

# **Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland**

## ÜBERSICHT

1. VORBEMERKUNGEN.....	3
2. DIE MEILENSTEINE .....	4
3. DER NORMATIVE RAHMEN.....	14
3.1 Public-Health – Bevölkerungsgesundheit.....	14
3.2 Sozialgesetzbuch IX – Teilhabe .....	18
3.3 UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) – Inklusion .....	19
3.4 Klassifikationssystem ICF – Teilhabestörungen .....	20
3.5 Reform der Eingliederungshilfe.....	21
3.6 Sozialraumorientierung.....	22
3.7 Patienten/-innen-Rechte und nutzerorientiertes Versorgungssystem.....	23
4. DIE SYSTEMANALYSE .....	25
4.1. Zielgruppen (typische/häufige Personengruppen oder Menschen mit besonderem Hilfebedarf) .....	25
4.2. Interventionen im Hilfesystem .....	29
4.3. Matrix 1 – Finanzierung .....	36
4.4. Matrix 2 – Versorgungsrealität.....	37
4.4.1. Anmerkungen zu den Interventionen.....	38
4.4.2. Anmerkungen zu den Zielgruppen.....	38
5. EMPFEHLUNGEN FÜR EINE ZUKUNFTSFÄHIGE SUCHTHILFE.....	40
5.1. Rahmenbedingungen – strategische Ebene .....	40
5.2. Institutionen – operative Ebene.....	41
5.3. Konzeptionelle Handlungsfelder – fachliche Ebene .....	42
5.4. <i>Finanzielle und personelle Ressourcen – wirtschaftliche Ebene</i> .....	42
5.5. Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit.....	43

Vom ad-hoc-Ausschuss „Versorgung“ unter Mitarbeit von Hans Böhl, Eberhard Ewers, Dr. Heribert Fleischmann, Dr. Andreas Koch, Jost Leune, Renate Walter-Hamann, Dr. Theo Wessel und für die Geschäftsstelle Gabriele Bartsch dem Vorstand der DHS vorgelegt und von diesem nach Diskussion am 20.02.2014 einstimmig verabschiedet.

## 1. VORBEMERKUNGEN

Suchthilfe heute muss im Kontext aktueller Entwicklungen neu definiert werden. Dieser Kontext gestaltet sich durch folgende Rahmenbedingungen: Das 2001 eingeführte Neunte Sozialgesetzbuch<sup>1</sup>, die Internationale WHO-Klassifikation ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001)<sup>2</sup> und die 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedete UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)<sup>3</sup>. Durch die Ratifizierung der Bundesrepublik im Jahre 2009 stellt die UN-BRK einen neuen, gesetzartigen Rahmen für die Sozialgesetze in Deutschland dar.

Die Suchthilfe orientiert sich nach wie vor an der Definition von Sucht als „behandlungsbedürftige, psychosoziale und psychiatrisch relevante Krankheit und Behinderung mit chronischen Verläufen“. Deren Folge ist das Entstehen einer sozialen, körperlichen und seelischen Beeinträchtigung, die die betroffenen Menschen daran hindern kann, ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachzukommen und am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der suchtherapeutischen Konzepte hat sich zunehmend eine personenzentrierte Sichtweise in die Behandlung durchgesetzt, die die individuellen Ressourcen und die Kontextfaktoren eines suchtkranken Menschen in die Rehabilitation einbringt. Sie folgt damit dem Paradigmenwechsel des SGB IX, der Entwicklung des ICF und der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK).

Die UN-BRK verfolgt unter anderem das Ziel, Menschen mit Behinderungen mit Hilfe des Verweises auf die für alle Menschen geltenden Menschenrechte zu gleichberechtigten Bürgern ihrer jeweiligen Gesellschaft zu machen. Die Behindertenrechtskonvention formuliert die Teilhabe am Leben der Gemeinschaft als Rechtsanspruch, wobei Menschen mit Behinderungen nicht als Personen eingestuft werden, die an Defiziten leiden, sondern als Bürger die zwar beträchtliche Beeinträchtigungen aufweisen, aber vor allem an der vollen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehindert werden.

Durch die Einführung des Neunten Sozialgesetzbuches (SGB IX) im Jahr 2001 ist auch in der Suchthilfe zusätzlich zur Rehabilitation die Begrifflichkeit der Teilhabe behinderter Menschen zunehmend in den Fokus der Zielbeschreibung gerückt. Suchtkranke Menschen werden gemäß § 3 der Verordnung nach § 60 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Eingliederungsverordnung)<sup>4</sup> als „Menschen mit seelischer Behinderung“ gesehen, woraus sich Leistungsansprüche nach dem SGB XII ableiten lassen.

Für die Suchthilfe hat dieser teilhabeorientierte Ansatz zur Folge, dass eine individuelle, personenzentrierte und damit auch kontextbezogene Haltung in der Arbeit mit suchtkranken Menschen als Grundvoraussetzung gilt.

Diese drückt sich unter anderem in individuell angepassten Maßnahmenplänen und der Förderung und Unterstützung der Selbstbestimmung der Menschen, dem Wunsch und Wahlrecht und nicht zuletzt der Mitwirkung in den Einrichtungen und Diensten und innerhalb des Behandlungssettings aus.

---

<sup>1</sup> siehe: [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/index.html)

<sup>2</sup> siehe: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

<sup>3</sup> siehe: <http://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/a729-un-konvention.html>

<sup>4</sup> siehe: [http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/bshg\\_47v/gesamt.pdf](http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/bshg_47v/gesamt.pdf)

## 2. DIE MEILENSTEINE

### 98 **Tacitus: Germania**

22 Dann begeben sie sich an die Geschäfte und nicht weniger häufig zu Gelagen, und zwar bewaffnet. Tag und Nacht ununterbrochen fortzuzechen ist für keinen eine Schande. ....

23 Als Getränk dient ihnen eine Flüssigkeit, die aus Gerste oder Weizen ganz ähnlich dem Wein zusammengebraut ist. ... Leistet man ihrer Trinklust Vorschub und verschafft ihnen so viel, wie sie begehren, wird man sie gewiss nicht weniger leicht durch ihre Laster als mit Waffen besiegen.

24 Das Würfelspiel treiben sie merkwürdiger Weise nüchtern unter den ernsthaften Dingen, im Gewinnen und Verlieren so unbeherrscht, dass sie, wenn sie nichts mehr haben, im letzten Wurf ihre Freiheit und Person einsetzen.

Link: <http://www.gottwein.de/Lat/tac/Germ16.php>

### 18.06.1968 **Trunksucht ist Krankheit**

Urteil zur Frage, ob Trunksucht als Krankheit i.S. der RVO anzusehen ist (BSG, 3. Senat, 3 RK 63/66)

Link: [http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/tk\\_sec.cgi?chosenIndex=UAN\\_nv\\_1005&templateID=document&chosenIndex=UAN\\_nv\\_1005&highlighting=off&xid=263546&](http://www.lexsoft.de/cgi-bin/lexsoft/tk_sec.cgi?chosenIndex=UAN_nv_1005&templateID=document&chosenIndex=UAN_nv_1005&highlighting=off&xid=263546&)

### 1970 **Release - Gruppen**

Gründung erster **Release-Gruppen** orientiert an Londoner Release-Gruppen und der Free Clinic von San Francisco. Unterstützung der Klientel mit psychosozialen und medizinischen Angeboten.

### 12.11.1970 **Aktionsprogramm des Bundes**

Erstes Aktionsprogramm zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmissbrauchs. Schwerpunkte: Bekämpfung des Drogenhandels durch Polizei, Bundesgrenzschutz, Zoll und Justiz, Empfehlungen zur Aufklärung der Bevölkerung, vage Hinweise für therapeutische Hilfen.

### 1971 **Großmodell des Bundes**

Planmäßige Förderung von Vereinen und Institutionen in Absprache mit den Ländern. Insgesamt 118 Einzelmaßnahmen für junge Drogenabhängige mit 68 Trägern: 57 Drogenberatungsstellen, 5 „Entzugskliniken“, 10 therapeutische Wohngemeinschaften (TWGs) und 46 Nachsorgeeinrichtungen. Über 100 Neugründungen. Ab 1973 wissenschaftliche Begleitung vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. Laufzeit 7 Jahre, insgesamt 32 Millionen DM Bundesförderung.

Kommunen und Länder beteiligen sich an der Finanzierung, um von den Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitung zu profitieren.

- 10.01.1972 **Betäubungsmittelgesetz**
- Das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) tritt in Kraft und löst das Opiumgesetz von 1929 ab.
- 1974 **EBIS-Dokumentation**
- Erste, gemeinsame ambulante Suchthilfedokumentation **EBIS**.
- 25.11.1975 **Psychiatrie-Enquête**
- Mit dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ wird zum ersten Mal ein umfassendes Versorgungssystem für Suchtkranke skizziert.
- Gesamtes Dokument:  
<http://www.dgppn.de/schwerpunkte/versorgung/enquete.html>
- Kapitel zu Abhängigkeitserkrankungen:  
[http://www.dgppn.de/fileadmin/user\\_upload/medien/dokumente/enquete1975/11-kapitel-b-3.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/dokumente/enquete1975/11-kapitel-b-3.pdf) (Ab Seite 265)
- 1976 **Landesregelungen / Rahmenrichtlinien**
- Nach dem Auslaufen des Großmodells erstellen die Bundesländer eigene Maßnahmenpläne und Modellprojekte zunächst mit dem Schwerpunkt der Finanzierung von Drogenhilfe nach §§ 39 (Behindertenhilfe), 47/100 (Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers) und 72 (Hilfen in besonderen Lebenslagen) BSHG (Bundessozialhilfegesetz).
- Link zum Bundessozialhilfegesetz:  
[http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/13/index.php?norm\\_ID=1300000](http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/13/index.php?norm_ID=1300000)
- 1978 **Suchthilfe in der DDR**
- Arbeitsgruppe „Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit“ bei der Gesellschaft für Psychologie der DDR.
- 1978 **Nachsorgeförderung beginnt**
- Beginn der Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Rehabilitation nach § 84 AVG (§31 SGB VI) mit dem Schwerpunkt Nachsorge / Selbsthilfe.
- 15.02.1978 **Urteil über Kostenverteilung**
- Das Bundessozialgericht appelliert in den Urteilen 3 RK 28 + 29 + 30/77 an die soziale Selbstverwaltung der Träger der beiden Zweige der Sozialversicherung, vertragliche Vereinbarungen über eine **Kostenbeteiligung** zu treffen. Zuständigkeit der Krankenkasse und der Rentenversicherung für **Entziehungsbehandlungen bei Suchtkrankheit** (BSG 3. Senat, 3 RK 29/77).
- Link zum Urteil:  
<http://db1.rehadat.de/rehadat/Reha.KHS?State=340&Db=4&AKT=3%20RK%2029%2F77&SORT=R09>

- 20.11.1978 **Empfehlungsvereinbarung Sucht**
- Die Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger schließen eine „Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (offizieller Arbeitstitel „Suchtvereinbarung“). Die Vereinbarung regelt die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Gewährung stationärer Maßnahmen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige (Abhängigkeitskranke), wenn Leistungen sowohl der Krankenversicherung als auch der Rentenversicherung in Betracht kommen.
- [http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Suchthilfe/Suchtvereinbarung\\_20.11.1978.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/Suchtvereinbarung_20.11.1978.pdf)
- 1979 **Mindestkriterien als Fördergrundlage**
- Nach Auslaufen des „Großmodell des Bundes“ werden die in diesem Projekt entwickelten „Mindestkriterien“ Grundlage der Förderung weiterer Bundesmodellprogramme und auch von vielen Landesministerien in die jeweiligen Förderrichtlinien für die Finanzierung von Drogenhilfeeinrichtungen aufgenommen.
- 1980 **„Frauen und Sucht“**
- Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in Saarbrücken unter dem Titel „Frau und Sucht“. Bis dahin war die Identität der „sozialwissenschaftlichen Durchschnittskonsumenten“ in Deutschland zu 75 % männlich und 25 % weiblich.
- 19.02.1981 **Urteil zur „Vorleistungspflicht“**
- Urteil des Bundessozialgerichtes zur Vorleistung des Rentenversicherungsträgers bei der Langzeitbehandlung wegen Drogensucht (BSG 4. Senat; 4 RJ 111/77). „Eine Langzeitbehandlung wegen Drogensucht ist eine Rehabilitationsmaßnahme, weil sie dem Ziel dient, den Behinderten möglichst auf Dauer wieder in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern.“
- Link zum Urteil:  
<http://db1.rehadat.de/rehadat/Reha.KHS?State=340&Db=4&AKT=4%20RJ%20111%2F77&SORT=R09>
- 1982 **Betäubungsmittelgesetz-Novelle**
- Überführung der internationalen Suchtstoffabkommen in nationales Recht. Erhöhung des Strafrahmens für schwerwiegende Tatbestände auf 15 Jahre. „Therapie statt Strafe“: Zurückstellung der Vollstreckung einer Strafe von „nicht mehr als zwei Jahren“, falls die Tat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurde und der Verurteilte sich „in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen“ (§ 35 BtMG).
- Link zum aktuellen BtMG:  
[http://www.gesetze-im-internet.de/btmg\\_1981/BJNR106810981.html](http://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/BJNR106810981.html)

