Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

59065 Hamm, Westenwall 4
59003 Hamm, Postfach 1369
Tel. +49 2381 9015-0
Fax +49 2381 9015-30
info@dhs.de | www.dhs.de

Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland
–
Analyse der Hilfen und Angebote
&
Zukunftsperspektiven

Update 2019

Teil A: Die Betrachtung der Versorgungsstrukturen in Segmenten

Teil B: Ergebnisse der Analyse und Schlussfolgerungen

Teil C: Meilensteine bei der Entwicklung von Versorgungsstrukturen in der Suchthilfe

Vom Ad-hoc-Ausschuss Versorgung (Stefan Bürkle, Dr. Heribert Fleischmann, Prof. Dr. Andreas Koch, Jost Leune [bis Mai 2018], Dr. Peter Raiser, Dr. Katharina Ratzke, Renate Walter-Haman [bis September 2018], Dr. Theo Wessel [bis Mai 2018]) erarbeitet und vom Vorstand der DHS am 10.12.2019 diskutiert und verabschiedet.

Unter Mitarbeit von:

Hans Joachim Abstein – Stellvertreter des Vorstandes und fachlicher Leiter des Bereiches Suchthilfe, AGJ-Fachverband für Prävention und Rehabilitation, Freiburg

Hans Beierlein - Geschäftsführer Mudra-Arbeit gemeinnützige GmbH, Nürnberg

Dr. Barbara Braun - Institut für Therapieforschung, München

Hanna Dauber - Institut für Therapieforschung, München

Klaus Fuhrmann - Bereichs-Geschäftsführer, Angebote für Ältere und niedrigschwellige Hilfen, Condrobs e.V., München

Andrea Hardeling, Geschäftsführerin Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen e.V., Potsdam

Ute Hötzer - Geschäftsführerin Q-PRINTS&SERVICE gGMBH, Pforzheim

Heinz-Josef Janßen - Geschäftsführer Kreuzbund e.V., Hamm

Dr. Dirk Kratz - Geschäftsführer Therapieverbund Ludwigsmühle gGmbH, Landau

Dr. Marc Lehmann - Leiter Medizin im Berliner Justizvollzug, Ärztlicher Direktor Justizvollzugskrankenhaus Berlin in der Justizvollzugsanstalt Plötzensee, Berlin

Jürgen Naundorff - Hauptbereichsleitung Ideelles, Blaues Kreuz in Deutschland e.V., Wuppertal

Friederike Neugebauer - Geschäftsführerin Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V., Berlin

Barbara Peters-Steinwachs - Vorsitzende des Fachausschuss Gesundheit der BAG Wohnungslosenhilfe, Neubrandenburg

Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel - Institut für Therapieforschung, München

Christina Rummel - stellv. Geschäftsführerin Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Hamm

Dagmar Rünger - Einrichtungsleitung Bereich Arbeit, Café Seidenfaden, tiebrA - Berufliche Teilhabe, Berlin

Wiebke Schneider - Geschäftsführerin Guttempler in Deutschland e.V., Hamburg

Franziska Schneider - Institut für Therapieforschung, München

Janina Tessloff, Geschäftsführung Therapiehilfe Bremen gGmbH, Bremen

Inhalt

Worum es geht – Eine erste Annäherung 5

Teil A: Die Betrachtung der Versorgungsstrukturen in Segmenten 7

1 Beratung und Begleitung 9

1.1 Niederschwellige Hilfen 9

1.2 Suchtberatung und Begleitung 10

1.3 Psychosoziale Beratung begleitend zur Substitutionsbehandlung 11

1.4 Spezifische Hilfeangebote – MPU-Vorbereitung 11

2 Medizinische Behandlung 13

2.1 Ambulante medizinische Versorgung 13

2.2 Ambulante psychotherapeutische Versorgung 14

2.3 Suchtmedizinische Versorgung in Institutsambulanzen der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen (PIA) 15

2.4 Psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen (PEPP) 16

2.5 Entgiftungs-/Entzugsbehandlung im Allgemeinkrankenhaus (DRG) 17

2.6 Psychotherapeutisch/psychosomatische Behandlung in Allgemein- und Fachkrankenhäusern 17

3 Medizinische Rehabilitation 19

3.1 Stationäre medizinische Rehabilitation 19

3.2 Ganztägig ambulante Rehabilitation 20

3.3 Ambulante medizinische Rehabilitation 20

3.4 Adaption 21

3.5 Nachsorge 21

3.6 Ambulante oder ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung 22

3.7 Kombinationsbehandlung 22

4 Eingliederungshilfe – Leistungen zur sozialen Teilhabe 24

4.1 Leistungen im Bereich Wohnen (ambulante Betreuung) 24

4.2 Tagesstrukturierende Angebote 25

4.3 Besondere Wohnformen (frühere stationäre Einrichtungen) 25

4.4 Übergangseinrichtungen 26

5 Beschäftigung, Qualifizierung und Teilhabe am Arbeitsleben 29

5.1 Beratung zur Eingliederung in Arbeit 29

5.2 Beschäftigung und Arbeitsförderung 30

5.3 Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung 31

5.4 Sozialpädagogische Hilfen 32

5.5 Berufliche Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben 32

6 Justiz 34

6.1 Medizinische Versorgung in Haft 34
6.2 Suchtberatung in Haft 35
6.3 Suchtbehandlung im Maßregelvollzug 36
6.4 Wiedereingliederung nach Haft 37
7 Selbsthilfe 39
7.1 Selbsthilfegruppen 39
8 Prävention 41
8.1 Verhältnisprävention 41
8.2 Universelle, selektive und indizierte Verhaltensprävention 42
9 Betriebliche Gesundheitsförderung 45
9.1 Betriebsvereinbarungen 45
9.2 Betriebliche Beratung 45
9.3 Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren 46
9.4 Betriebliche Hilfen 47
10 Kinder- und Jugendhilfe 49
10.1 Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII) 49
11 Pflege und Altenhilfe 51
11.1 Suchtbezogene Angebote in Pflegeeinrichtungen 51
11.2 Pflege in Suchthilfeeinrichtungen 52
12 Wohnungslosenhilfe 53
12.1 Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten 53
Teil B: Ergebnisse der Analyse und Schlussfolgerungen 55
Teil C: Meilensteine in der Entwicklung von Versorgungsstrukturen für Menschen mit Suchtproblemen 61
Literaturverzeichnis 81

Worum es geht – Eine erste Annäherung

Menschen mit Suchtproblemen haben aufgrund ihrer teilweise massiven körperlichen, psychischen und sozialen Problemlagen in vielfältiger Weise Kontakt zu Behörden, Sozialleistungsträgern und Institutionen sowie zu unterschiedlichen Teilen der medizinischen Versorgung und psychosozialen Begleitung. In vielen dieser Versorgungsbereiche wurden in Deutschland suchtspezifische Hilfen und Angebote entwickelt. Über rund 150 Jahre ist in enger Verzahnung mit gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Entwicklungen ein sehr differenziertes „Suchthilfesystem" entstanden, um auf den Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsbedarf der betroffenen Menschen reagieren zu können (siehe historischer Überblick zu den wichtigsten Meilensteinen in Teil C).

Grundsätzlich sind diese Hilfen und Angebote für alle Menschen mit Suchtproblemen verfügbar. Teilweise handelt es sich um kostenfreie und offene Angebote (bspw. Suchtberatung, Prävention oder Selbsthilfe), für einige Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen sind Bewilligungen von Kosten- und Leistungsträgern erforderliche (bspw. Entgiftung, Entwöhnung oder Eingliederungshilfe). In den einzelnen Versorgungsbereichen findet eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Angebote statt, mit der auf aktuellen Veränderungsbedarf reagiert wird. Auslöser können veränderte Konsumgewohnheiten einzelner Zielgruppen, neue gesetzliche Rahmenbedingungen oder aktuelle wissenschaftliche, psychotherapeutische oder suchtmedizinische Erkenntnisse bzw. aktuelle Erkenntnisse im Bereich der Sozialen Arbeit sein. Man kann also durchaus behaupten, dass im deutschen Suchthilfesystem für (fast) jeden Hilfebedarf ein passendes Angebot zu finden ist (siehe Ergebnisse der Analyse in Teil B).

Allerdings werden in der Fachöffentlichkeit schon seit längerer Zeit immer wieder zwei Aspekte kritisch diskutiert:

- ***Schnittstellen*** – Das Suchthilfesystem ist immer komplexer geworden und durch unterschiedliche leistungsrechtliche Vorgaben in den einzelnen Bereichen mittlerweile stark „segmentiert". Damit ist gemeint, dass eine sinnvolle Verzahnung von verschiedenen Hilfen und Maßnahmen teilweise schwierig ist, insbesondere wenn dabei unterschiedliche Sozialleistungsbereiche tangiert werden. Es entstehen sog. „Schnittstellenprobleme", bspw. beim nahtlosen Übergang von der Akutbehandlung in die medizinische Rehabilitation oder bei der Weitervermittlung in Maßnahmen der Arbeitsförderung nach einer medizinischen Reha. Auch für „Profis" im Sozialdienst ist es nicht immer leicht, hier den Überblick zu behalten, alle aktuellen normativen Vorgaben zu kennen und individuell notwendige Weitervermittlung in nachgelagerte Hilfen und Maßnahmen zu organisieren.
- ***Zugang*** – Die Fallzahlen aus den unterschiedlichen Bereichen des Suchthilfesystems zeigen, dass nur ein Teil der Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland den Weg zu spezialisierten Hilfen und Angeboten findet. Es ist daher zu vermuten, dass viele betroffene Menschen entweder eigene oder keine Wege zum Umgang mit der Problematik finden oder dass sie in anderen Teilen der medizinischen und psychosozialen Versorgung Hilfe finden bzw. sie erst Jahre nach dem Beginn einer Suchtstörung gezielte Unterstützung erhalten. Man kann u.a. davon ausgehen, dass in der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung (bspw. bei Hausärzten und in Allgemeinkrankenhäusern) Menschen mit Suchtproblemen „unspezifisch" behandelt werden. Damit ist nicht gemeint, dass es sich um eine qualitativ schlechte Versorgung handelt, sondern dass eine möglicherweise vorhandene Suchtproblematik nicht primär im Fokus der Behandlung steht.

Insbesondere vor dem Hintergrund dieser Diskussion hat sich die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) entschlossen, eine umfassende Bestandsaufnahme zu den Hilfen und Angeboten für Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland zu erarbeiten. Eine erste Version dieser Analyse wurde 2014 vorgelegt. Der Fokus lag hier vor allem auf den normativen Rahmenbedingungen und den Finanzierungsstrukturen sowie auf den vielfältigen Interventionsformen in den unterschiedlichen Hilfe- und Leistungsbereichen. Am Beispiel von verschiedenen („typischen“) Zielgruppen wurde in mehreren Workshops untersucht, 1) welche spezifischen Angebote vorhanden sind und 2) wie gut die Schnittstellen zwischen diesen Angeboten funktionieren. Diese Bewertung konnte aber keinen wissenschaftlichen Anspruch auf Genauigkeit und Objektivität erheben, sondern sollte einen ersten Eindruck auf der Grundlage der Einschätzung von Expertinnen und Experten aus der Versorgungspraxis geben. Zudem wurde schnell deutlich, dass der etwas verengte Blick auf das „Suchthilfesystem“ die Versorgungssituation nur unzureichend erfasst (siehe oben Problembeschreibung zum Aspekt „Zugang“).

Die neue Version, die nun als „Update 2019“ vorliegt, hat daher eine andere Struktur. Grundsätzlich wurde die Systematik der „Segmente“ des Suchthilfesystems übernommen, allerdings wird in jedem Segment nicht nur beschrieben, welche suchtspezifischen Angebote es in diesem Bereich gibt, sondern auch, welche allgemeinen (also nicht suchtspezifischen) Angebote existieren, die ggf. von Menschen mit Suchtproblemen in Anspruch genommen werden. Mit diesem „Blick über den Tellerrand“ soll eine mögliche verengte oder einseitige Fokussierung bei der Bestandsaufnahme überwunden werden. Allerdings muss dabei bedacht werden, dass über die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen im allgemeinen Sozial- und Gesundheitswesen für einige Angebote kaum Daten und Fakten bekannt sind. Daher können hier teilweise nur allgemeine und wenig detaillierte Angaben gemacht werden (siehe Teil A).

Auf der Basis dieser Bestandsaufnahme werden dann wesentliche Ergebnisse der Analyse zusammengefasst und Konsequenzen für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen abgeleitet. Es werden im ersten Schritt segmentbezogen Versorgungserfordernisse und Herausforderungen formuliert (am Ende jeder Segmentbeschreibung in Teil A). Auf der Basis dieser Detailsicht werden in einem weiteren Schritt übergeordnete Forderungen gestellt und einem Abriss gesellschaftlicher Megatrends bzw. Zukunftsfaktoren gegenübergestellt (Teil B).

Für das Verständnis der teilweise extrem komplexen Struktur der Hilfen und Angebote für Menschen mit Suchtproblemen ist eine Betrachtung der historischen Entwicklung unbedingt notwendig. Daher wurde der Teil C (Meilensteine bei der Entwicklung von Versorgungsstrukturen in der Suchthilfe) gegenüber der Version von 2014 grundlegend überarbeitet, ergänzt und neu systematisiert.

Teil A: Die Betrachtung der Versorgungsstrukturen in Segmenten

Beschreibung der Vorgehensweise

Wie in der Einleitung dargestellt, wird die Grundstruktur bei der Betrachtung der Versorgungsstrukturen für Menschen mit Suchtproblemen in verschiedenen Segmenten beibehalten, die sich überwiegend an Finanzierungsstrukturen und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen orientiert. Die Segmente können jedoch nicht durchgängig den einzelnen Sozialgesetzbüchern zugeordnet werden, weil zum einen einzelne Leistungsbereiche auf unterschiedlichen normativen Vorgaben basieren (bspw. medizinische Rehabilitation der Rentenversicherung im SGB VI und der Krankenversicherung im SGB V), und weil zum anderen einige Leistungsbereiche gar keine Verankerung in Sozialgesetzbüchern haben (bspw. Suchtberatung und betriebliche Suchtarbeit).

Auf der Grundlage der Analyse der realen Verhältnisse der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen werden daher 12 Segmente unterschieden:

1. Beratung und Begleitung
2. Medizinische Behandlung
3. Medizinische Rehabilitation
4. Eingliederungshilfe – Leistungen zur sozialen Teilhabe
5. Beschäftigung, Qualifizierung und Teilhabe am Arbeitsleben
6. Justiz
7. Selbsthilfe
8. Prävention
9. Betriebliche Gesundheitsförderung
10. Kinder- und Jugendhilfe
11. Pflege und Altenhilfe
12. Wohnungslosenhilfe

Um eine möglichst vollständige und ergebnisoffene Sicht auf die sehr unterschiedlichen Zugänge zu Kontakt, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu bekommen, werden in jedem Segment sowohl unspezifische als auch suchtbezogene spezifische Hilfeangebote erfasst:

a) Unter den „unspezifischen“ Kontakten sind „allgemeine Angebote des Sozial- und Gesundheitswesens“ zu verstehen, die nicht nur, aber auch Menschen mit Suchtproblemen offen stehen und von ihnen in nennenswerten Umfang genutzt werden.

b) Zu den „spezifischen“ (d.h. suchtbezogenen) Kontakten zählen die „speziellen Angebote, Hilfen und Interventionen für Menschen mit Suchtproblemen“, die insbesondere von der Suchthilfe (im engeren Sinne) bereitgestellt werden.

In jedem sich so ergebenden Teilsegment werden die verfügbaren Daten und Fakten (Fallzahlen, Erreichungsquoten etc.) zusammengetragen. Hier wird aufgezeigt, wo Menschen mit Suchtproblemen in welchen Umfang Hilfen und Angebote in Anspruch nehmen. Soweit möglich werden im Bereich der spezifischen Versorgung auf qualitativer Ebene konkrete Versorgungsangebote beschrieben. Es ist darauf hinzuweisen, dass die Datenlagen zu manchen Segmenten und Angeboten schwierig zu recherchieren ist und daher teilweise

eigene Abschätzungen vorgenommen wurden, um überhaupt eine quantitative Vorstellung entwickeln zu können. In einigen Fällen musste auf die Quantifizierung wegen fehlender Daten ganz verzichtet werden.

Zu jedem Segment werden außerdem in einer kurzen Einführung der fachliche, organisatorische und sozialrechtliche Rahmen beschrieben. Am Ende der Beschreibung jedes Segmentes erfolgen eine zusammenfassende Situationsanalyse sowie eine Darstellung der wesentlichen Herausforderungen für die kommenden Jahre.

1 Beratung und Begleitung

Beratung in der Suchthilfe ist gekennzeichnet durch eine methodisch-wissenschaftliche Vorgehensweise mit der Zielsetzung, Teilhabe zu ermöglichen. Bei professionellen Beratungs- und Begleitungsprozessen handelt es sich um zielgerichtete soziale Interaktionsprozesse. Ziel der Interaktion ist die fachliche Unterstützung durch qualifizierte Berater/-innen, so dass Hilfesuchende Wissen, Fertigkeiten und Kompetenzen erwerben können, sowie durch aktive Begleitungsprozesse befähigt werden, ihre Probleme selbständig zu lösen und zu bewältigen. Autonomie und Eigenverantwortung sollten zu jedem Zeitpunkt der Beratungs- und Begleitungsprozesse für die Hilfesuchenden gewährleistet sein. Im Mittelpunkt der Beratung steht der Mensch mit seinen spezifischen Anliegen und Hilfebedarfen.

1.1 Niederschwellige Hilfen

1.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Angebot:

Niederschwellige Hilfen, existenzsichernde und gesundheitliche Grundversorgung, Tagesstruktur, Spritzentausch etc. dienen der Sofort- und Überlebenshilfe. Sie sind suchtbegleitend und können ohne Voraussetzungen in Anspruch genommen werden. Die Hilfen bieten gleichzeitig einen Zugang zu weiterführenden Hilfen an und sind damit der Ort des niedrigschwelligsten Zugangs in alle Suchthilfen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Freiwillige Leistungen der Kommunen und Länder (Kommunale Daseinsvorsorge), refinanzierte Leistungsangebote, Eigenmittel der Leistungsanbieter

Verfügbare Zahlen:

300 niedrigschwellige Angebote. Die vorliegenden Daten sind vermutlich auf spezifische Einrichtungen und Angebote bezogen, wie z.B. Kontaktcafé, Wärmestube, Kleiderkammer, Konsumräume, Streetwork etc. Weitere niedrigschwellige Hilfen wie z.B. materielle Existenzhilfe oder tagestrukturierende Maßnahmen sind hiervon vermutlich nicht erfasst.

Quelle(n):

Bartsch, Gabriele (2017): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst. 161-176

Caritas Suchthilfe (2013): Positionspapier der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu). Niedrigschwellige Hilfen für Menschen mit suchtbezogenen Problemlagen. Freiburg i.Br. http://www.caritas-suchthilfe.de/cms/contents/caritas-suchthilfe.d/medien/dokumente/positionen-und-stell/niedrigschwellige-hi/casu_niedrigschwellige_hilfen_4.pdf?d=a&f=o , Zugriff: 31.10.2019.

1.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Angebot:

Keine Regelangebote. Niedrigschwellige Hilfen sind teilweise in andere Hilfedienste integriert, z.B.:
- Notfallambulanzen (vgl. Segment Medizinische Behandlung)
- Krisendienste
- Frauenhäuser
- Wohnungslosenhilfe (vgl. Segment Wohnungsnotfallhilfe)
- Telefonseelsorge

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Verschiedene SGB

Verfügbare Zahlen

Im Jahr 2017 entfielen von 733.605 Seelsorge- oder Beratungsgesprächen 23.250 Telefongespräche, 174 Anfragen per Mail und 230 Gespräche im Chat.

Quelle(n):
Telefonseelsorge (2018): Telefon – Mail – Chat – face-to-face. Gesamtstatistik für das Jahr 2017. Berlin. https://www.telefonseelsorge.de/?q=node/42, Zugriff: 31.10.2019.

1.2 Suchtberatung und Begleitung

1.2.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Angebot:
Die Suchtberatung erfolgt mit und ohne Spezialisierung auf bestimmte Zielgruppen oder Hilfebereiche. Suchtberatung umfasst im Wesentlichen die folgenden Angebote: Gestaltung eines Raums zur Entwicklung einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, Klärung von Hilfebedarfen, soziale Diagnostik, problemzentrierte Beratung, Begleitung längerer Klärungs-, Stabilisierungs- und Wiedereingliederungsprozesse, Beratung und Begleitung von Familienangehörigen- und Angehörigen des Netzwerks von Betroffenen, Weitervermittlung in andere Angebote und Einrichtungen sowie Kooperations- und Netzwerkarbeit. Suchtberatung ist nicht an ein bestimmtes methodisches Setting oder einen Einrichtungstyp gebunden. Sie kann innerhalb einer Suchtberatungsstelle oder aufsuchend oder im Rahmen von Streetwork erfolgen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:
Freiwillige Leistungen der Kommunen und Länder (Kommunale Daseinsvorsorge), refinanzierte Leistungsangebote, Eigenmittel der Leistungsanbieter

Verfügbare Zahlen:
Über ca. 1.300 Einrichtungen werden jährlich etwa 500.000 Fälle erreicht

Quelle(n):
Hansjürgens, R. (2018): In Kontakt kommen. Analyse der Arbeitsbeziehung in einer Suchtberatungsstelle; Baden-Baden: Tectum

Hansjürgens, R. (2018): Tätigkeiten und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“. Expertise im Auftrag von Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), Freiburg und Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS), Berlin. Berlin, 2018. https://www.dg-sas.de/media/filer_public/0f/0b/0f0b198f-ebfe-4888-9bff-b96120a58e58/expertise_suchtberatung_final.pdf, Zugriff: 08.01.2020.

Leune, J. (2014): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202

1.2.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Angebot:
Keine Regelangebote, weitere Beratung im Rahmen von Angeboten sozialer Arbeit bspw.
- Schuldnerberatung
- Schwangeren-, Ehe-, Erziehungs- und Familienberatung
- Bewährungshilfe
- Wohnungsnotfallhilfe/Wohnungslosenhilfe
- Schulsozialarbeit
- Jugendberatung
- Sozialpsychiatrischer Dienst (bspw. Öffentlicher Gesundheitsdienst oder freie Wohlfahrtspflege)

Rechtsgrundlage und Finanzierung:
Verschiedene SGB

1.3 Psychosoziale Beratung begleitend zur Substitutionsbehandlung

1.3.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Angebot

Psychosoziale Betreuung Substituierter (PSB) wird durch verschiedene Anbieter, insbesondere Suchtberatungsstellen sichergestellt. PSB findet in der Praxis unter sehr unterschiedlichen strukturellen Bedingungen, in unterschiedlichen Kontexten und im Rahmen unterschiedlicher Hilfeformen statt. Erforderliche psychosoziale Maßnahmen werden häufig nur marginal und unzureichend angeboten und durchgeführt oder entsprechende Angebote fehlen völlig.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Substitutionsrichtlinie der Bundesärztekammer. Freiwillige Leistungen der Kommunen und Länder (Kommunale Daseinsvorsorge), refinanzierte Leistungsangebote, Eigenmittel der Leistungsanbieter

Verfügbare Zahlen:

79.400 Substituierte (Stichtag: 01.07.2018) werden durch 2.585 substituierende Ärzte behandelt. Etwa 50% der Substituierten erhalten Leistungen im Rahmen der PSB.

Quelle(n):

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2019): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2019. Berlin. https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/Bericht/_node.html, Zugriff: 31.10.2019.
Deutsche Suchthilfestatistik (Fortlaufend). https://www.suchthilfestatistik.de/, Zugriff: 31.10.2019.
Bayrische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (2014): Besondere Indikationen im Rahmen der Substitutionsbehandlung. Dokumentation der 29. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern. München. https://www.bas-muenchen.de/publikationen/tagungsdokumentationen/netzwerk-sucht.html, Zugriff: 31.10.2019.

1.3.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Angebot:

Keine Regelangebote

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Keine Angebote bekannt

1.4 Spezifische Hilfeangebote – MPU-Vorbereitung

1.4.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Angebot:

Spezialisierte Vorbereitung zur Medizinisch-Psychologischen Untersuchung in Beratungsstellen oder Fachkliniken, nach Verlust des Führerscheins aufgrund von Problemen mit Suchtstoffen

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Untersuchungen der Fahreignung nach StVG §§ 2a und 4, Abs.
FeV §§ 11 Abs. 3, 13, 14

Verfügbare Zahlen:

Geschätzte Zahlen: Alkoholauffälligkeit war im Jahr 2017 der häufigste Grund für eine MPU (39.170 Fälle). Die Anzahl der Begutachtungsanlässe aufgrund Einfluss psychotroper Mittel stiegen 2017 um 4 Prozent auf 23.205 Fälle an.

Quelle(n):

Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) (2018): Presse – MPU 2017: Zahl der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung sinkt. Bergisch Gladbach. https://www.bast.de/BASt_2017/DE/Presse/Mitteilungen/2018/presse-08-2018.html, Zugriff: 31.10.2019.

1.4.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Angebot:

Führerscheinstellen / verkehrsmedizinische Untersuchungsstellen

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

s.o.

Verfügbare Zahlen:

Anlassbezogene MPU-Ergebnisse (Untersuchungen der Fahreignung nach StVG §§ 2a und 4, Abs. 10 & FeV §§ 11 Abs.3, 13, 14): Gesamt 88.035 Untersuchungen im Jahr 2017; davon 60,0 % geeignet; 4,0 % nachschulungsfähig und 36 % ungeeignet

Quelle(n):

Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) (2018): Presse – MPU 2017: Zahl der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung sinkt. Bergisch Gladbach. https://www.bast.de/BASt_2017/DE/Presse/Mitteilungen/2018/presse-08-2018.html, Zugriff: 31.10.2019.

Situationsanalyse und Herausforderungen

Die wesentlichen Herausforderungen für die ambulante Suchthilfe in den nächsten Jahren sind:

- der ambulanten Suchthilfe zu einer auskömmlichen und verlässlichen Finanzierung ihrer Leistungen in der Grundversorgung (Prävention, Krisenintervention, Beratung, Begleitung, Vermittlung, etc.) im Rahmen der Daseinsvorsorge zu verhelfen
- die Vorteile der Leistungen der ambulanten Suchthilfe intensiver zu bewerben, um sie sowohl bei Rat- und Hilfesuchenden, wie Kommunen und potenziellen Kooperationspartnern bekannter und präsenter zu machen
- die Vernetzung und Kooperation der ambulanten Suchthilfe im Gesundheitssystem zu verstärken, insbesondere mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeuten und Therapeutinnen, der Psychiatrie sowie der Suchtselbsthilfe
- die Bereiche Sozialraumorientierte Suchtprävention (Settingansatz), Kontakt und Krise, Früherkennung und Frühintervention, Beratung/Klärung/Vermittlung/Organisation und Steuerung als die vier Bestandteile der ambulanten Grundversorgung Sucht zu verankern
- die regionalen Suchthilfeplanungsprozesse im Sinne von Bedarfsorientierung und Vernetzung zu stärken und zu fördern
- eine stärkere Vernetzung mit und Partizipation durch die Suchtselbsthilfe in diesem Bereich der Suchthilfe zu erreichen

2 Medizinische Behandlung

Sucht ist in der ICD-10 unter der Kategorie F1 als eigenständiges Krankheitsspektrum mit vielfältigen Erscheinungsformen definiert. Suchmittelkonsum ist als gesundheitliche und sozialrelevante Verhaltensweise bei vielen Erkrankungen ein Risiko- und Komorbiditätsfaktor. Sozialmedizinisch steht jedem Menschen mit Sucht oder suchtstoffassoziierter Erkrankung Krankenbehandlung gemäß § 27 SGB V zu. Dort heißt es u.a.: (1) Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst bspw.

- *ärztliche und psychotherapeutische Behandlung durch Vertrags- und Privatärzte*
- *Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln*
- *Krankenhausbehandlung*

Jeder Kranke hat Anspruch auf Behandlung im Notfall, in der Routineversorgung und insbesondere bei chronischem Verlauf. Die Behandlung kann ambulant oder (teil)stationär erfolgen. Leistungen können von approbierten Ärzten und Ärztinnen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Praxen oder Krankenhäusern erbracht und in Anspruch genommen werden. Dafür stehen 392 Tsd. Ärztinnen und Ärzte bereit, davon 157 Tsd. in der ambulanten und 202 Tsd. in der stationären Versorgung (Bundesärztekammer (2018): Ärztestatistik zum 31.12.2018. Bundesgebiet gesamt. Berlin.). Das medizinische Hilfesystem ist flächendeckend und stark differenziert.

