckt, so gehört auch eine pädagogisch hierauf gerichtete Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation, selbst wenn daneben noch weitere Verhaltensstörungen behoben, allgemeine oder Berufskennnisse vermittelt und die Eingliederung in die Gesellschaft ebenfalls angestrebt werden.

Mit diesem Urteil wurde medizinische Rehabilitation nicht mehr zwangsläufig als alleinige ärztliche Leistung definiert. Im Zuge dessen, wie bereits erwähnt, entwickelten alle gesetzlichen Rentenversicherungsträger und die Krankenversicherungsträger auf Bundesebene ein Rahmenkonzept. Auf der Grundlage dieses Rahmenkonzepts arbeiten in Westfalen alle bestehenden Adaptionseinrichtungen. Vielleicht, meine Damen und Herren, ein Hinweis noch zwischendurch zur Begrifflichkeit der Adaption. Adaption ist ja eine von den Rentenversicherungsträgern kreierte Wortschöpfung, der Duden schreibt zur Adaption gleichbedeutend mit Adaptation – Sie merken, ein Stotterwort – also die *Adaption wird verbunden mit Anpassungsvermögen, anpassen, z.B. von Organen an die Gegebenheit, Umstände und an die Umwelt.*

So gesehen haben die Rentenversicherungsträger hier in dem Begriff recht zielgenau die Aufgaben der zweiten Phase der medizinischen Rehabilitation definiert. Was bedeutet Adaptionenbehandlung heute? Ich werde mich im wesentlichen bei meinen Darstellungen auf Konzepte für den illegalen Suchtbereich konzentrieren.

- *Die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger besteht aus der Entwöhnung (Phase I) und der Adaption (Phase II) ist Regelhaft nach der stationären Entwöhnungsbehandlung noch nicht abgeschlossen.*
- *Adaptionenbehandlung ist die Schnittstelle von der Entwöhnungsbehandlung zum selbständigen Leben.*
- *Schwerpunkt der medizinischen Rehabilitation in den Adaptionseinrichtungen ist die Weiterführung der psycho- und sozialtherapeutischen Behandlung.*
- *Dabei sind berufliche und soziale Integration wichtige Bausteine zur Gesundung der Patienten im Sinne eines ganzheitlichen Behandlungskonzepts.*

- ***Die Adaptionsbehandlung hat die Aufgabe zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung bei selbständiger und eigenverantwortlicher Lebensführung der suchtkranken Patienten beizutragen.***

Vielfach wird in den Konzepten von Resttherapiebedarf gesprochen. Ich glaube dieser Begriff ist überholt, es geht um Fortführung der psychotherapeutischen Behandlung. Im kurzen noch einmal die Leistungen in den Adaptionseinrichtungen.

- **therapeutische Einzel- und Gruppengespräche**
- **Bewerbungstraining**
- **EDV-Schulung**
- **Ergotherapie als Teil der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation zur Feststellung der Leistungs- und Belastungsgrenze**
- **Betreuung und Vermittlung von Praktika zur Belastungserprobung**
- **Sportangebote intern und extern**
- **Unterstützung bei Ämtern und Behördenangelegenheiten**
- **Schuldenregulierung**
- **Gesundheitsberatung/Interferonbehandlung und ähnliches**

- **Stabilisierung der Abstinenz, Motivationshaltung und Rückfallbearbeitung**
- **Integrative Leistungen zur sozialen Wiedereingliederung wie Wohnen u. Freizeit**

Diese Leistungen in der Adaptionphase werden individuell ausgestattet, da sie den unterschiedlichen Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen gerecht werden müssen. Aber was hat sich denn seit 1993 bis heute wirklich getan? Ausgelöst durch den ständig steigenden Drogenkonsum und auch die damit verbundenen Drogentoten hat die Landesregierung in den 90'iger Jahren stark die Finanzierung weiterer Therapieplätze gefördert. Im Zuge der Förderung gab es in Westfalen im Illegalen Drogenbereich weitere Adaptionseinrichtungen. In den Jahren 1996 kamen zu den bisherigen Adaptionseinrichtungen Hamm, Minden, Herne noch die Einrichtungen in Dortmund, in Fredeburg, Haus Burgblick und die Einrichtung Södingstraße in Hagen hinzu. Später eröffnete die Adaptionseinrichtung der Bernhard Salzmann Klinik in Gütersloh. Im Zuge des Wachstumsförderungs- -gesetzes hatte insbesondere der legale Bereich mit den verkürzten Behandlungszeiten zu kämpfen.