- 1982           **AIDS**
- Die ersten Drogenabhängigen in Deutschland stecken sich wahrscheinlich mit dem HI-Virus an. Der in den zurückliegenden zehn Jahren zwischen Drogenhilfesystem, organisierte Ärzteschaft und Politik entwickelte Konsens hinsichtlich der Ziele der Drogenhilfe wird durch die Gründung der AIDS-Hilfen aufgelöst und führt zu einem nachhaltigen und gravierenden Umbau der Drogenhilfestrukturen hin zu niedrigschwelliger Arbeit, Spritzentausch, Substitution und Konsumräumen.
- 1984           **DDR-AG Suchtkrankheiten**
- Gründung der Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankheiten in der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie der DDR.
- 15.05.1985   **Gesamtkonzept zur Rehabilitation**
- Das Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger wird verabschiedet.
- 18.03.1987   **Empfehlungsvereinbarung Nachsorge**
- Empfehlungsvereinbarung über die Förderung der Nachsorge für Abhängigkeitskranke ist verabschiedet (sie ist zum 31. März 1991 außer Kraft getreten). Die in der Empfehlungsvereinbarung Nachsorge geregelten Leistungen werden ab 1. April 1991 nach der Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht erbracht.
- 15.06.1987   **Modellprogramm Ambulante Ganztagsbetreuung**
- Das Modellprogramm Ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger des BMG beginnt und verändert die ambulante Suchthilfe nachhaltig.
- 1988           **Versorgungsempfehlungen**
- Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung (Bonn 1988).
- Zitat: „Die Expertenkommission vertritt die Auffassung, daß schwerwiegende Defizite in der Versorgung Abhängigkeitskranker primär nicht in zahlenmäßig unzureichenden Behandlungsangeboten zu suchen sind, sondern ihre Ursachen in strukturellen Defiziten des Versorgungssystems haben, das sich noch immer durch fehlende Orientierung am Prinzip der Gemeindenähe, Mangel an Koordination und Kooperation sowie durch Zuständigkeits- und Finanzierungsprobleme auszeichnet. Diese Auffassung wird im Grundsatz von den Ländern und Verbänden geteilt und der Aufbau eines gemeindenahen Versorgungssystems gefordert, in dem Kooperation und Koordination der interdisziplinären Dienste und Einrichtungen gewährleistet sind.“

- 01.04.1988 **Erstes Substitutionsprogramm**
- Beginn des Modellprojektes „Wissenschaftliches Erprobungsvorhaben medikamentengestützte Rehabilitation bei i.v. Opiatabhängigen“ des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen in Bochum, Düsseldorf und Essen.
- 1989 **Modellprogramm Aufsuchende Arbeit**
- Das BMG führt das Modellprogramm „Aufsuchende Straßensozialarbeit mit langjährig Abhängigen“ sowie bis 1993 das Booster-Programm durch, in dem niedrigschwellige Kontaktläden und Notschlafstellen finanziell unterstützt werden und das nachhaltige Wirkungen erzielt.
- 01.07.1989 **DDR-Richtlinie „Alkoholkrankheit“**
- Das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR erlässt eine „Richtlinie über die Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens zur Verhütung und Bekämpfung der Alkoholkrankheit“.
- 13.06.1990 **Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan**
- Die Nationale Drogenkonferenz unter Vorsitz von Bundeskanzler Kohl verabschiedet den „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“.
- 26.06.1990 **Sozialgesetzbuch VIII in Kraft**
- Das SGB VIII tritt an Stelle des Kinder- und Jugendhilfegesetzes.
- 01.01.1991 **„Therapie sofort“ startet**
- Die ersten „Therapie sofort“-Programme werden aufgelegt (z.B. Dortmund, München, Berlin).
- 01.01.1991 **Ambulante Rehabilitation möglich**
- Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht (EVARS) tritt in Kraft.
- 01.01.1991 **Erste Behandlungsrichtlinien Substitution**
- Erstmals 1991 (danach 1999, 2002, 2004 und 2011) wurden durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien im Rahmen der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (früher NUB-, dann BUB-Richtlinien, jetzt Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung; Anlage 1, Pkt. 2. Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger) für die Behandlung mit Substitutionsmitteln erlassen.

[http://www.g-ba.de/downloads/62-492-586/MVV-RL\\_2011-10-20.pdf](http://www.g-ba.de/downloads/62-492-586/MVV-RL_2011-10-20.pdf)



- 17.05.1991 **Gericht erlaubt Substitution**
- Höchstrichterliche Entscheidung: Substitutionsbehandlung liegt in Therapiefreiheit des Arztes.
- „Der Straftatbestand des unerlaubten Verschreibens von Betäubungsmitteln (hier: Ersatzdroge L-Polamidon) liegt nicht schon deswegen vor, weil der Arzt durch das Verschreiben gegen die Regeln der Schulmedizin oder die Stellungnahme der Bundesärztekammer verstoßen hat.“ BGH 3 StR 8/91
- Link zum Urteil:  
<http://dejure.org/dienste/internet2?https://www.jurion.de/de/document/show/0:62938,0/>
- 01.01.1992 **Reform des BtMG**
- Im Betäubungsmittelgesetz werden Substitution, Spritzenabgabe, Absehen von Verfolgung bei Bagatelldelikten neu bewertet. Schwere Handelsdelikte werden nicht mehr im BtMG behandelt.
- 01.07.1992 **Weiterbildungskriterien verabschiedet**
- Auswahlkriterien zur Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten (Tätigkeitsfeld Sucht) des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger und der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen.
- Link zur aktuellen Liste:  
[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/sozmed/fort\\_und\\_weiterbildung/sucht\\_anlage\\_1\\_2012.pdf?blob=publicationFile&v=3](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/fort_und_weiterbildung/sucht_anlage_1_2012.pdf?blob=publicationFile&v=3)
- 08.03.1994 **Adaption geregelt**
- Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionsphase bei Abhängigkeitskranken.
- 09.03.1994 **„Cannabis Urteil“**
- „Cannabis Urteil“ des Bundesverfassungsgerichtes:** „Für den Umgang mit Drogen gelten die Schranken des Art. 2 Abs. 1 GG. Ein „Recht auf Rausch“, das diesen Beschränkungen entzogen wäre, gibt es nicht.“ Aber auch: „Der Gleichheitssatz gebietet nicht, alle potentiell gleich schädlichen Drogen gleichermaßen zu verbieten oder zuzulassen. Der Gesetzgeber konnte ohne Verfassungsverstoß den Umgang mit Cannabisprodukten einerseits, mit Alkohol oder Nikotin andererseits unterschiedlich regeln.“
- <http://www.verkehrlexikon.de/Texte/Rspr4045.php> und  
<http://www.drogen-aufklaerung.de/das-cannabis-urteil-des-bundesverfassungsgerichts>

01.08.1996 **Reform Sozialhilferecht**

Das Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts bringt bei den Vorschriften der §§ 93 ff. BSHG gravierende Änderungen bei der Erbringung von Leistungen der Sozialhilfe in und durch Einrichtungen und dabei insbesondere die Vergütungen für die erbrachten Leistungen. Sie beinhalten eine grundlegende Neuorientierung im Bereich der Finanzierung von Einrichtungen hin zu Leistungsverträgen und Leistungsstunden.

Link zum § 93 BSHG:

[http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/13/index.php?norm\\_ID=1309300](http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/13/index.php?norm_ID=1309300)

01.01.1997 **KTL eingeführt**

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) in der medizinischen Rehabilitation zur Dokumentation der therapeutischen Leistungen wird eingeführt.

[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/sozmed/klassifikationen/dateianhaenge/ctl\\_2007\\_pdf.pdf?blob=publicationFile&v=3](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/klassifikationen/dateianhaenge/ctl_2007_pdf.pdf?blob=publicationFile&v=3)

01.10.1999 **Heroingestützte Behandlung**

Eine Trägergemeinschaft verschiedener Kommunen und Länder beschließt im Rahmen einer klinischen Arzneimittelprüfung auf der Grundlage des § 3 (2) BtMG einen Modellversuch zur heroingestützten Behandlung durchzuführen. Eine entsprechende Ausschreibung, die sich an wissenschaftliche Institute richtet, wird veröffentlicht.

[www.heroinstudie.de](http://www.heroinstudie.de)

01.05.2001 **ICF-Diagnostik verabschiedet**

In der 45. Weltgesundheitsversammlung wird die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) verabschiedet.

[http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf\\_endfassung-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf)

04.05.2001 **Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen**

Die Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker (Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“) der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger wird verabschiedet.

[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Suchthilfe/Vereinbarung\\_Abhaengigkeitserkrankungen\\_2001.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/Vereinbarung_Abhaengigkeitserkrankungen_2001.pdf)

- 01.07.2001     **SGB IX neu**  
 Einführung des SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.  
[http://dejure.org/gesetze/SGB\\_IX](http://dejure.org/gesetze/SGB_IX)
- 04.03.2002     **Erste Heroinambulanz**  
 In der Bonner Heroinambulanz beginnt die Behandlung der ersten Patienten mit Heroin (Diacetylmorphin).
- 22.03.2002     **Substitutionsrichtlinien**  
 Die Bundesärztekammer legt in eigenen Richtlinien die wissenschaftlichen Grundlagen für eine substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger fest.  
 Link zu den heutigen Richtlinien:  
[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RL-Substitution\\_19-Februar-2010.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/RL-Substitution_19-Februar-2010.pdf)
- 24.12.2003     Einführung des **SGB II** – Grundsicherung für Arbeitssuchende mit Hinweise auf Leistung der Suchtberatung (§ 16).  
[http://dejure.org/gesetze/SGB\\_II](http://dejure.org/gesetze/SGB_II)
- 27.12.2003     **SGB XII neu**  
 Einführung des SGB XII –Sozialhilfe, darin besonders: § 54 Leistungen der Eingliederungshilfe.  
[http://dejure.org/gesetze/SGB\\_XI](http://dejure.org/gesetze/SGB_XI)
- 02.05.2004     **ARS-Papier der Länder**  
 Die Bundesländer legen ein Arbeitspapier: „Neuausrichtung der Suchtkrankenhilfe - Ambulante regionale Suchthilfedienste“ vor.
- 01.01.2005     **Kindeswohl rechtlich geschützt**  
 Einführung des § 8a „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ in das SGB VIII  
[http://dejure.org/gesetze/SGB\\_VIII/8a.html](http://dejure.org/gesetze/SGB_VIII/8a.html)
- 01.01.2007     **Deutscher Kerndatensatz**  
 Der Deutsche Kerndatensatz (KDS) für eine einheitliche Dokumentation in Psychosozialen Beratungsstellen und stationären Einrichtungen der Suchthilfe wird eingeführt.  
 Link zur aktuellen Version:  
[http://www.dhs.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Arbeitsfeld\\_Statistik/KDS\\_Manual\\_10\\_2010.pdf](http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/KDS_Manual_10_2010.pdf)

- 01.07.2007 **Rahmenkonzept Reha in Kraft**
- Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung tritt in Kraft.
- [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/274642/publicationFile/2127/Rahmenkonzept\\_med.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/274642/publicationFile/2127/Rahmenkonzept_med.pdf)
- 01.09.2007 **Nichtraucherschutzgesetz**
- Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens (EGBNichtSchG) tritt in Kraft. Es ist ein Artikelgesetz auf Bundesebene und wurde am 20. Juli 2007 verabschiedet. Es umfasst das Bundesnichtraucherschutzgesetz, das ebenfalls am 1. September 2007 in Kraft trat und Rauchverbote für Einrichtungen des Bundes und den öffentlichen Personenverkehr vorschreibt sowie die Anhebung des Mindestalters für den Kauf von Tabakwaren auf 18 Jahre.
- <http://www.buzer.de/gesetz/7835/index.htm>
- 01.01.2008 **Persönliches Budget**
- Es besteht ein Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget nach § 17 SGB IX.
- [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9/\\_17.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9/_17.html)
- 01.01.2008 **Glücksspielstaatsvertrag**
- Staatsvertrag zum Glücksspielwesen in Deutschland (Glücksspielstaatsvertrag - GlüStV) wird verabschiedet.
- <http://www.gluestv.de/Gesetzesdatenbank/Staatsvertraege/Gluecksspielstaatsvertrag>
- 03.05.2008 **UN-Behindertenrechtskonvention**
- UN-Behindertenrechtskonvention und Zusatzprotokoll treten in Kraft (in Deutschland am 29.03.2009). „Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.“
- Link zur Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt:  
<http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgb.pdf>
- 03.12.2008 **Rahmenkonzept Ambulante Reha**
- Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.
- [http://www.suchthilfe.de/basis/rahmenkonzept\\_ambulante\\_reha\\_sucht\\_12\\_2008.pdf](http://www.suchthilfe.de/basis/rahmenkonzept_ambulante_reha_sucht_12_2008.pdf)

23.11.2011 **Neue Auswahlkriterien für Weiterbildungen**

Die Deutschen Rentenversicherung beschließt neue „Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker gemäß den Anlagen 1 und 2 der Vereinbarung ‚Abhängigkeitserkrankungen‘ vom 04.05.2001“ unter Einbeziehung neuer Berufsabschlüsse und orientiert sich dabei nur an den Richtlinienverfahren der Psychotherapie.

[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/01\\_sozialmedizin/07\\_fort\\_und\\_weiterbildung/03\\_weiterbildung/sucht.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/01_sozialmedizin/07_fort_und_weiterbildung/03_weiterbildung/sucht.html)

01.01.2012 **Glücksspiel-Änderungs-Staatsvertrag**

Der Glücksspiel-Änderungs-Staatsvertrag tritt in Kraft. Er beendet u.a. das Vertriebsverbot für Lotto über das Internet, ermöglicht einen grenzüberschreitenden Lotto-Jackpot und Spielbank-Werbung. Private Anbieter von Sportwetten sollen sich um insgesamt 20 Konzessionen bemühen können. In Bezug auf gewerbliche Spielautomaten soll für Spielhallen eine zusätzliche Erlaubnispflicht eingeführt werden.