2.1 Ambulante medizinische Versorgung

2.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

a. Suchtbezogene Frühintervention, oft im Rahmen der Behandlung von Komplikationen einer Sucht, bei Sucht als Zufalls-/Nebenbefund. Bei der Behandlung von Begleit- und Folgekrankheiten einer Sucht
b. Medikamentöse Rückfallprophylaxe mit z.B. Nalmefen, Baclofen, Acamprosat, Naltrexon im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans
c. Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans mit überwiegend Methadon, Levomethadon, Buprenorphin und Originalsubstanzgabe Diamorphin
d. Tabakentwöhnung
e. Spezielle Angebote in Praxen der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung sowie der Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Zu a.) b.) e.) SGB V, GB-A/BMG

Zu c.) SGB V, G-BA/BMG, BTmVV (neu)

Zu d.) Teilweise SGB V und Selbstzahler

Verfügbare Zahlen:

Zu a.) d.) e.) nicht bekannt

Zu b.) Medikamente der ATC-Klasse „N07B“ (Mittel zur Behandlung von Suchterkrankungen) bekamen 0,03% der Erwerbspersonen zwischen 15 und 64 Jahren

Zu c.) 79.400 Substituierte (Stichtag: 01.07.2018) werden durch 2.585 substituierende Ärzte behandelt (Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung 2018: 3091

Quelle(n):

Zu b.) Barmer GEK (2014): Gesundheitsreport 2014 Bayern. Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 – 6 – 1. Wuppertal. https://www.barmer.de/blob/38940/d423de1c8d13263dd88b66deaa5a8038/data/pdf-gesundheitsreport-bayern.pdf , Zugriff: 27.06.2019.

Zu c.) Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2019): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2019. Berlin. https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/Bericht/_node.html, Zugriff: 27.06.2019.

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2018): Kurzbericht

Situation illegaler Drogen in Deutschland. München (u.a.). https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2018/2018_Kurzbericht_illegaleDrogen.pdf, Zugriff: 31.10.2019.

Bundesärztekammer (2018): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. Berlin. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf , Zugriff: 31.10.2019.

2.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

a. Ambulante somatische Behandlung von erwachsenen Menschen mit Suchtproblemen in den niedergelassenen haus- und fachärztlichen Praxen für Erwachsene
   - bei Ablehnung der Diagnose durch Patienten, bei mangelnder Awareness der Behandler, bei Priorisierung von anderen Diagnosen
   - bei Behandlung chronifizierter Verläufe allein unter somatischen Gesichtspunkten
   - bei Behandlung von Begleit- und Folgekrankheiten ohne Herstellung des Bezuges zur Suchterkrankung
b. Behandlung mit Medikamenten zur Rückfallprophylaxe als probatorische Gabe oder auf Wunsch von Patienten ohne suchtmedizinisches Gesamtkonzept
c. „graue Substitution“ ohne Qualitätssicherung, ggf. unter anderer Diagnose, bspw. auf Privatrezept ohne gesicherte Indikation
d. ambulante somatische Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen bzw. suchtgefährdeten Kindern und Jugendlichen bei den niedergelassenen Fachärzten und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Zu a.) d.) SGB V

Zu b.) vom Indikationskatalog der genannten Medikamente nicht abgedeckt, d.h. off label

Zu c.) privat, off label, cave Illegalität

Verfügbare Zahlen:

Zu a.) Im 1. Quartal 2012 wurden von der KV-Bayern 157.785 Behandlungsfälle wegen Sucht (ohne F17) berichtet, darunter 105.308 Fälle (66,7%) wegen alkoholbezogener Störungen und 38.451 Fälle (24,4%) wegen anderer (illegaler) suchtbezogener Störungen

Zu b.) c.), d.) nicht bekannt

Quelle(n):

Zu a.) Bayerischer Landtag (2012): Interpellation der Abgeordneten Kathrin Sonnenholzner u.a. Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung psychisch erkrankter, seelisch behinderter und suchtkranker Menschen in Bayern [nach Daten der KV Bayern] https://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP17/Drucksachen/Basisdrucksachen/0000000001/0000000361_antwort.pdf, Zugriff: 31.10.2019.

Zu b.) c.) d.) keine Quellen bekannt

2.2 Ambulante psychotherapeutische Versorgung

2.2.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

- Suchtbezogene Frühintervention: analog zur haus- und fachärztlichen Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglich. Auch hier oft Sucht ein Nebenbefund (Komorbidität) im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie aus anderer Indikation.

- 10 probatorische Sitzungen trotz Diagnose einer Sucht möglich, wenn in dieser Zeit Abstinenz bzw. psychotherapeutische Behandlungsfähigkeit erreicht wird

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB V

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

2.2.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Ambulante psychotherapeutische Behandlung in Praxen niedergelassener ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten ohne Bezug zu suchttherapeutischen Gesamtbehandlungsplänen bei Sucht als Komorbidität, Nebenbefund oder als sekundär priorisiert

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB V, G-BA/BMG

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

2.3 Suchtmedizinische Versorgung in Institutsambulanzen der psychiatrischen Krankenhäuser und Abteilungen (PIA)

2.3.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

a.) Suchtspezifische Behandlungskonzepte für Erwachsene, z.B.

- bei chronischen Verläufen,
- bei psychischer Komorbidität (z.B. Sucht & Psychose-Konzepte, Minderbegabung, PTBS, Depression, Angst),
- zur Überbrückung bei Überleitung in Rehabilitation
- zur Diagnostik und Früherkennung
- z.T. auch Substitutionsbehandlung Drogenabhängiger (Institutsermächtigung),
- z.T. auch spezielle Angebote für nicht stoffgebundene Süchte

b.) Suchtspezifische Behandlungskonzepte in den Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB V §§ 118, 120, PsychPV, PEPP/PsychWG

Verfügbare Zahlen:

Zu a.) nur globale Erhebungen ohne konzeptionelle Differenzierungen verfügbar, bspw.

- 97.500 (Erhebung)
- AmBADO-Analyse von insgesamt 104.893 Datensätzen der Erwachsenpsychiatrie in Bayern (2016), davon Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) 9,3%

Zu b.) nicht bekannt

Quelle(n):

Zu a.) Melchinger, H. (2008): Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Hannover: Medizinische Hochschule. http://www.root.webdestination.de/kunden/01extern/bdn_redaktion_ssl_neu/upload/kbv_gutachten_%28endfassung_%29.pdf, Zugriff: 27.06.2019.

Gesamtauswertung der ambulanten Basisdokumentation (AmBADO). Erwachsenenpsychiatrie Bayern 2016. https://www.bay-bezirke.de/data/download/gesamtauswertung-der-ambulanten-basisdokumentation-ambado_erwachsenenpsychiatrie.pdf , Zugriff: 31.10.2019

Zu b.) nicht bekannt

2.3.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Ambulante allgemeine psychiatrisch/psychotherapeutische Akutbehandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen und Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB V, PsychPV, PEPP/PsychWG

Verfügbare Zahlen:

Erwachsene: 1.973.094 Behandlungsfälle (Datenjahr 2014 §21 KHEntgG)

Kinder- und Jugendliche (< 18 Jahre): 381.094 Behandlungsfälle (Datenjahr 2014 §21 KHEntgG)

Quelle(n):

Neubert, O.; Richter, M. (2016): Psychiatrische Ambulanzen. Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der Psych-Entgeltreform. In. Klauber, J. (et al.) (Hrsg.) (2016): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer. 63-84. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Krankenhausreport/2016/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_khr2016_kap04.pdf, Zugriff: 31.10.2019.

2.4 Psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen (PEPP)

2.4.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

a) Erwachsene
   - Spezialstationen „Sucht und psychische Komorbidität“
   - Spezialangebote „Sucht im Alter“ (z.T. in der Gerontopsychiatrie)
   - Chronische Verläufe, „CMA-Behandlung“, früher PsychPV S4- Konzepte
   - Spezialstationen für Drogenabhängige, z.T. spezialisiert auf Psychosenbehandlung
   - Intensiv- und Notfallversorgung (Intoxikationen, psychotische Krisen, Fremd- und/oder Selbstgefährdung

b) Spezialstationen für Kinder und Jugendliche mit Suchtproblemen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB V, PsychPV, PEPP/PsychWG

Verfügbare Zahlen:

Zu a.) Suchtspezifische PEPP-Fälle Erwachsene: 67.587 (24% aller PEPP), davon Alkohol 45.711; ergeben geschätzt je nach Methode zwischen 218 Tsd. und 294 Tsd. suchtspezifische Behandlungsfälle; (Stichprobe 2017 erfasst 91 von 387 Kliniken ca. 23% der Kliniken bzw.31% der Fälle)

Zu b.) Kinder und Jugendliche: von 18.073 erfassten PEPP haben 649 eine Suchtdiagnose (3,6%)

Quelle(n):

Zu a.) b.): InEK PEPP-Browser 2019 für das Datenjahr 2017: https://www.g-drg.de/Archiv/PEPP_Systemjahr_2019_Datenjahr_2017#sm2 , Zugriff: 31.10.2019.

2.4.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Stationäre psychiatrische Behandlung in der Allgemein- und Gerontopsychiatrie psychiatrischer Krankenhäusern und Abteilungen sowie den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie bei vorrangiger Behandlung anderer psychischer Erkrankungen

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB V

Verfügbare Zahlen:

Alle PEPP ohne Sucht: 196.496; ergeben geschätzt zwischen 900 Tsd. und 1 Mill. Behandlungsfälle, davon mit Nebendiagnose aus F1: 414, hochgerechnet ca. 2000 Fälle

Quelle(n):
https://www.g-drg.de/Archiv/PEPP_Systemjahr_2019_Datenjahr_2017#sm2 , Zugriff: 31.10.2019.

2.5 Entgiftungs-/Entzugsbehandlung im Allgemeinkrankenhaus (DRG)

2.5.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

a. Entgiftung
b. Qualifizierter Entzug (Anwendung des OPS 8-985)

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB V, DRG

Verfügbare Zahlen:

Zu a.) 158.925 Behandlungsfälle, eher rückläufig zu den Vorjahren, davon Alkohol 133.220

Zu b.) 8.299 DRG „V40Z Qualifizierter Entzug“ (5% aller suchtbezogener DRG), derzeit in 15 Kliniken/Abteilungen spezielle Konzepte des QE

Quelle(n):

Zu a.), b.): https://www.g-drg.de/Archiv/DRG_Systemjahr_2017_Datenjahr_2015#sm, Zugriff: 04.11.2019.

2.5.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Stationäre somatische Akutbehandlung in Allgemein- und Fachkrankenhäusern von suchtmittelassoziierten Begleit- und Folgeerkrankungen einschließlich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z.B. „Komasaufen“)

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB V, DRG

Verfügbare Zahlen:

Erwachsene: Aggregierte Diagnosestatistik der erwachsenen Krankenhauspatienten in 2017: A00-Z99: 19.952.735, davon F10-F19: 401.679 (2,2 %)

Kinder und Jugendliche: Aggregierte Diagnosestatistik der Krankenhauspatienten < 18 Jahre in 2017: A00-Z99: 2.126.022, davon F10-F19: 20.373 (0,96 %)

Quelle(n):

https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data;sid=0C02FF6EAA349FC24B954953755A0889.GO_1_1?operation=abruftabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1570391355975&auswahloperation=abruftabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&selectionname=23131-0002&auswahltext=&nummer=3&variable=3&name=GES025&werteabruf , Zugriff: 04.11.2019.

2.6 Psychotherapeutisch/psychosomatische Behandlung in Allgemein- und Fachkrankenhäusern

2.6.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Keine bekannt

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB V

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

2.6.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Stationäre psychotherapeutische bzw. psychosomatische Behandlung in Allgemein- und Fachkrankenhäusern bei vorrangiger Behandlung psychosomatischer Erkrankungen

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB V

Verfügbare Zahlen:

Anteil von Sucht als Nebendiagnose der psychosomatischen PEPP könnte aus den InEK-Datensätzen nach §21 KHEntgG herausgefiltert werden

PEPP

Quelle(n):

ggf. zukünftig Analysen der DRG in den Fachkliniken durch InEK (www.g-drg.de)

Situationsanalyse und Herausforderungen

- Sicherung der finanziellen Ressourcen und Behandlungskapazitäten: bei der Umsetzung des Entgeltsystems "PEPP" in der Psychiatrie, beim Ausbau des QE in somatischen Kliniken, bei der Bereitstellung von Leistungen nicht nur für den körperlichen Entzug/Entgiftung sondern für die psycho- und sozialtherapeutische Behandlung des Abhängigkeitssyndroms
- Sicherstellung des Nachwuchses an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, insbesondere in ländlichen Regionen (Überalterung , geringe Praxisdichte, schlechte ÖPNV-Anbindung, lange Anfahrtswege)
- Weiterentwicklung der suchttherapeutischen Behandlungskonzepte für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
- Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten für Medikamentenabhängige
- Chronische Verläufe der Erkrankung als eigenständige Krankheitsmanifestation begreifen und passende Behandlungs- und Versorgungskonzepte entwickeln
- Entwicklung von regionalen Versorgungskonzepten unter der Maxime ambulant vor stationär: stärkere Nutzung kooperativer Versorgungsabsprachen mit dem KV-System, den somatischen und psychosomatischen Krankenhäusern/Abteilungen sowie den Einrichtungen des Suchthilfesystems, insbesondere den PSB
- Entwicklung von Konzepten zur Stärkung von Teilhabe bei chronifizierten Verläufen von Suchtproblemen in Kooperationen mit Jobcentern und Arbeitsagenturen, z.B. bei „CMA" (chronisch mehrfacher Beeinträchtigung), Langzeitsubstitution bei Konsummustern illegaler Drogen, Konzepte zur integrierten Behandlung von psychischen und somatischen Komorbiditäten bei Substitutionspatienten.
- Die Sicherstellung der opioid-gestützten Substitutionsbehandlung in Deutschland ist mangels Nachwuchses gefährdet. Tendenziell nimmt die Zahl der substituierenden Ärzte/-innen ab, so dass zu befürchten ist, dass die Abdeckung in der Fläche (aktuell ca. 50%) weiter abnehmen wird. Entsprechend sind die rechtlichen Rahmenbedingungen (BtMVV) und die Anreize so zu gestalten, dass Substitutionsbehandlung für Ärzte mit entsprechender Qualifikation wieder attraktiver wird.
- Stärkere Nutzung ambulanter und teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten in Kooperation mit dem Suchthilfesystem.
- Kostenerstattung /-deckung der ambulanten suchtmedizinischen Diagnostik und Therapie, inklusive Screeningverfahren.
- Bessere Anreize (z.B. Kostenerstattung) zur poststationären ambulanten suchtmedizinischen Behandlung von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen

3 Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist ein sehr spezifisch ausgestaltetes Segment im deutschen Gesundheits- und Sozialwesen, bei dem vor allem die Förderung der sozialen und beruflichen Teilhabe im Mittelpunkt steht. Die Reha-Maßnahmen schließen sich idealerweise nahtlos an eine entsprechende Akutbehandlung an. Nach den Urteilen des Bundessozialgerichtes von 1968 (Anerkennung von Sucht als Krankheit) und 1978 (Kostenverteilung bei Suchtbehandlung) wurde die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Entwöhnungsbehandlung) konzipiert und zu einer qualitativ hochwertigen Leistung mit zahlreichen Behandlungsoptionen weiterentwickelt.

3.1 Stationäre medizinische Rehabilitation

3.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Stationäre medizinische Rehabilitation in Fachkliniken, Therapieeinrichtungen oder Stationen/Abteilungen von Krankenhäusern, von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannt

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

ca. 180 Einrichtungen mit 13.000 Plätzen und knapp 50.000 Fällen pro Jahr

- Bewilligungsquote 75%, Antrittsquote 75%

- 85% DRV / 15% GKV

- 65% Alkohol / 30% Drogen / 5% Sonstiges (Medikamente, Essstörungen, PGS)

Quelle(n):

Schätzung auf der Basis von Statistiken der GKV/DRV/Suchtverbände

3.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Stationäre somatische oder psychosomatische Reha (wesentliche Indikationsbereiche sind orthopädische, psychische, kardiologische, neurologische, onkologische und internistische Erkrankungen).

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

ca. 1.000 Reha-Einrichtungen mit 140.000 Plätzen und 1.600.000 Fällen pro Jahr möglicherweise bis zu 10% Rehabilitanden mit (verborgenen) Suchterkrankungen

40% DRV / 30% GKV / 30 % Sonstiges (GUV, PKV, öffentlich, privat, Arbeitgeber)

Quelle(n):

Deutsche Rentenversicherung Bund: Reha-Atlas 2019. Berlin. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rehaatlas/2019/rehaatlas_2019_download.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 04.11.2019.

Statistisches Bundesamt: Statistiken zu Reha- und Vorsorgeeinrichtungen. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/_inhalt.html, Zugriff: 04.11.2019.

Augurzky, B. et al. (2011): Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. http://www.rwi-essen.de/publikationen/rwi-materialien/243/, Zugriff: 04.11.2019.

Schlöffel, M. et al. (2016): Praxisempfehlungen für den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation (Langfassung). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

3.2 Ganztägig ambulante Rehabilitation

3.2.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Ganztägig ambulante Rehabilitation in von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannten Einrichtungen (synonyme Begriffe: teilstationäre Reha oder Tagesreha).

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18. August 2011

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

ca. 50 Einrichtungen mit 600 Plätzen und 2.500 Behandlungen pro Jahr (tw. handelt es sich um keine eigenständigen Einrichtungen, sondern um ergänzende Plätze in stationären Einrichtungen für ganztägig ambulante Fortführung der Reha)

Quelle(n):

Schätzung auf der Basis von Statistiken der GKV/DRV/Suchtverbände

3.2.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

ca. 250.000 Fälle

Quelle(n):

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (http://www.gbe-bund.de)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2018): Reha-Bericht 2018. Berlin. - 14% aller Leistungen sind ambulant

3.3 Ambulante medizinische Rehabilitation

3.3.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Ambulante medizinische Rehabilitation in von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannten Einrichtungen (u.a. Beratungsstellen, Fachambulanzen).

Gemeinsames Rahmenkonzept der DRV und der GKV zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.2008

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

ca. 400 anerkannte Einrichtungen mit 8.000 Fällen pro Jahr

Quelle(n):

Schätzung auf der Basis von Statistiken der GKV/DRV/Suchtverbände

3.3.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

derzeit keine Angebote im Bereich „berufsbegleitende ambulante Reha“ für andere Indikationsbereich

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Keine Angebote bekannt

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

3.4 Adaption

3.4.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Adaption als zweite/letzte Phase der stationären medizinischen Rehabilitation, in von den Leistungsträgern (DRV/GKV) anerkannten Einrichtungen

Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionsphase bei Abhängigkeitskranken vom 8. März 1994, Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vom 27. März 2019

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, SGB XII, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

114 Einrichtungen (42 interne und 72 externe Adaption) mit 1.360 Plätzen und ca. 4.500 Fällen pro Jahr (sehr geringer Anteil GKV)

Quelle(n):

Bestandsaufnahme Adaption der Deutschen Rentenversicherung 2017

3.4.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

keine Angebote im Bereich ‚stationäre Nachsorge' für andere Indikationsbereich

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Keine Angebote bekannt

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

3.5 Nachsorge

3.5.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

(Reha-)Nachsorge, ambulante Nachsorge nach Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

ca. 400 Einrichtungen (häufig gemeinsam mit ARS 3.3.1) mit 10.000 Fällen pro Jahr

Quelle(n):

Schätzung auf der Basis von Statistiken der GKV/DRV/Suchtverbände

3.5.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Ambulante Nachsorge (IRENA etc.)

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

190.000 Fälle

Quelle(n):

Statistik DRV

3.6 Ambulante oder ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung

3.6.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Ambulante oder ganztägig ambulante Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit/ohne Verkürzung der vorherigen stationären Phase

Festlegung Rahmenbedingungen DRV/GKV 2015/2016

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

2016 noch weniger als 200 Fälle

Quelle(n):

Schätzung auf der Basis von Statistiken der GKV/DRV/Suchtverbände

3.6.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

keine vergleichbaren Angebote für andere Indikationsbereiche

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Keine Angebote bekannt

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

3.7 Kombinationsbehandlung

3.7.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Kombinationsbehandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation gem. Rahmenkonzept DRV/GKV (Kombination von mindestens zwei Modulen, bspw. ambulant und stationär).

Rahmenkonzept DRV/GKV von 2014 – spezielle Ausgestaltung durch Konzept „Kombi-Nord“ der DRV'en Nord, Oldenburg-Bremen und Braunschweig-Hannover

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

Knapp 2.000 Fälle pro Jahr (großer Anteil „Kombi-Nord“)

Quelle(n):

Schätzung auf der Basis von Statistiken DRV/Suchtverbände

3.7.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

keine unmittelbar vergleichbaren Angebote für andere Indikationsbereiche – ähnlich: Phasenmodell in der neurologischen Reha von 1995

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB VI, SGB V, Rahmenkonzepte, Vereinbarungen, QS DRV/GKV

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

Quelle(n):

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016) (Hrsg.): 20 Jahre Neurologisches Phasenmodell. BAR-Symposium 2015. Frankfurt a.M.

Situationsanalyse und Herausforderungen

Die Suchtrehabilitation steht in den kommenden Jahren vor drei zentralen Herausforderungen:

1) Vor dem Hintergrund des Rückgangs der Anträge seit 2013 müssen Informationen über die Attraktivität und den Erfolg der modernen medizinischen Suchtreha stärker in die Öffentlichkeit getragen werden. Die Zugangswege bzw. „Schnittstellen" sind zu überprüfen und es ist zu hinterfragen, ob die Zielgruppen richtig angesprochen werden.

2) Vor dem Hintergrund von steigenden Struktur- und Leistungsanforderungen (durch die Leistungsträger) und der gleichzeitig nicht kostendeckenden Vergütungssätze muss die Existenzgrundlage für ambulante, ganztägig-ambulante und stationäre Einrichtungen gesichert werden. Dabei sind besonders die „kleinen Einrichtungen" in den Fokus zu nehmen, die für bestimmte „schwierige" Zielgruppen das notwendige „familiäre" Therapiesetting bieten, die aber wegen der geringen Fallzahlen höhere (fixe) Kosten haben (bspw. für Nachtdienste).

3) Vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen Ressourcen der Leistungsträger und der Anforderungen an ein transparentes Vergabeverfahren in der medizinischen Reha der Deutschen Rentenversicherung müssen faire Kriterien für die Einrichtungsauswahl definiert werden (bspw. Qualität, Preis, Wohnortnähe, Wartezeit). Das Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten muss dabei immer im Vordergrund stehen.

4) Vor dem Hintergrund der komplexer werdenden Anforderungen durch die Rehabilitanden (u.a. veränderte Konsummuster, schwierige berufliche Integration, Kinder in suchtkranken Familien, begleitende Substitutionsbehandlung, fragliche Rehafähigkeit zu Beginn der Entwöhnung) müssen die Träger und Einrichtungen flexible Therapiekonzepte entwickeln Es stellt sich bspw. die Frage, ob die bisher eher übliche getrennte Behandlung nach Substanzen (Alkohol, illegale Drogen, nicht-stoffgebundene Suchtformen) noch sinnvoll ist. Die verfügbaren Reha-Module sollen möglichst individuell (bezogen auf den Bedarf der Rehabilitanden) kombiniert werden, es sollen nahtlose Behandlungsketten aufgebaut werden. Dabei kommt dem Fallmanagement ggf. Teilhabeverfahren, für das Zuständigkeit und Finanzierung geklärt werden müssen, eine besondere Bedeutung zu.

4 Eingliederungshilfe – Leistungen zur sozialen Teilhabe

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, die Selbstbestimmung sowie die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft von Menschen mit Behinderung zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Sie soll Menschen mit Behinderung befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können (vgl. § 90 SGB IX neu). Das im Dezember 2016 erlassene Bundesteilhabegesetz (BTHG) umfasst zahlreiche rechtliche Veränderungen (insbesondere im SGB IX), mit denen die Autonomie Menschen mit Behinderungen gestärkt werden soll. In § 1 SGB IX neu ist geregelt, dass u.a. den besonderen Belangen von Menschen mit seelischer Behinderung oder von einer solchen Behinderung bedrohten Menschen Rechnung zu tragen ist.

In Bezug auf Menschen mit seelischer Behinderung (dazu zählen auch Menschen mit chronischer Abhängigkeitserkrankung) ist die professionelle Haltung der Mitarbeitenden geprägt von einem ganzheitlichen Verstehen der Person. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell erfordert ein interdisziplinäres Team (Sozialpädagogen, Fachpflegekräfte, Ergotherapeuten, Psycho- und Soziotherapeuten, Psychologen, Fachärzte) um die gewünschte komplexe Leistungserbringung in ausreichender fachlicher Qualität zu gewährleisten.

Ab 2020 erfolgt eine tiefgreifende Veränderung im Bereich der Eingliederungshilfe durch die Umsetzung der Reformstufe 3 des BTHG: In ehemals stationären Einrichtungen wird die kombinierte Erbringung und Finanzierung von Wohn- und Betreuungsleistungen getrennt. Fachleistungen werden nun vom Träger der Eingliederungshilfe getragen, die Kosten der Unterkunft und die Hilfen zum Lebensunterhalt werden vom Sozialhilfeträger finanziert.

Im weiteren Verlauf werden die Leistungen zur sozialen Teilhabe dargestellt, während die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (nach SGB IX und XII) dem Kapitel „Qualifizierung“ zugeordnet sind.

4.1 Leistungen im Bereich Wohnen (ambulante Betreuung)

4.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Im Bereich der Eingliederungshilfe gibt es verschiedene suchtspezifische ambulante Betreuungsformen für Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen im eigenen bzw. bereitgestellten Wohnraum als Gruppen- oder Einzelwohnen (Ambulant Betreutes Wohnen oder Betreutes Wohnen) sowie in soziotherapeutischen Wohngruppen (Therapeutische Wohngemeinschaft). Die ambulante Betreuung erfolgt durch Fachkräfte (Sozialpädagogen, bei Bedarf auch Ergotherapeuten und Pflegekräfte) und wird auf der Basis von Fachleistungsstunden abgerechnet.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Eingliederungshilfe nach dem Kapitel 6 SGB XII §§ 53 ff in Verbindung mit Kapitel 13 SGB IX §§ 76 ff

Verfügbare Zahlen:

Etwa 12.000 Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden jährlich (vor Umsetzung der Reformstufe 3 des BTHG) ambulant in betreuten Wohnformen begleitet, es gibt rund 500 entsprechende Einrichtungen bzw. Angebote.

Quelle(n):

Bartsch, Gabriele (2017): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst. 161-176

Deutsche Suchthilfestatik. https://www.suchthilfestatistik.de/

4.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Bei den allgemeinen Angeboten für Menschen mit Behinderungen im Bereich Wohnen wird unterschieden zwischen ambulant betreutem Wohnen sowie begleitetem Wohnen in Gast- oder Pflegefamilien unterschieden. Wie bei den suchtspezifischen Angeboten existieren unterschiedliche ambulante Wohnformen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Eingliederungshilfe nach dem Kapitel 6 SGB XII §§ 53 ff in Verbindung mit Kapitel 13 SGB IX §§ 76 ff

Verfügbare Zahlen:

2017 lebten in Deutschland 196.206 Menschen mit Behinderungen ambulant betreut in einer Wohnung. Die Zielgruppe der Menschen mit einer seelischen Behinderung ist die größte Gruppe in ambulant betreuten Wohnformen (70,6 %), gefolgt von Personen mit einer geistigen Behinderung (25,3 %) sowie Menschen mit einer körperlichen Behinderung (4,1 %).

Quelle(n):

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2019): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2017. Münster. https://www.bagues.de/de/veroeffentlichungen/kennzahlenvergleiche/, Zugriff: 04.11.2019.

4.2 Tagesstrukturierende Angebote

4.2.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Eigenständige suchtspezifische tagesstrukturierende Angebote, die unabhängig von stationären Einrichtungen existieren, gibt es bislang noch nicht flächendeckend. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der Reformstufe 3 des BTHG entfällt die Unterscheidung zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen. Es ist davon auszugehen, dass ab 2020 eine verstärkte Ambulantisierung einsetzen wird und ergänzende tagesstrukturierende Angebote aufgebaut werden. Zielgruppe sind die Personen, für die eine reine ambulante Betreuung nicht ausreichend ist. Die tagesstrukturierenden Angebote können (ähnlich wie in den stationären Einrichtungen bis 2019) u.a. Leistungen im Bereich Ergotherapie, Sozialtherapie, Sozialberatung, Arbeit und Beschäftigung, Freizeitgestaltung, Sport und Bewegung umfassen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB XII, BTHG

Verfügbare Zahlen:

Etwa 1.200 Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden jährlich im Rahmen von tagestrukturierenden Maßnahmen betreut (vor Umsetzung der Reformstufe 3 des BTHG).

Quelle(n):

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2014): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. Hamm. https://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen.html, Zugriff: 04.11.2019.

4.2.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Als niedrigschwellige und offene Angebote gibt es psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sowie Begegnungs- und Tagesstätten. Auch in diesem allgemeinen Bereich ist mit einer Veränderung der Angebotsstruktur im Zusammenhang mit der Umsetzung der Reformstufe 3 des BTHG zu rechnen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB XII, BTHG

Je nach Bundesland sind ergänzende normativen Vorgaben und Rahmenbedingungen für die Finanzierung unterschiedlich geregelt.