So gerieten sehr alte Einrichtungen wie Bochum und Rheine ins Strudeln und widmeten ihre Einrichtungen um, in Wohnheime für chronifizierte Suchtkranke und auch im Drogenbereich musste nach einigen Jahren die Adaptionseinrichtung Burgblick schließen, ebenso im vergangenen Monat die Adaptionseinrichtung in Minden. Es scheint so, dass sich der Existenzkampf unserer suchtmittelabhängigen Patienten immer wieder in der institutionellen Dynamik widerspiegelt. Die Fragen, ob es weitergeht und wie es weitergeht und in welchem Rahmen es weitergeht sind ständiger Begleiter von Entwöhnungs- und Adaptionsbehandlung.

Um dem konstruktive zu begegnen treffen sich die Adaptionseinrichtungsleiter der legalen und illegalen Adaptionseinrichtungen in Westfalen regelmäßig, mehrmals im Jahr zum Arbeitsbesprechungen mit den Vertretern der LVA in Münster. Hier bei geht es um den Ausbau und die qualitative Weiterentwicklung der Arbeit. Wesentliche Teile dieser Treffen waren in diesen Jahren bestimmt durch das Wachstumförderungsgesetz von 1996 und die damit verbundenen Veränderung von Behandlungszeiten.

Lag die durchschnittliche Behandlungszeit in den Adaptionseinrichtungen bis Ende 96 bei den regulären Entlassungen noch bei fast sechs Monaten, die Vorbehandlungszeit in den Entwöhnungseinrichtungen bei neun bis 15 Monaten, so veränderte sich dies ab 1997 schlagartig. Für den legalen Bereich bedeutete dies eine Reduzierung auf 13 Wochen, für den illegalen Bereich auf 17 Wochen. Gleichzeitig, wie bereits heute schon erwähnt, wurde die Budgetierung eingeführt. Die Einrichtungsleiter mussten somit ihre Konzepte verändern und gleichzeitig die Werbetrommel rühren, um die Entwöhnungseinrichtungen auf die Adaptionseinrichtungen aufmerksam zu machen für die Notwendigkeit der Adaptionsleistung. Dies ist uns auch bis heute gut gelungen. Insgesamt wurde jedoch deutlich, dass die Patienten bei Aufnahme in die Adaptionsphase wegen der kürzeren Vorbehandlungszeiten keine klare Abstinenzhaltung im Hinblick auf legale Drogen entwickelt haben.

Deutlich wurde auch, dass der innere Nachreifungs- und Wachstumsprozess nicht so weit entwickelt ist, wie es für die Adaption eigentlich notwendig wäre.

Hatten wir es in den ersten Jahren noch mit Patienten zu tun, die sich im Nachreifungsprozess zwischen Pubertät und Adoleszenz befanden, auf der Suche nach Zukunftsvorstellungen von Beruf und Ausbildung, Werten und Normen, so sind die heutigen Patienten innerlich im Nachreifungsprozess eher vorpubertierend, manchmal trotzig und häufig ohne jede Zukunftsvorstellungen. Sie bringen eine äußerst geringe Frustrationstoleranz mit und sind noch sehr stark mit den Werten der Drogenszene bzw. der delinquenten Szene verbunden. Alle bisher bei uns in Dortmund aufgenommenen Patienten waren zu Beginn der Behandlung wohnungslos, fast 75 Prozent ohne Ausbildung, und 100 Prozent ohne Beschäftigung. Dies sind die äußeren sozialen Bedingungen. Die psychischen Beeinträchtigungen sind meist noch gravierender. Auch ausgelöst durch den stark gestiegenen XTC Konsum.