28.03.2012 **Rahmenkonzept Tageskliniken**

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/konzepte\\_systemfragen/konzepte/gem\\_rahmenkonzept\\_amb\\_reha\\_abhaengigkeitskran-ker\\_2011.pdf;jsessionid=41004CE6694F72AA2CD2A170F67069F3.cae04?\\_blob=publicationFile&v=4](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gem_rahmenkonzept_amb_reha_abhaengigkeitskran-ker_2011.pdf;jsessionid=41004CE6694F72AA2CD2A170F67069F3.cae04?_blob=publicationFile&v=4)

01.03.2013 **Rahmenkonzept Nachsorge tritt in Kraft**

Das "Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker" vom 31. Oktober 2012 tritt in Kraft. Es wird in Fachkreisen mehrheitlich abgelehnt.

[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_sozialmedizin\\_forschung/downloads/konzepte\\_systemfragen/konzepte/gem\\_rahmenkonzept\\_nachsorge\\_abhaengigkeitskran-ker\\_2012.pdf;jsessionid=1DE21F070AB4556C5420E775910ABF1D.cae02?\\_blob=publicationFile&v=5](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/konzepte_systemfragen/konzepte/gem_rahmenkonzept_nachsorge_abhaengigkeitskran-ker_2012.pdf;jsessionid=1DE21F070AB4556C5420E775910ABF1D.cae02?_blob=publicationFile&v=5)

### **3. DER NORMATIVE RAHMEN**

Voraussetzung für die Beurteilung der Suchthilfe und ihrer Versorgungsstrukturen ist die Kenntnis des normativen Rahmens, welcher diese beeinflusst und bestimmt, und die Verständigung darüber, welche Werte ihn prägen sollen/müssen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen den Rechtsnormen (alle Gesetze, rechtlichen Vorschriften und Verordnungen, [internationalen] Abkommen, Vereinbarungen DRV-GKV u.a.), fachlichen Normen (G-BA, Leitlinien BÄK, DGPPN u.a.; Standards der sozialen Arbeit; Leistungsbeschreibungen, Qualitätsanforderungen u.a.) sowie ethischen und sozialen Normen. Alle, jedoch insbesondere letztere, unterliegen dem sozialen Wandel und sind gesellschaftlich und kulturell bedingt.

Aus Sicht der DHS muss ein normativer Rahmen der Suchthilfe die Übernahme einer weitreichenden Versorgungsverantwortung für Menschen mit Suchtproblemen in den Mittelpunkt stellen. Um dieser Verantwortung gerecht werden zu können, müssen die normativen „Setzungen“ nicht nur politisch legitimiert sein, sondern die fachlichen Expertisen reflektieren.

Im Folgenden sollen die aktuellen Entwicklungen im Gesundheits- und Sozialbereich skizziert werden, die weitreichende Auswirkungen auf die Suchthilfe haben (werden) und als Elemente eines normativen Rahmens die weitere Ausgestaltung der Suchthilfe beeinflussen werden. Diese wesentlichen Parameter sind die stärkere Verankerung der Public-Health-Perspektive in Politik, Medizin und Suchthilfe sowie die Umsetzung des SGB IX (Teilhabe), die Implikationen der Behindertenrechtskonvention (BRK) mit dem Inklusionsansatz, die Einführung der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die Reform der Eingliederungshilfe, die Stärkung der Patientenrechte und Nutzerorientierung sowie die Sozialraumorientierung.

#### **3.1 Public-Health – Bevölkerungsgesundheit**

Der Public-Health-Ansatz geht von einem umfassenden Verständnis der Bevölkerungsgesundheit aus. Er bezieht die geistigen, körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit einer Gesellschaft bzw. von Bevölkerungsgruppen ein. Dabei werden auch die Settings berücksichtigt, in denen Menschen leben und arbeiten. Aus der Public-Health-Perspektive müssen bei der Lösung gesundheitlicher Probleme folgende Orientierungsgrößen in das Handeln einbezogen werden: das Gemeinwohl, die Problemlast für die Bevölkerung und die Betroffenen, die sozialen und ökonomischen Folgelasten und der Schutzauftrag für besonders schutzbedürftige Gruppen. Bezogen auf die Suchthilfe und ihr Versorgungssystem bedeutet dies:

Suchtpolitik und Suchthilfe fokussieren ihr Handeln zumeist auf Abhängigkeit und übersehen dabei die Folgen des problembehafteten Konsums psychotroper Substanzen, der weitaus größere Teile der Bevölkerung betrifft. An dieser Stelle sei auf die Diskussionen in der Schweiz verwiesen. Aufgrund der Erkenntnisse sowohl der Sucht- als auch der Public-Health-Forschung wurden von den Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes formuliert und im Bericht »Herausforderung Sucht« festgehalten. Darin wird unter anderem gefordert, den Gegenstand der Suchtpolitik künftig breiter zu fassen. Die Grundsätze und Leitbilder lassen sich wie folgt zusammenfassen:

*Das Dokument geht in seinen Leitsätzen von einem neuen Verständnis der Suchtpolitik aus. Es empfiehlt sowohl eine erweiterte inhaltliche Orientierung als auch eine veränderte strategische Ausrichtung der Suchtpolitik. Es versteht substanzbezogene und nicht-substanzbezogene Problematiken als gesellschaftliches Phänomen, dem mit einem kohärenten und umfassenden Ansatz begegnet werden muss. Leitlinien für das Handeln nach diesem Ansatz sind die Prävention des problembehafteten Konsums und problembehafteter Verhaltensweisen sowie die Verminderung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Folgeschäden sowohl für das Individuum als auch für das soziale Umfeld und die Gesellschaft.*

*Suchtpolitik soll um drei inhaltliche Orientierungspunkte erweitert werden: „mehr als Abhängigkeit“, „mehr als Legalstatus“, „mehr als Substanzen“. Diese werden im Folgenden dargestellt. Das „mehr“ soll die Erweiterung des Blickes umschreiben – es geht nicht darum, jeden Genuss zur Abhängigkeit zu erklären oder jede potenziell schädliche Handlung zum Gegenstand von Regulierungen zu machen.*

### 1. Mehr als Abhängigkeit - *Veränderte Konsummuster, andere Betroffenenengruppen, neue Produkte und Märkte*

*Die meisten gesundheitlichen und sozialen Folgen des Umgangs mit Suchtmitteln gehen nicht auf Abhängigkeit im medizinischen Sinn zurück, sondern auf den problembehafteten Konsum. Der Public-Health-Ansatz erweitert den Gegenstandsbereich der Suchtpolitik über den engen Begriff der Abhängigkeit hinaus. Ins Zentrum rückt dadurch die Vielfalt unterschiedlicher Konsummuster, betroffener Gruppen, Modeerscheinungen oder Entwicklungen auf den legalen und illegalen Märkten.*

### 2. Mehr als Legalstatus - *Das alltägliche Schadens- und Suchtpotenzial*

*Schadenspotenzial und tatsächliche Schadenslast richten sich nicht danach, ob eine psychoaktive Substanz legal oder illegal ist. Bei den legalen Substanzen ist der gesundheitliche Schaden insgesamt deutlich höher als bei den illegalen Substanzen. Gleiches gilt für den sozialen und wirtschaftlichen Schaden für Familie und Gesellschaft. Ein Public-Health-Ansatz verzichtet deshalb auf die gesundheitspolitisch wenig hilfreiche Unterscheidung zwischen legalen und illegalen Substanzen. Auch berücksichtigt eine zukunftsfähige Suchtpolitik neben Alkohol, Tabak und illegalen Drogen zusätzlich den Medikamentenmissbrauch sowie die neuen pharmakologischen Möglichkeiten der körperlichen und psychischen Optimierung. Es stellen sich grundsätzlich neue Regulierungsfragen.*

### 3. Mehr als Substanzen - *Sucht- und Schädigungspotenzial bestimmter Verhaltensweisen*

*Studien und die Praxis zeigen, dass gewisse Verhaltensweisen Suchtgefährdung sowie gesundheitliche Beeinträchtigung mit sich bringen, beispielsweise das pathologische Glücksspiel. Zudem bestehen Verhaltens- und Substanzabhängigkeiten oft gemeinsam («Komorbidität»). Die entsprechende Forschung ist noch jung – es scheint jedoch erforderlich, in diesem Bereich präventive wie auch therapeutische Maßnahmen zu entwickeln. Eine kohärente und zukunftsfähige Suchtpolitik muss die substanzungebundenen Süchte («Verhaltenssüchte», «Verhaltensabhängigkeiten») einschließen.*

*Eine inhaltliche Erweiterung der Suchtpolitik ist nur dann erfolgversprechend, wenn auch die Umsetzung entsprechend angepasst wird. Das setzt eine veränderte strategische Ausrichtung der Suchtpolitik voraus. Das gesundheitspolitische Ziel ist, die Problemlast zu senken oder niedrig zu halten. Die Mittel dazu sind sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention sowie gegebenenfalls Schadensminderung. Dazu gehören die Stärkung von Schutzfaktoren und der Abbau von Belastungsfaktoren. Der Public-Health-Ansatz ermöglicht auch hier einen systematischen und evidenzbasierten Zugang:*

Er umfasst Maßnahmen sowohl in Bezug auf das Angebot als auch auf die Nachfrage. Er berücksichtigt zudem gesundheitsförderliche Maßnahmen, die den spezifischen Suchtpolitiken vorgelagert sind. Darüber hinaus achtet er auf den Einbezug anderer Politikbereiche, die einen Einfluss auf Suchtverhalten haben. Auf dieser Grundlage schlägt der Bericht »Herausforderung Sucht« drei strategische Ausrichtungen vor: „Mehr als Eigenverantwortung“, „mehr als Jugendschutz“, „mehr als gesundheitspolitische Maßnahmen“. Auch hier bezieht sich die Aussage des „mehr“ auf die erweiterte Sichtweise.

### 1. Mehr als Eigenverantwortung - Strukturelle Maßnahmen und Förderung der Kompetenz

Individuelle Maßnahmen sind bedeutsam, allein reichen sie aber zur Senkung der Problemlasten nicht aus, wie die Public-Health-Forschung zeigt. Eine zukunftsfähige Suchtpolitik strebt daher die Beeinflussung sowohl von Nachfrage als auch von Angebot an. Sie setzt je nach Zweckmäßigkeit auch auf Schadensminderung. Zudem zielt sie auf die Förderung von Schutzfaktoren durch entsprechende Rahmenbedingungen. Menschen mit einem Abhängigkeitssyndrom stehen Behandlung und Betreuung zu – Sucht ist eine Krankheit, kein persönliches Versagen. Auch Angehörige, Partner und Kinder müssen auf Unterstützung zählen können. Kinder und Jugendliche haben auf ihrem Weg der Erwachsenwerdung eigene Bedürfnisse; sie müssen vor dem Missbrauch dieser Bedürfnisse durch speziell darauf abgestimmte Werbung und Marketingmaßnahmen geschützt werden.

### 2. Mehr als Jugendschutz - Differenzierte Vorgehensweisen in Bezug auf Bevölkerungsgruppen

Jugendschutz ist auch aus Public-Health-Sicht wichtig und unbestritten: Sämtliche Daten zeigen, dass problembehafteter Substanzkonsum in dieser Altersphase besonders schwerwiegende Auswirkungen hat. Entsprechend kann dies auch für Verhaltensüchte angenommen werden. Der starke Fokus auf Jugendschutz ist allerdings angesichts der Problemlasten eine zu schmale strategisch-instrumentelle Ausrichtung für eine zukunftsfähige Suchtpolitik, nicht zuletzt angesichts der großen demografischen Veränderungen.

### 3. Mehr als gesundheitspolitische Maßnahmen - Die Notwendigkeit einer sektorübergreifenden Suchtpolitik

Eine zukunftsfähige Suchtpolitik muss andere Politikbereiche einbeziehen sowie die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen föderalen Ebenen fördern, um ihre gesundheitspolitischen Ziele zu erreichen. Sie muss auf eine inhaltliche Erweiterung vorbereitet sein (siehe Kapitel 4) sowie die strategische Zusammenführung der bisher getrennten Suchtpolitiken anstreben. Weitere gesellschaftliche Handlungsträger – wie Wirtschaft und Zivilgesellschaft – sind, soweit angebracht, ebenfalls einzubeziehen.

Quelle: Steuergruppe der drei Eidgenössischen Kommissionen für Alkoholfragen, für Drogenfragen und für Tabakprävention (Hrsg.); (2010): „Herausforderung Sucht - Grundlagen eines zukunftsfähigen Politikansatzes für die Suchtpolitik in der Schweiz. Bern. Internet (Kurzfassung): <http://tinyurl.com/CH-Herausforderung-Sucht-kurz>; Zugriff am 23.1.2012; Langfassung: <http://tinyurl.com/CH-Herausforderung-Sucht-lang>; Zugriff am 23.1.2012.



Aus der Public-Health-Perspektive sind alle relevanten Adressaten des Suchthilfe-Versorgungssystems zu berücksichtigen, d.h. nicht nur diejenigen mit einer Abhängigkeitsdiagnose, sondern auch abstinent lebende Menschen, angepasst, riskant Konsumierende oder schädlich-missbräuchlich Konsumierende, chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige (CMA, Sucht-Behinderte mit Eingliederungshilfebedarf) und Angehörige/Freundeskreis/Arbeitskollegen.

Für diese unterschiedlichen Zielgruppen müssen differenzierte und wirksame Angebote zur Verfügung stehen und refinanziert werden. Sie müssen präventiv und gesundheitsfördernd oder auch kurativ bzw. betreuend ausgerichtet sein:

Verhältnispräventive Maßnahmen, verhaltensbezogene Maßnahmen, Früherkennung und Frühintervention, Programme zur Motivationsförderung und Konsumreduzierung, Selbsthilfe, qualifizierte Entzugsbehandlungen (ambulant, (teil-)stationär), psychotherapeutische Behandlungen, Medizinische Rehabilitation Sucht mit Nachsorge und Selbsthilfe, Eingliederungshilfen für chronisch Suchtkranke und Selbsthilfe.