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

4.3 Besondere Wohnformen (frühere stationäre Einrichtungen)

4.3.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Die systematische Unterscheidung von stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen, die das bisherige Recht der Eingliederungshilfe vornimmt, entfällt ab 2020 im Zusammenhang mit der Umsetzung der

Reformstufe 3 des BTHG weitgehend, aber nicht vollständig. Stationäre Einrichtungen werden im Gesetz künftig mit unterschiedlichen Begriffen umschrieben (§ 42a Abs. 2 Nr. 2 SGB XII, § 104 Abs. 3 S. 4 SGB IX, § 71 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI). Sie werden als sog. „Besondere Wohnform“ weiterhin ein Komplexangebot für Menschen mit Suchtproblemen, die Leistungsansprüche im Bereich der Eingliederungshilfe haben, vorhalten können. Allerdings wird die bisherige pauschalierte Finanzierung über einen tagesgleichen Vergütungssatz, der alle Leistungen umfasst, umgestellt auf eine getrennte Finanzierung:

a) Die existenzsichernden Leistungen (Kosten der Unterkunft und Hilfen zum Lebensunterhalt) werden vom Sozialhilfeträger direkt an die leistungsberechtigte Person ausgezahlt. Die Einrichtung rechnet diese Leistung dann mit dem Bewohner ab.

b) Fachleistungen werden auch weiterhin von der Einrichtung mit dem Träger der Eingliederungshilfe abgerechnet.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Eingliederungshilfe nach dem Kapitel 6 SGB XII §§ 53 ff in Verbindung mit Kapitel 13 SGB IX §§ 76 ff

Verfügbare Zahlen:

Mehr als 23.000 Menschen mit Suchtproblemen werden jährlich (vor Umsetzung der Reformstufe 3 des BTHG) in rund 260 stationären Einrichtungen betreut.

Quelle(n):

Bartsch, Gabriele (2017): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst. 161-176.
Deutsche Suchthilfestatik. https://www.suchthilfestatistik.de/

4.3.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Bei den allgemeinen Angeboten für Menschen mit Behinderungen existieren ebenfalls verschiedene stationäre Wohnformen: Wohnheime, therapeutische Wohngemeinschaften, Außenwohngruppen und Übergangswohnheime.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Eingliederungshilfe nach dem Kapitel 6 SGB XII §§ 53 ff in Verbindung mit Kapitel 13 SGB IX §§ 76 ff

Verfügbare Zahlen:

Im Jahr 2017 lebten 211.950 Menschen mit Behinderungen (Kinder und Erwachsene) in einer stationären Einrichtung. Fast zwei Drittel der Menschen, die in einer Einrichtung stationär betreut wurden, sind Personen mit einer geistigen Behinderung. Ein gutes Viertel der Bewohnerinnen und Bewohner von Wohneinrichtungen sind Menschen mit einer seelischen Behinderung und etwas weniger als ein Zehntel hat eine körperliche Behinderung.

Quelle(n):

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2019): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2017. Münster. https://www.bagues.de/de/veroeffentlichungen/kennzahlenvergleiche/, Zugriff: 04.11.2019.

4.4 Übergangseinrichtungen

4.4.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Übergangseinrichtungen für Menschen mit Suchtproblemen 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 in einer Übergangseinrichtung ist eine abgeschlossene Entgiftungsbehandlung. Die Kostenübernahme erfolgte bisher durch die Leistungsträger der Eingliederungshilfe. Voraussetzung für die Leistungsbewilligung ist die soziale Indikation, da die Fähigkeit zur Abstinenz während der Wartezeit auf eine Entwöhnungsbehandlung nicht oder nicht in ausreichendem Maß vorhanden ist. Wie bei den (früheren) stationären Einrichtungen ändert sich auch hier mit der Umsetzung der Reformstufe 3 des

BTHG ab 2020 die Finanzierungsgrundlage: Da die Aufnahme und Entlassung in Übergangseinrichtungen häufig sehr kurzfristig erfolgt (wegen des Charakters der stationären Krisenintervention) und die Verweildauern deutlich unter denen der anderen stationären Einrichtungen im Bereich der Eingliederungshilfe für spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen liegen (etwas 50% weniger als 1 Monat) wird die Kostentrennung mit dem zusätzlichen bürokratischen Aufwand für diese Einrichtungen zu einer besonderen finanziellen bzw. existentiellen Herausforderung. In den einzelnen Bundesländern werden daher Lösungen im Rahmen der Umsetzung des BTHG gesucht, mit denen diese wichtigen Angebote aufrechterhalten werden können.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Eingliederungshilfe nach dem Kapitel 6 SGB XII §§ 53 ff in Verbindung mit Kapitel 13 SGB IX §§ 76 ff

Verfügbare Zahlen:

Übergangseinrichtungen gibt es nur in einzelnen Bundesländern und sie sind durch besondere konzeptionelle Abstimmungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern entstanden (bspw. in Berlin, Hamburg, Hessen und Mecklenburg-Vorpommern). Bundesweit dürften rund 12 Einrichtungen mit ca. 300 Betreuungsplätzen existieren.

Quelle(n):

Schätzung der DHS

4.4.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Keine bekannt

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Keine bekannt

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

Situationsanalyse und Herausforderungen

Mit dem Bundesteilhabegesetz und der Reform der Eingliederungshilfe soll die selbstbestimmte, volle und wirksame Teilhabe von Menschen mit Behinderung frei von Benachteiligung bzw. Diskriminierung und Stigmatisierung umgesetzt werden. Die Situation von Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen und ihre spezifischen Belange und Bedürfnisse sind bei der zukünftigen Umsetzung des BTHG bzw. dessen Weiterentwicklung in geeigneter Weise zu berücksichtigen.

- Da Menschen mit chronischen Abhängigkeitserkrankungen oft Rechtsansprüche gegenüber verschiedenen Sozialgesetzbüchern haben, sind Regelungen, die die Zuständigkeit und die Zusammenarbeit verschiedener Rehabilitationsträger verbindlich normieren, von besonderer Bedeutung und bei der Umsetzung des BTHG aus- und zu bewerten. Und auch die unabhängige Beratung über die bestehenden Rechtsansprüche ist von besonderer Relevanz. Hier sind die Kompetenzen der Suchtselbsthilfe mehr als bisher einzubeziehen.
- Bei den Modellprojekten nach § 11 SGB IX wie auch bei anderen Modellprojekten beispielsweise zum leistungsberechtigten Personenkreis oder zu Regelungen der Assistenzleistungen wird darauf zu achten sein, dass chronisch abhängige Menschen bzw. deren Situation angemessen einbezogen und berücksichtig werden. Dies gilt z.B. für den Einbezug von Leistungen des Gesundheitssystems im Rahmen der frühzeitigen Erkennung und Feststellung des individuellen und personenbezogenen Rehabedarfs.
- Die Leistungskataloge zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur sozialen Teilhabe sind weiter zu entwickeln und zu flexibilisieren, um den individuellen Bedarfen von spezifischen Angeboten von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen passgenau Rechnung zu tragen. Da sich Phasen der Abstinenz mit nichtabstinenten Phasen abwechseln können und dies unmittelbar Auswirkungen auf den Unterstützungsbedarf haben kann, sind z.B. flexible Zeitkontingente erforderlich. Und auch die bewilligte Zeitdauer beispielsweise beim ambulant betreuten Wohnen ist den individuellen Bedürfnissen und Bedarfen, die schwanken können, anzupassen.

- Die hohe psychiatrische aber auch somatische Komorbidität von Menschen mit lang und schwer verlaufenden Abhängigkeitserkrankungen verlangt eine entsprechende Weiterentwicklung der Dienste und Einrichtungen mit entsprechend qualifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und die enge Vernetzung mit weiteren gesundheitsbezogenen Angeboten (insbesondere Pflege).
- Dies trifft ebenso auf Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Abhängigkeitserkrankungen bzw. riskanten Konsummustern zu. Auch hier sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl aus dem Bereich der Eingliederungshilfe als auch aus dem Suchthilfesystem zu qualifizieren und verbindliche Kooperationsstrukturen zu etablieren.
- Aufgrund des Wohnraummangels in vielen Regionen Deutschlands stehen viele Menschen mit Behinderung, die bisher stationär betreut wurden, bei dem Wechsel in eigenen Wohnraum vor kaum zu überwindenden Schwierigkeiten, da sie trotz intensiver Bemühungen kaum Wohnraum finden.
- Das ambulante Setting reicht zudem häufig für die stabilisierende Betreuung nicht aus. In diesem Zusammenhang ist auch darauf zu achten, dass in den „Besonderen Wohnformen“ weiterhin Komplexangebote für Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf erhalten bleiben.
- Die für diesen Personenkreis wichtigen Zuverdienst- und Arbeitsprojekte sind in Zukunft zu erhalten bzw. weiter auszubauen. Hierfür ist die Entwicklung einer verbindlichen gesetzlichen Regelung erforderlich.
- Da die Aufnahme und Entlassung in Übergangseinrichtungen häufig sehr kurzfristig erfolgt (wegen des Charakters der stationären Krisenintervention) und die Verweildauern deutlich unter denen der anderen stationären Einrichtungen im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit Suchtproblemen liegen (etwas 50% weniger als 1 Monat) wird die Kostentrennung mit dem zusätzlichen bürokratischen Aufwand für diese Einrichtungen zu einer besonderen finanziellen bzw. existentiellen Herausforderung. In den einzelnen Bundesländern werden daher Lösungen im Rahmen der Umsetzung des BTHG gesucht, mit denen diese wichtigen Angebote aufrechterhalten werden können.

5 Beschäftigung, Qualifizierung und Teilhabe am Arbeitsleben

Positiv verstanden kann Integration in Tätigkeit, Arbeit oder Erwerbsarbeit eine tragende Funktion in der Rehabilitation, Stabilisierung und Bewältigung von Abhängigkeitserkrankungen übernehmen. Die integrative Wirkung von Erwerbsarbeit mit Verdienstmöglichkeit zum eigenständigen Lebensunterhalt, ihre sozialen und psychischen Funktionen und Auswirkungen könnte die Basis für eine gelingende Teilhabe und Rehabilitation sein.
Andererseits können prekäre Arbeitsbedingungen soziale Ausgrenzung verstärken und Desintegration nach Suchterkrankungen verlängern. Arbeitsbelastungen stehen in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, problematischem Konsum und Sucht. Verdienst und soziale Absicherung sind oft trotz Erwerbsarbeit nicht ausreichend.
Die gesellschaftlichen Partizipationschancen am Arbeitsmarkt und die Auswirkungen von Arbeit sind vor, in und nach der Suchterkrankung individuell unterschiedlich.
„Arbeit haben" assoziiert für Abhängigkeitserkrankte die Schlüsselrolle für den Ausstieg aus der Sucht. Sie betrachten dies als Chance, eine bislang meist unstete Berufsbiographie positiv und selbstbestimmt zu gestalten und einen „eigenen Weg" zu finden.
Für Menschen, die zeitweilig oder dauerhaft weniger als drei Stunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, stehen verschiedene Angebote zu beruflichen Teilhabe und Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung.

5.1 Beratung zur Eingliederung in Arbeit

5.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

- Unterstützende Suchtberatung zur Eingliederung in Arbeit (i.W. nach §16a SGB II), arbeitsmarktorientierte Beratung

- Zusammenarbeit bei der Unterstützung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen (Agenturen für Arbeit, Jobcenter, Rentenversicherungsträger und medizinischen Rehabilitationseinrichtungen)

Die Suchtberatung kann gemäß §16a Nr. 4 als kommunale Eingliederungsleistung gewährt werden. Suchtberatung leitet Maßnahmen ein, welche die Überwindung erwerbshemmender Faktoren aufgrund von Suchtproblemen erzielt, bereitet sie vor oder begleitet sie.

In Kooperation mit Suchtberatungsstellen werden teilweise auch Bewerbersprechstunden angeboten und Vermittlungsmöglichkeiten in eigene oder externe Arbeitsangebote aus der jeweiligen Einrichtung intensiviert.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Agenturen für Arbeit, Jobcentern, Rentenversicherungsträgern und medizinischen Rehabilitationseinrichtungen im Sinne einer ganzheitlich abgestimmten und nahtlosen Leistungserbringung soll einem vorzeitigen krankheitsbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben entgegenwirken und die berufliche (Wieder-) Eingliederung arbeitsuchender abhängigkeitskranker Menschen verbessern. Den Agenturen für Arbeit, Jobcentern und Rentenversicherungsträgern wird zur Anwendung und regionalen Ausgestaltung dazu ein strukturiertes Verfahren empfohlen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

§ 16a SGB II Nr. 4 Suchtberatung/kommunale Leistung

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

5.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

a) Gemäß §16a SGB II Nr. 3 können Leistungen zur psychosozialen Betreuung, im Rahmen einer ganzheitlichen und umfassenden Betreuung und Unterstützung, gewährt werden, wenn dies für die Eingliederung der oder des erwerbsfähigen Leistungsberechtigten erforderlich ist. Die psychosoziale Betreuung zielt auf die Bearbeitung belastender Lebensumstände oder individueller Problemlagen ab (z.B. eine Abhängigkeitsgefährdung oder -erkrankung), welche die berufliche Eingliederung beeinträchtigen

b) Jugendberufsagenturen: Sozial benachteiligten und individuell beeinträchtigten Jugendlichen können im Rahmen der Jugendhilfe sozialpädagogische Hilfen angeboten werden, die ihre schulische und berufliche Ausbildung, Eingliederung in die Arbeitswelt und ihre soziale Integration fördern.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

a) § 16 a Nr. 3 SGB II Psychosoziale Betreuung /kommunale Leistung

b) Leistungen aus SGB II, III, VIII und XII (i.W. § 13 SGB VIII, Jugendsozialarbeit)

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

5.2 Beschäftigung und Arbeitsförderung

5.2.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Keine flächendeckenden Angebote.

Einzelne Suchthilfeträger richten allgemeine Angebote (siehe 5.2.2) speziell für Menschen mit Suchtproblemen ein.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Verschiedene SGB, siehe 5.2.2.

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

5.2.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Die vorhandenen Maßnahmen stehen auf der Basis der allgemeinen Rechtsgrundlagen zur Arbeits-förderung und Qualifizierung. Die unten aufgeführten Instrumente des Sozialrechts dienen der (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsmarkt insbesondere für sog. „arbeitsmarktferne Beschäftigte“ wie z.B. Menschen mit Suchtproblemen oder psychisch kranke Personen. Die Instrumente setzen dabei gleichermaßen an strukturellen Rahmenbedingungen des Arbeitsmarktes wie an individuellen Maßnahmen zur Eingliederung in Arbeit an. Die Rahmenbedingungen der Eingliederung in Arbeit zu verbessern, kann beispielsweise durch die Schaffung von Arbeitsgelegenheiten, die finanzielle Förderung von Arbeitsverhältnissen und Beschäftigungsprojekten erreicht werden. Am Ziel, die individuelle Beschäftigungsfähigkeit von Personen zu erhalten oder wiederzuerlangen setzen sowohl zielgruppenspezifische Hilfen (z.B. für schwer erreichbare junge Menschen oder für langzeitarbeitslose Personen) wie auch individuelle Maßnahmen (Praktika, Arbeitserprobungen) an.

Instrumente:

- § 16d SGB II: AGH (Arbeitsgelegenheiten), MAE (Mehraufwandsentschädigung), Beschäftigungszuschuss
- § 16e SGB II: BEZ (Leistungen zur Beschäftigungsförderung); FAV (Förderung von Arbeitsverhältnissen); dauerhafte Beschäftigungsförderung (75 %)
- §16f SGB II: Freie Förderung (Erweiterung der gesetzlich geregelten Eingliederungsleistungen durch freie Leistungen zur Eingliederung in Arbeit; z.B. Projektförderungen)
- §16h SGB II: Förderung schwer zu erreichender junger Menschen (die das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)
- §16i SGB II und Teilhaberegelungen: Teilhabe am Arbeitsmarkt: Geförderte Arbeitsverhältnisse von erwerbsfähigen leistungsberechtigten Personen, die das 25. Lebensjahr vollendet haben, seit mind. sieben

Jahren Leistungen nach dem SGB II beziehen und in dieser Zeit nicht oder nur kurzzeitig erwerbstätig waren.

- SGB IX §134 / §132/ 1/2 und §§ 73 SGB IX: Dauerarbeitsplätze, Inklusionsbetrieb, Minderleistungsausgleich
- §16/1 SGB II i.V.m. §89/§88 SGB III: EGZ Eingliederungszuschuss
- §16/1 SGB II i.V.m. §90/1 SGB III: EGZ Eingliederungszuschuss für Schwerbehinderte
- §16 SGB II i.V.m. § 54a SGB III: EQ Einstiegsqualifizierung
- SGB II: Praktika, Arbeitserprobung, Maßnahmen zur Aktivierung bei Träger/Betrieb
- SGB XII: Zuverdienst

Sonstige Unterstützungen:
Bundesfreiwilligendienst; Erlöse aus Aufträgen und Dienstleistungen; geringfügige Beschäftigung / MiniJob / Zuverdienst; Landesförderung / Kommunale Förderung : Projektförderung Fehlbedarf; geringfügige Beschäftigung / Minijob / Dienstleistungsvereinbarung; ESF-Förderung (Europäischer Sozialfond für Deutschland: Förderung von Beschäftigungsprojekten auf lokaler, regionaler und bundesweiter Ebene; gemeinnützige Arbeit, Sozialstunden, Auflagen

Rechtsgrundlage und Finanzierung:
SGB II; SGB III; SGB VI; SGB IX, SGB XII, Zuschüsse

Verfügbare Zahlen:
Keine bekannt

Quelle(n):
Fachverband Drogen- und Suchthilfe (Hrsg.) (2017): Arbeit und Bildung. Teilhabe ermöglichen. Eine Handreichung für die Suchthilfe. Berlin.

5.3 Qualifizierung, Aus- und Weiterbildung

5.3.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Keine spezifischen Angebote für Menschen mit Suchtproblemen bekannt.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:
Keine Angebote

Verfügbare Zahlen:
Keine bekannt

5.3.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Vorhandene Maßnahmen bedienen sich der allgemeinen Rechtsgrundlagen zur Qualifizierung.
Die Leistungen sind in unterschiedlichen Paragraphen des SGB III geregelt und beziehen sich u.a. auf Maßnahmen zur Aktivierung, Berufsauswahl und –bildung, beruflichen Ausbildung sowie Aufnahme von Erwerbstätigkeit.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:
SGB III und die entsprechenden Förderleistungen aus SGB II

Verfügbare Zahlen:
Keine bekannt

Quelle(n):
Jahresstatistik der Arbeitsagenturen
https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsmarkt/gemeinsame-erkl%C3%A4rung-grundsicherung-arbeitssuchende.pdf?__blob=publicationFile&v=3, Zugriff: 06.11.2019

5.4 Sozialpädagogische Hilfen

5.4.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Maßnahmen von Arbeitsagenturen und Jobcentern speziell für Menschen mit Suchtproblemen bzw. Multiplikator/-innen

Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen in Jobcentern und Arbeitsagenturen zum Thema Sucht- und Drogenhilfe

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

§ 16 a Nr. 3 SGB II Psychosoziale Betreuung /kommunale Leistung

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt.

Quelle(n):

Fachverband Drogen- und Suchthilfe (Hrsg.) (2017): Arbeit und Bildung. Teilhabe ermöglichen. Eine Handreichung für die Suchthilfe. Berlin.

5.4.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Unterstützung und Förderung der Berufsausbildung. Die Leistungen umfassen ausbildungsbegleitende Hilfen, assistierte Ausbildung, außerbetriebliche Berufsausbildung sowie Berufseinstiegbegleitung.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

§§ 73-80 SGB III, § 49 SGB III

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

5.5 Berufliche Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben

5.5.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Verfügbare Zahlen:

5.5.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gibt es verschiedene Angebote und Einrichtungen, um langfristig eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu sichern bzw. zu erlangen. Zu nennen sind Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), berufliche Trainingszentren, Berufsförderungs- und Berufsbildungswerke sowie die unterstützte Beschäftigung. Längerfristige Unterstützungsstrukturen bieten Inklusionsbetriebe und Zuverdienstprojekte sowie Begleitungen an einem Arbeitsplatz durch Integrationsfachdienste.

Für Menschen mit Behinderung, die aktuell oder dauerhaft weniger als 3 Stunden täglich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt sein können, stehen Werkstätten für Menschen mit Behinderung zur Verfügung, Zuverdienstprojekte sowie Tagesstätten und Tagesförderstätten. Mit dem BTHG wurden darüber hinaus sogenannte Andere Leistungsanbieter wie auch das Budget für Arbeit als weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gesetzlich neu eingeführt.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB III, SGB VI und SGB IX in Verbindung mit SGB XII.

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

Situationsanalyse und Herausforderungen

- Suchtpolitik und Suchthilfe sollte die konkrete Umsetzung der Teilhabebemühungen durch eigene Arbeitsangebote oder qualifizierte Vermittlung und Lotsenfunktion wirksam unterstützen. Dies ist ein zentrales Arbeitsfeld der Suchthilfe, trotz vielfältiger finanzieller und organisatorischer Hürden. Teilhabe an Erwerbsarbeit für Abhängigkeitskranke kann mithilfe von berufsbezogenen Unterstützungs-, Bildungs- und Beschäftigungs- und Ausbildungs-/Qualifizierungsangeboten auch im Rahmen der Suchthilfe stärker als bisher möglich werden.
- Die Integration in Erwerbsarbeit bzw. in eine individuell wertstiftende und existenzsichernde Tätigkeit bildet für viele Menschen mit Suchtproblemen einen Hauptanker für ein suchtfreies und selbstbestimmtes Leben. Jedoch stehen viele von ihnen vor einem institutionellen „schwarzen Loch“, wenn es darum geht, die Übergänge von der Rehabilitation bis hin zur nachhaltigen Arbeitsmarktintegration zu gestalten, da die meisten Unterstützungsmöglichkeiten durch die Sozialgesetzgebung zu versäult und hochschwellig sind, als dass sie für die Zielgruppe passen würden. Viele Klient/-innen besitzen keine oder eine nicht „marktadäquate“ Qualifikation bzw. kein entsprechendes Zertifikat, das für den deutschen Arbeitsmarkt weitgehend noch immer eine der Grundvoraussetzungen für eine Einstellungszusage bildet.
- Alleine nur diese beiden Punkte betrachtend, bedeutet dies für die Suchthilfe seit jeher, mithilfe von Modellprojekten, Sonderförderungen und mit den Leistungsträgern regional verhandelten Lösungen jene Lücken zu schließen, um ihren Klient/-innen Integrationswege aufzeigen zu können. Ein nachhaltiges Hilfesystem hat sich bisher nicht entwickelt, obwohl die erwerbsbezogene Existenzsicherung zu einem großen Teil Rückfällen vorbeugt und Drehtüreneffekte im Hilfesystem verhindern kann. Stattdessen wird die politische Verantwortung auf die Trägerseite verlagert, die dazu angehalten werden, für ausreichende Vermittlungsergebnisse aus ihren Hilfen zu sorgen, ohne dass ihnen die hierfür notwendigen Mittel zur Seite gestellt werden.
- Die Schaffung einer festen rechtlichen Grundlage zur Finanzierung, Gestaltung und Aufrechterhaltung von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen im Übergang in eine Erwerbstätigkeit bzw. Ausbildung und Qualifizierung muss deswegen eine der Hauptforderungen an politische Verantwortungsträger/-innen bleiben.
- Auf der Grundlage der Inklusion müssen Menschen mit Teilhabeproblemen eine personenbezogene staatliche Förderung, einen Arbeitsvertrag und einen Mindestlohn bekommen und Zugang zum Arbeitsmarkt haben.
- Die beruflichen Angebote in der Suchthilfe liefern den Hintergrund für die Nachhaltigkeit von bio-psycho-sozialen Hilfen. Sie müssen mit Handlungsleitlinien für die Arbeitsmarktintegration verbunden sein.
- Suchthilfeeinrichtungen haben den Auftrag im Sinne der Verbesserung Ihrer Ergebnisqualität eine aktive Förderung der Teilhabe konzeptionell und dokumentiert nachzuweisen.

6 Justiz

Die Zuständigkeit des Justizvollzuges ergibt sich aus den Vollstreckungsplänen der Länder. Diese sind nicht deckungsgleich mit dem auf dem Wohnort bezogenen Hilfesystem. In dieser Zeit erfolgt die Gesundheitsversorgung gem. SGB 5 § 16 (1) Nr. 4 durch die Haftanstalten, die in der Zuständigkeit der Bundesländer liegen. Daher ist im bundesweiten Vergleich von einer unterschiedlichen Anwendung von formalen Standards für die Behandlung auszugehen, insbesondere bei einer vorliegenden Substanzgebrauchsstörung bzw. Suchterkrankung.

Eine besondere Rolle spielt in diesem Versorgungsbereich die Möglichkeit der Zurückstellung der Strafe nach dem Modell „Therapie statt Strafe" nach den §§ 35/36 BtMG und die Aussetzung des Strafrestes zur Bewährung nach §57 StGB zum Zweck einer Suchtbehandlung (Alkohol) sowie die Suchtbehandlung im Maßregelvollzug nach § 64 StGB als spezifische Behandlungsoption für Menschen mit Suchtproblemen Straftäter.

Eine wichtige Funktion an der Schnittstelle zwischen Justizvollzug und Wiedereingliederung hat die Suchtberatung in Haft. Sie wird intern (durch die Haftanstalt) oder externe (durch Träger der ambulanten Suchthilfe) organisiert und übernimmt im Idealfall eine sorgfältige und möglichst kontinuierliche Betreuung und Begleitung von Inhaftierten während und nach der Entlassung aus der Haft. Demgegenüber werden Gefangene auf Grund der Zuständigkeiten der einzelnen Gefängnisse nicht selten verlegt. Eine angemessene Klientenübergabe ist erforderlich. Aufgrund von Kapazitätsproblemen beschränkt sich die Leistung in den meisten Fällen auf ein Clearing von Hilfemöglichkeiten und die Beantragung und Vorbereitung einer an die Haft anschließenden Behandlungsmaßnahme. Um frühzeitig Behandlungsansätze als Haftalternativen zu prüfen und einen gesicherten Übergang zu gewährleisten, soll der Kontakt der Betroffenen zur Sucht- und Drogenhilfe so früh wie möglich realisiert werden. Nach der Haftentlassung kommen dann auch die Bewährungshelfer ins Spiel, die in die Abstimmung weiterer Hilfemaßnahmen einzubeziehen sind.

6.1 Medizinische Versorgung in Haft

6.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Wenige spezialisierte Angebote, am weitesten verbreitet ist das Angebot von Substitution bei Opiatabhängigkeit (mit steigender Tendenz).

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Strafgesetzbuch, Strafvollzugsgesetz, Justizvollzugsgesetze der Länder,
Finanzierung durch Justizetats der Länder

Verfügbare Zahlen:

Alkoholkranke Straftäter machen schätzungsweise 20% aller Inhaftierten aus, der Anteil der mehrfachabhängigen Personen liegt bei knapp 30%. Für sie fehlt häufig ein umfassendes Behandlungskonzept, die Behandlung und/oder Beratung von Gefangenen mit einer Alkoholproblematik hat häufig modellhaften Charakter. Sie tritt im Strafvollzug und in der Öffentlichkeit häufig zurück vor dem Problem von Drogenabhängigen. Die Möglichkeiten des Strafvollzugs, therapiebedürftige Gefangene erfolgreich zu behandeln, sind durch deren teilweise geringe Therapiemotivation sowie durch die Verbüßungsdauer begrenzt.

Eine weitere wesentliche Gruppe in JVAen sind die rechtskräftig nach BtMG verurteilt Personen (2016 = 57.539). Zum Stichtag 31.03.2017 befanden sich aufgrund von Verstößen gegen das BtMG insgesamt 6.506 Personen (12,6 % aller Inhaftierten) in Einrichtungen des Freiheitsentzugs. 12,8 % (388) der inhaftierten Frauen und 4,5 % (175) der inhaftierten Jugendlichen saßen eine Strafe aufgrund von Straftaten gegen das BtMG ab. Im Jahr 2016 gab es 7.365 wegen BtMG-Delikten verurteilte Heranwachsende.

Die Deutsche Aidshilfe vermutet, dass in der Haft nur fünf bis neun Prozent der Opiatabhängigen eine Substitutionsbehandlung erhalten. Dabei bestehen hinsichtlich der Häufigkeit der Behandlung große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern und sogar zwischen den einzelnen Haftanstalten. Während in Bre-

men mehr als 100 von insgesamt knapp 700 Inhaftierten substituiert werden, findet die Substitution in Bayern nur in Ausnahmefällen statt, nämlich bei derzeit weniger als 50 von insgesamt ca. 3.000 für die Behandlung in Frage kommenden Inhaftierten.

Quelle(n):

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2017): Strafvollzug. Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Wiesbaden. (Fachserie 10 Reihe 4.1)
Schneider, F. et al. (2018): Workbook Gefängnis. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA. (Datenjahr 2017 / 2018). München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.
Heinz, W. (2017): Kriminalität und Kriminalitätskontrolle in Deutschland – Berichtsstand 2015 im Überblick. Stand: Berichtsjahr 2015; Version: 1/2017. Konstanz: Konstanzer Inventar Sanktionsforschung 2017. https://cms.uni-konstanz.de/fileadmin/archive/jura-ki/kis/ , Zugriff: 28.06.2019.
Heimerdinger, A. (2006): Alkoholabhängige Täter: Justizielle Praxis und Strafvollzug; Argumente zur Zurückstellung der Strafvollstreckung bei Therapieteilnahme. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle. https://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/kup52.pdf , Zugriff: 28.06.2019
Deutscher Bundestag (2016): Sachstand: Substitutionsbehandlung im Justizvollzug. Berlin. https://www.bundestag.de/blob/480528/079376bd958e4a1b9baa2652713d63cb/wd-9-049-16-pdf-data.pdf, Zugriff: 28.06.2019.