Hatten wir bis 1996 oft relativ rigide Regelungen, dass die Behandlungszeit erst nach sechs Monaten abgeschlossen war, so hat sich die durchschnittliche Verweildauer seit Einführung der 17 Wochen deutlich verändert. Aus der Not der Budgetierung eine Tugend machend, wurde die Behandlungsdauer den individuellen Erfordernissen der Patienten angepasst. Im vergangenen Jahr hatten wir eine durchschnittliche Verweildauer bei den regulären Entlassungen von 100 Tagen bei 119 möglichen Tagen.

In diesen Zusammenhang und der damit verbundenen verkürzten Behandlung war es dringend notwendig, sich Gedanken über eine Optimierung der 17 wöchigen Behandlung zu machen. Hier hat sich der Arbeitskreis viel Qualität entwickelt. Zwei Punkte möchte ich Ihnen kurz vorstellen. Im Zuge der individuellen Therapieplanung und Gestaltung haben wir in Westfalen in den letzten Jahren die Behandlungseinheiten flexibilisiert. Im Westfälischem Modell zur Flexibilisierung der Behandlungszeiten haben die Adaptionseinrichtungen hier die Möglichkeit ihre Behandlung sowohl stationär als auch teilstationär und ambulant durchzuführen. Die Behandlung kann als einzelnes Modul durchgeführt werden oder in Form von Behandlungsphasen die nahtlos ineinander übergehen. Für einen Wechsel in die jeweilige Behandlungsphase reicht eine Anzeige des Wechsels beim Versicherungsträger aus, sofern die reguläre Therapiezeit noch nicht überschritten wurde.

Die ersten Auswertungen bei uns in der Adaptionseinrichtung in Dortmund zeigen deutlich, dass wir durch die teilstationäre oder ambulante Weiterbehandlung, eine der wesentlichen Krisen, nämlich den Wechsel vom stationären Setting in den eigenen Wohnraum, besser begleiten konnten.

Von Mai 2001 bis heute haben wir insgesamt 31 Patienten in tagesklinischer Form weiterbehandelt. Davon wurden 29 regulär entlassen, von diesen 29 Leben bis heute 22 Patienten abstinent und davon konnten 17 in Arbeit bzw. Ausbildungsverhältnisse vermittelt werden.

Zur Vorbereitung und Durchführung der individuellen beruflichen Integration wurde zunehmend deutlicher, dass Spezialkenntnisse erforderlich sind. Somit bestand für uns als Adaptionseinrichtung die Notwendigkeit, vorhandene qualifizierte arbeitsmedizinisch- und arbeitspsychologische Untersuchungsmöglichkeiten und Tests für uns zunutze zu machen. Da dieses nicht in allen Belangen durch das Personal in den Adaptionseinrichtungen zu leisten ist wurden Kooperationsvereinbarungen mit den Berufsförderungswerken abgeschlossen, die als Spezialeinrichtung für berufsfördernde Maßnahmen, über das entsprechende Know-how und Fachpersonal verfügen.

Für die Adaptionseinrichtungen besteht nun die Möglichkeit, schnell und unbürokratisch, die Ressourcen des Berufsförderungswerkes zu nutzen.

Die arbeitsmedizinischen und testpsychologischen Untersuchungen werden zügig durchgeführt und in relativ kurzer Zeit als Ergebnis der Adaptionseinrichtung zur Verfügung gestellt. Der entsprechende Bericht nimmt Einfluss auf den weiteren individuellen Behandlungsverlauf des Patienten in der Einrichtung. Entsprechende Belastungserprobung, Anmeldung bei Schulen oder Ausbildungsstellen wird aus der Adaption vorgenommen. Diese Ergebnisse gehen auch in die weitere Planung der Maßnahmen bei der Agentur für Arbeit ein, bzw. bei Anträgen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, im Vortrag hören sich diese Dinge wie Flexibilisierung und auch Erarbeitung von Kooperationen einfach und unkompliziert an. Es waren häufige und lange Arbeitstreffen notwendig, um diese Modelle punktgenau zu entwickeln und abzusprechen.

Ich möchte Ihnen noch eine der gravierenden Veränderungen in der Adaption in den vergangenen Jahren vorstellen: Neben der bereits an anderer Stelle erwähnten hundertprozentigen Wohnungslosigkeit und Arbeitslosigkeit hat sich das soziale Gefüge der Patienten gravierend verändert.