Zur personensorientierten Verknüpfung der zielgruppenspezifischen Interventionen bedarf es eines integrierten Gesamtversorgungsansatzes. Suchtkrankenhilfe, psycho-soziale/psychiatrische Grundversorgung und medizinische Primärversorgung müssen vernetzt und kommunal gesteuert zusammenarbeiten. Die Personenorientierung der Suchthilfe löst die bisher dominante Institutionsorientierung ab. Die Qualität und Tragfähigkeit des Versorgungssystems erweist sich letztlich an den Schnittstellen und Übergängen zwischen den Teilsystemen, Leistungsträgern, Diensten, Einrichtungen/Trägern und Therapeuten. Um ein Hilfesystem so zu organisieren, dass es personensorientierte Komplexleistungen erbringen kann, bedarf es der besonderen Qualität der **verbindlichen personenbezogenen Vernetzung**.

Das Versorgungssystem ist dann bedarfsgerecht i.S. des Public-Health-Ansatzes, wenn die Interventionen, die zur Verfügung gestellt werden:

- das gesamte Spektrum von Abhängigkeitsproblemen von der Prävention bis zur Nachsorge und die entsprechenden Zielgruppen abdecken,
- leicht erreichbar, transparent und untereinander durchlässig sind,
- flexibel und zeitnah im Sozialraum erbracht werden,
- personensorientiert, d.h. individuell passgenau geplant und erbracht werden, wirksam und wirtschaftlich sind,
- die im Quer- und Längsschnitt aufeinander abgestimmt und verknüpft sind,
- einen Beitrag zur Förderung von Gesundheit und Verhinderung von Krankheit in der Gesellschaft erbringen.

Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen bieten die Grundlage für einen „**Return of Investment**“. Beispielhaft dazu Aspekte der sozioökonomischen Datenlage zu alkoholbedingten Problemlagen in Deutschland im Jahr 2008:

- ca. 40.000 alkoholbedingte Todesfälle, bzw. 73.500 Todesfälle bei der Kombination Alkohol und Tabak,
- ca. 26.7 Mrd. € volkswirtschaftliche Kosten durch alkoholbedingte Erkrankungen (direkte und indirekte Kosten),
- 850.000 Arbeitsunfähigkeitsfälle,
- 40.000 Rehabilitationsmaßnahmen,

- 333.800 Krankenhausfälle (akut) mit F-10-Diagnosen (424.600 bei F10–F19–Diagnosen),
- 68.850 Gewalt-Straftaten unter Alkoholeinfluss (32% aller Gewalt-Straftaten),
- 49.850 Sachbeschädigungsstraftaten unter Alkoholeinfluss (28% aller dieser Straftaten),
- 17.430 Alkoholunfälle im Straßenverkehr, dabei 440 Getötete.

Ein bedarfsgerechtes Versorgungssystem trägt wesentlich dazu bei, diese sozioökonomischen und gesamtgesellschaftlichen Kosten deutlich zu verringern. Investitionen in ein am Public-Health-Ansatz ausgerichtetes Sucht-Versorgungssystem lohnen sich und schaffen ein Return of Investment.

### **3.2 Sozialgesetzbuch IX – Teilhabe**

Zentrales Ziel des SGB IX ist die Förderung der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderung oder drohender Behinderung. Das SGB IX konkretisiert den Begriff der Teilhabe als „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“ (§ 1 SGB IX).

Eine Behinderung ist anzunehmen, wenn die „körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 SGB IX).

Das Teilhabekonzept des SGB IX umfasst folgende Komponenten:

- Ermöglichung der Selbstbestimmung,
- Förderung der gleichberechtigten Teilhabe,
- Vermeidung und Beseitigung von Benachteiligungen,
- Berücksichtigung der besonderen Belange behinderter Frauen und Kinder.

Die Selbstbestimmung behinderter Menschen umfasst die Elemente:

- Wunsch- und Wahlrechte (§ 9 SGB IX),
- Rechte bei der Ausführung der Leistungen (§ 17 SGB IX) - Persönliches Budget

Die Umsetzung der Wunsch- und Wahlrechte basiert auf:

- Entsprechen berechtigter Wünsche,
- Berücksichtigung der persönlichen Lebenssituation,
- Einbeziehung der besonderen Bedürfnisse behinderter Kinder und beim Erziehungsauftrag von behinderten Müttern und Vätern,
- Wahlmöglichkeit zwischen Sach- und Geldleistung,
- Selbstbestimmung und eigenverantwortliche Gestaltung des Lebensumfeldes,
- Erforderlichkeit der Zustimmung des Leistungsberechtigten zu Teilhabeleistungen.

Die Rechte bei der Ausführung der Leistung i.S. des Persönlichen Budgets zielen auf eine Stärkung der Eigenverantwortung und die Ermöglichung eines selbstbestimmten Lebens. Dabei sind alle alltäglichen und regelmäßig wiederkehrenden Leistungen, je nach individuellem Bedarf, budgetfähig.

Darüber hinaus sind im SGB IX zwei Ansätze verfolgt und ausgebaut worden, damit das Teilhaberecht seinem Auftrag gerecht werden kann:

- Leistungerschließung und Leistungsgewährleistung durch optimierte Verfahren (z.B. durch die Einrichtung von Servicestellen, die nicht nur Beratungs-, sondern auch eine aktive Unterstützungsfunktion wahrnehmen sollen)
- Verstärkung der Kooperation und Koordination der Rehabilitationsträger und der Leistungserbringer.

### 3.3 UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) – Inklusion

Seit 2009 gelten die Übereinkünfte der **UN-Behindertenrechtskonvention** (2006 verabschiedet, 2008 in Kraft getreten) auch in Deutschland. Ihr liegt ein Verständnis von Behinderung zugrunde, das jede Form von körperlicher, geistiger, seelischer oder Sinnes-Beeinträchtigung als normalen Bestandteil menschlichen Lebens und menschlicher Gesellschaft ansieht. Die UN-Konvention geht davon aus, dass „ausgesonderte“ Menschen nicht mehr nur zu integrieren sind, sondern allen Menschen von vornherein die Teilnahme an allen gesellschaftlichen Aktivitäten auf allen Ebenen und in vollem Umfang ermöglicht wird. Behinderung wird hier als Wechselwirkung von Beeinträchtigungen und Umwelt bzw. deren Barrieren begriffen. Die Aufgaben des Staates bestehen darin, die Menschenrechte als Vorgabe eigenen Handelns zu achten, die betroffenen Menschen vor drohenden Rechtsverletzungen durch Dritte zu schützen sowie Infrastrukturmaßnahmen zu ergreifen, damit die Menschen von ihren Rechten auch tatsächlich Gebrauch machen können (Übernahme der zur Umsetzung notwendigen Kosten).

Menschenwürde ist dabei die Fundamentalnorm, die unverbrüchlich ist und für alle Menschen in gleicher Weise gilt. Zur Einlösung der Menschenwürdegarantie sind die individualethisch begründeten **Freiheitsrechte** („autonomy rights“) genauso erforderlich wie die sozialetischen begründeten **Schutzrechte** („care rights“).

Zu den Freiheitsrechten gehören Selbstbestimmung, Persönlichkeitsentfaltung, Meinungsfreiheit und Teilhabe.

Zu den Schutzrechten gehören:

- das Recht auf Schutz bei Schwäche und Bedürftigkeit,
- die Sicherung des Überlebens und der leiblichen und sozialen Bedingungen eines Lebens mitten in der Gesellschaft,
- der Schutz vor Eingriffen des Staates,
- das Recht auf angemessene Behandlung von Krankheit,
- die Assistenz bei Hilfebedürftigkeit.

Mit der BRK werden damit neue Anforderungen an die Leistungen für behinderte Menschen gestellt. An die Stelle von sozialer Fürsorge, Fremdbestimmung, besonderen Einrichtungen und spezielle Gestaltungen sollen Soziale Teilhabe, Selbstbestimmung, Inklusion und Barrierefreiheit treten.

Dies bedeutet in der Umsetzung:

- Stärkung der individuellen Bedürfnisse behinderter Menschen gegenüber den Interessen der Leistungserbringer,
- Umsetzung eines personenzentrierten Ansatzes,
- Abbau der bisherigen Bevorzugung der stationären Leistungen,
- Anerkennung der „berechtigten“ Wünsche (§ 9 SGB IX) gegenüber den „angemessenen“ Wünschen (§ 9 SGB XII),

- Verpflichtung der Leistungsträger, für eine soziale Infrastruktur zu sorgen, die allgemeine soziale Dienstleistungen zugänglich macht und an den Bedürfnissen behinderter Menschen ausgerichtet ist,
- Zurverfügungstellen von persönlicher Assistenz und Persönlichem Budget
- Individualisierung der Hilfen (keine Pauschalleistungen, Pflegesätze, Leistungskomplexe oder Einordnung in Hilfebedarfsgruppen).

Dies muss letztlich in eine Neustrukturierung der sozialen Teilhabe münden in der Weise, dass sie zu einem gleichrangigen Anspruch neben der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Teilhabe wird.

Neben diesen Schutzrechten werden auch die **Kinderrechte** auf Förderung, Versorgung und Schutz hervorgehoben, wie z.B. der Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Verwahrlosung. Der Schutz vor dem unerlaubten Gebrauch von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen soll durch geeignete Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen erreicht werden.

Das SGB VIII § 8a regelt in Deutschland den Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdungen. „Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen.“ Dabei sind, sofern der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen dadurch nicht in Frage gestellt wird, die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche einzubeziehen und notwendige Hilfen zur Abwendung der Gefährdung anzubieten.

Mit den Bestimmungen zum **Verfahrensgesetz** zum § 1666 **BGB** ist vom Gesetzgeber vorgesehen, Eltern, Fachinstanzen und professionelle Dienste vor Eingriffen in das Elternrecht anzuhören, um den Eltern Hilfen anzubieten. So ergibt sich die Möglichkeit, geeignete fachliche Hilfen zu entwickeln und dem Familiengericht als Alternative vorzuschlagen. Eingriffe in das Elternrecht sind nicht mehr legitimiert, wenn die vorrangigen Formulierungen von Hilfen nicht stattgefunden haben.

### 3.4 Klassifikationssystem ICF – Teilhabestörungen

Wesentliche Aspekte der „Internationalen Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurden in das SGB IX und damit in das deutsche Rehabilitationsrecht aufgenommen. Die ICF erfasst Teilhabestörungen im Bereich der körperlichen und seelischen Integrität, der Integrität von Aktivitäten und Leistung sowie der sozialen Integrität. Der ICF liegt ein erweitertes bio-psycho-soziales Modell zugrunde, das sich im Kontext der Klassifikationssysteme wie folgt entwickelt hat:

- ICD 10 (biomedizinisch)  
Gesundheitsprobleme werden überwiegend in der ICD 10 (internationale Klassifikation der Krankheiten) klassifiziert.
- ICIDH 1 (biosozial)  
1980 publizierte die WHO die internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps).

- ICDH 2 (biopsychosozial)  
Sie zeigt bereits die Komplexität der Behinderung, benennt aber vorrangig die defizitären Komponenten und hat keine Ressourcenorientierung.
- ICF (erweitertes biopsychosoziales Modell)  
Die ICF berücksichtigt zusätzlich zur Erkrankung den persönlichen und allgemeinen Kontext (Förderfaktoren und Barrieren) und macht die Funktionsfähigkeit des Menschen an seiner Teilhabe und seinen Aktivitäten fest.

Im Gegensatz zum bio-medizinischen Modell (ICD) wird in der ICF der Zustand der funktionalen Gesundheit einer Person als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen der Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren aufgefasst. Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird in der ICF Behinderung genannt. „Behinderung“ ist damit keine Eigenschaft einer Person mehr, sondern hängt vom Kontext ab, in dem ein Mensch lebt, d.h. es wird nicht die Person klassifiziert, sondern deren individuelle Situation.

Der ICF liegt ein **Konzept der funktionalen Gesundheit** zugrunde; danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn

- vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren) ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des geistigen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen).

### 3.5 Reform der Eingliederungshilfe

Der Prozess der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK) zur Reform der Eingliederungshilfe begann im Jahr 2007 mit der Beauftragung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe. Seit 2010 liegt ein Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe vor. Für Ende 2011 war bereits ein Gesetzentwurf angekündigt worden, dieser liegt jedoch noch nicht vor.

Das Papier von 2010 formuliert folgende Eckpunkte für das Reformvorhaben:

1. Neuausrichtung der Eingliederungshilfe zu einer personenzentrierten Teilhabeleistung
  - Bedarf soll individuell, bedarfsgerecht und alle Lebenslagen umfassend sichergestellt werden,
  - Ermittlung des Bedarfs erfolgt gemeinsam mit dem Hilfebedürftigen unter Beachtung seines Wunsch- und Wahlrechts,
  - Grundsätze von Erforderlichkeit, Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit bleiben erhalten.
2. Gesamtsteuerungsverantwortung des Trägers der Sozialhilfe
  - Der Sozialhilfeträger hat trägerübergreifende Koordinations- und Strukturverantwortung,

- er ist Beauftragter, d.h. er kann bei leistungsträgerübergreifenden Bedarfskonstellationen im Namen der beteiligten Leistungsträger handeln,
- fördert bedarfsgerechte Angebote in seinem Gebiet.