6.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Medizinische Versorgung der Gefangenen im Justizvollzug (unterliegen der Gesundheitsfürsorge) in ambulanter Form, in größeren Justizvollzugsanstalten und Vollzugskrankenhäusern auch in stationärer Form

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Strafgesetzbuch, Strafvollzugsgesetz, Justizvollzugsgesetze der Länder,
Finanzierung durch Justizetats der Länder

Verfügbare Zahlen:

Zum Stichtag 31. März 2018 rund 60.000 Gefangene und Verwahrte in ca. 200 JVAen in Deutschland.

Quelle(n):

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2018): Strafvollzug. Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Wiesbaden. (Fachserie 10 Reihe 4.1). https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/_inhalt.html#sprg235918 , Zugriff: 28.06.2019.

6.2 Suchtberatung in Haft

6.2.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Interne Dienste der Beratung/Behandlung im Strafvollzug und in der Untersuchungshaft, externe Dienste zur Beratung im Strafvollzug durch Träger der ambulanten Suchthilfe

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Strafgesetzbuch, Strafvollzugsgesetz, Justizvollzugsgesetze der Länder,
Finanzierung von Fachkräften der ambulanten Suchthilfe durch Verwaltungsvorschriften der Justizministerien der Länder, freiwillige Leistungen Länder und Kommunen, Wohlfahrtsverbände

Verfügbare Zahlen:

In der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) 2016 ambulant werden über 6.000 Personen als betreute JVA-Insassen genannt (Wohnsituation am Tag vor Betreuungsbeginn). Es gibt einen Tabellenband für die externe Beratung im Strafvollzug, hier sind es 2016 aus 20 JVA 3.574 Betreuungsfälle in Gesamtdeutschland. In der Suchthilfestatistik Baden-Württemberg werden für 2016 in 18 JVA rund 3.200 Betreuungsfällen durch externe Dienste ausgewiesen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Fälle auch den überwiegenden Teil der Auswertung in dem gesonderten Tabellenband abbilden.

Quelle(n):
Deutsche Suchthilfestatik (2016). https://www.suchthilfestatistik.de
Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg (Hrsg.) (2017): Suchthilfestatistik 2016. Daten zur Suchtberichtserstattung der ambulanten Suchthilfe Baden-Württemberg 2016. Stuttgart.

6.2.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Keine Angebote bekannt

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Keine Angebote

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

6.3 Suchtbehandlung im Maßregelvollzug

6.3.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Suchtbehandlung im stationären Maßregelvollzug in Entziehungsanstalten (nach § 64 StGB) getrennt für Erwachsene und zunehmend für Kinder- und Jugendliche mit entsprechender Zulassung durch das jeweilige Bundesland (Der Maßregelvollzug ist nicht Teil des Justizvollzuges). Daneben gibt es zunehmend auch ambulante Versorgung in forensischen Institutsambulanzen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Strafgesetzbuch, Kontrolle und Finanzierung durch Gesundheits- und Sozialministerien der Länder

Verfügbare Zahlen:

Rund 3.000 Suchtpatienten (Stichtagserhebung) werden pro Jahr in Entziehungsanstalten nach § 64 StGB behandelt, davon ca. 2/3 mit Drogenabhängigkeit und 1/3 mit Alkoholabhängigkeit. Etwa die Hälfte des betroffenen Personenkreises hatte vor dem Maßregelvollzug keinen Kontakt zum Suchthilfesystem, rund 50% nehmen nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug weitere suchtspezifische Hilfen in Anspruch.

Quelle(n):
Heinz, W. (2017): Kriminalität und Kriminalitätskontrolle in Deutschland – Berichtsstand 2015 im Überblick. Stand: Berichtsjahr 2015; Version: 1/2017. Konstanz: Konstanzer Inventar Sanktionsforschung 2017. https://cms.uni-konstanz.de/fileadmin/archive/jura-ki/kis/ , Zugriff: 05.11.2019
Haar, M.von der (2012): § 64 StGB in der Praxis - ein Überblick. Suchttherapie, 13(2), 58-65.
Wittmann, B. (2012): Zur Forensischen Behandlung Drogenabhängiger. Suchttherapie, 13(2), 66-73.

6.3.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Behandlung im stationären Maßregelvollzug bei psychischen Erkrankungen nach § 63 StGB, getrennt für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche sowie ambulant in den dazu gehörigen forensischen Institutsambulanzen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Strafgesetzbuch, Kontrolle und Finanzierung durch Gesundheits- und Sozialministerien der Länder

Verfügbare Zahlen:

In Kliniken für forensische Psychiatrie und Psychotherapie werden auf Grundlage des § 63 StGB rund 7.000 Menschen (Stichtagserhebung) behandelt, mit steigender Tendenz.

Quelle(n):
Müller, J.L. et al. (2017):Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. Nervenarzt, 88(Sonderheft 1).

6.4 Wiedereingliederung nach Haft

6.4.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Suchtbezogene Unterstützung der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung nach Haft (teilweise durch Fachkräfte der Suchthilfe, meist aber durch hauptamtliche Bewährungshelfer)

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Strafgesetzbuch (und JGG), Finanzierung durch Justizetats der Länder

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

6.4.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Berufliche und soziale Eingliederung nach Haft durch Bewährungshilfe und Führungsaufsicht

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Strafgesetzbuch (und JGG), Finanzierung durch Justizetats der Länder

Verfügbare Zahlen:

Beendete Unterstellungen unter Bewährungsaufsicht im Jahr 2011

a) nach Jugendstrafrecht: 16.227, davon unter Bewährung wegen Straf(rest)aussetzung nach §§ 35/36 BtmG: 333

b) nach Erwachsenenstrafrecht: 44.695, davon wegen BtmG 3.147

Quelle(n):

Statistisches Bundesamt www.destatis.de

Situationsanalyse und Herausforderungen

Aufgabe des Justizvollzuges ist vor dem Hintergrund der Strafvollzugsgesetze die Resozialisierung als Primäraufgabe. Der Zusammenhang zu Suchterkrankungen wird über die Regelungen zur Vollzugsplanung hergestellt. Daneben ist das Grundprinzip der Äquivalenz zum GKV-System Basis der gesundheitlichen Versorgung in Haft. Zu beachten ist, dass es sich bei der Haftcommunity regelhaft um Menschen mit multiplen gesundheitlichen Problemlagen handelt, von denen eine die Suchterkrankung ist. Erwünscht sind i.d.R. kurze Haftzeiten zur Reduktion schädlicher Folgen durch die Haft. Damit werden aber auch die (medizinischen) Einflussmöglichkeiten des Vollzuges beschränkt und eine Priorisierung der Interventionen wird erforderlich. Auf der einen Seite können JVAen somit Orte sein, an denen für viele Gefangene mit substanzbezogenen Problemen erstmalig systematisch medizinisch interveniert wird. Somit ergeben sich auch Chancen während der Inhaftierung. Auf der anderen Seite entstehen durch die föderal geregelte und daher tendenziell uneinheitliche verfügbare spezifische Suchtbehandlung für inhaftierte Menschen folgende zentrale Problemstellungen:

a) Eine teilweise unzureichende suchtspezifische Behandlung während der Haft, die häufig zu einer Chronifizierung und Verschlechterung des Gesundheitszustandes führt (dazu gehören auch die heterogene Haltung der Bundesländer zur Substitution und das häufige Fehlen von Maßnahmen zur Schadensminimierung).

b) „Schnittstellenprobleme“ beim Haftantritt (insbesondere durch das häufige Fehlen von medizinischen Informationen) sowie beim Übergang von der Haft in die übliche Gesundheitsversorgung (bspw. durch fehlenden Krankenversicherungsschutz bei arbeitslosen Haftentlassenen).

Die Schnittstelle zwischen Haft und Wiedereingliederung als Verknüpfung verschiedener Zuständigkeiten sollten von den Einrichtungen bzw. Diensten der Suchthilfe im Rahmen der Entlassungsvorbereitung und des Übergangsmanagement identifiziert und individuell beleuchtet werden. Das Case-Management bietet als methodischer Ansatz die geeigneten Möglichkeiten, um alle Akteure einschließlich der bzw. des Gefangenen und seiner Ressourcen einzubinden. In der Zeit unmittelbar vor und nach der Entlassung aus dem Justizvollzug hat der Eingliederungsprozess gerade bei abhängigkeitskranken Menschen eine herausragende Bedeutung. Das Übergangsmanagement steht im Mittelpunkt dieser Anstrengungen. Zurzeit sind in diesem Arbeitsfeld folgende problematische Entwicklungen zu beobachten:

1) Bei Haftentlassung fehlt häufig der Krankenversicherungsschutz, was zu erheblichen Problemen führen kann (bspw. keine Aufnahme/Fortsetzung der Substitution möglich).

2) Das Risiko der Überdosierung nach Haftentlassung existiert bei fehlendem und nicht gut funktionierendem Übergangs- und Entlassmanagement.

3) Nach der Haft kann Obdachlosigkeit drohen, da es zu wenige Plätze im Betreuten Wohnen (mit Wohnraum) gibt und entsprechende Wohnheime Menschen mit Suchtproblemen häufig nicht aufnehmen. Eine Sozialwohnung aus der Haft heraus zu organisieren, ist ebenfalls äußerst schwierig.

4) Ein großer Teil der inhaftierten Frauen mit Suchtproblemen ist von zusätzlichen Diagnosen im psychiatrischen oder somatischen Bereich betroffen. Eine wichtige Rolle spielen Kinder, die von der Inhaftierung und Suchterkrankung der Mütter in besonderem Maße betroffen und häufig fremduntergebracht sind.

Verantwortlich für ein funktionierendes Übergangsmanagement zu Beginn und am Ende der Haft sind grundsätzlich die Justizvollzugsanstalt und deren Fachdienste. Allerdings ist bei der Aufnahme die Unterstützung der zuvor betreuenden Institutionen erforderlich. Beim Übergang zum Leben in Freiheit können die Einrichtungen und Dienste der Suchthilfe dort ergänzend Verantwortung übernehmen, wo sie einen klaren Handlungsauftrag dazu haben und über entsprechende Ressourcen verfügen. Grundsätzlich ist aber immer die aktive Mitwirkung der betroffenen inhaftierten Menschen erforderlich, ohne die keine wirksame Intervention möglich ist.

7 Selbsthilfe

Selbsthilfe setzt auf freiwillige Mitwirkung aller Teilnehmenden und bietet Raum für Erfahrungsaustausch, Meinungsäußerung und Meinungsbildung. Ein Prinzip der Selbsthilfe ist die Begegnung auf Augenhöhe und damit die partnerschaftliche Zusammenarbeit, die den Selbstwert jedes Einzelnen stärkt, denn jeder Teilnehmende ist für die Gruppe wichtig. Zugleich bietet Selbsthilfe Raum für neue, stabilisierende Beziehungserfahrungen. Die Selbsthilfe ermöglicht modellhaftes Voneinander- und Miteinander-Lernen und entlastet in geschützter Atmosphäre, z. B. durch die Thematisierung von Ängsten und Schuldgefühlen.

Sucht-Selbsthilfegruppen bieten für jeden betroffenen Menschen (Menschen mit Suchtproblemen und Angehörige) ein bedingungsloses und niedrigschwelliges Angebot zur Auseinandersetzung mit Suchtproblemen. Sie motivieren zum Ausstieg aus der Sucht und zur Inanspruchnahme weiterführender Beratung und Behandlung. Der Besuch einer Sucht-Selbsthilfegruppe ist notwendiger Bestandteil einer wirksamen Rückfallverhütung, denn hier wird der Umgang mit herausfordernden Lebenssituationen oder die Aufarbeitung von Rückfällen erlernt. Die Selbsthilfegruppe ermöglicht Angehörigen, sich und Menschen mit Suchtproblemen besser zu verstehen und Wege aus von Sucht belasteten Beziehungen zu entdecken und zu gehen.

Sucht-Selbsthilfe fördert maßgeblich einen von Suchtstrukturen befreiten Lebensstil und begleitet Menschen mit Suchtproblemen auf deren Weg durch das Hilfesystem (z.B. während ambulanter bzw. stationärer Behandlung).

7.1 Selbsthilfegruppen

7.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Niederschwellige Hilfeangebote und ehrenamtlich angeleitete begleitete Gesprächsangebote der Sucht-Selbsthilfe-Verbände und sonstiger Selbsthilfegruppen (inkl. Bereitstellung von Räumlichkeiten). Sie zeichnen sich durch die Kompetenzen, Lebens- und Suchterfahrungen betroffener Menschen (Menschen mit Suchtproblemen und Angehöriger) sowie weiterer Engagierter aus. Neben den klassischen Gruppengesprächen bietet Selbsthilfe Schulungen zur Abstinenzstabilisierung und Rückfallprophylaxe sowie für die freiwillige und ehrenamtliche Mitarbeit an. Außerdem gehören gemeinsame Freizeitaktivitäten, meist in einem suchtmittelfreien Setting, dazu.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Förderung durch GKV (§20h SGB V), DRV (§31 Abs. 1 Nr. 3 SGB VI), Projektmittel (Landes- und Bundesministerien für Gesundheit), Freiwillige Leistungen Länder und Kommunen, Wohlfahrtsverbände, Einrichtungen der Erwachsenenbildung auf Landes- und Ortsebene

Verfügbare Zahlen:

4.110 Selbsthilfegruppen bundesweit in Trägerschaft der fünf Sucht-Selbsthilfeverbände (BKD, BKE, Freundeskreise, Guttempler, Kreuzbund) mit ca. 70.000 Gruppenteilnehmenden. Größtenteils werden gemischte Gruppen für Abhängige und Angehöre angeboten. Selbst Abhängige Gruppenteilnehmer sind überwiegend männlich, bei Angehörigen überwiegt der weibliche Anteil. Die durchschnittliche Gruppengröße beträgt 15 bis Teilnehmende. 41- bis 60-Jährige stellen die Mehrheit im Vergleich von Altersgruppen.

Die Zahl der Gruppen weiterer Verbände (AA und andere Wohlfahrtsverbände) wirf auf 2.000 geschätzt

Quelle(n):

Blaues Kreuz in Deutschland et al. (2018): Statistik 2017 der fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Wuppertal.

7.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Selbsthilfe-Angebote und Gruppe zu unterschiedlichen Krankheitsbildern (NAKOS)

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Keine bekannt

Verfügbare Zahlen:
Keine bekannt

Situationsanalyse und Herausforderungen

Wesentliche aktuelle Herausforderungen bestehen darin, Angebote der Sucht-Selbsthilfe konzeptionell vielfältig und attraktiv zu gestalten und spezielle Selbsthilfe-Angebote für junge Menschen zu schaffen. Dabei werden Angebote im digitalen Raum („Online-Selbsthilfe“) als zusätzliches Angebot zur face-to-face Gruppe zu entwickeln sein. Für die Aktiven der Sucht-Selbsthilfe bedeuten gesellschaftliche Veränderungen wie die Digitalisierung, für diese Prozesse offen und bereit zu sein, diese aktiv mitzugestalten und Chancen zu nutzen.

Fachliche Herausforderungen bestehen darin, Trinkmengenreduzierung als Einstiegshilfe zu akzeptieren und das Erreichen einer Suchtmittelabstinenz als einen dynamischen Prozess begreifen zu lernen. Um die Angebote (weiter) bekannt zu machen, bleibt es notwendig, umfangreiches Informations- und Arbeitsmaterial (u.a. zur konzeptionellen Arbeit, Mittelbeschaffung und zu Serviceleistungen) bereitzustellen und dafür sämtliche Kanäle der Information zu nutzen.

Weiterhin besteht die Notwendigkeit, die Vernetzung der ehrenamtlichen Angebote mit den ambulanten und stationären Settings sowie der beruflichen Suchthilfe (in Anknüpfung an das Projekt „Chancen nahtlos nutzen - konkret“) kontinuierlich aufrecht zu halten und auszubauen.

8 Prävention

Suchtprävention ist eine tragende Säule deutscher Suchtpolitik und als gesellschaftliche Querschnittsaufgabe zu betrachten. Sie ist ein Arbeitsbereich mit eigenem Profil und eigenen Strukturen innerhalb der Suchthilfe. Suchtprävention zielt darauf ab, gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Schäden, die mit dem Gebrauch legaler und illegaler Substanzen sowie den Folgen süchtigen Verhaltens verbunden sind, vorzubeugen. Für jeden Menschen soll sich dadurch die Chance erhöhen, ein suchtfreies oder von Sucht so weit wie möglich unbeeinträchtigtes Leben zu führen. Suchtprävention umfasst alle verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen, die riskanten und abhängigen Gebrauch von Suchtmitteln sowie süchtige Verhaltensweisen verhindern, reduzieren oder risikoärmere Verhaltensmuster fördern. Dies bezieht die positive Beeinflussung der Lebenszusammenhänge (Settings) ein und zielt ebenso auf den Schutz des sozialen Umfelds bzw. Dritter.

8.1 Verhältnisprävention

8.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Verhältnisprävention wirkt über die Gestaltung von Rahmenbedingungen, die eine suchtvorbeugende Wirkung entfalten. Verbindliche Regelungen können durch politische Entscheidungsträger auf Bundesebene, ggf. auch auf Landes- und kommunaler Ebene in Form von Gesetzen und Verordnungen erlassen werden.

Maßnahmen der Verhältnisprävention von Suchterkrankungen kommen in Deutschland nur rudimentär zur Anwendung.

a) Es existieren Regelungen der Einschränkung von Werbung für legale Suchtmittel (insb. Tabak, Alkohol nur in Ansätzen) und Medikamente mit Abhängigkeitspotenzial. Bezüglich von Tabakprodukten bestehen Vorschriften hinsichtlich der Verpackungsgestaltung (Warnhinweise)
b) Vereinzelnd werden lokal begrenzte Einschränkungen der Verfügbarkeit erlassen (örtlich gebundene Verkaufsverbote zu bestimmten Tageszeiten).
c) Auf legale Suchtmittel werden Verbrauchsteuern erhoben, eine suchtpräventive Zielsetzung ist hierbei in Deutschland untergeordnet.
d) Einschränkungen der Fahrerlaubnis unter Alkoholeinfluss (ab definierten Promillegrenzen des Blutalkoholwertes; verschärfte Grenzen für Fahranfänger)
e) Altersgrenzen für den Erwerb alkoholhaltiger Getränke und Tabakprodukten
f) Verbot von Herstellung, Inverkehrbringen, Einfuhr und Ausfuhr von Betäubungsmitteln

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

a) Jugendschutzgesetz (JuSchG), Jugendmedienschutz-Staatsvertrag (JMStV), Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG), Rundfunkstaatsvertrag (RStV), Heilmittelwerbegesetz (HWG), Tabakerzeugnisverordnung (TabakerzV)
b) Verordnungen auf Landes- und kommunaler Ebene, Gaststättengesetz (GastG)
c) Verbrauchsteuergesetze zu Alkohol und Tabak
d) Straßenverkehrsgesetz (StVG), Straßenverkehrsordnung (StVO), Fahrerlaubnisverordnung (FeV)
e) Jugendschutzgesetz (JuSchG),
f) Betäubungsmittelgesetz (BtMG)

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

8.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Nicht zutreffend

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Keine bekannt

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

8.2 Universelle, selektive und indizierte Verhaltensprävention

8.2.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

a) Während Maßnahmen der universellen Suchtprävention z.B. in Kampagnen der BZgA durchgeführt werden oder als landesweite Projekte von den Landesstellen für Suchtfragen organisiert werden, sind die vornehmlich bei den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege angegliederten Fachkräfte und Fachstellen für Suchtprävention– neben einigen in Kommunen beschäftigen Suchtpräventionsfachkräften bundesweit die einzigen hauptamtlich Tätigen bzw. Agenturen, die sich ausschließlich der selektiven und indizierten Suchtprävention widmen. Projekte sind bspw. FreD, HaLT, SKOLL, Be smart – don't start, Papilio, PPF.

b) Suchtprävention der Polizei ist Ländersache. Jedes Bundesland bzw. jede Polizeidirektion entscheidet selbst, wie es sich im Bereich der Suchtprävention engagiert. Z.T. führt die Polizei z.B. das Projekt BOB (Aktion gegen Alkohol am Steuer) durch, gibt Schriftmaterialen heraus, erstellt CDs, hält Vorträge in Schulen.

Bei Landeskriminalämtern gibt es Zentralstellen für Prävention, die sich auch der Suchtprävention widmen.

c) Suchtpräventive Angebote im Schulbereich werden in einigen Bundesländern von den Bildungs- bzw. Kultusministerien koordiniert

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Präventionsgesetz Bund, Länder und Kommunen (Derzeit ist noch unklar, wie sich das Präventionsgesetz im Bereich der Suchtprävention auswirken wird)

GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp, Zugriff: 05.11.2019.

Freiwillige Leistungen der Länder, Landkreise und Kommunen.

Verfügbare Zahlen:

- 34.288 suchtpräventive Maßnahmen wurden 2016 gemäß Dokumentation der BZgA („Dot.sys") erfasst. 60% der Aktivitäten richten sich an Endadressat/-innen. Zielgruppen sind meist Kinder und Jugendliche, ein Großteil der Aktivitäten findet im Setting Schule statt.".

- Das Präventionsprojekt Klasse2000 zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung erreichte seit seinem Programmstart mit 234 Klassen im Jahr 1991 insgesamt über 1,7 Millionen Kinder. Allein im Schuljahr 2018/ 2019 nahmen bundesweit über 500.000 Kinder aus ersten bis vierten Klassen teil (Kolip & Greif, 2016; Klasse2000, 2019).

- Laut einer Studie von Rehbein et al. (2019) haben knapp 83% der in Niedersachsen lebenden Jugendlichen bis zur 9. Klasse an Suchtpräventionsmaßnahmen zu mindestens einem Konsumrisiko teilgenommen.

- „Prev@WORK"ist ein ganzheitlich orientiertes Programm der betrieblichen Suchtprävention. Suchtprävention wird als fester Bestandteil in die Ausbildung integriert: Auszubildende werden in ihrem Lebensalltag erreicht und zu Suchtgefahren und Konsumrisiken psychoaktiver Substanzen aufgeklärt. Seit dem Programmstart 2008 wurden rund 360 Trainerinnen und Trainer in 14 Bundesländern ausgebildet, die Grundlagenseminare für knapp 4.000 Auszubildende durchgeführt haben (Fachstelle für Suchtprävention Berlin, 2019).

- Das Projekt „Suchtprävention und Gesundheitsförderung in der Ausbildung", das bis 2018 vom IFT Nord durchgeführt wurde, untersuchte Verbreitung, Inanspruchnahme und Einfluss von Präventions-und Gesundheitsfördermaßnahmen in Berufsschulen und Berufsfachschulen. Insgesamt 343 berufliche Schulen nahmen an der in 2017/2018 durchgeführten Studie teil: 80 % der teilnehmenden Schulen haben in der Vergangenheit mindestens eine suchtpräventive Maßnahme durchgeführt; Schüler*innen die an einer präventiven Maßnahme teilnahmen (Selbstauskunft) reduzierten häufiger als jene ohne ihren Cannabiskonsum –insbesondere, wenn die Maßnahme verpflichtend war (Morgenstern, Seidel & Hanewinkel, 2019).

- In dem „PEER-Projekt an Fahrschulen“ klären junge Menschen, die selbst zur Gruppe der jungen Fahrenden gehören, Fahrschüler*innen über die Gefahren von Alkohol-und Drogenkonsum in Verbindung mit motorisierter Teilnahme am Straßenverkehr auf. Seit dem Jahr 2000 erreichen bundesweit jährlich mehr als 120 Peers in ca. 1.000 Vortragseinsätzen über 10.000 Fahrschüler*innen (LWL-Koordinationsstelle Sucht, 2018).

- Die Initiative „DFB-Doppelpass 2020“ will die Synergien zwischen Schule und Vereinen im Bereich frühe Suchtprävention stärken. Die BZgA unterstützt Schulen und Vereine mit Aktionspaketen zu den Suchtpräventionsthemen „Kinder stark machen“, „Alkoholfrei Sport genießen“ und „Null Alkohol –Voll Power“. Seit Beginn der Initiative 2012 haben über 12.000 Vereine und Schulen eine Aktion zur Suchtprävention durchgeführt (DFB-Doppelpass 2020, 2019).

Quelle(n):

BZgA (2017): Dot.sys - Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung. Ergebnisse der Datenerhebung 2016 inkl. Strukturberichte der teilnehmenden Bundesländer. Köln. https://www.bzga.de/die-bzga/nationale-kooperationen/#anker2, Zugriff: 05.11.2019.

DFB-Doppelpass 2020 (2019). https://www.dfb.de/schulfussball/doppelpass-2020, Zugriff: 05.12.2019.

Fachstelle für Suchtprävention Berlin (2019): Themenheft Suchtprävention. Nr. 54, Ausgabe Juni 2019. https://www.berlin-suchtpraevention.de/wp-content/uploads/2019/05/190529_Themenheft_54_FINAL_Hyper_150.pdf, Zugriff: 08.01.2020.

Friedrich, M. et al. (2019): Workbook Prävention. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2018/2019). München. https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2019/WB_04_Praevention_2019.pdf , Zugriff: 05.12.2019.

Klasse2000 (2019). https://www.klasse2000.de/ueber-uns/aktuelles/detail/aktuelles/schuljahr-2018-19-ueber-eine-halbe-million-kinder-erreicht-1 , Zugriff: 05.12.2019.

Kolip, P.; Greif, N. (2016): Evaluation Programm Klasse2000. Zusammenfassender Abschlussbericht. Bielefelde: Universität, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. https://www.klasse2000.de/downloads/evaluation , Zugriff: 05.12.2019.

LWL-Koordinationsstelle Sucht (2018): Gleichaltrige reden mit Fahrschülern über Alkohol und Drogen. Münster. https://www.lwl-ks.de/media/filer_public/39/0f/390f9a0b-ce64-4876-9a93-111908a6f3f5/2018_03_28-ppf-projekt-des-monats.pdf , Zugriff: 05.12.2019.

Morgenstern, M.; Seidel, A.-K.; Hanewinkel, R. (2019): Suchtprävention an beruflichen Schulen. Bildung und Beruf, 2(2), 50–57.

Rehbein, F. (2019): Reichweite von Suchtprävention aus der Perspektive jugendlicher Endadressaten. Sucht, 65(1), 48-59.

8.2.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

a) Gesundheitsbezogene Projekte, Programme und Kampagnen (bspw. BZgA, gesundheitsziele.de), weitere Präventionsmaßnahmen z.B. zur Gewaltprävention und Förderung von Lebenskompetenzen für Kinder.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Keine bekannt

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

Situationsanalyse und Herausforderungen

Erfordernisse werden vor allem auf drei Ebenen gesehen:

1. Verhältnis- und verhaltenspräventive Erfordernisse: Es müssen nachhaltige Strukturen für die Verhältnisprävention (Einhaltung des Jugendschutzes, Reduzierung der Verfügbarkeit, Preiserhöhungen, Werbungeinschränkungen etc.) und die Verhaltensprävention (Finanzierung evaluierter und als wirksam erwiesener suchtpräventiver Maßnahmen) geschaffen werden.

2. Qualitative Erfordernisse: Erfüllung geprüfter Qualitätsstandards der suchtpräventiven Interventionen, Evaluation, Berücksichtigung des wissenschaftlichen Forschungsstandes, Qualifikation der Fachkräfte, etc.

3. Finanzielle Erfordernisse: Leistungen für Suchtprävention müssen gesetzlich geregelt und finanziert werden.

Für detaillierte Ausführungen siehe das DHS Positionspapier „Suchtprävention in Deutschland. Stark für die Zukunft“, Juni 2014. https://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen.html, Zugriff: 04.11.2019.

Zudem sind folgende Herausforderungen und Fragestellungen relevant:

Wie kann der Settingansatz sinnvoll und effektiv umgesetzt werden, um die Lebenswelten gesundheitsförderlich zu gestalten?

Welche Anforderungen kommen auf die Suchtprävention durch geflüchtete/asylsuchende Menschen zu?

Welche attraktiven zielgruppenaffinen Medien sind erforderlich, um die Botschaften der Suchtprävention zeitgemäß zu transportieren?

9 Betriebliche Gesundheitsförderung

Unternehmen und Verwaltungen organisieren innerbetriebliche Angebote zur Vorbeugung von Suchterkrankungen oder konsumbedingten Beeinträchtigungen der Unternehmenstätigkeit durch z.B. Arbeitsunfälle oder Betriebsstörungen an. Auch spezielle Formen der Intervention haben sich in Unternehmen etabliert und Hilfen in Form von betrieblicher Suchtberatung werden angeboten. Solche Maßnahmen können als eigenständige Programme im Unternehmen organisierte sein, als Teil der Gesundheitsförderung und/oder betrieblicher Sozialberatung auch in andere Strukturen im Unternehmen eingebunden sein. Zu einigen Maßnahmen sind Unternehmen verpflichtet, z.B. durch Unfallverhütungsvorschriften, die meisten Angebote sind jedoch freiwillig Leistungen der Unternehmen.