Seit 1996 bis heute haben wir in der Adaptionseinrichtung in Dortmund vier Patienten mit Abitur gehabt. Viele Patienten haben weder einen Hauptschulabschluss noch einen Berufsabschluss. Hinzu kommt, dass wir in unserer Einrichtung seit 1996 eine ständige Verschiebung in den Schwerpunkten haben. Hier ist insbesondere die Integration von Patienten aus unterschiedlichen Kulturen zu nennen. Hatten wir noch 1996 einen Anteil von rund 8 % Migranten waren es 2003 rund 30 % der zu behandelnden Patienten. Die meisten kamen dabei in den Anfangsjahren aus dem türkischen/moslemischen Bereich. Heute stellen die deutschen Spätaussiedler die größte Gruppe da.

Auch wenn ich die Integration unterschiedlicher Kulturen in der Behandlung, wie auch in alle anderen gesellschaftlichen Bereichen für notwendig und unverzichtbar halte, erschwert diese Tatsache den Arbeitsalltag. Unterschiedliche Haltungen insbesondere zu legalen Suchtmitteln bringen die Adaptionseinrichtungen in ein Spannungsgefüge, welches die tatsächliche psychotherapeutische Behandlung schwer macht. Insbesondere bei Personen aus dem Spätaussiedlermilieu ist der Zugang zur Therapie und Psychotherapie ein deutlich anderer als bei hiesigen Patienten.

Dennoch möchte ich mich deutlich gegen Spezialeinrichtungen für Ausländer und Spätaussiedler aussprechen, da meines Erachtens die ohnehin bestehenden Probleme der Ghetoisierung und Isolierung nur noch verstärkt werden. In unseren WG`s des Betreuten Wohnens gibt es sehr schöne Beispiele wo verschiedenste Nationalitäten und Kulturen positive und lebendig mit einander leben.

Adaptionsbehandlung, auf die Zukunft bezogen, und da komme ich wieder zu dem Fettgedruckten, weiß nicht, ob sie noch weiter Bestand haben wird. Durch die Neuordnung der Deutschen Rentenversicherungsträger ist wieder ein dynamischer Prozess zugange, dessen Ausgang heute niemand genau kennt.

Verschiedene Tendenzen des neuzuordnenden deutschen Rentenversicherungsträger werden diskutiert und deutlich. Es gibt Diskussionen, dass das Westfälische Modell mit eigenständigen Adaptionseinrichtungen keine Zukunft mehr habe.

Adaptionseinrichtungen müssten unmittelbar und integrativ an eine Entwöhnungseinrichtung eingebunden und angeschlossen sein.

Meine Damen und Herren, bis heute hat niemand tatsächlich wissenschaftlich begleitet und erforscht den Beweis angetreten, dass das Westfälische Modell, schlechter in der Qualität ist, bzw. weniger ausreichend als Modelle, in anderen Bundesländern . Gerade wir in Westfalen blicken auf eine langjährige Tradition zurück und legen Wert auf höchsten qualitativen Stand. Der Einrichtungswechsel und der damit verbundene Therapeutenwechsel bittet eine Chance der Neuüberprüfung und Fokussierung anderer therapeutischer Schwerpunkte.

Ein weiterer ständiger Diskussionspunkt ist auch, dass die vorhandenen Entwöhnungs- und Adaptionseinrichtungen mit der Größe und Anzahl der Behandlungsbetten nicht mehr dem allgemeinen Standard genügen.

Meine Damen und Herren, auch hier ist an keiner Stelle der Beweis angetreten, dass größere Einrichtungen mit höheren Bettenzahlen tatsächlich ökonomisch und vor allem fachlich deutlich besser arbeiten. Bisherige Berechnungen lassen eher erkennen, dass größere Einrichtungen durch die damit verbundenen Personalhierarchien und Verwaltungskosten eher höher im Vergütungssatz liegen.