### 3. Bedarfsermittlung und Bedarfsfeststellung

- Gesamtplan als Zielvereinbarung zwischen Leistungsträger und Leistungsberechtigten wird angestrebt,
- partizipatives Verfahren, das die durchführenden Maßnahmen erfasst,
- Hilfeplanverfahren und Ergebnis der Hilfeplankonferenz als Bestandteil eines Gesamtplans,
- Verfahren stellt verschiedene Leistungsformen zur Deckung des Bedarfs zur Wahl, das Persönliche Budget wird besonders hervorgehoben,
- Leistungsberechtigte können eine Person ihres Vertrauens hinzuziehen.

### 4. Zuordnung von Leistungen / Ausgestaltung des Vertragsrechts

- Als personenzentrierte Hilfe konzentriert sich die Eingliederungshilfe auf die „reine“ Fachmaßnahme; daneben werden innerhalb des Systems des SGB XII die existenzsichernden Leistungen zum Lebensunterhalt gewährt, einschließlich der Kosten für Unterkunft,
- Änderung des Vertragsrechts; die bisherige Systematik von Grundpauschale, Maßnahmenpauschale und Investitionsbetrag entfällt.

### 5. Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

- Einführung eines beruflichen Orientierungsverfahrens,
- Schaffung eines dauerhaften Nachteilsausgleichs für Arbeitgeber,
- Einbeziehen „anderer Leistungserbringer“, die einzelne Module anbieten, die die Teilhabe am Arbeitsleben außerhalb der Werkstatt fördern.

## 3.6 Sozialraumorientierung

Unter sozialen Räumen werden reale und virtuelle Räume verstanden, in denen Menschen wohnen, arbeiten, spielen, ihre Freizeit verbringen, Freundschaften knüpfen und sich sozial, politisch und spirituell engagieren.

Sozialräume, die in diesem Sinne durch die handelnden Personen jeweils selbst konstruiert und geschaffen werden, sind dabei nicht zwingend an feste Strukturen wie Gebäude, Quartiersgrenzen o.ä. gebunden; sie lassen sich demzufolge auch nicht unbedingt gebietsweise begrenzen. Sozialraumorientierung meint, die Menschen in ihren Bezügen und ihrer Lebenswelt zu begreifen und gleichzeitig die Ressourcen dieser Bezüge zu stärken und zur Problemlösung zu nutzen.

Aspekte, die für regionale Konzepte sprechen:

- Strukturen sind bekannt - Heimatverbundenheit bleibt bestehen,
- Familienanbindungen bleiben bestehen - können bei Abstinenz wieder verbessert werden,
- Soziale Bindungen/Freundschaften (z.B. Vereinszugehörigkeiten) können reaktiviert werden,
- Hoffnung auf Wiedereinstieg bei älteren/früheren Arbeitgebern,
- Verhinderung von chronisch mehrfach Beeinträchtigungen.

Folgende regionale Angebote müssen zur Verfügung stehen und fachkompetent besetzt sein:

- offene Anlaufstellen - „niedrigschwelliges Angebot“,
- ambulante Therapiemöglichkeit,
- familienbegleitende Dienste,
- aufsuchende Sozialarbeit,
- Integrationsfachdienste,
- stationäre und ambulante Wohnformen,
- tagesstrukturierende Angebote,
- barrierefreie Angebote,
- Vernetzung aller Angebote,
- regionale Verbundkompetenz.

Regionale Konzepte werden eher für Abhängigkeitskranke als günstig angesehen, die regional noch nicht desintegriert sind. Da in den Regionen fachkompetente Angebote oft nicht vorhanden sind, wird gerade für chronisch mehrfach beeinträchtigte abhängigkeitskranke Klienten ein Spezialangebot, in der Regel überregional, gesucht.

Aspekte, die gegen regionale Konzepte sprechen sind hier:

- Suchtsystemunterstützendes Umfeld bleibt bestehen,
- Familien oft auch suchtmittelbelastet,
- ältere und alleinstehende Abhängigkeitskranke leben ohne soziale Anbindung – Stichwort „nasses Umfeld erschwert Abstinenzbemühungen“,
- durch fehlende Erwerbstätigkeit fehlt Anbindung an Arbeitgeber und Erwerbsstrukturen - Begegnung mit ehemaligen Arbeitskollegen verdeutlicht eigenes Scheitern,
- negative Rollenfestlegung, Scham, schlechte Erinnerungen und Erfahrungen im sozialen Umfeld,
- umfangreiche Veränderungen in der Lebenssituation sind am meisten erfolgversprechend,
- Wurzeln fehlen, Heimat oft von geringer Bedeutung,
- neue Chancen durch Anfang in neuer Umgebung,
- Umgebungswechsel wirken heilsam, erneuernd und machen Mut,
- co-abhängige Familienangehörige stützen das problembelastete Familiensystem, in neuer Umgebung vorurteilsfreie Begegnung möglich.

### **3.7 Patienten- und Patientinnenrechte und nutzerorientiertes Versorgungssystem**

Die in der DHS zusammengeschlossenen Verbände setzen sich aufgrund ihres sozial-anwaltlichen Selbstverständnisses für schutzbedürftige Patient/-innengruppen ein, die im Gesundheitssystem, insbesondere im System der Suchtkrankenversorgung, besonders von Unter- und Fehlversorgung bedroht sind. Die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Suchtfolge-Behinderungen oder komorbiden psychischen Erkrankungen oder von sozial benachteiligten Menschen mit Suchterkrankungen müssen berücksichtigt werden. Im Sinne eines zugangsgerechten Suchtversorgungssystems muss das Recht auf Zugang zum Versorgungssystem und die Konkretisierung von Informations- und Aufklärungsrechten für Personen mit besonderen Kommunikationsbedarfen gesetzlich verankert werden.

Grundsätzlich sollten neben den individuellen Rechten der Patienten und Patientinnen auch die kollektiven Patientenrechte eine weitere Stärkung erfahren. Ein stärker nutzerorientiertes Versorgungssystem kann nur partizipativ unter Einbezug der Betroffenen und ihrer Vertretungen, z.B. die Verbände der Suchtselbsthilfe, erreicht werden. Durch die einseitige Ausrichtung auf individuelle Rechte werden diejenigen Patienten- und Patientinnengruppen bevorzugt, die besser in der Lage sind, ihre individuellen Patientenrechte auch einzufordern und zu vertreten. Die besondere Vulnerabilität von suchterkrankten Menschen ist hier dringend zu berücksichtigen. Das Wunsch- und Wahlrecht ist unverzichtbar und muss deutlich gestärkt werden, Möglichkeiten zur Erreichung eines Persönlichen Budgets verbessert werden.

Ein Beschwerdemanagement soll für Betroffene nicht nur im stationären Bereich, sondern auch im ambulanten Bereich zur Verfügung stehen. Zu diesem Zweck soll in jedem Bundesland ein Patientenfürsprecher bzw. eine Ombudsstelle eingerichtet werden, die Beschwerden oder andere Anliegen aufnehmen und die Interessen der Patienten und Patientinnen gegenüber der jeweiligen Einrichtung vertreten kann. Die Patientenfürsprecher müssen neutral sein und weisungsunabhängig arbeiten können. Sie sollen bei den Gesundheitsämtern angesiedelt sein. Nach dem Vorbild vieler Bundesländer, in denen eine solche Institution bereits besteht, soll der Patientenfürsprecher ehrenamtlich tätig sein. Sie/Er soll dabei eng mit den kommunalen Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes sowie mit Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten.



## 4. DIE SYSTEMANALYSE

Für die Systemanalyse wurden in einer Expertenrunde Zielgruppen, die aufgrund der Angaben in der Deutschen Suchthilfestatistik am häufigsten in den Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchthilfe vorkommen, im Konsensverfahren definiert. Auf gleiche Weise wurden die Interventionen im Hilfesystem definiert.

Die Matrix 1 lässt sich aus dem Erfahrungswissen der Suchthilfe ableiten, während die Matrix 2 wiederum im Konsensverfahren angelegt wurde und in verschiedenen Rückmelde-schleifen präzisiert wurde.

### 4.1. Zielgruppen (typische/häufige Personengruppen oder Menschen mit besonderem Hilfebedarf)

- 1) *ALK* – Erwachsene mit Alkohol-Abhängigkeit
- 2) *KOM* – Erwachsene mit Abhängigkeit und komorbiden Störungen (somatisch/psychiatrisch)
- 3) *GSP* – Erwachsene mit Glücksspielproblematik
- 4) *ARB* – Menschen mit Abhängigkeit und Vermittlungshemmnissen in der Arbeitswelt
- 5) *WOH* – Menschen mit Abhängigkeit und besonderen sozialen Lebenslagen (insbesondere ohne Wohnung)
- 6) *ALT* – Menschen über 50 (mit schwerem Missbrauch einschließlich Medikamente und somatischen Störungen)
- 7) *HAF* – Menschen mit Suchtproblematik in Haft (Alkohol/Drogen/Glücksspiel)
- 8) *CMA* – Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke
- 9) *ELT* – Eltern mit Suchtproblemen (bzw. Suchtkranke mit Kindern und Schwangere)
- 10) *JEK* – Jugendliche und junge Erwachsene mit auffälligem Konsumverhalten
- 11) *DRO* – Erwachsene mit Drogenabhängigkeit

Quellen:

Zielgruppe	Zahlen-Daten-Fakten	Quelle
ALK – Erwachsene mit Alkoholabhängigkeit	3,4% der 18-64-jährigen Deutschen sind abhängig von Alkohol oder weisen schädlichen Gebrauch auf (Kraus et al. 2014, Papst et al. 2013). Bei rund 51 Mio. Menschen in dieser Altersgruppe (Statistisches Bundesamt 2012) sind das etwa 1,75 Mio. behandlungsbedürftige Personen.	Kraus, L. et al. (2014): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Trends substanzbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter: Prävalenz und Hochrechnung 1997-2012. München: IFT Institut für Therapiefor-schung. Pabst, A. et al. (2013): Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. In: Sucht: Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 59(6), 321-331. Statistisches Bundesamt (2012) - www.destatis.de
KOM – Erwachsene mit Abhängigkeit und komorbiden Störungen (soma-tisch/psychiatrisch)	Bei alkoholabhängigen Menschen leiden 27% mindestens einmal in ihrem Leben an einer Angststörung (Merikangas et al. 1998) und 54-75% an einer Depression (Schäfer, Heinz 2005). Bei Drogenabhängigkeit sind es 39% mit Angststörungen (Merikangas et al. 1998) und 38-56% mit Depressionen (Schäfer, Heinz 2005). Allgemeinbevölke-rung: 14% Angststörungen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2006) und 7% Depression (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010).	Gesundheitsberichterstattung des Bundes – www.gbe-bund.de Merikangas, K. R. et al. (1998): Comorbidity of substance use dis-orders with mood and anxiety dis-orders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. In: Addictive behaviors, 23(6), 893-907. Schäfer, M.; Heinz, A. (2005): Therapieresistente Depressionen bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Bauer, M.; Berghöfer, A.; Adli, M. (Hrsg): Therapieresistente Depres-sionen. Berlin; Heidelberg; New Yorg: Springer. 92-104.
GSP – Erwachsene mit Glücksspiel-problematik	Nach den Ergebnissen der PAGE-Studie zeigen bei den 14-64-jähri-gen Deutschen 0,3% problematisches und 0,35% pathologisches Glücksspielverhalten. Bei rund 54 Mio. Menschen in dieser Altersgruppe (Destatis 2012) sind das ca. 162.000 problematische und ca. 189.000 pathologische Spieler.	Meyer, C. et al. (2011): Pathologi-sches Glücksspielen und Epidemio-logie (PAGE): Entstehung, Komorbi-dität, Remission und Behandlung. Endbericht an das Hessische Minis-terium des Innern und für Sport. Greifswald; Lübeck: Universität. Statistisches Bundesamt (2012) – www.destatis.de

<p>ARB – Menschen mit Anhängigkeit und Vermittlungshemmnissen in der Arbeitswelt</p>	<p>43% der in der Deutschen Suchthilfestatistik erfassten Personen (ambulante und stationäre Betreuungen bzw. Behandlungen) sind Empfänger von ALG I oder ALG II. Die Arbeitslosenquote lag in Deutschland im selben Zeitraum bei knapp 7% (Destatis 2012).</p>	<p>Statistisches Bundesamt (2012) – <a href="http://www.destatis.de">www.destatis.de</a>  Steppan, M. et al. (2013): Suchthilfe in Deutschland 2012. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. München: IFT Institut für Therapiefor-  schung.  Download:  <a href="http://www.suchthilfestatistik.de">www.suchthilfestatistik.de</a></p>
<p>WHO – Menschen mit Abhängigkeit und besonderen sozialen Lebenslagen (insbesondere ohne Wohnung)</p>	<p>Nach Schätzungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe gab es 2012 in Deutschland rund 284.000 Personen ohne festen Wohnsitz (Bandbreite +/- 10%). Experten gehen davon aus, dass 50-80% der Wohnungslosen ein Suchtproblem haben.</p>	<p><a href="http://www.bagw.de">www.bagw.de</a> (Zahl der Wohnungslosen)  <a href="http://www.dhs.de">www.dhs.de</a> (Kooperationstagung der DHS 2010, Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe')</p>
<p>ALT – Menschen über 50 (mit schwerem Missbrauch einschließlich Medikamente und somatischen Störungen)</p>	<p>25% der in der Deutschen Suchthilfestatistik erfassten Personen (ambulante und stationäre Betreuungen bzw. Behandlungen) sind älter als 50 Jahre. Diese Altersgruppe umfasst in der Gesamtbevölkerung ca. 40% (Destatis 2012).</p>	<p>Statistisches Bundesamt (2012) – <a href="http://www.destatis.de">www.destatis.de</a>  Steppan, M. et al. (2013): Suchthilfe in Deutschland 2012. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. München: IFT Institut für Therapiefor-  schung.  Download:  <a href="http://www.suchthilfestatistik.de">www.suchthilfestatistik.de</a></p>
<p>HAF – Menschen mit Suchtproblematik in Haft (Alkohol/Drogen/Glücksspiel)</p>	<p>Zum Stichtag 31.03.2010 befanden sich über 60.000 Strafgefangene und Sicherheitsverwahrte in deutschen Haftanstalten. Im Jahr 2009 gab es knapp 650.000 Haftantritte, also mehr als zehnmals so viele Haftantritte jährlich wie Strafgefangene zu einem bestimmten Zeitpunkt. Der Anteil intravenös konsumierender Drogenabhängiger wird auf etwa 30% (Männer) und über 50% (Frauen) geschätzt, der Anteil Alkoholabhängiger auf ca. 38%.</p>	<p>Jakob, L.; Stöver, H.; Pfeiffer-Gerschel, T. (2013): Suchtbezogene Gesundheitsversorgung von Inhaftierten in Deutschland – eine Bestandsaufnahme. In: Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 59(1), 39-50.</p>