Auch Angebote der Suchthilfe im engeren Sinne sind in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe zu finden. Als externe Dienstleistung haben viele Beratungsstellen auch spezielle Angebote für Unternehmen, Führungskräfte und in Unternehmen Beschäftigte mit Beratungsbedarf auf ihren Arbeitsplatz / ihr Arbeitsverhältnis bezogen.

9.1 Betriebsvereinbarungen

9.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

a) Nach § 77 des Betriebsverfassungsgesetzes können Unternehmen betriebsinterne Vereinbarungen treffen. Eine Betriebsvereinbarung Sucht kann z.B. Verzicht oder Verbote des Konsums vor und während der Arbeitszeit enthalten, Verkaufsverbote in der Kantine und dem Betriebsgelände; Vereinbarungen über Prävention, Interventionspläne und freiwillige betriebliche Angebote der Sozial- und Suchtberatung regeln. Betriebsvereinbarungen Sucht dienen dazu, betrieblichen Maßnahmen und Angeboten Verbindlichkeit zu verleihen.

b) Vereinzelte, freiwillige Angebote von Beratungsstellen und Präventionsfachstellen, Unternehmen bei der Erarbeitung von Betriebsvereinbarungen zum Thema Sucht zu beraten.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

a) Betriebsverfassungsgesetz § 77 Durchführung gemeinsamer Beschlüsse; freiwillige Leistung der Arbeitgeber.

b) Bei Hinzuziehen externer Beratung z.B. von Suchtberatungsstellen, vgl. Beratungsleistungen in Abschnitt 1.2.1 „Suchtberatung - Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen“.

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

9.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

9.2 Betriebliche Beratung

9.2.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Suchtberatung im Betrieb als

a) interne Leistung des Betriebes: Innerbetriebliche Suchtberatung ist sehr unterschiedlich Organisiert. Als eigenständiges Beratungsangebot wird sie von ehren- oder häufiger nebenamtlichen Suchtbeauftragten durchgeführt. Teilweise, insbesondere in großen Unternehmen, wird sie auch hauptamtlich von innerbetrieblichen Beratern, dann in der Regel mit einschlägigem Ausbildungshintergrund, durchgeführt.

oder

b) externe Dienstleistung durch Suchtberatungsstellen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

a) Freiwillige Leistung durch Betriebe

b) Bei hinzuziehen externer Beratung z.B. von Suchtberatungsstellen, vgl. Beratungsleistungen in Abschnitt 1.2.1 „Suchtberatung - Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen“.

Verfügbare Zahlen:

Gesonderte Zahlen für diese themenbezogenen Beratungsleistungen liegen nicht vor.

Quelle(n):

Keine bekannt

9.2.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Unterschiedliche Beratungsangebote der Betriebe (z.B. Betriebliche Sozialberatung) integrieren bisweilen die betriebliche Suchtberatung, gehen aber auch darüber hinaus und umfassen bspw. Angebote der Familien- oder Schuldnerberatung. Hier gibt es wiederum Modelle von hauptamtlichen Sozialberatern.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Freiwillige Leistungen der Arbeitgeber.

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

9.3 Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

9.3.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

a) Unternehmen konzipieren in eigener Verantwortung Maßnahmen der Suchtprävention (Informationsveranstaltungen, Broschüren, Plakataktionen, Schulungen, themenbezogene Aktionstage u.a.).

b) Vereinzelte, freiwillige Angebote von Beratungsstellen und Präventionsfachstellen, Unternehmen bei der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen der Suchtprävention im Betrieb zu beraten.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

a) Freiwillige Leitungen der Arbeitgeber.

b) Bei Hinzuziehen externer Beratung z.B. von Suchtberatungsstellen, vgl. Beratungsleistungen in Abschnitt 1.2.1 „Suchtberatung - Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen“.

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

9.3.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

a) Unternehmen organisieren zunehmend in eigenem Interesse Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren (zusätzlich zu Verpflichtungen aus dem Arbeitsschutzgesetz). Dabei können auf die gesetzlichen Regelungen zur Unterstützung bei Maßnahmen durch die Krankenkassen in Zusammenarbeit mit der Unfallversicherung zurückgegriffen werden.

b) Arbeitsschutz, Gefährdungsbeurteilung und Unfallverhütung: Arbeitgeber sind verpflichtet, gesundheitliche Gefährdungen am Arbeitsplatz mit geeigneten Maßnahmen abzubauen und die Ursachen möglichst an der Quelle zu beseitigen. Dazu zählt die verpflichtende Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung.

Arbeitgeber sind zudem verpflichtet darauf zu achten, dass Arbeitsaufgaben nicht Personen aufgetragen werden, die erkennbar nicht in der Lage sind, diese ohne Gefahr für sich oder andere auszuführen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

a) SGB V § 20 b Betriebliche Gesundheitsförderung und § 20 c Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren

b) Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (ArbSchG). Insbesondere § 5 Beurteilung der Arbeitsbedingungen („Gefährdungsbeurteilung“).

Nach § 15 SGB VII erlassen die Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung berufsgenossenschaftliche Vorschriften für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit: DGUV Vorschrift 1 „Unfallverhütungsvorschrift. Grundsätze der Prävention“ § 7 Befähigung für Tätigkeiten.

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

9.4 Betriebliche Hilfen

9.4.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

a) Gestufte Intervention: Betriebe vereinbaren in Eigeninitiative oder in Zusammenarbeit mit Suchtberatungsstellen Gesprächsleitfäden für Vorgesetzte, nach denen die betriebliche Intervention unter Wahrung betrieblicher Pflichten (Fürsorgepflicht, Unfallverhütungsvorschriften) das Vorgehen bei Suchtmittelmissbrauch am Arbeitsplatz regeln.

b) Vereinzelte, freiwillige Angebote von Beratungsstellen, die (Wieder-)Eingliederung im Betrieb (mittels BEM oder anderen Wiedereingliederungsmodellen) nach erfolgreicher Suchttherapie beratend zu begleiten.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

a) Freiwillige Leistungen der Arbeitgeber.

b) Bei Hinzuziehen externer Beratung z.B. von Suchtberatungsstellen, vgl. Beratungsleistungen in Abschnitt 1.2.1 „Suchtberatung - Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen“.

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

9.4.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

a) Betriebsärztlicher Dienst und Fachkräfte für Arbeitssicherheit : Die zentrale Aufgabe des Betriebsarztes (oder Arbeitsmediziners (AM)) ist es, den Arbeitgeber, Sicherheitsbeauftragten und die Belegschaftsorgane auf dem Gebiet der Arbeitssicherheit und der menschengerechten Arbeitsgestaltung zu beraten und die Arbeitgeber bei der Erfüllung ihrer Pflichten auf diesem Gebiet zu unterstützen.

b) Betriebliches Eingliederungsmanagement: Für Mitarbeiter/-innen, die aufgrund von Krankheit und sich daraus ergebenden Folgen über einen längeren Zeitraum arbeitsunfähig sind, müssen Unternehmen ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) anbieten.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

a) Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG))

b) SGB IX § 167 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

Situationsanalyse und Herausforderungen

Es gibt erprobte und erfolgreiche Strategien der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe in großen Unternehmen. Es wäre ein Idealzustand, erfolgreiche Angebote der Prävention, Intervention und Hilfe würden in allen Betrieben flächendeckend und für jeden Arbeitsplatz zur Anwendung kommen. Für kleine und z.T. auch mittlere Betriebe ist inzwischen untersucht und bekannt, worin die Hürden der Thematisierung und Bearbeitung des Themas „Sucht am Arbeitsplatz“ liegen, von der „Tabuisierung von Suchterkrankungen“, über Ressourcenknappheit und schlicht Unkenntnis der Möglichkeiten im Betrieb. Diese Hürden sollten gezielt abgebaut werden.

Viele Suchtberatungsstellen haben Angebote im Bereich der betrieblichen Suchtarbeit. Wie die Untersuchung „Betriebliche Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen“ des RKW Kompetenzzentrums ergab, ist in kleine Unternehmen oftmals das Wissen nicht vorhanden, dass sie sich an die Suchtberatung wenden können, wenn Mitarbeiter im Betrieb mit Konsum auffallen. Die Beratung vor Ort sollte besser bekannt und vernetzt sein mit Kammern, Unfallversicherungen, Krankenkassen, Betriebsärzten etc. und ihre Beratung als Baustein der Betrieblichen Gesundheitsförderung platzieren.

Alkohol ist und bleibt das wichtigste Thema, aber auch neue Themen sollen in Blick auf die zukünftige Entwicklung beobachtet werden. Medikamentenmissbrauch sollte im betrieblichen Kontext ein stärkeres Thema sein: Hierbei geht es um „Hirndoping“, Aufputschmittel etc. aber auch Missbrauch von Antidepressiva und Beruhigungsmittel zum Abbau von Ängsten, Überforderung und Arbeitsstress.

10 Kinder- und Jugendhilfe

Die grundlegenden Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe liegen darin, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern. Hierbei zählt dazu beizutragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen, Kinder und Jugendliche bei Gefahren für ihr Wohl zu unterstützen und dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen (vgl. § 1 KJHG). Die Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche bzw. für diejenigen Kinder und Jugendlichen, die von einer solchen Behinderung bedroht sind (und dazu können auch junge Menschen mit Abhängigkeiten bzw. riskanten Konsummustern zählen) gehören wie die Hilfen für junge Volljährige bzw. deren Nachbetreuung ebenfalls ins Aufgabenspektrum der Kinder- und Jugendhilfe. Durch Partizipation als Grundlage allen pädagogischen Handelns werden gelingende Erziehungs- und Bildungsprozesse als Anregung zur Selbststätigkeit realisiert.

10.1 Leistungen der Jugendhilfe (SGB VIII)

10.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe existieren ambulante und stationäre Angebote mit Spezialisierung auf eine Suchtproblematik von Jugendlichen. Diese Spezialisierung gibt es beispielsweise bei therapeutischen Wohngruppen für drogenabhängige Jugendliche, Eltern-Kind-Einrichtungen für Eltern mit Suchtproblemen bei der (aufsuchenden) Jugendsozialarbeit sowie bei der sozialpädagogischen Familienhilfe für Familien mit suchtabhängigen Eltern.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Je nach Art der Unterstützung können unterschiedliche Paragraphen des SGB VIII herangezogen werden, wie z.B. § 13 Jugendsozialarbeit, § 27 Hilfen zur Erziehung, § 31 Sozialpädagogische Familienhilfe, § 34 Heimerziehung, sonstige betreute Wohnformen, § 35a Eingliederungshilfe für seelische behinderte Kinder und Jugendliche sowie § 41 Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung.

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

10.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Allgemeine Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe: Die Kinder- und Jugendhilfe umfasst ein Leistungsspektrum, welches von der Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit sowie dem erzieherischen Kinder- und Jugendschutz über die Förderung der Erziehung in der Familie, die Förderung von Kindern in Tageseinrichtungen und in der Tagespflege bis hin zu den Hilfen zur Erziehung, der Eingliederungshilfe für seelische behinderte Kinder und Jugendliche und den Hilfen für junge Volljährige reicht.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Die Leistungen der Jugendhilfe sind in den §§ 11-41 SGB VIII geregelt. Sie werden einerseits durch die Jugendämter der Städte und Landkreise und andererseits durch Träger der freien Jugendhilfe angeboten.

Verfügbare Zahlen:

49.457 Kinder und Jugendliche waren in der Heimerziehung bzw. wurden in sonstigen Wohnformen betreut. 58.695 seelisch behinderte oder von einer seelischen Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche erhielten Eingliederungshilfen (46168 ambulant, 11.751 stationär und 776 bei einer Pflegeperson)

Eine Studie zum Suchtmittelkonsum der Kinder und Jugendlichen von 12 bis 17 Jahren in den stationären Jugendhilfeeinrichtungen des LWL zeigt im Vergleich zu Gleichaltrigen große Unterschiede. Mit 41 % der befragten Mädchen rauchen doppelt so viele Mädchen wie Jungen (19,1 %) täglich (BZgA: 5,2 % der Mädchen und 4,5 % der Jungen rauchen täglich). Zudem trinken die Mädchen in den Jugendheimen öfter regelmäßig (13,6 % vs. 9,9 %) und exzessiv (15,9 % vs. 10,5) als die gleichaltrige weibliche Bevölkerung

Über das SGB VIII hinausgehend kommt der aktuelle Sachbericht der Aktion Psychisch Kranke zum Projekt „Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse“ (2018) zu dem Fazit, dass es u.a. für Kinder bzw. Jugendliche mit Suchtstörungen zu wenige Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und im Bereich der Psychotherapie gibt, so dass ein hohes Risiko der Chronifizierung bzw. von Eskalationen mit Krisen für diese Gruppe beschrieben wird.

Quelle(n):

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2018): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Ausgaben und Einnahmen. Wiesbaden. www.destatis.de

Situationsanalyse und Herausforderungen

Die Kinder- und Jugendhilfe steht in Bezug auf Heranwachsende mit Suchtproblemen bzw. mit riskanten Konsummustern vor folgenden großen Herausforderungen:

- Im Sinne einer frühzeitigen und allgemeinen Prävention ist eine engere Kooperation von Jugend- und Suchthilfe geboten. Die Förderung junger Menschen umfasst auch die Entwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen im Umgang mit Drogen und Verhaltenssüchten. Eine solche enge Kooperation ist auch für die Begleitung von Kindern und Jugendlichen notwendig, die riskante oder abhängige Konsummuster zeigen.
- Eine Gruppe, die besonders schlecht erreicht bzw. unterstützt wird, sind die jungen Volljährigen bis 27 Jahre, die aufgrund psychischer Erkrankungen und aufgrund von Suchterkrankungen als seelisch behindert gelten. Für diese Altersgruppe ist der Vorrang der Jugendhilfe in den Regionen umzusetzen und durch entsprechende fachliche Angebote sicherzustellen.
- Die vorliegenden Zahlen zum Suchtmittelkonsum und suchtbezogenen Problemlagen von Kindern und Jugendlichen in der stationären Jugendhilfe unterstreichen die Notwendigkeit einer engeren Kooperation mit dem Suchthilfesystem, des Aufbau entsprechender Netzwerke sowie der Qualifizierung der Mitarbeitenden in der Jugendhilfe.
- Darüber hinaus fehlt es an regelfinanzierten Angeboten für Kinder von Eltern mit Suchtproblemen. Die Bundesregierung beauftragt in diesem Kontext eine Sachverständigenkommission, Vorschläge zur besseren Unterstützung von Kindern von Eltern mit psychischen oder Suchtproblemen zu erarbeiten. Schon jetzt ist unumstritten, dass in den Regionen Netzwerke mit allen beteiligten Akteuren aufgebaut werden müssen (so noch nicht vorhanden) und deren Arbeit verbindlich geregelt und finanziert werden muss. In Abhängigkeit von der jeweiligen Versorgungssituation vor Ort sind ggf. auch neue Unterstützungsangebote zu entwickeln.
- Effektive Jugendschutzmaßnahmen und die Entkriminalisierung des Konsums von Cannabis sind weitere wichtige Aspekte, um einerseits junge Menschen darin zu unterstützen, ein drogenfreies Leben zu führen und sie gleichzeitig vor den massiven (auch strafrechtlichen) Konsequenzen für ihr weiteres Leben zu bewahren, die derzeit beim Konsum von Cannabis drohen.

11 Pflege und Altenhilfe

Ältere Menschen stehen immer noch zu wenig im Fokus der Suchthilfe und substanzbezogene Störungen stehen kaum im Fokus der Altenhilfe, obwohl für diese Zielgruppe immer mehr Studien und Behandlungskonzepte gibt. Riskanter, schädlicher oder abhängiger Substanzgebrauch im Alter bleibt häufiger unentdeckt und unbehandelt oder die Symptome werden als alterstypisch fehlinterpretiert. Die Personengruppe mit einer entsprechenden Problematik wird in Pflegeeinrichtungen häufig wenig suchtspezifisch betreut. In der Suchthilfe zeigt sich die Problematik des erhöhten Pflegebedarfs vor allem in Einrichtungen der Eingliederungshilfe, in den Menschen mit einer Suchtproblematik betreut werden, die häufig zusätzlich erhebliche körperliche und psychische Einschränkungen haben bzw. durch einen langen Substanzkonsum „vorzeitig gealtert" sind. Dem zunehmenden Bedarf an persönlichen Unterstützungsleistungen kann derzeit noch kaum personell und konzeptionell begegnet werden.

11.1 Suchtbezogene Angebote in Pflegeeinrichtungen

11.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Spezifische Angebote für Menschen mit einer „verdeckten" Alkohol- und Medikamentenproblematik in der (stationären) Pflege gibt es nur vereinzelt, und wenn, dann als abgegrenzte Organisationseinheit (Abteilung oder Station) in Alten- und Pflegeeinrichtungen. Solche speziellen Angebote wirken sich allerdings nicht immer positiv auf das Image einer Einrichtung aus. Pflegebedürftige Menschen mit einer Suchtproblematik werden daher eher in den regulären Alten- und Pflegeeinrichtungen zu finden sein. Hier wird eine Suchtproblematik häufig aber nicht erkannt bzw. nicht ernst genommen.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB XI

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

11.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Hilfen für Pflegebedürftige Menschen in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen, Hilfen für pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit durch ambulante Pflegedienste. Durch die Pflegereform, insbesondere das Pflegestärkungsgesetz II erhalten dementiell und psychisch kranke Menschen verbesserte und erweiterte Leistungen nach dem SGB XI (Stichwort: Assistenzleistungen). Bezug ist der Grad der Selbständigkeit und Teilhabe sowie Stärkung der Kompetenzen und Fähigkeiten.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB XI

Verfügbare Zahlen:

13.030 stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen mit 902.882 Pflegeplätzen, davon 847.705 vollstationäre Dauerpflege.

12.745 ambulante Pflegedienste. 99 % der ambulanten Pflegedienste bieten neben den Leistungen des SGB XI auch die Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe nach SGB V an. 60 % bieten Hilfe zur Pflege nach SGB XII an.

Prognosen gehen von einer Zunahme um 500.000 Personen aus, die auf Grundlage des PSG II Leistungen des SGB XI erhalten werden".

Quelle(n):

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2015): Altenpflege in Deutschland. Zahlen – Daten – Fakten. Hamburg.

11.2 Pflege in Suchthilfeeinrichtungen

11.2.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Die Frage des Umgangs mit Pflegebedürftigkeit stellt sich vor allem in (stationären) Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Suchtproblemen. Der Bedarf an intensiverer Unterstützung für Menschen, die aufgrund des langjährigen Substanzkonsums und der daraus resultierenden Beeinträchtigungen (insbesondere körperliche Einschränkungen, dementielle Probleme und psychische Störungen) einen erhöhten Pflegebedarf haben, scheint deutlich anzusteigen. Immer häufiger wird die Einstufung von Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegegrade initiiert. Es erfolgt nach einer positiven Entscheidung dann die Erstattung eines (niedrigen) Pauschalbetrages durch die Pflegekasse an den für die Eingliederungshilfe zuständigen Leistungsträger. Damit sollen zusätzliche personelle Ressourcen in der Einrichtung finanziert werden, was aber nur dann wirklich umgesetzt werden kann, wenn eine größere Bewohnergruppe betreut wird. Zudem gibt es erhebliche regionale Unterschiede in der Nutzung dieser Option durch die zuständigen Leistungsträger. Vereinzelt können auch Leistungen externer ambulanter Pflegedienste ergänzend eingesetzt werden (bspw. in der verordneten Behandlungspflege).

Es existieren einzelne Pilotangebote, für die mit den entsprechenden Leistungsträgern besondere Konzepte und Vergütungen verhandelt wurden. Die Voraussetzungen für solche Angebote sind entsprechende konzeptionelle, personelle und strukturelle Rahmenbedingungen, bspw. durch einen höheren Personalschlüssel im Pflegebereich, die notwendige Barrierefreiheit und „einfache“ Betreuungsangebote in der Tagesstruktur.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

SGB IX, SGB XII

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

11.2.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Keine bekannt

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Keine bekannt

Verfügbare Zahlen:

Keine bekannt

Situationsanalyse und Herausforderungen

- Ältere Menschen stehen zu wenig im Fokus der Suchthilfe, Menschen mit Suchtproblemen stehen zu wenig im Fokus der Altenhilfe.
- Riskanter, schädlicher oder abhängiger Substanzgebrauch im Alter bleibt häufiger unentdeckt und unbehandelt oder die Symptome werden als alterstypisch fehlinterpretiert.
- Für die Hilfesysteme entwickeln sich große Herausforderungen aufgrund des demographischen Wandels und der Konsumsozialisation der älteren Bevölkerungsgruppen (mehr potentiell betroffene Menschen).
- Nach wie vor bestehen Forschungsdefizite zu epidemiologischen und behandlungsbezogenen Fragen bei älteren Menschen. Eine breitere Erforschung geronto-psychotherapeutischer Besonderheiten steht noch am Anfang.
- Es gibt noch zu wenig spezifische Therapie- und Pflegekonzepte zur Behandlung älterer Menschen mit Suchtproblemen, obwohl deren Behandlung insgesamt als wirksam bewertet wird. Im Rahmen der Umsetzung des BTHG (Bundesteilhabegesetz) ergeben sich neue Entwicklungsmöglichkeiten: Zum einen können innerhalb der Eingliederungshilfe mehr Pflege- und Unterstützungsleistungen finanziert werden. Zum anderen lassen sich in noch zu entwickelnden ambulanten Strukturen Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflege besser kombinieren.

12 Wohnungslosenhilfe

Die Wohnungslosenhilfe ist im SGB XII unter den Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten geregelt. Wohnungslose Menschen sind Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind. Im Rahmen der Wohnungslosenhilfe erhalten sie Leistungen zur Überwindung dieser sozialen Schwierigkeiten, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind. Besondere Lebensverhältnisse sind geprägt durch wirtschaftlich und sozial ungesicherte Lebensgrundlagen sowie häufig durch gewaltorientierte Lebenssituationen. Damit verbunden ist, dass diese Menschen aktuell von Wohnungslosigkeit betroffen oder unmittelbar bedroht sind oder sie in unzumutbaren Wohnverhältnissen leben. Eine bedeutende Rolle kommt dem ambulanten Unterstützungsangebot sowie präventiven Maßnahmen zum Erhalt der Wohnsituation zu, die durch stationäre Hilfeangebote ergänzt werden. Da die Wohnungslosenhilfe untrennbar mit der Situation auf dem Wohnungsmarkt verbunden ist, erhält die Wohnpolitik bzw. die nachhaltige Wohnraumbeschaffung eine zentrale Bedeutung.

12.1 Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten

12.1.1 Spezifische Angebote von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen

Die Bearbeitung der Suchtproblematik ist, soweit in den Konzepten der Einrichtungen verankert, Teil der Arbeit der Wohnungslosenhilfe. Dies wird im Gesamthilfeplan festgelegt- sofern vorhanden. In Teilen der ambulanten und niedrigschwelligen Hilfen werden Methoden der „Zieloffenen Suchtarbeit“ und des „Kontrollierten Trinkens / Trinkmengenreduktion“ angewandt.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach dem 8. Kapitel SGB XII (§ 67 SGB XII) und DVO zu § 69 SGB XII

Verfügbare Zahlen:

Es gibt verschiedene regionale Studien zur Häufigkeit von Abhängigkeitserkrankungen bei Menschen in Wohnungslosigkeit, die eine hohe Belastung zeigen. Nach der SEEWOLF-Studie beispielsweise weisen 74% der Klienten der Wohnungslosenhilfe subtanzinduzierte Störungen auf. Die These, dass wohnungslose Menschen vermehrt unter psychischen Störungen leiden und geeignete Versorgungsmodelle deshalb der erhöhten Morbidität und Mortalität dieser vulnerablen Gruppe begegnen müssen, wird von einer Metaanalyse von Schreiter et al. (2017) gestützt, die sich u.a. auf die SEEWOLF-Studie und andere bezieht.

Quelle(n):

Bäuml, J. et al. (2017): Die SEEWOLF-Studie*: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Zur Psychiatrie, Neuropsychologie und Allgemeinmedizin einer prekären Lebenslage* Seelischer Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosen-Hilfe im Großraum München. Freiburg i.Br.: Lambertus.

Schreiter, S. et. al. (2017): Prävalenzahlen psychischer Erkrankungen wohnungsloser Menschen in Deutschland. Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse. Deutsches Ärzteblatt, 114(11), 543-551.

Körkel, J. (2007): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme Wohnungsloser. Eine Standortbestimmung. In: Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.): Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verl. für neue Wissenschaft. 21-53.

12.1.2 Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens im weiteren Sinne

Angebote im Bereich der Wohnungslosenhilfe sind aufsuchende Hilfen wie Straßensozialarbeit, Fachberatungsstellen (z.T. verbunden mit Aufnahmehäusern), Tagesstätten, Tagesaufenthalte, ambulant betreute Wohnformen und stationäre Wohnheime. Als niedrigschwellige Überlebenshilfen werden Notübernachtungen sowie „Kältehilfen“ im Winter angeboten.

Rechtsgrundlage und Finanzierung:

Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten nach dem 8. Kapitel SGB XII

Verfügbare Zahlen:

Für 2016 geht die BAG W von circa 860.000 wohnungslosen Menschen in Deutschland – inklusive der Geflüchteten – aus. Für 2015 sind die Angaben von circa 33.000 Klientinnen und Klienten in der Wohnungsnotfallhilfe dokumentiert-

4.629 Menschen erhielten stationäre (voll- und teilstationäre) Hilfen und 28.627 Menschen erhielten ambulante Hilfen

Quelle(n):

BAG Wohnungslosenhilfe (2017): Zahl der Wohnungslosen. Berlin. http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html, Zugriff: 05.11.2019.

Situationsanalyse und Herausforderungen

Eine große Herausforderung liegt darin, dass die Problematiken des Wohnungsnotfalls durch eine Suchterkrankung und die damit einhergehenden zusätzlichen sozialen Schwierigkeiten noch verschärft werden bzw. die Erkrankung auch eine (Mit-) Ursache für Wohnungslosigkeit darstellen kann. Für Mitarbeiter/-innen der Wohnungslosenhilfe ist es in diesen Fällen oft schwer, einen Zugang zu den betroffenen Menschen zu finden und einen tragfähigen Kontakt zu ihnen aufzubauen. Es geht darum, in der Beratung nicht nur auf das soziale Problem der Wohnungslosigkeit zu fokussieren, sondern die Suchterkrankung als chronische Erkrankung anzuerkennen und ernst zu nehmen. Hierfür müssen die Mitarbeiter/-innen entsprechend qualifiziert und sensibilisiert werden.

- Für wohnungslose Menschen mit Suchterkrankungen werden mehr niedrigschwellige und aufsuchende Angebote auch für nicht abstinent lebende Klientinnen und Klienten benötigt, die eine bereits bestehende Motivation zur Verhaltensänderung nicht voraussetzen.
- Angesichts der hohen Komorbidität mit psychischen aber auch mit somatischen Erkrankungen sind verbindliche Kooperationsmodelle zwischen der Wohnungslosenhilfe und der Suchthilfe bzw. der Psychiatrie und dem Gesundheitssystem erforderlich. Es fehlen therapeutische ambulante Konzepte für die Behandlung und Betreuung wohnungsloser Menschen mit Doppeldiagnosen (Suchtproblematik und weitere psychische Erkrankung).
- Weitere wichtige Themen sind die Beschaffung und die Bereitstellung von geeignetem Wohnraum nach stationärer Behandlung sowie geeignete Nachsorgeprogramme zur Stabilisierung und Rückfallprophylaxe sowie muttersprachliche Therapiekonzepte für die steigende Zahl zugewanderter, Wohnungsloser mit Suchtproblematik, vor allem aus den osteuropäischen EU-Beitrittsländern. Bei fehlendem Leistungsanspruch stellt die Finanzierung oft eine große Hürde dar, die zu einer gravierenden Verelendung der Betroffenen beiträgt.
- Aufgrund der guten, internationalen Erfahrungen mit dem Ansatz von „Housing first“ sollten entsprechende Modellprojekte auch vom Bund unterstützt und gefördert werden.