Es liegt der Verdacht nahe, dass mit diesen Diskussionen eine weitere Verkürzung von Behandlungszeiten eingeleitet werden soll. Vor dieser Entwicklung möchte ich eindringlich warnen. Bevor man zur Kurzschlussentscheidung kommt, halte ich es für ratsam wissenschaftlich begleitet, verschiedene Modelle gegenüberzustellen. Gerade das Angebot von verschiedenen Behandlungseinrichtungen und Modellen beinhaltet die Möglichkeit entsprechend adäquat für Patienten die bestmögliche Behandlung zur Verfügung zu stellen.

Immer wieder entsteht auch die Situation, dass Anbieter auf den Markt kommen und behaupten: Sie könnten deutlich preiswerter behandeln als die jetzigen Einrichtungen.

Meine Damen und Herren, es geht sicherlich alles auch noch billiger. Aber möglicherweise wird der Preis dafür, wie in vielen anderen Bereichen, in der Zukunft dann zu zahlen sein.

Wir haben in den vergangenen Jahren keinen kostendeckenden Vergütungssatz mehr abgeschlossen. Hier bedarf es auf die Zukunft gesehen dringend einer Korrektur, schon jetzt besteht nur noch die Möglichkeit, den Personal- und den Qualitätsstandard zu halten, wenn von Abschreibungspauschalen, Personalkosten getragen werden.

Dies hat langfristig zur Folge, dass es den Trägern der Einrichtungen zukunftsbezogen nicht gelingen wird, die Einrichtungen im baulichen und Ausstattungsstandart auf dem besten Stand zu halten. Auf die Zukunft bezogen kann die Forderung nur lauten, wieder zu einem kostendeckenden Vergütungssatz zurückzukommen und nicht mehr mit pauschalisierten, unter den Gehaltskosten liegenden Erhöhungen abzuschließen um somit die gemeinsam erarbeitete Qualität längerfristig zu sichern.

An dieser Stelle muss erwähnt werden, dass die Behandlung von Drogenabhängigkeit und Suchterkrankung in Deutschland, bei den Behandlungskosten im unterstem Bereich liegen. Ich kenne keine Kliniken, die auf unserem niedrigen Vergütungssatzniveau vergleichbar schwere psychische Erkrankungen behandeln, wie es insgesamt im Suchtbereich der Fall ist.

Fakt ist jedoch, dass wir es mit schwerstgestörten Menschen zu tun haben, deren Behandlung sehr, sehr viel mehr Zeit braucht.

Therapeutische Prozesse brauchen Zeit, soviel Zeit, wie die Patienten benötigen, ihre Entwicklungsstörungen unter den Rahmenbedingungen der stationären Arbeit durchzuarbeiten um die Nachreifung zu erhalten, die im Hinblick auf eine stabile, sozial integrierte und abstinente Lebensgestaltung notwendig ist.

Behandlung kann nicht ausschließlich unter ökonomischen Gesichtspunkten betrachtet werden. Unser bald scheidender Bundespräsident Rau hat seine Kritik an einer, den Regeln des wirtschaftlichen Wettbewerb untergeordneten Gesundheitspolitik auf dem Deutschen Ärztetag in Bremen am 18.Mai diesen Jahres deutlich auf den Punkt gebracht.ich zitiere“ **Ärzte sind keine Anbieter und Patienten sind keine Kunden.**“

Und nun einen kurzen Satz noch, der überleitet auf den eigentlichen Anlass des heutigen Tages. Ich möchte die Gelegenheit nutzen, Herrn Lappe für die nun fast zehnjährige Zusammenarbeit zu danken. Es war nicht immer nur einfach, sondern auch konfliktträchtig, aber im Sinne der konstruktiven Konfliktlösung und Weiterentwicklung von Konzepten.

Es ging aber letztendlich immer um die Sache unter Beibehaltung des gegenseitigen Respekts. Herr Lappe hat immer wieder die Notwendigkeit von Adaptionenbehandlung in Westfalen hochgehalten und als notwendiges Behandlungselement in der Behandlung von Suchtkranken hervorgehoben. Dafür gebührt ihm sicherlich nochmals unser Dank und ich wünsche ihnen für ihre Zukunft alles Gute. Herr Lappe ich wünsche Ihnen, dass Sie Ihren Ruhestand mit der gleichen Leidenschaft ausfüllen und genießen , mit der Sie leidenschaftlich als Beamter gearbeitet haben.

Danke schön, meine Damen und Herren.