CMA – Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke	Die Arbeitsgruppe CMA der Bundesregierung schätzte in den 1990er Jahren den betroffenen Personenkreis auf rund 400.000, davon etwa 2/3 Männer.	Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis (1999), 45(1)
ELT – Eltern mit Suchtproblemen (bzw. Suchtkranke mit Kindern und Schwangere)	Nach den Daten der Deutschen Suchthilfestatistik beträgt die mittlere Zahl der Kinder im Haushalt 0,28 pro behandelte/betreute Person. Bei 1,75 Mio. Menschen mit Alkoholproblematik entspricht das ca. 500.000 betroffenen Kindern. Im Drogenbereich wären nach dieser Rechnung weitere ca. 90.000 Kinder betroffen.	Steppan, M. et al. (2013): Suchthilfe in Deutschland 2012. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. München: IFT Institut für Therapiefor- schung. Download: <a href="http://www.suchthilfestatistik.de">www.suchthilfestatistik.de</a>
JEK – Jugendliche und junge Erwachsene mit auffälligem Konsumverhalten	In der Untersuchung von Essau et al. (2012) wird in der Altersgruppe 12-17 Jahre die Prävalenz von substanzbezogenen Störungen mit knapp 20% angegeben (Alkohol = 12,3% / Cannabis = 6,4% / Opioide = 0,4% / Amphetamine = 0,4%). Bei rund 4 Mio. Menschen in dieser Altersgruppe entspricht das insgesamt einer Zahl von ca. 800.000 betroffenen Jugendlichen und jungen Erwachsenen.	Essau, C.A. et al. (2012): Substanzmissbrauch und -abhängigkeit bei Jugendlichen.
DRO – Erwachsene mit Drogenabhängigkeit	Nach Hochrechnungen aus der Deutschen Suchthilfestatistik und dem Epidemiologischen Suchtsurvey für 2012 kann von 320.000-330.000 Drogenabhängigen in Deutschland ausgegangen werden. Darunter sind folgende Substanzen vertreten: Opioide = ca. 140.000 / Cannabis = ca. 80.000 / Stimulanzien = 30.000 / Kokain = 15.000.	Steppan, M. et al. (2013): Suchthilfe in Deutschland 2012. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik. München: IFT Institut für Therapiefor- schung. Download: <a href="http://www.suchthilfestatistik.de">www.suchthilfestatistik.de</a> Kraus, L. et al. (2014): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Trends substanzbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter: Prävalenz und Hochrechnung 1997-2012. München: IFT Institut für Therapiefor- schung.

## 4.2. Interventionen im Hilfesystem

1. *PRÄ* – Prävention und Frühintervention (u.a. Projekte FRED/HALT/SKOLL etc.)
2. Akutbehandlung
  - 2.1 *ASA* – ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention
  - 2.2 *APB* – ambulante psychotherapeutische Behandlung
  - 2.3 *AKH* – stationäre somatische Akutbehandlung (im Allgemeinkrankenhaus)
  - 2.4 *PIA* – ambulante psychiatrische Behandlung (in der Psychiatrischen Institutsambulanz)
  - 2.5 *PKH* – stationäre psychiatrische Behandlung (im Psychiatrischen Krankenhaus)
3. Beratung und Betreuung
  - 3.1 *NIH* – Niederschwellige Hilfen (Grundversorgung/Tagesstruktur/Spritzentausch etc.)
  - 3.2 *SBS* – Sucht- und Drogenberatung (inkl. Schuldnerberatung)
  - 3.3 *PSB* – Psychosoziale Begleitung Substituierter
  - 3.4 *SPB* – Sozialpsychiatrische Betreuung (Teil des öffentlichen Gesundheitswesens oder Trägerschaft Wohlfahrt)
4. *JH* – Hilfen zur Erziehung (SGB VIII)
5. *BS* – Suchtberatung im Betrieb
6. Beschäftigung, Qualifizierung, Arbeitsförderung
  - 6.1 *AP* – Beschäftigung (u.a. Arbeitsprojekte)
  - 6.2 *QU* – Qualifizierung
  - 6.3 *AF* – Arbeitsförderung (Maßnahmen Arbeitsagentur/Jobcenter)
  - 6.4 *BR* – Berufliche Rehabilitation
  - 6.5 *WFB* – Beschäftigung für behinderte Menschen (in Werkstatt für behinderte Menschen)
7. Suchtbehandlung
  - 7.1 *ENT* – Entgiftung und qualifizierter Entzug
  - 7.2 *MED* – Medikamentöse Rückfallprophylaxe (Pharmakotherapie)
  - 7.3 *SUB* – Ambulante Substitution
  - 7.4 *ARS* – Ambulante medizinische Rehabilitation
  - 7.5 *TAR* – Ganztägig ambulante Rehabilitation
  - 7.6 *STR* – Stationäre medizinische Rehabilitation
  - 7.7 *AD* – Adaption
  - 7.8 *NAS* – (Reha)Nachsorge
8. Eingliederungshilfe
  - 8.1 *ABW* – Ambulant Betreutes Wohnen
  - 8.2 *SOZ* – Stationäres Sozialtherapeutisches Wohnen
  - 8.3 *ÜE* – Übergangswohnen (zeitlich befristet)
  - 8.4 *TS* – Tagesstrukturierende Maßnahmen
9. Justiz
  - 9.1 *MVJ* – medizinische Versorgung im Justizvollzug
  - 9.2 *SBJ* – Suchtberatung im Justizvollzug

9.3 SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach § 64 StGB)

9.4 BEW – Eingliederung nach Haft (Bewährungshilfe)

10. PF – Hilfen für Pflegebedürftige

11. SH – Selbsthilfe

### Quellen:

<b>Intervention</b>	<b>Zahlen-Daten-Fakten</b>	<b>Quelle</b>
PRÄ – Prävention und Frühintervention (u.a. Projekte FRED/HALT/SKOLL etc.)	Auswertung der dokumentierten Maßnahmen aus dem Jahr 2009: 34.031 Maßnahmen und 472 Fachkräfte	Leune, J. (2014): Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.
ASA – ambulante somatische Akutbehandlung inkl. Frühintervention	123.000 niedergelassene Ärzte mit ca. 20% suchtkranken Patienten	Leune, J. (2014): Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.
APB – ambulante psychotherapeutische Behandlung	16.479 niedergelassene Psychologische Psychotherapeuten (darin enthalten auch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten), außerdem ca. 10.000 niedergelassene Fachärzte für Psychotherapie	Leune, J. (2014): Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.
AKH – stationäre somatische Akutbehandlung (im Allgemeinkrankenhaus)	ca. 1.700 Krankenhäuser mit rund 432.000 Betten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012) rund 7.500 Betten in spezialisierten Krankenhausabteilungen für Sucht ca. 170.000 DRG-Behandlungen wegen Diagnose F10-19 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012)	Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012 – www.gbe-bund.de Leune, J. (2014): Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.
PIA – ambulante psychiatrische Behandlung (in psychiatrischen Institutsambulanzen)	ca. 300 PIA's mit 97.500 Behandlungsfällen Sucht pro Jahr	Leune, J. (2014): Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.

<p>PKH – stationäre psychiatrische Behandlung (im psychiatrischen Krankenhaus)</p>	<p>ca. 220 psychiatrische Krankenhäuser und insgesamt 500 psychiatrische Fachabteilungen (psychiatrische und allgemeine Krankenhäuser) mit rund 69.000 Betten (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012), davon rund 4.600 Betten für Sucht innerhalb psychiatrischer Krankenhäuser (Statistisches Bundesamt 2010) ca. 272.000 Behandlungen in der Suchtpsychiatrie im Jahr 2010 (Suchtausschuss BDK 2011)</p>	<p>Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012 – <a href="http://www.gbe-bund.de">www.gbe-bund.de</a> Statistisches Bundesamt 2010 – <a href="http://www.destatis.de">www.destatis.de</a> Suchtausschuss BDK 2011</p>
<p>NIH – Niederschwellige Hilfen (Grundversorgung/Tagesstruktur/Spritzentausch etc.)</p>	<p>300 Einrichtungen bzw. Angebote</p>	<p>Leune, J. (2014): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.</p>
<p>SBS – Sucht- und Drogenberatung (inkl. Schuldnerberatung)</p>	<p>1.300 Beratungsstellen mit 500.000 Klienten pro Jahr</p>	<p>Leune, J. (2014): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.</p>
<p>PSB – Psychosoziale Begleitung Substituierter</p>	<p>Ca. 75 % der registrierten Substituierten; ca. 58.000 Personen</p>	<p>PREMOS-Studie, Schlussbericht, S. 140 Positionspapier der DHS: Psychosoziale Betreuung Substituierter (Dezember 2010), <a href="http://www.dhs.de">www.dhs.de</a> fdr Fakten: Substitution und psychosoziale Betreuung Opiatabhängiger (Mai 2012), <a href="http://www.fdr-online.info">www.fdr-online.info</a></p>
<p>SPB – Sozialpsychiatrische Betreuung (Teil des öffentlichen Gesundheitswesens oder Trägerschaft Wohlfahrt)</p>	<p>über 400 Gesundheitsämter und etwa 460 Sozialpsychiatrische Dienste</p>	<p>Leune, J. (2014): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.</p>

JH – Hilfen zur Erziehung	Die Zahl der Hilfen zur Erziehung (§§ 27 bis 35 SGB VIII) betrug im Jahr 2012 insgesamt 470.217. Davon waren 414.888 ( 88,2 %) Einzelhilfen und 55.329 (11,8 %) familienorientierte Hilfen	Statistisches Bundesamt, DESTATIS 2013, <a href="https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/10/PD13_353_225.html">https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2013/10/PD13_353_225.html</a> Bundeskongress für Erziehungsberatung <a href="http://www.bke.de/virtual/fachkraefte/statistik.html?SID=08C-4B7-1C4-871">http://www.bke.de/virtual/fachkraefte/statistik.html?SID=08C-4B7-1C4-871</a>
BS – Suchtberatung im Betrieb	nicht zu ermitteln	<a href="http://www.sucht-am-arbeitsplatz.de">www.sucht-am-arbeitsplatz.de</a>
AP – Beschäftigung (u.a. Arbeitsprojekte)	etwa 250 spezifische Angebote bzw. Projekte in der Suchthilfe mit mehr als 4.800 Plätzen	Leune, J. (2014): Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.
QU – Qualifizierung		
AF – Arbeitsförderung (Maßnahmen Arbeitsagentur/ Jobcenter)	Im Jahr 2013 nahmen durchschnittlich 800.000 Menschen an arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen teil.	Förderstatistik der Bundesagentur für Arbeit
BR – Berufliche Rehabilitation	In entsprechenden Bundesarbeitsgemeinschaften sind 28 Berufsförderungswerke (BFW) mit ca. 16.000 Plätzen, 52 Berufsbildungswerke (BBW) mit ca. 13.000 Ausbildungsplätzen und 15 Berufliche Trainingszentren (BTZ) organisiert.	<a href="http://www.ddbfw.de">www.ddbfw.de</a> <a href="http://www.bagbbw.de">www.bagbbw.de</a> <a href="http://www.bag-btz.de">www.bag-btz.de</a>
WFB – Beschäftigung für behinderte Menschen (in Werkstatt für behinderte Menschen)	700 anerkannte Werkstätten mit ca. 300.000 belegten Plätzen	<a href="http://www.bagwfbm.de">www.bagwfbm.de</a>
ENT – Entgiftung und qualifizierter Entzug	190 Einrichtungen mit über 2.000 Plätzen bieten eine qualifizierte Entzugsbehandlung an (internistisch und psychiatrisch)	Leune, J. (2014): Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.



MED – Medikamentöse Rückfallprophylaxe (Pharmakotherapie)	Für die ambulante pharmakologische Behandlung stehen die Medikamente Acamprosat, Naltrexon, Disulfiram (derzeit ohne Zulassung in Deutschland) und Nalmefen zur Verfügung. Allerdings sollte immer eine Kombination mit einer psychosozialen Begleitung erfolgen und häufig ist das Therapieziel nicht die Abstinenz, sondern eine Trinkmengenreduzierung (S3-Leitlinie Alkoholabhängigkeit, erscheint im Sommer 2014).	
SUB – ambulante Substitution	Für 2012 waren im Substitutionsregister 75.400 Patienten und 2.731 substituierende Ärzte verzeichnet.	Leune, J. (2014): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.
ARS – ambulante medizinische Rehabilitation	400 anerkannte Einrichtungen mit ca. 3.500 Behandlungen pro Jahr	Leune, J. (2014): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202. Schätzung der Behandlungszahlen auf Basis von Statistiken der Deutschen Rentenversicherung
TAR – Ganztägig ambulante Rehabilitation	50 Einrichtungen mit 800 Plätzen und 3.500 Behandlungen pro Jahr	Schätzung auf Basis von Statistiken der Deutschen Rentenversicherung und der Suchtverbände
STR – stationäre medizinische Rehabilitation	200 Einrichtungen mit 13.000 Plätzen und 40.000 Behandlungen pro Jahr	Schätzung auf Basis von Statistiken der Deutschen Rentenversicherung und der Suchtverbände
AD – Adaption	100 Einrichtungen mit 1.000 Plätzen und 3.500 Behandlungen pro Jahr	Schätzung auf Basis von Statistiken der Deutschen Rentenversicherung und der Suchtverbände
NAS – (Reha)Nachsorge	10.000 Maßnahmen (ambulante Nachsorge und Weiterbehandlung) pro Jahr	Schätzung auf Basis von Statistiken der Deutschen Rentenversicherung und der Suchtverbände
ABW – Ambulant betreutes Wohnen	460 Einrichtungen bzw. Angebote mit mehr als 12.000 Plätzen	Leune, J. (2014): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.