Teil B: Ergebnisse der Analyse und Schlussfolgerungen

Ergebnisse der Analyse

1. Menschen mit Suchtproblemen nehmen nach im Vordergrund stehenden Bedarfen biologisch/medizinische, psychologisch/psychiatrische und/oder soziale Versorgungsangebote wahr. Die Inanspruchnahmen können alternativ, konsekutiv oder sich ergänzend (parallel) erfolgen.
2. Eine negative und ideologisch aufgeladene Konnotation von Suchterkrankungen (in der aktuellen Fachdiskussion als „Stigmatisierung“ bezeichnet) entsteht, wenn die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen nur auf die Leistungen des Suchthilfesystems im engeren Sinne bezogen wird.
3. Eine möglichst umfassende Wahrnehmung der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen hat neben der suchtspezifischen Versorgung die Versorgung im weiteren Sinne im Sozial- und Gesundheitswesen („unspezifisch“) einzubeziehen, da sonst ein „Neglect“ oder „Wahrnehmungsbias“ entsteht.
4. Die Gliederung in Versorgungssegmente ermöglicht die Erfassung von Sonderversorgungssituationen, die nicht zuletzt durch die Finanzierungszuständigkeiten der verschiedenen Sozialgesetzbücher vorgegeben ist.
5. Die beschriebene Segmentierung ermöglicht die Entwicklung hoher Fachlichkeit insbesondere in den suchtspezifischen Angeboten, die historisch unterschiedlich gewachsen und zum aktuellen Zeitpunkt unterschiedlich ausgeprägt ist.
6. Menschen mit Suchtproblemen, die die Krankheitsdefinitionen der ICD erfüllen, haben Anspruch auf Leistungen der Krankenversorgung und finden sich vor allem in den Segmenten „Akutbehandlung“ (Segment 2) und Rehabilitation (Segment 3).
7. Menschen mit Suchtproblemen werden suchtspezifisch in einem hohen Maße in den Versorgungssegmenten „Beratung“ (Segment 1) und „Akutbehandlung“ (Segment 2) erreicht.
8. Die identifizierten 12 Versorgungssegmente stehen meist nebeneinander und optimieren ihr Versorgungsangebot innerhalb des Segments: Vernetzungen und Kooperationen sind nur in Teilbereichen erkennbar.
9. Innerhalb der Versorgungssegmente ist die Sichtweise eines bio-psycho-sozialen Ansatzes (z.B. Vorhaltung entsprechender Professionen) unterschiedlich ausgeprägt und in vielen Segmenten nicht vorhanden
10. Die Vielfältigkeit der suchtspezifischen und Angebote des erweiterten Gesundheits- und Sozialwesens ermöglicht es mehr Betroffene und Angehörige zu erreichen und zu versorgen als in der fachlichen und politischen Diskussion häufig angenommen. Häufig findet jedoch keine bedarfsgerechte Behandlung und Betreuung statt und es kommt zu Fehlallokationen.

Daraus leiten sich folgende **Konsequenzen für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung** der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen ab

1. Orientierung an den Prinzipien einer „Gestuften Versorgung“ nach Schweregrad der Störung (Tab.1), bspw.
    a) Ebene A: geringe Ausprägung/Bedarf (z.B. (Hoch)risikoverhalten, keine Krankheit im Sinne der ICD, keine Komorbidität): Awareness, präventive Maßnahmen, Frühintervention, Selbsthilfeförderung, Betriebliche Maßnahmen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Beratung, Konsumreduktion
    b) Ebene B: mittlere Ausprägung/Bedarf (z.B. Krankheitsmerkmale nach ICD ohne Chronifizierung und ohne Komorbidität): Beratung, Frühinterventionen, Kriseninterventionen, Akutbehandlung, Sucht-Selbsthilfe, ggf. offene Therapieziele, neben Abstinenz insbesondere Konsumpausen und Konsumreduktion
    c) Ebene C: hoher Schweregrad/Bedarf (z.B. mehrfach gescheiterte Behandlungen): Beratung, Akutbehandlung, Rehabilitation, ggf. Maßnahmen der beruflichen und sozialen Teilhabe
    d) Ebene D: hoher komplexer Schweregrad/Bedarf (z.B. chronifizierte Verläufe mit „Therapieresistenz“, hoher Grad an suchtspezifischer Komorbidität, wiederholt gescheiterten Behandlungen): psychiatrische Komplexbehandlung, sozialtherapeutische Maßnahmen, Leistungen zur beruflichen und sozialen Teilhabe

Anmerkung: Die Praxis der Versorgung lässt sich in historisch gewachsene, nicht zuletzt nach Finanzierungsgesichtspunkten (Sozialgesetzgebung) gegliederten institutionalisierten Versorgungssegmenten unterteilen, wie in der Analyse gezeigt. Davon zu unterscheiden ist der aus der Perspektive der Betroffenen individuelle Versorgungsbedarf, der sich insbesondere aus dem Schweregrad der Störung ergibt. Der aus einer Außensicht objektivierte Schweregrad der Störung deckt sich in der Regel nicht mit der aufgrund lebensgeschichtlicher Ereignisse und aktueller Kontextfaktoren bedingten subjektiven Bewertung. So nehmen nicht selten Menschen mit aus externer Sicht schwersten Krankheitsverläufen mit hohem spezifischem Versorgungsbedarf aus subjektiver Sicht keine adäquate Versorgung in Anspruch. Objektivierende und subjektive Perspektive müssen nicht einmal in Notfallsituationen oder bei notwendigen forensischen Maßnahmen übereinstimmen, wenn ein Handeln ggf. auch gegen den geäußerten Willen erfolgt. Deshalb wird hier der Schweregrad/Bedarf in vier Ebenen als Matrix gegliedert statt in einem gestuften Pyramidenmodell. Diese Ebenen sind nicht als Hierarchie zu verstehen, aus der bspw. eine Versorgungskette oder eine Wertung der Versorgung abgeleitet werden kann. Vielmehr kann der Schweregrad der Störung sich im Krankheitsverlauf verändern und damit auch der Versorgungsbedarf. Dieser wiederum kann in unterschiedlicher Weise von einzelnen Segmenten spezifisch suchtbezogen oder mehr allgemein im Rahmen der Angebote des Gesundheits- und Sozialwesens abgedeckt werden. Entscheidend sind dabei die Vernetzungen und Kooperationen der segmental gegliederten Leistungserbringer mit den Bedarfen, insbesondere der Sicherstellung nahtloser Übergänge zwischen den Versorgungsbedarfen und zwischen den Segmenten.

Tabelle 1: Modell einer gestuften und koordinierten Versorgung für Menschen mit Suchtproblemen									
Kontakt-/ Versorgungs-anlässe	Wege ins System (Vermittlung)	Diagnostik/ differenzielle Indikationsstellung	Ebenen der Versorgung	Gliederung nach Störungsgraden, Bedarfen an Versorgung	Versorgungsziele nach Störungsgraden bspw.	Maßnahmen, Prozesse (schwerpunktmäßig)	Institutionen, Strukturen, Angebote bspw.		Vernetzungen Kooperationen Übergänge
							"spezifisch"	**"unspezifisch"**	
somatische, psychische oder soziale Krisen	Versorgung in Arztpraxen und Beratungsstellen ("gate-keeper" -Funktion), ergänzt durch sonstige Dienste des Gesundheitswesens; jede Stufe kann (ggf. über Beratungstelle und/oder Hausarzt) angesteuert werden;	Schweregrad, Konsumform/-stil, Risikogruppe, Gender, Alter, Arbeits-/ Erwerbssituation, psychosoziale Belastung, Grad der Chronifizierung etc.	**Ebene A:**	geringe Ausprägung/Bedarf: z.B. (Hoch)risikoverhalten, keine Krankheit im Sinne der ICD-10, keine Komorbidität	Awareness, Konsumreduktion, Konsumpause, Umstellung (Substitution durch andere Psychopharmaka) 4-k-Regel	präventive Maßnahmen, Selbsthilfeförderung, Betriebliche Maßnahmen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Beratung	Beratungsstellen, Selbst-hilfe, Betriebliche Gesundheitsförderung, Arzt-/Psychologenpraxen	Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	Strukturierte und koordinierte Zusammenarbeit der Leistungserbringer (z.B. bio-psychosoziale Interventionsformen in allen Stufen, gemeinsame IT-Struktur, elektronischer Datenaustausch, Übergabemanagement etc.), Sicherstellung der Betreuungskontinuität (Beziehungskonstanz); barrierefreie Umsteuerung innerhalb der Stufen (STEP up/down) und zwischen spezifischen und unspezifischen Angeboten
			Ebene B:	mittlere Ausprägung/Bedarf: z.B. Krankheitsmerkmale nach ICD-10 ohne Chronifizierung und ohne Komorbidität	individuelle Therapieziele (Abstinenz, "kontrollierte" Konsumformen, (Teil)abstinenz etc.) körperlicher Entzug, Abdosierung	Beratung, Frühinterventionen, Kriseninterventionen, Akutbehandlung, SH,	Beratungsstelle, Psychiater-/Psychologenpraxis, Krankenhäuser, Rehakliniken, psychosomatische Kliniken, Selbsthilfe	Hausarztpraxis, Allgemeinkrankenhaus, Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	
			Ebene C:	hoher Schweregrad/Bedarf: z.B. mehrfach gescheiterte ambulante, (teil)stationäre Behandlungen	körperlicher Entzug, Entwöhnung mit Ziel Abstinenz, berufliche Wiedereingliederung	Beratung, Akutbehandlung, Rehabilitation, ggf. Maßnahmen der beruflichen und sozialen Teilhabe	Arzt-/Psychologenpraxis, Beratungsstelle, Krankenhäuser, Rehakliniken, psychosomatische Kliniken, Selbsthilfe	Hausarztpraxis, Allgemeinkrankenhaus, Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	
			Ebene D:	hoher komplexer Schweregrad/Bedarf: z.B. chronifizierte Verläufe mit „Therapieresistenz“, hoher Grad an suchtspezifischer Komorbidität, vielfach gescheiterten (Palliativ)Behandlungen	lebenslange Versorgungskontinuität, Begleitung des dysfunktionalen Konsumstils, Kriminalprävention, Harm Reduction	multiprofessionelle psychiatrische Komplexbehandlung, sozialtherapeutische Maßnahmen, Eingliederungshilfen,	Hausarzt-Setting, multiprofessionelle Teams in psych. Kliniken/Abteilungen, somat. Kliniken (Komorbidität), Spezialärztliche Praxen, Institutsambulanzen, Einrichtungen der Eingliederungshilfe, forensische Kliniken	Hausarztpraxis, Allgemeinkrankenhaus, Allg. Gesundheitsdienste, Jugendamt, Altenhilfe, Jobcenter, Polizei, Justiz	

weitere Differenzierungsmöglichkeiten:

- nach Professionen/Leistungserbringern (Ärzten, Psychologen, Sozialarbeiter, -pädagogen, Pflegekräfte, Spezialtherapeuten) , allgemeinärztlich)
- nach Interventionen (pharmakologisch, psychotherapeutisch, sozialtherapeutisch

2. Schaffung barrierefreier Netzwerke zwischen der Versorgung im weiteren Sinne (unspezifische Inanspruchnahmen des Gesundheits- und Sozialwesens) mit suchtspezifischen Versorgungsangeboten
   a) Förderung von Faktoren, die die Inanspruchnahme von Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen fördern, und barrierefreier Zugang zu Informationen über spezifische und allgemeine Angebote.
   b) Verbindliche Absprachen der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortung der einzelnen Leistungserbringer („Versorgungspfade“) auf kommunaler Ebene sowie Maßnahmen zur Transparenz der Angebote
   c) Bildung regionaler Verbünde und Netzwerke aller Leistungserbringer mit verbindlichen Absprachen zur Kooperation und nahtlosen Überleitung (Steuerungsgremien)
   d) Barrierefreier Zugang zu Informationen über spezifische und allgemeine Angebote, u.a. über digitale Medien und Online-Angebote
   e) Vermittlung von betroffenen Menschen bei Bedarf in suchtspezifische Angebote und möglichst nahtloser Informationsaustausch zwischen den beteiligten Institutionen (Nutzung digitaler Kommunikationsmöglichkeiten unter Berücksichtigung des Datenschutzes)

3. Strukturierte, koordinierte Zusammenarbeit und Steuerung der spezifischen Leistungsanbieter (Institutionen und Professionen) über die Segmente: z.B. gemeinsame Fallbesprechungen, IT-Struktur, koordiniertes Überleitungsverfahren, Nutzung gemeinsamer digitaler Kommunikationsplattformen (unter Berücksichtigung des Datenschutzes)
   a) Koordination auf Fallebene erforderlich = Casemanagement (systematische Einführung von Casemanagement und Klärung der leistungsrechtlichen Grundlagen für Konzepte und Finanzierung, i.d.R. bei den Fachstellen)
   b) Koordination auf Einrichtungsebene erforderlich = Abstimmung von sich ergänzenden Behandlungs- und Betreuungskonzepten (bspw. kombinierte Angebote von Sucht- und Jugendhilfe)
   c) Koordination auf regionaler Ebene erforderlich = Netzwerke und Verbundsysteme (Koordinationsfunktion Bundesländer, regionale Suchthilfeverbünde und -planungsprozesse)
   d) Koordination auf Systemebene erforderlich = Weiterentwicklung politischer Institutionen (Bundessuchtbeauftragte mit Monitoring- und Gesetzesinitiativ-Kompetenz, Bundesarbeitsgemeinschaft Sucht mit Mitwirkungsrechten ähnlich der Deutschen Krankenhausgesellschaft) und Harmonisierung gesundheits- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen im Sinne des SGB IX
   e) Stärkere Verknüpfung zwischen Suchtselbsthilfe und „professioneller“ Suchthilfe
   f) Stärkere Verknüpfung suchtspezifischer Hilfen mit „benachbarten“ sozialen Leistungsbereichen (Arbeit, Wohnen, Schulden etc.) z.B. durch gemeinsame Fallbesprechungen, gegenseitige Hospitationen und Qualifizierungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter , gemeinsame Fortbildungen
   g) Stärkere Verknüpfung allgemeine ambulante und stationäre Behandlung (Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser) mit suchtspezifischen Angeboten

4. Verbesserte Verknüpfung innerhalb der Segmente zwischen Fachangeboten untereinander und mit allgemeinen Angeboten
   a) Umsetzung des bio-psycho-sozialen Modells innerhalb der Segmente
   b) Unterstützungs- und Kooperationsangebote statt Konkurrenzangebote
   c) Dialog, Vereinbarungen und Konzeptabstimmung zwischen Akteuren (Behandler, Berater, Betreuer)

5. Sektor übergreifende Qualitätsentwicklung: Personalausstattung („Zeit am Patienten/Klienten“ als therapeutisch wesentliches Wirkprinzip) und Digitalisierung
   a) Konzertierte Aktion zur Vermittlung der Attraktivität der Arbeit in der Suchthilfe
   b) Erweiterung des Handlungsspielraums der Einrichtungen/Träger durch Flexibilisierung der Leistungs- und Personalanforderungen
   c) Verstärkte Nutzung digitaler und internetgestützter Optionen, z.B. bei der Kontaktaufnahme zu betroffenen Menschen, bei der Leistungserbringung und Dokumentation (digitale Therapieplanung und Patientenakte), bei der Unterstützung der Therapie (E-Mental-Health) oder bei der Nachsorge und Weitervermittlung

6. Analyse von Wirksamkeit und Leistungsfähigkeit
   a) Breitere Basis für DSHS, Verknüpfung mit anderen Statistiken (GKV, DRV, DESTATIS)
   b) bundesweite und unabhängige Koordination der Suchtforschung, bessere Verknüpfung von medizinischer Forschung, Versorgungsforschung und praxisorientierter Forschung unter Beteiligung der Selbsthilfe
   c) Angemessenheit von QM und QS
   d) Orientierung an der individuellen Zielerreichung und am gesamtgesellschaftlichem Nutzen (Social Return on Investment)

7. Weiterentwicklung unter ökologischen Gesichtspunkten
   a) Vorrang von Resilienzförderung und Prävention (u.a. Verhältnisprävention, Förderung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten, Setting-Ansatz)
   b) Auflösung des Widerspruchs zwischen positiver gesellschaftlicher Bewertung des Suchtmittelkonsum und negativer Bewertung von Suchterkrankungen
   c) Kampagnen zur Förderung eines sachlichen und vorurteilsfreieren Umgangs mit der Erkrankung und Erkrankten („Anti-Stigma-Kampagnen“)
   d) Orientierung von gesundheits- und sozialpolitischen Maßnahmen an Public-Health-Zielen
   e) Gesamtstrategie für Suchtprävention (bewährte Konzepte, Evaluation) vor dem Hintergrund des Präventionsgesetzes
   f) Optimierung der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen im Sinne von Bedarfsorientierung (spezifische Zielgruppen) / Personenorientierung (Autonomie der Betroffenen) Teilhabeorientierung und barrierefreiem sozialrechtlichen Zugang zu den Hilfeangeboten erforderlich

8. Herstellung einer Balance zwischen ökonomischen Realitäten der Einrichtungen/Träger einerseits und der erforderlichen Bedarfs- und Personenorientierung andererseits (Bereitstellung ausreichender und angemessener personeller und finanzieller Ressourcen für die fachlich unumstrittene und politisch gewollte Personenorientierung und des Bedarfsdeckungsprinzips)
    a) Auskömmliche Finanzierung der Angebote in den unterschiedlichen Segmenten (Reha, EGH, Akut, Beratung etc.)
    b) Konzeptionelle Weiterentwicklung der Einrichtungen auf wissenschaftlicher Basis – Indikation vs. Integration (d.h. Orientierung am Teilhabepotentialen statt an Substanzen)
    c) Bereitstellung von Ressourcen für die Vernetzung innerhalb der Kommunen und Sicherstellung der erforderlichen Infrastruktur (IT/Digitalisierung, Räumlichkeiten u. a.)
    d) Anerkennung eines Finanzierungsbedarfs für die Schnittstellenkommunikation und Schaffung einer angemessenen Vergütung für den zusätzlichen Zeitbedarf der Leistungserbringer

9. Die Verhinderung und Reduzierung von Schäden durch Suchtmittelkonsum sowie Sicherung der gesellschaftlichen Teilhabe sind erklärte Grundprinzipien der Suchtpolitik. Daraus ergeben sich diese Ziele, die sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene erreicht werden sollen:
    a) Weniger Menschen konsumieren Suchtmittel. Alle Menschen, die nicht konsumieren, werden in ihrer Entscheidung bestärkt, keine Suchtmittel zu sich zu nehmen.
    b) Menschen, die Suchtmittel konsumieren, beginnen den Konsum möglichst spät, weisen möglichst risikoarme Konsummuster auf und konsumieren nur in Situationen und unter Bedingungen, in denen Risiken nicht zusätzlich erhöht werden.
    c) Konsumierende, deren Suchtmittelkonsum zu Problemen führt, erhalten möglichst früh effektive Hilfen zur Reduzierung der mit dem Konsum verbundenen Risiken und Schäden.
    d) Konsumierende, die ihren Konsum beenden möchten, erhalten uneingeschränkten Zugang zu Beratung, Behandlung und Rehabilitation nach den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standards.

Teil C: Meilensteine in der Entwicklung von Versorgungsstrukturen für Menschen mit Suchtproblemen

Die Vergangenheit kennen, um die Gegenwart zu verstehen und die Zukunft gestalten zu können!

Die Suchthilfe hat sich in Deutschland in den letzten Jahrzehnten zu einem sehr komplexen System mit einer Vielzahl von teilweise sehr spezialisierten Leistungen entwickelt. Hinzu kommen zahlreiche Hilfeangebote aus anderen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens, die von Menschen mit Suchtproblemen in Anspruch genommen werden. Für die aktuelle Situation existiert keine einheitliche rechtliche oder sozialpolitische Systematik oder Gestaltungsgrundlage, in der Vielfalt und Differenzierung liegen Chancen (Individualisierung der Hilfen) und Risiken (Unübersichtlichkeit und Schnittstellenprobleme bei den Angeboten). Zum Verständnis der aktuellen Situation werden im Folgenden die aus Sicht der Autor/innen wesentlichen Meilensteine der Entwicklung der Suchthilfe seit Mitte des 19. Jahrhunderts dargestellt und durch die Zuordnung von Schlagworten in einen Zusammenhang gestellt.

Schlagwort	**Erläuterung**
Akutbehandlung	Wesentliche Entwicklungen im Bereich der medizinische Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen im SGB V (bspw. durch Rahmenkonzepte oder Modellprojekte)
Ambulante Suchthilfe	Wesentliche Entwicklungen der unterschiedlichen ambulanten Hilfen für Menschen mit Suchtproblemen (bspw. durch Rahmenkonzepte oder Modellprojekte)
Eingliederungshilfe und Sozialhilfe	Wesentliche Entwicklungen der Eingliederungshilfe und Sozialhilfe, die Auswirkung auf die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland haben
Gesetzgebung	Inkrafttreten neuer Gesetze, die grundlegende Veränderungen für die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen zur Folge haben
Gesundheits- und Sozialpolitik	Politische Programme, Debatten und Entscheidungen im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik, die grundlegende Veränderungen für die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen zur Folge haben
Medizinische Reha	Wesentliche Entwicklungen im Bereich der Medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (bspw. durch Rahmenkonzepte oder Modellprojekte)
Prävention	Wesentlichen Entwicklungen im Bereich der Sucht-Prävention (bspw. durch Rahmenkonzepte oder Modellprojekte)
Rechtsprechung	Wesentliche Höchstrichterliche Urteile und Rechtsprechung, die zu grundlegenden Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen führen
Selbsthilfe	Wesentlichen Entwicklungen im Bereich der Sucht-Selbsthilfe
Suchtforschung und fachliche Entwicklung	Schwerpunkte der Suchtforschung und der fachlichen (Weiter-)Entwicklung, (auch in angrenzenden Disziplinen), sofern dies eine Auswirkung für die Suchthilfe und die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen haben
Verbandliche Organisation	Wesentliche Veränderungen in den Organisationen und Verbände, die in der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen tätig sind
Versorgungssystem	Wesentliche Veränderungen bei den Angeboten, Einrichtungen und Diensten, die mehrere Versorgungsbereiche betreffen und zentrale Bedeutung für die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen haben

1845	**Vorläufer von Abstinenz- und Mäßigkeitsbewegungen** 1,65 Millionen Menschen haben freiwillig schriftlich erklärt, auf den Genuss von Branntwein zu verzichten.	Selbsthilfe; Prävention
1851	**Erste stationäre Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe: Trinkerasyl und Heilstätte für Suchtkranke in Deutschland** Das erste Trinkerasyl in Lintorf bei Düsseldorf wird von der Diakonie gegründet, seit 1879 heißt es Trinkerheilstätte. Mit dem Kamillushaus in Essen wurde zur Jahrhundertwende die erste katholische Einrichtung dieser Art als Heilstätte für Suchtkranke gegründet	Versorgungssystem
1849 – 1900	**Christlich geprägte Mäßigkeits- und Abstinenzverbände (Blaues Kreuz, Guttemplerorden und Kreuzbund)** 1849 hat J.H. Wichern im Manifest der Inneren Mission: "die Sache der Enthaltsamkeitsverbände als das kräftigste Werkzeug der Inneren Mission gewürdigt". Die Sucht(kranken)hilfe hat drei in das 19. Jahrhundert hineinreichende Wurzeln: Die Mäßigkeitsvereine, die Abstinenzverbände, die in der Folgezeit als Gegner des Alkoholkonsums mehr und mehr zusammenwuchsen und die kirchliche Armenpflege. Alkoholerkrankungen mit ihren sozialen Folgen machten vor Kirchengemeinden nicht Halt. Aufklärung tat Not und die Information über die Auswirkungen war mehr als notwendig. Dies schrieben sich die Mäßigkeitsvereine auf ihre Fahnen. Die Abstinenzverbände gingen noch einen Schritt weiter und riefen aus christlicher oder humanitärer Verantwortung zur Mitarbeit im ehrenamtlichen Sinne auf, verbunden mit einer abstinenten Lebensweise. Damit waren die ersten Selbsthilfeverbände geboren. Als dritte Säule schließlich entwickelten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die so genannten „Trinkerheilstätten" als stationäres Angebot; sie entstanden aus der kirchlichen Armenpflege 1883 Gründung des überkonfessionellen Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke (DVMG), der umfassende Aufklärungsarbeit betrieb und u.a. für bessere Gesetze zur Bekämpfung der Trunksucht oder alkoholfreie Gaststätten warb.	Verbandliche Organisation; Selbsthilfe; Prävention
1900	**Ausweitung der Behandlungsangebote** 27 Trinkerheilstätten auf dem Gebiet des Deutschen Reiches registriert. Die konfessionell getragenen Häuser orientieren sich im Wesentlichen an den „3 A's": Abstinenz, Abgeschiedenheit, Arbeit. Damit wird ein erster konzeptioneller Rahmen geschaffen, der sich über viele Jahrzehnte bewährt.	Versorgungssystem
1903	**Deutscher Arbeiter-Abstinenten-Bund (DAAB)** Der 1903 gegründete Verein, war der wichtigste alkoholgegnerische Verein der sozialdemokratischen Kulturbewegung. Die Besonderheit der sozialistischen Abstinenzbewegung und das Unterscheidungsmerkmal von den bürgerlichen Mäßigkeits- oder Abstinenzverbänden, die den Alkohol vor allem wegen seiner individuellen Schädlichkeit bekämpften, stellte hauptsächlich zur Zeit des deutschen Kaiserreiches der Umstand dar, dass die Mitglieder des DAAB im Streben nach Abstinenz ein Mittel im Klassenkampf sahen, da ohne Alkohol dieser Kampf schneller, effektiver und vollkommener erreicht werden konnte. Der DAAB verabschiedete bereits 1928 eine Entschließung, die auf die Schäden des Nikotinkonsums hinwies und allen Mitgliedern des DAAB dringend davon abriet zu rauchen.	Verbandliche Organisation; Selbsthilfe; Prävention
1903	**Verband der Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebietes** Erstmalig schließen sich die stationäre Einrichtungen zum fachlichen Austausch und zur gemeinsamen Interessenvertretung zusammen. Der Verband besteht noch heute als Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe.	Verbandliche Organisation

1914	**Weitere Ausweitung der ambulanten und stationären Behandlungsangebote** bereits 54 registrierte Trinkerheilstätten, Zahl seit 1914 verdoppelt wegen großem Bedarf, guten Erfolgen und beginnender Unterstützung durch die Sozialversicherungsanstalten. Noch vor dem ersten Weltkrieg entwickeln sich aufgrund örtlicher Initiativen des „Mäßigkeitsvereins“ wie auch der Abstinenzverbände die ersten „Fürsorgestellen“, Vorläufer der späteren Suchtberatungs- und heutigen „Ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen“. Sie sind ehrenamtlich besetzt, woraus sich nebenberufliche und hauptamtliche Beratung entwickelt.	Versorgungssystem
1910er und 1920er Jahre	**Beginn fachlicher Auseinandersetzung** Erste Thematisierung des Dualismus „Abstinenz und Mäßigung“ und Kritik an der damals verbreiteten Therapie mit Alkohol („Vom medizinischen Autismus in der Alkoholfrage“ durch die Psychiater Eugen Beuler und Emil Kraepelin (Empfehlungen zur Abstinenz und Selbsthilfe) Quelle: Bleuler, E. (1921): Vom medizinischen Autismus in der Alkoholfrage. In: Bleuler, E.: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. 2., verbesserte Auflage. Berlin: Springer. 70-76. https://archive.org/stream/BleulerAD05/Bleuler_AD05#page/n79/mode/2up, Zugriff: 24.06.2019.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung; Selbsthilfe; Prävention
1921	**Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus** Die Reichshauptstelle wurde 1921 in Berlin als Zusammenschluss von Abstinenz- und Mäßigungsverbänden gegründet, unter Beteiligung der Reichsbehörden. Später schlossen sich die konfessionellen Dachverbände an. In diese Zeit fällt das beginnende staatliche Engagement in der Trinkerfürsorge, die bis dahin ausschließlich in der Verantwortung der alkoholgegnerischen Verbände gelegen hatte. Die Trinkerfürsorge arbeitete nach dem dualen Prinzip: den alkoholgegnerischen Vereinen oblag die Betreuung der Alkoholiker so lange, bis der Staat mit Zwangsmaßnahmen wie Entmündigung und Anstaltseinweisung eingriff. Ab 1929 lieferten sozialdarwinistisches und rassenhygienisches Gedankengut pseudowissenschaftliche Begründungen für die Ausgrenzungen bestimmter Alkoholiker von der Behandlung. Die Einschätzung des Alkoholismus als Symptom einer „anlagebedingten psychopathischen Minderwertigkeit“ war weit verbreitet.	Verbandliche Organisation; Gesundheits- und Sozialpolitik; Prävention
1927	**Trinkerfürsorge auch eine Aufgabe der Wohlfahrtsämter** Die Jahre der Weimarer Republik sind gekennzeichnet durch eine intensivere Zusammenarbeit zwischen staatlichen Stellen, Wohlfahrtsverbänden und Abstinenzverbänden, da die „Trinkerfürsorge“ nicht freiverbandlichen Initiativen überlassen bleibt, sondern zu den Aufgaben der Wohlfahrtsämter gehört. Dies führte in der Folge zu Zusammenschlüssen von konfessionellen Abstinenzverbänden und den jeweiligen Wohlfahrtsorganisationen: Reichsverband für katholische Trinkerfürsorge (im DCV) und Evangelische Reichsarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Alkoholnot (ERBA)	Verbandliche Organisation; Gesundheits- und Sozialpolitik
1933	**Gleichschaltung während des Nationalsozialismus** Im Juni 1933 erfolgte die Gleichschaltung der alkoholgegnerischen Bewegung durch das NS-Regime. Die Reichshauptstelle wurde aufgelöst, das Reichsministerium des Innern (RMdI) gründete die Reichsfachgemeinschaft (Refag) mit halbstaatlichem Charakter zur Bekämpfung des Alkoholismus. Die Organisationen mussten ihre Satzungen ändern, wodurch das RMdI weitgehenden Einfluss erhielt, z.B. die Befugnis, Beschlüsse, die die kirchlich-konfessionellen Belange nicht berührten, aufzugeben.	Verbandliche Organisation