SOZ – Stationäres sozialtherapeutisches Wohnen	268 Einrichtungen mit mehr als 10.700 Plätzen	Leune, J. (2014): Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.
UE – Übergangswohnen (zeitlich befristet)	Übergangseinrichtungen haben die Funktion einer stationären Krisenintervention und der Vorbereitung auf weiterführende Hilfen. Ihr Ziel ist es, die Abstinenz zu stabilisieren, Motivation zur Veränderung zu entwickeln und Sicherheit für einen Orientierungs- und Beratungsprozess herzustellen. Voraussetzung für die Aufnahme ist eine abgeschlossene Entgiftungsbehandlung. Das Sozialamt ist Kostenträger im Rahmen der Eingliederungshilfe gem. §§ 53/54 SGB XII. Voraussetzung ist die soziale Indikation, da die Fähigkeit zur Abstinenz während der Wartezeit auf einen Platz in einer Entwöhnungsklinik nicht oder nicht in ausreichendem Maß vorhanden ist.	
TS – Tagesstrukturierende Maßnahmen	112 teilstationäre Einrichtungen mit mehr als 1.200 Plätzen	Leune, J. (2014): Versorgung abhängiger Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202.
MVJ – medizinische Versorgung im Justizvollzug	Gefangene unterliegen grundsätzlich der Gesundheitsfürsorge des Justizvollzuges und der Standard der medizinischen Versorgung richtet sich nach den §§ 56 ff StVollzG. Die medizinische Versorgung der Gefangenen erfolgt in ambulanter, in größeren Justizvollzugsanstalten auch in stationärer Form. Sicherheitsaspekte haben im Justizvollzug einen sehr hohen Stellenwert, entsprechend groß ist das Interesse, möglichst viele Krankheiten innerhalb der Mauern zu behandeln. Es werden prinzipiell alle Krankheiten im Vollzug behandelt, nötigenfalls in Zusammenarbeit mit zivilen Spezialeinrichtungen.	
SBJ – Suchtberatung im Justizvollzug	Im Einrichtungsregister der DBDD sind insgesamt 88 externe Dienste zur Beratung/Behandlung im Strafvollzug verzeichnet.	<a href="http://www.suchthilfestatistik.de">www.suchthilfestatistik.de</a>
SBM – Suchtbehandlung im Maßregelvollzug (nach §64 StGB)	Zum 31.03.2013 waren 3.819 Personen in Entziehungsanstalten untergebracht (Statistisches Bundesamt 2013)	Statistisches Bundesamt (2013) – <a href="http://www.destatis.de">www.destatis.de</a>
BEW – Eingliederungshilfe nach Haft (Bewährungshilfe)	Rund 2.500 hauptamtliche Bewährungshelfer/-innen betreuen ca. 170.000 straffällig gewordene Menschen.	<a href="http://www.bewaehrungshilfe.de">www.bewaehrungshilfe.de</a>

<p>PF – Hilfen für Pflegebedürftige</p>	<p>700.000 Pflegebedürftige befinden sich in stationären Einrichtungen (Statistisches Bundesamt 2011), davon sind schätzungsweise 10% bzw. 70.000 Menschen von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit betroffen.</p>	<p>Statistisches Bundesamt (2011) – <a href="http://www.destatis.de">www.destatis.de</a>  Rumpf, H.J.; Weyerer, S. (2006): Suchterkrankungen im Alter. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2006 Geesthacht: Neuland. 189-199.</p>
<p>SH – Selbsthilfe</p>	<p>Nach einer Erhebung von 2010 gibt es in den Selbsthilfeverbänden innerhalb der Wohlfahrtsverbände (Kooperation der 5 Verbände: BKE, BKD, Freundeskreise, Guttempler, Kreuzbund) 4.906 Gruppen mit 72.212 Teilnehmenden. Die Zahl weiterer Gruppen (u.a. mit Zugehörigkeit zu den AA) wird auf 4.000 geschätzt.</p>	<p><a href="http://www.kreuzbund.de">www.kreuzbund.de</a></p>

### 4.3. Matrix 1 – Finanzierung

Grundlage	SGB II	SGB III	SGB V	SGB VI	SGB VII	SGB VIII	SGB IX	SGB XI	SGB XII	ÖGD	JUS	FWL	UNT
1. PRÄ			X							X		X	
2.1 ASA			X										
2.1 APB			X										
2.3 AKH			X										
2.4 PIA			X										
2.5 PKH			X										
3.1 NIH												X	
3.2 SBS	X											X	
3.3 PSB									X			X	
3.4. SPB									X	X		X	
4. JH						X						X	
5. BS			X										X
6.1 AP	X	X							X			X	
6.2 QU	X	X							X				
6.3 AF	X	X											
6.4 BR		X			X		X		X				
6.5 WFB		X					X		X				
7.1 ENT			X						X				
7.2 MED			X										
7.3 SUB			X										
7.4 ARS			X	X			X		X				
7.5 TAR			X	X			X		X				
7.6 STR			X	X			X		X				
7.7 AD			?	X			X		X				
7.8 NAS			X	X			X						
8.1 ABW									X				
8.2 SOZ									X				
8.3 ÜE									X				
8.4 TS									X				
9.1 MVJ											X		
9.2 SBJ											X	X	
9.3 SBM											X		
9.4 BEW											X		
10. PF			X					X	X				
11. SH			X	X								X	

Hinweise:

- SGB I, SGB IV und SGB X definieren keine Leistungen
- PKV-System ist ausgenommen
- ÖGD = Öffentlicher Gesundheitsdienst
- JUS = Strafgesetzbuch, Strafvollzugsgesetz und Justizvollzug
- FWL = freiwillige Leistungen Kommunen/Länder
- UNT = freiwillige Leistungen Unternehmen/Betriebe

#### 4.4. Matrix 2 – Versorgungsrealität

Zielgruppe	ALK	KOM	GSP	ARB	WOH	ALT	HAF	CMA	ELT	JEK	DRO
1. PRÄ											
2.1 ASA											
2.2 APB											
2.3 AKH											
2.4 PIA											
2.5 PKH											
3.1 NIH											
3.2 SBS											
3.3 PSB											
3.4 SPB											
4. JH											
5. BS											
6.1 AP											
6.2 QU											
6.3 AF											
6.4 BR											
6.5 WFB											
7.1 ENT											
7.2 MED											
7.3 SUB											
7.4 ARS											
7.5 TAR											
7.6 STR											
7.7 AD											
7.8 NAS											
8.1 ABW											
8.2 SOZ											
8.3 ÜE											
8.4 TS											
9.1 MVJ											
9.2 SBJ											
9.3 SBM											
9.4 BEW											
10. PF											
11. SH											

Legende:

GRÜN = vorhanden und gute Funktion bzw. gute Integration in das Hilfesystem

GELB = vorhanden, aber eingeschränkte Funktion im Hilfesystem (Schnittstellenprobleme)

ROT = vorhanden, aber Abgrenzung zum Hilfesystem (fast kein Übergang möglich)

BLAU = nicht vorhanden, aber Angebot nötig

GRAU = nicht vorhanden und kein Angebot erforderlich

#### 4.4.1. Anmerkungen zu den Interventionen:

1. PRÄ	Programm SKOLL findet bundesweite Verbreitung und richtet sich auch an GSP/HAF/JEK
7.2 MED	nur für Alkoholabhängigkeit, keine Erfahrungen/Untersuchungen zu spezifischen Zielgruppen, erhebliche psychische Komorbidität ist Kontraindikation
7.5 TAR	tw. schwierige Abgrenzung zu ambulanten und stationären Zielgruppen
7.7 AD	Finanzierung der Adaption durch GKV (SGB V) nicht durchgängig sichergestellt

#### 4.4.2. Anmerkungen zu den Zielgruppen:

ALK	2.3 AKH	eher selten adäquate Erkennung/Behandlung/Weiterleitung, erhebliche Unterschiede
	2.5 PKH	Erkennung/Behandlung/Weiterleitung nicht in allen Psychiatrien (ohne Suchtabteilung) vorhanden
	3.4 SPB	tw. regionale Kapazitätsprobleme bei der sozialpsychiatrischen Betreuung
	5. BS	in kleinen Betrieben häufig schwierig zu organisieren
	6.3 AF	tw. erhebliche regionale Unterschiede (keine flächendeckende Kooperation)
	7.1 ENT	Versorgung in ländlichen Regionen gelegentlich schwierig
	7.4 TAR	Angebote noch nicht in jeder (ländlichen) Region vorhanden
	8.3 ÜE	nicht in allen Bundesländern vorhanden und ausreichend finanziert
	8.4 TS	ggf. Ausbau der Angebote erforderlich
KOM	2.3 AKH	eher selten adäquate Erkennung/Behandlung/Weiterleitung
	2.5 PKH	vereinzelt nur Behandlung der psychischen Erkrankung und Vernachlässigung der Sucht
	7.3 ARS	kommt selten vor, funktioniert bei aber bei sorgfältiger Indikationsstellung
GSP	2.1 ASA	in wenigen Einzelfällen vorhanden, flächendeckendes Angebot wünschenswert
	2.5 PKH	Bedarf ist vorhanden
	3.2 SBS	steigender Bedarf, Ausbau der Angebote
	6.1 AP	Bedarf für jüngere Generation („wächst nach“)
	6.4 BR	Bedarf nur in Einzelfällen
	7.4 ARS	ggf. Ausbau der Angebote erforderlich
	7.7 AD	ggf. Ausbau der Angebote erforderlich
	7.8 NAS	ggf. Ausbau der Angebote erforderlich
	8.1 ABW	unklarer Bedarf?
	8.2 SOZ	unklarer Bedarf?
	8.3 ÜE	ggf. Bedarf vorhanden
11. SH	ggf. Ausbau der Angebote erforderlich	
ARB	6.3 AF	geht deutlich zurück und wird bald ganz wegfallen
	7.3 SUB	Förderung Teilhabe am Arbeitsleben spielt in der ambulanten Substitution kaum eine Rolle

	7.4 ARS	kommt selten vor, funktioniert bei aber bei sorgfältiger Indikationsstellung
HAF	9.2 SBJ	tw. unzureichendes Entlassungsmanagement in JVA
	9.3 SBM	überwiegend gutes Entlassungs- und Übergangsmanagement im Maßregelvollzug
CMA	2.1 ASA	kaum primärmedizinische ambulante Versorgung
	6.1 AP	regionale Unterschiede mit einzelnen positiven Beispielen
	6.4 BR	ggf. Angebote in beruflicher Reha sinnvoll?
	7.4-7.8	kaum Angebote in der medizinischen Reha (nicht nur negative Prognosen), erhebliche Bruchstellen zwischen den Leistungsbereichen
ELT	2.4 PIA	suchtkranke Eltern werden tw. behandelt
	2.5 PKH	Behandlung der Eltern gut, Betreuungsangebote für Kinder oft unzureichend
	7.3 SUB	häufig keine Beachtung der Kindeswohlgefährdung
	8.2 SOZ	ggf. Bedarf vorhanden
JEK	2.2 APB	Angebote kaum vorhanden
	2.3 AKH	erhebliche regionale Unterschiede im Umgang mit Suchterkrankungen
	7.4-7.8	auch Reha-Angebote sinnvoll (je nach Alter und Indikation)
DRO	2.1 ASA	nur in seltenen Einzelfällen vorhanden
	2.2 APB	wäre sinnvoll, bspw. parallel zu Substitution und psychosozialer Begleitung
	2.3 AKH	problematische Erkennung/Diagnose, nur tw. Weiterleitung über Liasondienste
	2.4 PIA	Erkennung/Behandlung/Weiterleitung nicht in allen Institutsambulanzen (ohne Suchtabteilung) vorhanden
	3.3 PSB	funktioniert nicht in allen Fällen (siehe 7.2)
	6.1 AP	geht deutlich zurück
	6.3 AF	geht deutlich zurück und wird bald ganz wegfallen
	6.4 BR	wäre wünschenswert, nicht nur auf Abhängigkeit fokussieren
	6.5 WFB	in wenigen Einzelfällen vorhanden, flächendeckendes Angebot wünschenswert
	7.3 SUB	extreme Unterschiede je nach Anbieter: Niedergelassene = ROT, Fachambulanzen = GRÜN, ländliche Regionen = BLAU
	8.3 ÜE	nicht in allen Bundesländern vorhanden und ausreichend finanziert
	8.4 TS	ggf. Ausbau der Angebote erforderlich
	11. SH	Ausbau der Angebote erforderlich (insbesondere für jüngere Betroffene)

## **5. EMPFEHLUNGEN FÜR EINE ZUKUNFTSFÄHIGE SUCHTHILFE**

Suchthilfe findet in Deutschland in den Bereichen somatische Akutversorgung, Psychiatrie und in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe statt. Dieses komplexe Versorgungs- und Hilfesystem muss auch in Zukunft in seiner Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit erhalten werden, um Menschen mit somatischem, psychischem und sozialem Hilfebedarf eine geeignete Beratung und Behandlung zur Verfügung stellen zu können. Dazu sind Weiterentwicklungen auf verschiedenen Ebenen notwendig.

### **5.1. Rahmenbedingungen – strategische Ebene**

Die starke Zergliederung des Suchtversorgungssystems im Hinblick auf die normativen Rahmenbedingungen (Gesetze, Leistungsrecht) ist eingehend dargestellt worden. Sie führt zu zahlreichen Schnittstellenproblemen, die häufig verhindern, dass betroffene Personen die Leistungen erhalten, die im Sinne einer personenzentrierten Hilfeplanung in der entsprechenden Kombination erforderlich wären, um eine möglichst umfassende Teilhabe zu ermöglichen. Folgende Maßnahmen sind daher umzusetzen:

#### **a) Sozialgesetzbücher:**

- SGB II: Verstärkung der Zielsetzung Beschäftigungs- und Teilhabefähigkeit.
- SGB V: Deutliche Hervorhebung der Zuständigkeit der GKV für Suchterkrankungen insgesamt (und nicht nur die somatischen Folgeerkrankungen). Die Anerkennung, dass Sucht eine Krankheit ist, bleibt handlungsleitend.
- SGB IX: Weiterentwicklung zu einem Leistungsgesetz als rechtliche Grundlage für die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, das seine Integrationsfunktion im Hinblick auf die übrigen Sozialgesetzbücher auch tatsächlich erfüllt.
- SGB XII: Sicherstellung notwendiger und ausreichender Hilfen zur Grundversorgung und Teilhabefähigung suchtkranker Menschen - Aufgaben von Kommunen und Länder passen nicht in den personenbezogenen Leistungsrahmen des SGB XII.

#### **b) Unabhängige Monitoringstelle:**

Schaffung einer übergeordneten, unabhängigen Instanz, die an allen Gesetzesvorhaben der zuständigen Ministerien (insbesondere BMG, BMAS, BMFSF) zwingend zu beteiligen ist und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Suchthilfesystems prüft. Ihre Aufgabe ist ein regelmäßiges Monitoring und eine entsprechende Berichterstattung zu den Auswirkungen bestehender bzw. neuer normativer Regelungen auf das Suchthilfesystem.

#### **c) Bundesarbeitsgemeinschaft Sucht:**

Die Fachverbände der Einrichtungen aus allen Leistungsbereichen sowie Interessenverbände von Betroffenen sollten in einer Institution vertreten sein, die – ähnlich der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft – den formalen Status eines offiziellen Ansprechpartners und Interessenvertreters für alle rechtlichen und organisatorischen Fragen bei der Gestaltung des Suchtversorgungssystems erhält.



#### **d) Koordinationsfunktion der Bundesländer:**

Um eine weitere Zergliederung der Rahmenbedingungen zu vermeiden, muss die bisherige Koordinations- und Steuerungsfunktion für viele Bereiche des Suchtversorgungssystems erhalten bleiben. Die zunehmende Delegation der Verantwortung für die Finanzierung und Gestaltung von Hilfen und Leistungen (Kommunalisierung) führt zu uneinheitlichen Qualitätsstandards und inhomogenen Zugangsmöglichkeiten der Betroffenen zu den erforderlichen Leistungen und Hilfen. Die zuständigen Koordinatoren der Bundesländer sollten in einem beratenden Gremium zusammengefasst sein, das auch den/die Bundessuchtbeauftragte/n berät und verbindliche Entscheidungen treffen kann (Ausweitung der Aufgaben und Befugnisse der AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden mit den AG's Suchthilfe und Psychiatrie).

### **5.2. Institutionen – operative Ebene**

Die Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen auf Bundes- und Länderebene muss zur Überwindung der hemmenden Zergliederung des Suchthilfesystems durch weitere Veränderungen auf regionaler und institutioneller Ebene ergänzt werden:

#### **a) Suchthilfenetzwerke:**

Zur wirksamen Koordination der Umsetzung von einheitlichen Rahmenbedingungen im operativen Leistungsgeschehen ist die Schaffung von Suchthilfenetzwerken erforderlich, in denen auf regionaler Ebene die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungsträger und Leistungserbringer abgestimmt und koordiniert wird (bspw. Behandlungsprozesse, Qualitätsstandards, Case-Management, fachliche und konzeptionelle Weiterentwicklung). Die Initiierung und Koordination sollte von politischer/öffentlicher Seite erfolgen. Es muss sichergestellt sein, dass die Planung, Steuerung und Bedarfserhebung nicht allein von den finanziellen Rahmenbedingungen dominiert, sondern durch fachlich fundierte Entscheidungen getroffen werden. Als Modell können die bereits etablierten Suchthilfenetzwerke in einzelnen Bundesländern dienen. Allerdings dürfen diese nicht zu kleinteilig auf Ebene der Stadt- und Landkreise organisiert werden, es sollten größere Regionalbereiche definiert werden (analog zu psychiatrischen Versorgungsregionen), die sich auch an den Sozialräumen der Betroffenen orientieren.

#### **b) Suchthilfe-Einrichtungen:**

Die Leistungserbringer im Suchthilfesystem müssen sich konsequent am Hilfebedarf der betroffenen Menschen ausrichten, dem eine isolierte Maßnahme oder Leistung alleine häufig nicht gerecht werden kann. Die organisatorische und fachliche Entwicklung der Einrichtungen muss auch ein auf möglichst reibungsloses Funktionieren von Schnittstellen ausgerichtet sein (Leistungen aus einer Hand oder in vertraglich geregelten Kooperationsverbänden). Dabei ist die Eingliederung in bestehende Systeme des Case-Managements (bspw. auf kommunaler Ebene) wichtig.

#### **c) Selbsthilfe:**

Die Suchtselbsthilfe ist ein integraler und wichtiger Bestandteil des Hilfesystems. Die Vernetzung ihrer Arbeit mit der „professionellen“ Suchthilfe muss gepflegt und weiter entwickelt werden.

### **5.3. Konzeptionelle Handlungsfelder – fachliche Ebene**

Verschiedene gesellschaftliche Entwicklungen führen dazu, dass sich das Suchthilfesystem in den kommenden Jahren u.a. mit folgenden Handlungsfeldern auseinandersetzen und Antworten auf entsprechende fachliche bzw. konzeptionelle Fragestellungen finden muss:

#### **a) Prävention und Gesundheitsförderung:**

Neben der Weiterentwicklung von Beratungs- und Behandlungsansätzen müssen erfolgreiche und evaluierte Konzepte eingesetzt werden, um das Entstehen von Suchterkrankungen zu vermeiden. Für die notwendige Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention sind weitergehende Strategien zu entwickeln.

#### **b) Schnittstellen:**

Mehr als jedes andere Segment des deutschen Gesundheits- und Sozialwesens ist die Suchthilfe darauf angewiesen, eng mit allen relevanten Leistungsbereichen zusammenzuarbeiten, um eine durchgängige und nachhaltige Hilfestellung für die betroffenen Menschen sicherzustellen. Insbesondere die Kooperation mit der Jugendhilfe, der Altenhilfe, der Eingliederungshilfe sowie der ambulanten und stationären medizinischen Primärversorgung stellt eine besondere Herausforderung dar.

#### **c) Zielgruppenspezifische Angebote:**

Die Veränderung der Klientel im Hinblick auf Substanzen und Konsummuster muss sorgfältig analysiert werden (mit Hilfe von Forschungseinrichtungen und Verbänden), um eine kontinuierliche Verbesserung der Beratungs- und Behandlungskonzepte zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang stellt sich vor allem die Frage, ob sich Einrichtungen weiterhin auf bestimmte Zielgruppen spezialisieren oder eher integrative Konzepte entwickeln. Dabei ist zukünftig möglicherweise mehr der Sozialisationshintergrund von Klientengruppen als die Substanz oder der Schweregrad der Störungsbilder entscheidend. Zur verbesserten Förderung von Teilhabe, Integration und Inklusion bei unterschiedlichen Behandlungsbedarfen sollte die Entwicklung eines gestuften Versorgungssystems vorangetrieben werden.

### **5.4. Finanzielle und personelle Ressourcen – wirtschaftliche Ebene**

In den letzten Jahren haben sich die Finanzierungsgrundlagen für die verschiedenen Segmente des Suchthilfesystems deutlich verschlechtert (bspw. abnehmende Grundfinanzierung von Beratungsstellen, gedeckeltes Reha-Budget der Rentenversicherung, Unterfinanzierung der Reha-Einrichtungen, Einführung des neuen Entgeltsystems in der Psychiatrie) und ein Ende des Trends ist nicht abzusehen. Diese Entwicklung birgt erhebliche volkswirtschaftliche Risiken:

#### **a) Finanzierung des Hilfesystems:**

In den unterschiedlichen Segmenten müssen ausreichende Mittel zur Verfügung gestellt werden und unnötige bürokratische Restriktionen beseitigt werden. Im Bereich der Prävention und Beratung (öffentliche Finanzierung durch Kommunen, Länder und Bund) können durch einen „Alkohol-Cent“ verursachungsgerechte Finanzierungsquellen (im Hinblick auf die Hersteller entsprechender Produkte) erschlossen werden. Im Bereich der Behandlung ist u.a. durch eine bedarfsgerechte Anpassung oder Aufhebung des Reha-Budgets sicherzustellen, dass ausreichend Mittel für die Suchttherapie zur Verfügung stehen.

### **b) Finanzierung der Einrichtungen:**

Die abstinenzorientierte Behandlung von Suchtkranken wird im Bereich der ambulanten Primärversorgung im Gegensatz zur Substitutionsbehandlung nicht bzw. nicht ausreichend finanziert. Der Bereich der Suchtberatung darf keine freiwillige oder optionale Leistung sein, sondern muss im Sinne einer Grundversorgung von betroffenen Menschen sozial- und leistungsrechtlich verankert sowie ausreichend finanziert werden. In der akutpsychiatrischen Suchtbehandlung droht durch die Einführung des neuen Entgeltsystems eine deutliche Verschlechterung der Behandlungsqualität. Im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist eine strukturelle Unterfinanzierung der Einrichtungen festzustellen, bei der u.a. die erforderlichen Investitions- und Kapitalkosten nicht flächendeckend und hinreichend berücksichtigt werden. Es müssen entsprechende Vergütungssysteme geschaffen werden und bspw. durch die Ausweitung von Schiedsstellen vom SGB V auch auf das SGB VI bzw. SGB IX ein Mechanismus für Verhandlung auskömmlicher Vergütungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern geschaffen werden.

### **c) Humanressourcen:**

Der zu erwartende steigende Beratungs- und Behandlungsbedarf im Bereich Suchterkrankungen und der sich verschärfende Fachkräftemangel auch in Sozial- und Gesundheitsberufen führt bereits heute zu erheblichen Problemen bei der Personalgewinnung und Personalbindung. Es ist daher dringend notwendig, die quantitative und qualitative Personalausstattung der Einrichtungen auch an den Realitäten des Arbeitsmarktes auszurichten und über innovative Konzepte der Aufgabenverteilung nachzudenken (bspw. bei ärztlichem, pflegerischem und unterstützendem Personal). Der Indikationsbereich Sucht muss eine größere Rolle in den Ausbildungskonzepten aller betroffenen Berufsgruppen spielen. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf muss ein zentrales Element der Arbeitsgestaltung werden. Leistungserbringer und Leistungsträger müssen gemeinsam dafür sorgen, dass in der Suchthilfe attraktive Arbeitsplätze erhalten bleiben bzw. geschaffen werden.

## **5.5. Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit**

Wie andere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens muss das Suchtversorgungssystem regelmäßig seine Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit nachweisen. Dazu ist Folgendes erforderlich:

### **a) Statistik und Forschung:**

Die vorhandenen Statistiken (DSHS, Verbandsauswertungen) müssen auf eine breitere Basis gestellt und mit anderen Datensammlungen (bspw. BAG Psychiatrie, GKV, DESTATIS) partiell zusammengeführt werden. Für diese Analysen müssen entsprechende Ressourcen bereitgestellt werden. Die deutsche Suchtforschung muss auf Bundesebene besser koordiniert (im Hinblick auf aktuelle und strategische Themenschwerpunkte) und finanziell stärker gefördert werden, um im internationalen Vergleich mithalten zu können. Neben der medizinischen Forschung müssen insbesondere die Versorgungsforschung und die Sozialforschung stärkere Berücksichtigung finden. Über die reine Evidenzbasierung hinaus sollen Wirksamkeitsnachweise von Interventionen und ihres Zusammenwirkens in komplexen Behandlungssettings im Mittelpunkt der Betrachtung stehen.

**b) Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung:**

Die Maßnahmen im Bereich QM und QS müssen zukünftig stärker an einer Ergebnisorientierung im Sinne der betroffenen Menschen ausgerichtet werden. Die Überprüfung von Struktur- und Prozessqualität in den unterschiedlichen Bereichen der Suchthilfe muss (vor allem im Hinblick auf den Dokumentationsaufwand) in einem vernünftigen Verhältnis von Aufwand und Nutzen stehen.

**c) Social return on Investment:**

Es müssen von Leistungsträgern und Leistungserbringern gemeinsam Qualitätskriterien, Indikatoren und Kennzahlen definiert werden, die im Hinblick auf gesundheitsökonomische Betrachtungen Aussagen über die Leistungsfähigkeit und den Nutzen des Suchtversorgungssystems bzw. einzelner Bereiche des Systems ermöglichen. Dabei ist zu beachten, dass dieser Nutzen unter volkswirtschaftlichen und ethischen Aspekten bewertet werden kann.