1934	**Reichsfachgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung** Nach 1933 setzte sich das erbbiologische Deutungsmuster für Alkoholismus durch. Damit ging eine Neuorganisation der gleichgeschalteten Verbände einher (1934: Refag wurde zu einer Unterabteilung der Reichsarbeitsgemeinschaft für Rauschmittelbekämpfung (RAG) im RMdI). 1935 traten neue Richtlinien für Rauschgiftbekämpfung in Kraft, die die erbbiologisch begründete Arbeitsteilung zwischen staatlicher und ehrenamtlicher Trinkerfürsorge zur Richtschnur künftiger Süchtigenfürsorge machten.	Verbandliche Organisation; Gesetzgebung
1939-1945	**Reichsstelle gegen die Alkohol- und Tabakgefahren** Die Reichsarbeitsgemeinschaft wurde überführt in die neugegründeten Reichsstelle gegen die Alkohol- und Tabakgefahren. Gründer und Führer des neuen Dachverbandes war Leonardo Conti (Reichsgesundheitsführer), ab 1939 Leiter der Abteilung Gesundheit im RMdI. Conti setzte sich im Sinne der NS-Eugenik für die so genannte „Euthanasie“ u.a. bei behinderten Menschen und auch bei Alkoholkranken ein. Weitere Ereignisse während der Zeit des Nationalsozialismus: Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933); Das Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung (1933); Bestrafung von Abhängigen (Alkoholikern), Haftstrafen bis hin zu Einweisungen in Konzentrationslager Quelle: Scheerer, K. (1990): „Asozial“ im Dritten Reich: Die vergessenen Verfolgten. Münster: Votum-Verlag.	Verbandliche Organisation; Gesetzgebung; Prävention
1947 und Folgejahre	**Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und Wiederaufbau des Suchthilfesystems** Nach Ende des Zweiten Weltkriegs bildeten die früheren Enthaltsamkeitsvereine eine Arbeitsgemeinschaft (HAG) unter der Führung von Heinrich Czeloth, Walter Baumeister, Paul Willeke (katholisch); Wilhelm Bode, Martin Müller (evangelisch.), Reinhard Strecker, Theo Gläß, Wilhelm Biel (interkonfessionell) und Anna Klara Fischer (Deutscher Frauenbund für alkoholfreie Kultur). Daraus entstand 1947 die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Umbenennung in Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen im Jahr 2002). Ebenfalls fallen in diesen Zeitraum der Wiederaufbau des Suchthilfesystems und die (Neu-)Gründung der Selbsthilfeverbände und der Verbände der Suchthilfe. Beispiel GVS: Der „Evangelische Gesamtverband zur Abwehr der Suchtgefahren“ wurde am 18. September 1957 in Kassel gegründet. An der ersten Mitgliederversammlung nahmen 27 Gründer und Gründerinnen teil. In der Satzung heißt es zum Zweck des Vereins: „Der Verein hat die Aufgabe, diejenigen Verbände, Werke und Einrichtungen der Inneren Mission und innerhalb der Landes- und Freikirchen, deren Hauptzweck die Fürsorge für Alkoholgefährdete und Alkoholkranke oder die Bekämpfung der Suchtgefahren ist, unter voller Wahrung ihrer Eigenständigkeit zu gemeinsamer Arbeit zu sammeln.“ Mitglied konnten „diejenigen evangelischen Verbände, Werke und Einrichtungen werden, die die Fürsorge für Alkoholgefährdete oder Alkoholkranke oder die Bekämpfung der Suchtgefahren als ihre Hauptaufgaben ansehen (Fachorganisationen) und bereits Mitglied der Evangelischen Arbeitsgemeinschaft zur Abwehr der Suchtgefahren sind. Quelle: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.) (1997): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg i.Br.: Lambertus.	Verbandliche Organisation; Versorgungssystem; Prävention

1960 und Folge-jahre	**Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen** 13 offene und sechs geschlossene Heilstätten für alkoholkranke Menschen, der Aufbau der stationären Versorgung geht nach dem Krieg in Westdeutschland nur schleppend voran (auch aufgrund fehlender sozial- und leistungsrechtlicher Rahmenbedingungen) Es erfolgt ein langsamer aber stetiger Aufbau eines Systems von Suchtberatungsstellen und ein zähes Ringen von Kirchenkreisen, Kommunen und Landeswohlfahrtsverbänden, um Suchtberatungsstellen zu organisieren und zu finanzieren. Unter dem Druck der damaligen „Drogenwelle“ in Frankfurt gründete Klaus Wanke 1967 die erste Beratungsstelle für Drogenkonsumenten in Deutschland. Diese war mit Ärzten/innen, Psychologen/innen und Sozialarbeiter/innen bereits interdisziplinär ausgerichtet.	Versorgungsystem; Ambulante Suchthilfe
1962	**Inkrafttreten des Bundessozialhilfegesetzes** Das Bundessozialhilfegesetz tritt 1962 in Kraft, in dem u.a. die Eingliederungshilfeleistungen für Menschen mit Behinderung geregelt sind. Im Oktober 1969 erhielten Personen, die „seelisch wesentlich behindert“ sind, durch eine Änderung des BSHG Anspruch auf Eingliederungshilfe für Behinderte. Leistungsberichtigt sind alle Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind (mit Ausnahme von seelisch behinderten Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen, die Leistungen nach dem SGB VIII erhalten können). Chronisch Abhängigkeitskranke wurden allerdings erst später als „seelisch wesentlich behindert“ anerkannt (im Rahmen der Neufassung der Eingliederungshilfeverordnung 1975). Ab 2005 wurde das BSHG durch das SGB XII abgelöst. Link: zum Bundessozialhilfegesetz: http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/13/index.php?norm_ID=1300000, Zugriff: 06.11.2019.	Gesetzgebung; Gesundheits- und Sozialpolitik; Eingliederungshilfe und Sozialhilfe
18.06. 1968	**Anerkennung der Trunksucht als Krankheit** Urteil zur Frage, ob Trunksucht als Krankheit i.S. der RVO anzusehen ist (BSG, 3. Senat, 3 RK 63/66) Link: https://research.wolterskluwer-online.de/document/0001f79d-7330-42ab-b075-c3109092bc1e, Zugriff: 06.11.2019.	Rechtsprechung; Gesetzgebung; Gesundheits- und Sozialpolitik
1970	**Suchtprävention durch BZgA** Die bereits 1967 gegründete **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (**BZgA) übernimmt Suchtprävention als Aufgabe.	Prävention
1970	**Wissenschaftliches Kuratoriums der DHS** Der damalige Geschäftsführer Holzgreve gründet das Kuratorium der DHS. Erster Sprecher war der Rechtsmediziner Prof. Dr. Joachim Gerchow. Im Kuratorium schlossen sich die in Deutschland renommierten Wissenschaftler zusammen. Es werden seitdem Tagungen unter Beteiligung internationaler Experten veranstaltet, z.B. in Tutzing.	Verbandliche Organisation; Suchtforschung und fachliche Entwicklung
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. Im September 1970 eröffnete der Verein zur Bekämpfung der Rauschgiftgefahr in Hamburg das erste deutsche Release-Center und begann mit Telefonberatung. Erste therapeutische Wohngemeinschaften wurden geplant. Im November 1970 entstand in Heidelberg das zweite deutsche Release-Center, aus dem 1972 die Free Clinic Heidelberg entstand. Release-Initiativen gab es auch in Berlin, München, Bremen und Frankfurt am Main. Nach einem Professionalisierungsprozess ist die Release-Bewegung in etablierte Träger der Drogenhilfe aufgegangen.	Versorgungssystem; Suchtforschung und fachliche Entwicklung

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. Quelle: Bundesregierung (1970): Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs. Spezifische Aufklärungskampagne: Bonn.	Gesundheits- und Sozialpolitik
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.	Versorgungssystem; Suchtforschung und fachliche Entwicklung; Gesundheits- und Sozialpolitik
10.01. 1972	**Betäubungsmittelgesetz** Das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (BtMG) tritt in Kraft und löst das Opiumgesetz von 1929 ab.	Gesetzgebung
1974	**EBIS-Dokumentation** Es erfolgt die erste gemeinsame ambulante Suchthilfedokumentation EBIS, der Vorläufer der Entwicklung gemeinsamer bundesweitere Standards für die Dokumentation und Statistik.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung
25.11. 1975	**Psychiatrie-Enquête** Mit dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“, der gravierende Mängel in der Suchtkrankenversorgung beschreibt, wird zum ersten Mal ein umfassendes Versorgungssystem für Suchtkranke skizziert. Link: http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf , Zugriff: 04.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Versorgungssystem
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).	Versorgungssystem; Gesundheits- und Sozialpolitik; Eingliederungshilfe und Sozialhilfe
1978	**Suchthilfe in der DDR** Die Arbeitsgruppe „Verhaltenstherapie bei Alkohol-und Medikamentenabhängigkeit“ wird bei der Gesellschaft für Psychologie der DDR eingerichtet.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung; Verbandliche Organisation
1978	**Nachsorgeförderung** Es beginnt die Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung der Rehabilitation nach § 84 AVG (§31 SGB VI) mit dem Schwerpunkt Nachsorge / Selbsthilfe.	Gesetzgebung; Medizinischen Rehabilitation;

15.02. 1978	**Urteil über Kostenverteilung** Das Bundesozialgericht 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, Zugriff: 06.11.2019. https://www.jurion.de/document/fullview/1:451752,0/, Zugriff: 06.11.2019. https://www.jurion.de/document/fullview/1:85729,0/, Zugriff: 06.11.2019.	Rechtsprechung
20.11. 1978	**Empfehlungsvereinbarung Sucht** Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger schließen auf der Grundlage der beiden Urteile des BSG von 1968 und 1978 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 Abhängigkeitskranke (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige), wenn Leistungen sowohl der Krankenversicherung als auch der Rentenversicherung in Betracht kommen. Link: für mehr Informationen: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Suchthilfe/Suchtvereinbarung_20.11.1978.pdf, Zugriff: 06.11.2019.	Versorgungsstrukturen; Medizinischen Rehabilitation; Akutbehandlung
1978	**DG Sucht (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie)** Von Fachleuten des wissenschaftlichen Kuratoriums der DHS wurde zunehmend die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft gesehen. Die vor dem 2. Weltkrieg bestehenden Zusammenschlüsse waren vom Nationalsozialismus aufgelöst oder vereinnahmt worden. Die DG-Sucht sollte die deutsche Suchtforschung wieder auf ein internationales Niveau heben. Herr Prof. Dr. Wilhelm Feuerlein wurde zum ersten Präsidenten gewählt.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung
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.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Versorgungssystem
18.05. 1979	**Abstinentenclubs in der DDR** Ein erstes offizielles Abstinententreffen in der DDR findet in Dresden statt. Damit wurde die Existenz einer Abstinenzbewegung in der DDR, die seit 1965/66 bestand, bestätigt. Es entstanden in allen größeren Städten Abstinentenclubs.	Verbandliche Organisation; Selbsthilfe
1980	**„Frauen und Sucht“** Die Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren findet in Saarbrücken unter dem Titel „Frau und Sucht“ statt. Bis dahin war die Identität der „sozialwissenschaftlichen Durchschnittskonsumenten“ in Deutschland zu 75 % männlich und 25 % weiblich.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung
1981	**Erste Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige** In Tostedt bei Hamburg wird die erste Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige von einer Roulettespielerin gegründet	Selbsthilfe

19.02. 1981	**Urteil zur „Vorleistungspflicht“** Mit dem Urteil des Bundessozialgerichtes zur Vorleistung des Rentenversicherungsträgers bei der Langzeitbehandlung wegen Drogensucht (BSG 4. Senat; 4 RJ 111/77) wird festgeschrieben: „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: https://www.rehadat-recht.de/de/rehabilitation-teilhabe/massnahmen-zur-beruflichen-rehabilitation/index.html?suchbegriffe=rehabilitationsma%C3%9Fnahme+und+beruf*&artrec=urteil&connectdb=rechtsgrundlagen_result&infobox=%2Finfobox1.html&serviceCounter=1&wsdb=REC&from=301, Zugriff: 06.11.2019.	Rechtsprechung; Medizinische Reha; EH Versorgungsystem
1982	**Novelle Betäubungsmittelgesetz** Überführung der internationalen Suchtstoffabkommen in nationales Recht. Es erfolgt eine Erhöhung des Strafrahmens für schwerwiegende Tatbestände auf 15 Jahre. „Therapie statt Strafe“: Die Zurückstellung der Vollstreckung einer Strafe von „nicht mehr als zwei Jahren“ wird ermöglicht, 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, Zugriff: 06.11.2019	Gesetzgebung; Gesundheits- und Sozialpolitik
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.	Versorgungssystem; Ambulante Suchthilfe; Suchtforschung und fachliche Entwicklung
1984	**DDR-AG Suchtkrankheiten** Die Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankheiten in der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie der DDR wird gegründet.	Verbandliche Organisation; Suchtforschung und fachliche Entwicklung
15.05. 1985	**Gesamtkonzept zur Rehabilitation** Das Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger wird verabschiedet.	Medizinische Reha und Akutbehandlung?
1986	**Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO) – biopsychosoziales Modell** Gesundheitspolitisch bedeutsam für das biopsychosoziale Modell war die erste Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO, am 21.11.1986 und die Verabschiedung der sogenannten „Ottawa-Charta“. Mit ihrem umfassenden Gesundheitskonzept fußt die Ottawa-Charta auf einem bio-psycho-sozialen Grundverständnis. Wichtig für die Entwicklung des biopsychosozialen Modells war im Vorfeld die Entstehung der Allgemeinen Systemtheorie (Luhmann, Bertalanffy u.a.). Ausformuliert und propagiert wurde das biopsychosoziale Modell von dem Psychiater Georg L. Engel in den 70er-Jahren.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung

1986	**Psychiatrische Institutsambulanzen** Nach Forderungen der Psychiatrie Enquete (1978) Gründung von psychiatrischen Institutsambulanzen (RVO § 368n (6)) als „Ergänzung der nervenärztlichen Versorgung für Patienten, die nach Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf diese Einrichtung angewiesen sind“: Überführung 1989 in die §§ 118, 120 SGB V,	Versorgungssystem; Akutbehandlung
18.03. 1987	**Empfehlungsvereinbarung Nachsorge** Die Empfehlungsvereinbarung über die Förderung der Nachsorge für Abhängigkeitskranke wird verabschiedet (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.	Medizinische Reha; Ambulante Suchthilfe
15.06. 1987	**Modellprogramm Ambulante Ganztagsbetreuung** Das Modellprogramm Ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger des BMG beginnt und verändert die ambulante Suchthilfe nachhaltig	Gesundheits- und Sozialpolitik
1988	**Versorgungsempfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung** Die Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich erarbeitet Empfehlungen auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung (1988). „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.“	Gesundheits- und Sozialpolitik; Versorgungsystem
01.04. 1988	**Erstes Substitutionsprogramm** Das Modellprojekt „Wissenschaftliches Erprobungsvorhaben medikamentengestützte Rehabilitation bei i V. Opiatabhängigen“ des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen beginnt in Bochum, Düsseldorf und Essen.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Akutbehandlung; Ambulante Suchthilfe
1989	**Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK).** Der Arbeitskreis hat die Aufgabe, suchtpsychiatrische Aspekte der Suchtkrankenversorgung innerhalb der psychiatrischen Versorgung weiterzuentwickeln. Er hält jährlich eine Fachtagung in den psychiatrischen Kliniken ab.	Verbandliche Organisation; Suchtforschung und fachliche Entwicklung; Akutbehandlung
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 nachhaltige Wirkungen erzielt.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Ambulante Suchthilfe
01.07. 1989	**DDR-Richtlinie „Alkoholkrankheit“** Das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR erlässt eine „Richtlinie über die Aufgaben des Gesundheit-und Sozialwesens zur Verhütung und Bekämpfung der Alkoholkrankheit“	Gesundheits- und Sozialpolitik Prävention

1990-1996	**Modellprogramm Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe – Qualifizierte Entzugsbehandlung und stationäre Kurzzeittherapie.** Seitdem erfolgt ein systematischer Ausbau von Einrichtungen und Behandlungskonzepten der Akutbehandlung Drogenabhängiger in psychiatrischen Krankenhäusern	Gesundheits- und Sozialpolitik; Akutbehandlung
1990	**Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD)** Gründung der GAD durch ehemals führende Suchtwissenschaftlern der DDR für die ostdeutschen Bundesländer. Fortgeführt werden die Aktivitäten vor allem von der sächsischen Sektion, die weiterhin Jahrestagungen veranstaltet.	Verbandliche Organisation; Prävention
1990	**Aufnahme der Diagnose Pathologisches Spielen in der ICD und den Dokumentationsstandards des EBIS** Die WHO nimmt das Störungsbild Pathologisches Spielen in die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) auf. Zudem wird die Diagnose „Pathologisches Spielen“ in das Dokumentationssystem EBIS aufgenommen.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung;
13.06. 1990	**Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan** Die Nationale Drogenkonferenz unter Vorsitz von Bundeskanzler Kohl verabschiedet „Nationalen Rauschgiftbekämpfungsplan“. Link zum Bericht in der CDU-Dokumentation 22/1990: http://www.kas.de/wf/doc/kas_27153-544-1-30.pdf?110902100957, Zugriff: 06.11.2019	Gesundheits- und Sozialpolitik
1991	**Sozialgesetzbuch VIII – Kinder- und Jugendhilfe** Das SGB VIII, die Kinder- und Jugendhilfe, löst das bis dahin geltende Jugendwohlfahrtsgesetz von 1961 ab. Die Kinder- und Jugendhilfe soll junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen und dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen. Eingliederungshilfe für seelische behinderte Kinder, Jugendliche und Volljährige wurden zunächst unter die Hilfen zur Erziehung subsumiert. 1993 wurde die Eingliederungshilfe im SGB VIII zum eigenständigen Leistungstatbestand (§ 35a SGB VIII). In der Folge wurde u.a. therapeutische Wohngruppen oder Wohnheime z.B. für drogenabhängige Jugendliche aufgebaut.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung; Prävention; Eingliederungshilfe und Sozialhilfe
01.01. 1991	**„Therapie sofort“** Die ersten Programme „Therapie sofort“ werden aufgelegt (z.B. Dortmund, München, Berlin). Damit wurde eine nahtlose Verlegung von der Akut- in die Rehabehandlung ermöglicht.	Versorgungssystem; Akutbehandlung Medizinische Reha
01.01. 1991	**Ambulante Rehabilitation** Die Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht (EVARS) tritt in Kraft. Es wird eine zusätzliche Behandlungsform geschaffen, die berufsbegleitend durchgeführt werden kann.	Medizinische Reha

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. Link: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-586/MVV-RL_2011-10-20.pdf Seite 7, Zugriff: 06.11.2019.	Versorgungssystem; Akutbehandlung
17.05. 1991	**Substitutionsbehandlung** 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: https://research.wolterskluwer-online.de/document/c82c0bf3-2297-47f9-9ac1-01d9cd70b53a, Zugriff: 06.11.2019.	Rechtsprechung
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	Gesetzgebung
1992	**Zielhierarchie Suchtkrankenhilfe** Die Systematik der Zielhierarchie in der Suchtkrankenhilfe reicht von dringlichen, kurzfristigen Zielen bis hin zu weitreichenden langfristigen Zielen. Sie beschreibt Interventionsziele, die auf Abhängigkeit und / oder auf risikoreichen und schädlichen Konsum bezogen sind. Die Zielsystematik lehnt sich an den Behandlungs- und Rehabilitationszielen, die in den §§ 27 SGB V und 9 SGB VI festgelegt sind, an und geht u.a. auf Arbeiten und Veröffentlichungen von Feuerlein, Küfner, Soyka, Körkel und Schwoon zurück	Suchtforschung und fachliche Entwicklung
01.07. 1992	**Weiterbildungskriterien für Suchttherapeuten** Die des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger und der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen werden verabschiedet. Diese Auswahlkriterien sind gemeinsam von der Renten- und Krankenversicherung 2010 überarbeitet worden und am 01. Januar 2012 verändert in Kraft getreten Link: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/vereinbarungen_im_suchtbereich.html , Zugriff: 04.11.2019.	Medizinische Reha
08.03. 1994	**Verfahrensabsprache Adaption** Die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger vereinbaren eine Verfahrensabsprache zur Adaptionsphase bei Abhängigkeitskranken. Es wird damit eine ergänzende Behandlungsmöglichkeit für Menschen mit besonderen Problemlagen (Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit) geschaffen, um die soziale und berufliche Integration zu verbessern.	Medizinische Reha

09.03. 1994	**„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.“ Link: http://www.verkehrslexikon.de/Texte/Rspr4045.php, Zugriff: 06.11.2019.	Rechtsprechung
16.06. 1994	**Bundessozialgericht zur Erstattung von Kosten der Nachbetreuung nach einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation in einer Nachsorgeeinrichtung** Leitsatz: 1. Der Rehabilitationsträger ist verpflichtet, durch rechtzeitige Planung und Festlegung von Rückmeldungen sicherzustellen, dass die Rehabilitation lückenlos bis zur vollständigen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt wird (§ 5 Abs 1 bis 3 RehaAnglG). 2. Die Unterbringung in einer Nachsorgeeinrichtung für Abhängigkeitskranke, stellt dann keine medizinische Maßnahme zur Rehabilitation mehr dar, wenn sie nicht mehr aus medizinischen Gründen erforderlich ist und nur noch der Lösung des Wohnungsproblems oder der Weiterführung eines Arbeitsverhältnisses dient.	Rechtsprechung; Medizinische Reha
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.	Gesetzgebung; Gesundheits- und Sozialpolitik; Eingliederungshilfe und Sozialhilfe
01.01. 1997	**KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen** Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) in der medizinischen Rehabilitation zur Dokumentation der therapeutischen Leistungen wird eingeführt. Link: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Klassifikationen-und-Dokumentationshilfen/ktl.html, Zugriff: 04.11.2019.	Medizinische Reha
1998	**Suchtpolitik auf Bundesebene im Zuständigkeitsbereich des Gesundheitsressorts** Ab der 14. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages überträgt die Regierung die Aufgaben im Bereich der Suchtpolitik dem Gesundheitsressort. Erstmals wurden auch die Substanzen Alkohol und Nikotin explizit mit in den Aufgabenbereich der Suchtpolitik einbezogen. Vorgängerregierungen siedelten das Thema Sucht noch im Zuständigkeitsbereich des Innenministeriums an, da die Hauptaufgabe in diesem Zusammenhang in der „Bekämpfung von Rauschgift“ unter dem Aspekt von Kriminalitätsbekämpfung gesehen wurde. Das Amt des Drogenbeauftragten der Bundesregierung wurde ab 1998 ebenfalls dem Gesundheitsministerium zugeordnet. Zuvor war das 1992 eingeführte Amt in einer einmaligen Amtsdauer bis 1998 dem Innenministerium angegliedert.	Gesundheits- und Sozialpolitik

1998	**Deutscher Kerndatensatz** Der Deutsche Kerndatensatz (KDS) für eine einheitliche Dokumentation in Psychosozialen Beratungsstellen und stationären Einrichtungen der Suchthilfe wird eingeführt. Damit wird die Grundlage für eine bundesweit einheitliche Datenerfassung und statistische Analyse geschaffen (DSHS – Deutsche Suchthilfestatistik)	Suchtforschung und fachliche Entwicklung
1999	**Erster Lehrstuhl für Suchtmedizin** Der erste deutsche Lehrstuhls für Suchtmedizin wird in Mannheim (im Rahmen des ZI – Zentralinstitut für seelische Gesundheit) eingerichtet, mit Prof. Dr. Karl Mann als erstem Lehrstuhlinhaber.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung
1999	**MPU – Medizinisch-psychologische Untersuchung** Erste Versuche der Eignungsbegutachtung erfolgen ab 1911/1912 in den USA, seit 1951 in Deutschland, Anlass war die Begutachtung der Fahreignung von Kriegsversehrten. Mit dem Erscheinen der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) im Jahr 1999 und den durch die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) herausgegebenen „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ werden erste MPU-Vorbereitungskurse in Einrichtungen der Suchthilfe angeboten.	Ambulante Suchthilfe
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	Gesundheits- und Sozialpolitik
2001	**Heroinstudie / Originalstoffvergabe** Die Heroinstudie ist eine gemeinsame Initiative des BMG und der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und NRW sowie der Städte Bonn, Frankfurt, Hannover, Karlsruhe, Köln und München mit Begleitung durch die Bundesärztekammer. Mit ihr soll die Überlegenheit der Diamorphinbehandlung für die Gruppe der Schwerstabhängigen gegenüber der herkömmlichen Substitutionsbehandlung belegt werden. Die Ergebnisse der Heroinstudie münden in das Diamorphingesetz (Gesetz zur diamorphin-gestützten Substitutionsbehandlung, vom 15. Juli 2009). Link: http://www.heroinstudie.de/, Zugriff: 06.11.2019.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung
01.05. 2001	**ICF – Systematik und Klassifikation** In der 45. Weltgesundheitsversammlung wird die "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) verabschiedet. Link: https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/ , Zugriff: 06.11.2019.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung
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. Link: https://www.dhs.de/arbeitsfelder/suchthilfe.html, Zugriff: 06.11.2019.	Medizinische Reha; Akutbehandlung

01.07. 2001	**SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe** Mit der Einführung des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) wird ein übergeordneter Rahmen für alle Leistungsgesetzte im Bereich der Rehabilitation (beruflich, medizinisch, sozial) geschaffen. Fortschreibung 2008: u.a. besteht nun ein Rechtsanspruch auf ein Persönliches Budget nach § 17 SGB IX. Damit soll die Autonomie und Eigenverantwortlichkeit von Menschen mit Behinderung gestärkt werden. Link: https://dejure.org/gesetze/SGB_IX , Zugriff: 04.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung
2001	**Leistungsträger verabschieden Empfehlungen zur Rehabilitation pathologischer Glücksspielender** Die Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger verabschieden die Empfehlungen zur ambulanten und stationären Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel	Medizinische Reha
2001	**Kontrolliertes Trinken (kT)** Kontrolliertes Trinken bezeichnet ein Programm zur Konsumreduktion. Das deutsche kT-Programm wurde Ende der 90er und Anfang der2000er Jahre von Prof. Dr. Joachim Körkel und Kolleg*innen entwickelt. Das verhaltenstherapeutische Konzept und Training zum kT, das in Einzel- und Gruppensettings durchgeführt wird, stellt die Selbstkontrolle Betroffener konsequent in den Mittelpunkt. In seiner Entstehung hat es sich als Gegenkonzept zu den bis dato tendenziell eher Abstinenzorientierten Behandlungskonzepten verstanden. In der Fachwelt ist der Ansatz nicht unumstitten. Link: https://www.suchtmagazin.ch/2008/articles/id-32008.html, Zugriff: 06.11.2019. https://de.wikipedia.org/wiki/Kontrolliertes_Trinken, Zugriff: 06.11.2019.	
04.03. 2002	**Erste Heroinambulanz** In der Bonner „Heroinambulanz“ beginnt die Behandlung der ersten Patienten mit Heroin (Diacetylmorphin).	Ambulante Suchthilfe; Akutbehandlung
22.03. 2002	**Substitutionsrichtlinien** Die Bundesärztekammer legt in eigenen Richtlinien die wissenschaftlichen Grundlagen für eine substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger fest. Link zu den aktuellen Richtlinien: https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/substitutionstherapie/,Zugriff: 06.11.2019.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung; Akutbehandlung
2003	**Fallpauschalen in den allgemeinmedizinischen Krankenhäusern** Einführung von Fallpauschalen (DRG – Diagnose related groups) in den allgemeinmedizinischen Krankenhäusern. Die Abrechnung nach diesem Modell ist seit 2004 verpflichtend. Seitdem wurden mehrfach Anpassungen der Fallbeschreibungen vorgenommen. Link zu den jährlich veröffentlichten Daten: https://www.dkgev.de/service/publikationen-downloads/fallpauschalen-und-pepp-katalog/, Zugriff: 04.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Akutbehandlung
24.12. 2003	**SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende** Das SGB II enthält auch Hinweise auf Leistung der Suchtberatung (§ 16). Link: https://dejure.org/gesetze/SGB_II , Zugriff: 06.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung

27.12. 2003	**SGB XII – Sozialhilfe** Mit der Einführung des SGB XII (Sozialhilfe) werden insbesondere die §§ 53 und 54 (Leistungen der Eingliederungshilfe) für die Gestaltung von Hilfeangeboten für suchtkranke Menschen relevant. Link: https://dejure.org/gesetze/SGB_XII , Zugriff: 06.11.2019.	Gesetzgebung; Eingliederung und Sozialhilfe
01.01. 2005	**Rechtlicher Schutz des Kindeswohls** Der § 8a „Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung“ wird in das SGB VIII eingeführt. Link: https://dejure.org/gesetze/SGB_VIII/8a.html , Zugriff: 06.11.2019.	Gesetzgebung; Gesundheits- und Sozialpolitik Prävention
2006	**Referat „Abhängigkeitserkrankungen“ der DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (www.dgppn.de)** Das Referat „Abhängigkeitserkrankungen“ der DGPPN verfolgt für die Fachgesellschaft die aktuellen Entwicklungen in der Forschung, Versorgung und Gesundheitspolitik. Es arbeitet z. B. federführend bei der Entwicklung evidenzbasierter Behandlungsleitlinien mit und steht als Ansprechpartner für Politik und die Öffentlichkeit zur Verfügung.	Verbandliche Organisation
2007	**Qualitätsstandards der DHS für die betriebliche Suchtarbeit** Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen veröffentlicht die erste Fassung der „Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe“. Betriebliche Suchtarbeit wird insbesondere von großen Unternehmen und Verwaltungen erstmals in den 1980er Jahren eingeführt. Von Gewerkschaften werden erste Leitfäden betrieblicher Suchtprävention entwickelt. Eine Erfassung erfolgreicher und wirksamer Maßnahmen und Strukturen wird von der DHS in Zusammenarbeit mit dem Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft (WA/IAW) der Leibniz Universität Hannover durchgeführt und die „Qualitätsstandards“ als Beschreibung guter Praxis abgeleitet. Die Veröffentlichung dient als Orientierung und Vorlage für zahlreiche Unternehmen und Verwaltungen, die das Thema erstmal aufgreifen. Link: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Qualitaetsstandards_DHS_2011.pdf , Zugriff: 05.11.2019.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung; Prävention
01.07. 2007	**Rahmenkonzept Reha** Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung tritt in Kraft. Alle wesentlichen Regelungen für die medizinischen Reha im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung werden zusammengefasst. Link: https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/Traeger/BraunschweigHannover/_PDFs_Formulare/Infos-Reha-Einrichtungen-Download-Formulare/Rahmenkonzept_med.Reha_ges.RV.pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=1, Zugriff: 06.11.2019.	Medizinische Reha

01.09. 2007	**Nichtraucherschutzgesetz** Das Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens (EGBNichtrSchG) 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. Link: https://www.buzer.de/gesetz/7835/index.htm , Zugriff: 06.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung; Prävention
01.01. 2008	**Glücksspielstaatsvertrag** Der Staatsvertrag zum Glücksspielwesen in Deutschland (Glücksspielstaatsvertrag – GlüStV) wird verabschiedet. Fassung vom 15.12.2011.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung; Prävention
03.05. 2008	**UN-Behindertenrechtskonvention** Die UN-Behindertenrechtskonvention und das 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: https://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-dbgbl.pdf , Zugriff: 06.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung
03.12. 2008	**Rahmenkonzept Ambulante Rehabilitation** Das gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker tritt in Kraft. Link: https://www.suchthilfe.de/basis/rahmenkonzept_ambulante_reha_sucht_12_2008.pdf , Zugriff: 06.11.2019.	Medizinische Reha
2009	**Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung (Diamorphingesetz)** Das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung wird am 15. Juli 2009 verabschiedet und setzt die Ergebnisse des Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger (siehe „Heroinstudie / Originalstoffvergabe 2001-2007") um. Das Gesetz schafft die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung. U.a. regelt das Gesetz, dass Diamorphin (pharmazeutisch hergestelltes Heroin), unter engen Voraussetzungen, als Betäubungsmittel im Rahmen der Substitutionsbehandlung von Schwerstopiatabhängigen verschreibungsfähig wird. Das Ziel des Diamorphingesetzes ist, Schwerstabhängige von Opiaten, denen auf anderem Weg nicht geholfen werden kann, zu erreichen und ihr Überleben zu sichern.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung; Akutbehandlung
15.04. 2011	**G-BA beschließt Änderung der Psychotherapierichtlinie** Durch den Beschluss wird die ambulante Psychotherapie bei Suchterkrankungen erleichtert, da Patientinnen und Patienten nicht mehr zwingend abstinent sein müssen, um eine Therapie zu beginnen	Akutbehandlung

23.11. 2011	**Neue Auswahlkriterien für Weiterbildung von Suchttherapeuten** 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 Link: https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf;jsessionid=1703FB8F75A0C6402B378658FBC8A3F8.delivery1-7-replication?__blob=publicationFile&v=1, Zugriff: 06.11.2019.	Medizinische Reha
2012	**Rahmenkonzepte zur Modularisierung der Suchtrehabilitation** Zum 31.10.2012 tritt das gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker in Kraft. Damit wird eine deutliche Trennung der (sozialtherapeutischen) Reha-Nachsorge von der (sucht- bzw. psychotherapeutischen) ambulanten poststationären Reha-Behandlung definiert, mit erheblichen Folgen für die Angebotsstruktur im Bereich der ambulanten Suchtrehabilitation. Bereits 2011 wurden mit dem gemeinsamen Rahmenkonzept zur ganztägig ambulanten Suchtrehabilitation die Anforderungen für eine noch relativ neue Behandlungsform festgelegt. Es folgen weitere Rahmenkonzepte zur Kombinationsbehandlung (14.11.2014) sowie zur ambulanten bzw. ganztägig ambulanten Fortführung der Entwöhnungsbehandlung mit und ohne Verkürzung der vorherigen (i.d.R. stationären) Phase. In der Suchtrehabilitation können nun sehr individuelle Behandlungsverläufe gestaltet werden, die allerdings erhebliche Anforderungen an das modulübergreifende Fallmanagement stellen. Link: https://deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/vereinbarungen_im_suchtbereich.pdf;jsessionid=1703FB8F75A0C6402B378658FBC8A3F8.delivery1-7-replication?__blob=publicationFile&v=1, Zugriff: 06.11.2019.	Medizinische Reha
01.01. 2012	**Glücksspiel-Änderungs-Staatsvertrag** Der Glücksspieländerungsstaatsvertrag 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. Link: https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/StVGlueStV-G1 , Zugriff: 06.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik,; Gesetzgebung; Prävention
2013	**Pauschalierendes Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)** Es handelt sich um ein analog zu den DRG entwickeltes Entgeltsystem, das in den psychiatrischen Krankenhäusern seit 2018 verpflichtend umzusetzen ist. Die Zuweisung zu den vier für Suchtkranke vorgesehenen PEPP erfolgt nach ökonomischen Aufwand für die Behandlung. Für die Qualität sorgt der verpflichtende Nachweis von Personalanhaltszahlen (PsychVVG). Link zu den jährlich veröffentlichten Daten: https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2019/PEPP-Entgeltkatalog, Zugriff: 06.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung; Akutbehandlung

14.11. 2014	**Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 (BORA)** Im Zusammenhang mit der Einführung des MBOR-Konzeptes in der somatischen und psychosomatischen Reha der DRV wurden auch ergänzende Empfehlungen für den Indikationsbereich Sucht entwickelt, wobei die berufliche Orientierung in der Suchttherapie mit Blick auf die Gründungkonzepte der „Trinkerheilstätten“ schon immer einen hohen Stellenwert hatte. Link: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Konzepte-und-Positionspapiere/konzepte_positionspapiere.html?https=1, Zugriff: 06.11.2019.	Medizinische Reha
2014-2016	**Reha-Qualitätssicherung in der Deutschen Rentenversicherung** Es erfolgt eine umfassende Weiterentwicklung, die bestehenden Instrumente Visitationen, Peer-Review, Klassifikation Therapeutischer Leistungen und Reha-Therapiestandards werden an aktuelle fachlichen und organisatorischen Anforderungen angepasst. Link: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/reha_qualitaetssicherung_index_node.html, Zugriff: 06.11.2019.	Medizinische Reha
03.02. 2015	**S3-Leitlinien Tabak und Alkohol** Die S3-Leitlinien für Alkohol- und Tabakabhängigkeit entstanden in einem vierjährigen Entwicklungsprozess im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF). Die Federführung lag bei der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Mehr als 50 Fachgesellschaften, Berufsverbände, Gesundheitsorganisationen, Selbsthilfe- und Angehörigenverbände sowie über 60 ausgewiesene Suchtexpertinnen und -experten waren in die Entwicklung eingebunden. Link: http://www.dg-sucht.de/s3-leitlinien/?L=0 , Zugriff: 06.11.2019.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung
2016	**Präventionsgesetz** Nach 10-jähriger Diskussion und drei Entwürfen trat das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PrävG) am 01. Januar 2016 vollständig in Kraft (einzelne Teile schon im Juli 2015). Das Gesetz soll die Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten stärken sowie eine verbindliche Zusammenarbeit möglichst vieler bedeutsamer Akteure auf der Bundesebene sowie in den Ländern fördern. Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html, Zugriff: 06.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung; Prävention

30.12. 2016	**Bundesteilhabegesetz** Die ersten Teile des Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (BTHG) treten in Kraft. Die Eingliederungshilfe wird aus dem SGB XII herausgelöst und Teil des SGB IX. Das Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (SGB IX) umfasst einen 1. Teil mit Regelungen für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen, einem 2. Teil mit besonderen Leistungen zur selbstbestimmten Lebensführung für Menschen mit Behinderungen (Eingliederungshilferecht) und einem 3. Teil mit besonderen Regelungen zur Teilhabe schwerbehinderter Menschen. Das Gesetz tritt in mehreren Reformstufen bis 2023 in Kraft. Im § 11 SGB IX (neu) werden Modellvorhaben im Aufgabenbereich der Grundsicherung für Arbeitssuchende und der gesetzlichen Rentenversicherung geregelt, die einer chronischen Erkrankung oder drohenden Behinderung vorbeugen, die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe der Menschen verbessern, die Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederherstellen bzw. die spätere Erwerbsfähigkeit ermöglichen und einer drohenden oder bestehenden (Teil-)Erwerbsminderung entgegen wirken sollen. Als Zielgruppe werden explizit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen genannt. Link: https://www.teilhabegesetz.org/ , Zugriff: 06.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung; Eingliederungshilfe und Sozialhilfe
01.01. 2017	**Neuer Deutscher Kerndatensatz (KDS 3.0)** Mit dem KDS 3.0, gültig ab 2017, wurden vom Fachausschuss Statistik der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) umfangreiche Überarbeitungen des KDS vorgenommen. Der neue KDS berücksichtigt nun die nationalen, kommunalen, regionalen und einrichtungsseitigen Anforderungen besser und integriert auch die Spezifikationen, die sich aus den europäischen Vorgaben ergeben. Letzte Aktualisierung 2010 Link: https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Statistik/Manual_KDS-E_F.pdf, Zugriff: 06.11.2019.	Suchtforschung und fachliche Entwicklung
2017	**Cannabis als Medizin** Am 10. März 2017 tritt das „Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ in Kraft, welches auch als „Cannabis als Medizin“-Gesetz bekannt ist. Darin ist geregelt, dass natürlicher Cannabis zu therapeutischen Zwecken von Ärzten zur Behandlung von u.a. Schmerzpatienten eingesetzt werden kann. Mit dem Gesetz wird auch die Finanzierung durch die Krankenkassen gesetzlich geregelt. Die Zuständigkeit für den staatlich kontrollierten Anbau und Sicherstellung der Versorgung obliegt dem BfArM, welches zu diesem Zweck eine staatliche Cannabisagentur einrichtet. Link: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl117s0403.pdf , Zugriff: 06.11.2019.	Gesundheits- und Sozialpolitik; Gesetzgebung; Akutbehandlung

01.08. 2017	**Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug - Zugang zur Suchtrehabilitation** Durch ein Nahtlosverfahren soll der Zugang nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker verbessert werden. Hierzu haben die DRV, die GKV und die DKG Handlungsempfehlungen für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker abgeschlossen. (vgl. auch Arbeitsuchende Abhängigkeitskranke – Zugang zur Suchtrehabilitation, 01.07.2018) Link: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/Handlungsempfehlungen_Nahtlosverfahren_Qualifizierter_Entzug_Suchtrehabilitation.html, Zugriff: 06.11.2019.	Medizinische Reha; Akutbehandlung
2017	**Reform des Substitutionsrechts** In der Novellierung des Substitutionsrechtes beschließt das Bundeskabinett am 15. März 2017 die 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Der Bundesrat stimmt der Vorlage am 12. Mai 2017 zu. Neben Bestimmungen über die Art der Substitution, der zugelassenen Substitutionsmittel und Anforderungen an Einrichtungen regelt die BtMVV, dass die Bundesärztekammer zuständig für die Erarbeitung neuer „Substitutionsrichtlinien“ ist. Die parallel zum Gesetzgebungsverfahren erarbeiteten Richtlinien werden von der Bundesärztekammer am 27./28. April 2017 verabschiedet und treten am 02. Oktober 2017 in Kraft. Links: https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2017/0201-0300/222-17.pdf?__blob=publicationFile&v=5 , Zugriff: 06.11.2019. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Substitution.pdf, Zugriff: 06.11.2019.	Gesetzgebung; Akutbehandlung
01.07. 2018	**Arbeitsuchende Abhängigkeitskranke – Zugang zur Suchtrehabilitation** Die gemeinsam zwischen der DRV, der BA und kommunalen Spitzenverbänden geschlossene Empfehlung sollen arbeitsuchende abhängigkeitskranke Menschen bei dem Zugang in eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker und der anschließenden beruflichen (Wieder-)Eingliederung unterstützen. Damit wurde ein weiterer Vereinbarungsschritt, mit dem Ziel den Zugang zur Suchtrehabilitation zu verbessern, in Kraft gesetzt (vgl. auch Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug, 01.,08.2017) **Link:** https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/Empfehlungen_Unterstuetzung_arbeitsuchender_abhaengigkeitskranker_Menschen.html, Zugriff: 06.11.2019.	Medizinische Reha; Akutbehandlung

Literaturverzeichnis

Augurzky, B.; Reichert, A.R.; Scheuer, M. (2011): Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung. Internet: http://www.rwi-essen.de/publikationen/rwi-materialien/243 /, Zugriff: 01.07.2019.

BAG Wohnungslosenhilfe (2017): Zahl der Wohnungslosen. Berlin. Internet: http://www.bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html , Zugriff: 01.07.2019.

Barmer GEK (2014): Gesundheitsreport 2014 Bayern. Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 – 6 – 1. Wuppertal. Internet: https://www.barmer.de/blob/38940/d423de1c8d13263dd88b66deaa5a8038/data/pdf-gesundheitsreport-bayern.pdf , Zugriff: 27.06.2019.

Bartsch, Gabriele (2017): Versorgung abhängigkeitskranker Menschen in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst. 161-176

Bäuml, J. et al. (2017): Die SEEWOLF-Studie*: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Zur Psychiatrie, Neuropsychologie und Allgemeinmedizin einer prekären Lebenslage* Seelischer Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosen-Hilfe im Großraum München. Freiburg i.Br.: Lambertus.

Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (2014): Dokumentation der 29. Tagung des Netzwerkes Sucht in Bayern. „Besondere Indikationen im Rahmen der Substitutionsbehandlung“. München. Internet: https://www.bas-muenchen.de/publikationen/tagungsdokumentationen/netzwerk-sucht.html , Zugriff: 27.06.2019.

Bayerischer Landtag (2012): Interpellation der Abgeordneten Kathrin Sonnenholzner u.a. Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung psychisch erkrankter, seelisch behinderter und suchtkranker Menschen in Bayern [nach Daten der KV Bayern]. Internet: https://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP17/Drucksachen/Basisdrucksachen/0000000001/0000000361_antwort.pdf , Zugriff: 31.10.2019.

Bertalanffy, Ludwig von (1976): General System Theory. New York.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2015): Altenpflege in Deutschland. Zahlen – Daten – Fakten. Hamburg.

BKK-Bundesverband (Hrsg.) (2007): Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen. Bremerhaven : Wirtschaftsverl. NW, Verl. für neue Wissenschaft.

Blaues Kreuz in Deutschland et al. (2018): Statistik 2017. der fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände. Wuppertal.

Bleuler, E. (1921): Vom medizinischen Autismus in der Alkoholfrage. In: Bleuler, E.: Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. 2., verbesserte Auflage. Berlin: Springer. 70-76. Internet: https://archive.org/stream/BleulerAD05/Bleuler_AD05#page/n79/mode/2up , Zugriff: 24.06.2019.

Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) (2018): Presse – MPU 2017: Zahl der Medizinisch-Psychologischen Untersuchung sinkt. Bergisch Gladbach. Internet: https://www.bast.de/BASt_2017/DE/Presse/Mitteilungen/2018/presse-08-2018.html , Zugriff: 31.10.2019.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (2019): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2017. Münster. https://www.bagues.de/de/veroeffentlichungen/kennzahlenvergleiche/ , Zugriff: 04.11.2019.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2016): 20 Jahre Neurologisches Phasenmodell. BAR-Symposium 2015. Frankfurt a.M.

Bundesärztekammer (2018): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2017. Berlin. Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2018/Stat18AbbTab.pdf , Zugriff: 31.10.2019

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (2019): Bericht zum Substitutionsregister. Januar 2019. Berlin. Internet: https://www.bfarm.de/DE/Bundesopiumstelle/Substitutionsregister/Bericht/_node.html , Zugriff: 27.06.2019.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2019): A-Z der Arbeitsförderung. Nachschlagwerk zum Sozialgesetzbuch Drittes Buch (SGB III). Stand: Januar 2019. Bonn.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2019): Im Dialog: Das Magazin des Bundesministeriums für Gesundheit. Ausgabe 1. Internet: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/ministerium/details.html?bmg%5Bpubid%5D=3266 , Zugriff: 06.11.2019.

Bundesregierung (1970): Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs. Spezifische Aufklärungskampagne: Bonn.

Bundessozialgericht (1968): Urteil vom 18.06.1968, Az.: 3 RK 63/66. Streit zwischen Krankenkasse und Sozialhilfeträger über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung; Alkoholsucht als krankenhauspflegebedürftige Krankheit.

Bundessozialgericht (1978): Urteil vom. 15.02.1978, Az.: 3 RK 29/77. Verpflichtung zur Tragung der Kosten einer Alkohol-Entziehungskur; Einstandpflicht der Träger der Rentenversicherung für den Versicherungsfall der Krankheit; Trunksucht als "Krankheit" i.S.d. § 182 Abs. 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) ; Kontrollverlust mit zwanghafter Abhängigkeit zum Alkohol; Versicherung nur in gesetzlicher Rentenversicherung oder Krankenversicherung; Öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zwischen Sozialversicherungsträgern. Internet, Zugriff: https://research.wolterskluwer-online.de/document/87a09f90-f3f4-427e-a6d6-e6e168e36548 , Zugriff: 06.11.2019.

Bundessozialgericht (1978): Urt. v. 25.10.1978, Az.: 8/3 RK 28/77. Internet: https://research.wolterskluwer-online.de/document/92c69a3b-bd51-4fda-b26d-4af51c976ffe?searchId=80292337 , Zugriff: 06.11.2019.

Bundessozialhilfegesetz. In der Fassung des Gesetzes zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch vom 27. Dezember 2003 (BGBl. I S. 3022). Internet: http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/13/index.php?norm_ID=1300000 , Zugriff: 24.06.2019.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2017): Dot.sys - Dokumentationssystem der Suchtvorbeugung. Ergebnisse der Datenerhebung 2016 inkl. Strukturberichte der teilnehmenden Bundesländer. Köln.

Caritas Suchthilfe (2013): Positionspapier der Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu). Niedrigschwellige Hilfen für Menschen mit suchtbezogenen Problemlagen. Freiburg i.Br. Internet: http://www.caritas-suchthilfe.de/cms/contents/caritas-suchthilfe.d/medien/dokumente/positionen-und-stell/niedrigschwellige-hi/casu_niedrigschwellige_hilfen_4.pdf?d=a&f=o , Zugriff: 27.06.2019.

Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2018): Kurzbericht
Situation illegaler Drogen in Deutschland. München (u.a.). Internet: https://www.dhs.de/dhs-international/deutschgerman/ebdd-dbdd.html, Zugriff: 31.10.2019.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (Hrsg.) (2017): DHS Jahrbuch Sucht 2017. Lengerich: Pabst.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) (2014): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. Hamm. Internet: https://www.dhs.de/dhs-stellungnahmen.html, Zugriff: 05.11.2019.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.) (1981): Frau und Sucht. Beobachtungen, Erfahrung, Therapieansätze. Hamm: Hoheneck-Verlag. (Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren; 23)

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.) (1997): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Geschichte, Strukturen, Perspektiven. Freiburg i.Br.: Lambertus. (Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren; 40)

Deutsche Rentenversicherung Bund: Reha-Atlas 2019. Berlin. Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Rehaatlas/2019/rehaatlas_2019_download.pdf?__blob=publicationFile&v=3 , Zugriff: 04.11.2019.

Deutsche Suchthilfestatik (2019). Internet: https://www.suchthilfestatistik.de/ , Zugriff: 27.06.2019.

Deutscher Bundestag (2016): Sachstand: Substitutionsbehandlung im Justizvollzug. Berlin. Internet:
https://www.bundestag.de/blob/480528/079376bd958e4a1b9baa2652713d63cb/wd-9-049-16-pdf-data.pdf , Zugriff: 28.06.2019.

Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen
Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200 vom 25.11.1975. Internet: http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf , Zugriff: 24.06.2019.

DFB-Doppelpass 2020 (2019). https://www.dfb.de/schulfussball/doppelpass-2020 , Zugriff: 05.12.2019.

Engel, G.L. (1976): Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber.

Fachstelle für Suchtprävention Berlin (2019): Themenheft Suchtprävention. Nr. 54, Ausgabe Juni 2019. https://www.berlin-suchtpraevention.de/wp-content/uploads/2019/05/190529_Themenheft_54_FINAL_Hyper_150.pdf , Zugriff: 08.01.2020.

Fachverband Drogen- und Suchthilfe (Hrsg.) (2017): Arbeit und Bildung. Teilhabe ermöglichen. Eine Handreichung für die Suchthilfe. Berlin.

Freigang-Bauer, I.; Gröben, F.; Gusia, G. (2013): Expertise "Betriebliche Suchtprävention in Kleinst- und Kleinunternehmen". Eschborn: RKW Kompetenzzentrum.

Friedrich, M. et al. (2019): Workbook Prävention. Bericht des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EBDD (Datenjahr 2018/2019). München. https://www.dbdd.de/fileadmin/user_upload_dbdd/05_Publikationen/PDFs/REITOX_BERICHT_2019/WB_04_Praevention_2019.pdf , Zugriff: 05.12.2019.

Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und der für die Grundsiche-rung für Arbeitsuchende zuständigen Ministerien der Länder als aufsichtführende Stellen nach §§ 47, 48 SGB II zu den Leistungen zur Eingliederung in Arbeit im SGB II
nach § 16 SGB II i. V. m. §§ 44, 45 SGB III und nach § 16f SGB II
(Vermittlungsbudget, Maßnahmen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung
und Freie Förderung). 4. aktualisierte Fassung: 7. Juni 2017. Internet: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsmarkt/gemeinsame-erkl%C3%A4rung-grundsicherung-arbeitssuchende.pdf?__blob=publicationFile&v=3 , Zugriff: 28.06.2019.

Gesamtauswertung der ambulanten Basisdokumentation (AmBADO). Erwachsenenpsychiatrie Bayern 2016. Internet: https://www.bay-bezirke.de/data/download/gesamtauswertung-der-ambulanten-basisdokumentation-ambado_erwachsenenpsychiatrie.pdf , Zugriff: 31.10.2019.

Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Betäubungsmittelgesetz - BtMG). Internet: http://www.gesetze-im-internet.de/btmg_1981/BJNR106810981.html , Zugriff: 25.06.2019.

GKV-Spitzenverband (2018): Leitfaden Prävention. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp, Zugriff: 05.11.2019.

Haar, M.von der (2012): § 64 StGB in der Praxis - ein Überblick. Suchttherapie, 13(2), 58-65

Hansjürgens, R. (2018): Tätigkeiten und Potentiale der Funktion „Suchtberatung“. Expertise im Auftrag von Caritas Suchthilfe e.V. (CaSu), Freiburg und Gesamtverband für Suchthilfe e.V. (GVS), Berlin. Berlin, 2018. https://www.dg-sas.de/media/filer_public/0f/0b/0f0b198f-ebfe-4888-9bff-b96120a58e58/expertise_suchtberatung_final.pdf, Zugriff: 08.01.2020.

Hansjürgens, R. (2018): In Kontakt kommen. Analyse der Entstehung einer Arbeitsbeziehung in Suchtberatungsstellen. Baden-Baden: Tectum-Verlag.

Hauschildt, Elke (1995): "Auf den richtigen Weg zwingen ...". Trinkerfürsorge 1922 bis 1945 Freiburg i.Br.: Lambertus.

Heimerdinger, A. (2006): Alkoholabhängige Täter: Justizielle Praxis und Strafvollzug; Argumente zur Zurückstellung der Strafvollstreckung bei Therapieteilnahme Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle. Internet: https://www.krimz.de/fileadmin/dateiablage/E-Publikationen/kup52.pdf , Zugriff: 28.06.2019.

Heinz, W. (2017): Kriminalität und Kriminalitätskontrolle in Deutschland – Berichtsstand 2015 im Überblick. Stand: Berichtsjahr 2015; Version: 1/2017. Konstanz: Konstanzer Inventar Sanktionsforschung 2017. Internet: https://cms.uni-konstanz.de/fileadmin/archive/jura-ki/kis/ , Zugriff: 28.06.2019.

Klasse2000 (2019). https://www.klasse2000.de/ueber-uns/aktuelles/detail/aktuelles/schuljahr-2018-19-ueber-eine-halbe-million-kinder-erreicht-1 , Zugriff: 05.12.2019.

Kolip, P.; Greif, N. (2016): Evaluation Programm Klasse2000. Zusammenfassender Abschlussbericht. Biele-felde: Universität, Fakultät für Gesundheitswissenschaften. https://www.klasse2000.de/downloads/evaluation , Zugriff: 05.12.2019.

Körkel, J. (2007): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme Wohnungsloser. Eine Standortbestimmung. In: Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.): Zieloffene Suchtarbeit mit Wohnungslosen. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, Verl. für neue Wissenschaft. 21-53.

Landesstelle für Suchtfragen der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg (Hrsg.) (2017): Suchthilfestatistik 2016. Daten zur Suchtberichtserstattung der ambulanten Suchthilfe Baden-Württemberg 2016. Stuttgart.

Leune, J.(2014): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2014. Lengerich: Pabst. 181-202

Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt: Suhrkamp.

LWL-Koordinationsstelle Sucht (2018): Gleichaltrige reden mit Fahrschülern über Alkohol und Drogen. Münster. https://www.lwl-ks.de/media/filer_public/39/0f/390f9a0b-ce64-4876-9a93-111908a6f3f5/2018_03_28-ppf-projekt-des-monats.pdf , Zugriff: 05.12.2019.

Melchinger, H. (2008): Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Internet: http://www.root.webdestination.de/kunden/01extern/bdn_redaktion_ssl_neu/upload/kbv_gutachten_%28endfassung_%29.pdf , Zugriff: 27.06.2019.

Morgenstern, M.; Seidel, A.-K.; Hanewinkel, R. (2019): Suchtprävention an beruflichen Schulen. Bildung und Beruf, 2(2), 50–57.

Müller, J.L. et al. (2017):Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB. Interdisziplinäre Task-Force der DGPPN. Nervenarzt, 88(Sonderheft 1).

Neubert, O.; Richter, M. (2016): Psychiatrische Ambulanzen. Erste Schritte zur Transparenz im Rahmen der Psych-Entgeltreform. In. Klauber, J. (et al.) (Hrsg.) (2016): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer. S. 63-84. Internet: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Krankenhausreport/2016/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_khr2016_kap04.pdf , Zugriff: 31.10.2019.

Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986

Rehbein, F. (2019): Reichweite von Suchtprävention aus der Perspektive jugendlicher Endadressaten. Sucht, 65(1), 48-59.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten. Bonn. Internet: https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606 , Zugriff: 06.11.2019.

Scheerer, K. (1990): „Asozial“ im Dritten Reich: Die vergessenen Verfolgten. Münster: Votum-Verlag.

Schlöffel, M. et al. (2016): Praxisempfehlungen für den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen in der somatischen und psychosomatischen Rehabilitation (Langfassung). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.

Schneider, F. et al. (2018): Workbook Gefängnis. Bericht 2018 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA. (Datenjahr 2017 / 2018). München: Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht.

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2018): Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe. Ausgaben und Einnahmen. Wiesbaden. www.destatis.de

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2018): Strafvollzug. Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Wiesbaden. (Fachserie 10 Reihe 4.1). Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/_inhalt.html#sprg235918 , Zugriff: 28.06.2019.

Statistisches Bundesamt (DESTATIS) (2017): Strafvollzug. Demographische und kriminologische Merkmale der Strafgefangenen zum Stichtag 31.3. Wiesbaden. (Fachserie 10 Reihe 4.1). Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/_inhalt.html#sprg235918 , Zugriff: 28.06.2019.

Statistisches Bundesamt: Statistiken zu Reha- und Vorsorgeeinrichtungen. Wiesbaden. Internet: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Vorsorgeeinrichtungen-Rehabilitationseinrichtungen/_inhalt.html , Zugriff: 04.11.2019.

Telefonseelsorge (2018): Telefon – Mail – Chat – face-to-face. Gesamtstatistik für das Jahr 2017. Berlin. Internet: https://www.telefonseelsorge.de/?q=node/42 , Zugriff: 31.10.2019.

Wittmann, B. (2012): Zur Forensischen Behandlung Drogenabhängiger. Suchttherapie, 13(2), 66-73.