

Zeitschrift: SuchtMagazin
Herausgeber: Infodrog
Band: 43 (2017)
Heft: 2-3

Artikel: Suchthilfe in Deutschland
Autor: Bartsch, Gabriele
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-800147>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.01.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Suchthilfe in Deutschland

Vielfältige Einflüsse haben das heute in Deutschland bestehende Suchthilfesystem geprägt. Beratung und Behandlung orientieren sich am bio-psycho-sozialen Modell und sind qualitativ hochwertig. Wird der Hilfebedarf jedoch komplex, behindern Schnittstellenprobleme eine optimale Versorgung. Auf der suchtpolitischen Seite fehlen zukunftsweisende Strategien, die sich an den Menschenrechten orientieren und Fach- und Sachargumente höher bewerten als Meinungen und Ideologien.

Gabriele Bartsch

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS),
Westenwall 4, D-59065 Hamm, +49 (0)179 1269409,
gb-dbdd@dhs.de, www.dhs.de

Schlagwörter:

Deutschland | Suchthilfe | Suchthilfesystem | Suchtpolitik | Suchthilfeverbände |

Schaut man auf die Geschichte des Alkohols in Europa, so fallen die ersten «Suchthilfe»-Reaktionen auf den weit verbreiteten Alkoholismus im 19. Jahrhundert sehr ähnlich aus: Mässigungs- und Abstinenzbewegungen. Verwunderlich ist das nicht, denn neben Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten gehörte Alkoholabhängigkeit zu den drei Haupterkrankungen dieser Zeit.¹ Noch zur Jahrhundertwende (19./20. Jahrhundert) wurden in Deutschland durchschnittlich 20 Prozent jedes Arbeitslohns für Alkohol ausgegeben.² Auch die Stigmatisierung von Suchtkranken und schliesslich die Anerkennung von Abhängigkeit als Krankheit sind keine deutschen Alleinstellungsmerkmale. Was ist in Deutschland also besonders verlaufen und was war und ist ausschlaggebend für Entwicklungen und Strategien, die heute in Deutschland zu beobachten sind? Der folgende Beitrag versucht, einige Antworten darauf zu geben.

Will man die Suchthilfe in Deutschland verständlich machen, kommt man nicht umhin, auch einige Worte über die Geschichte, die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die Bewertung von Substanzkonsum und Abhängigkeit durch die Gesellschaft zu verlieren. Und natürlich spielt auch das tatsächliche Konsumverhalten eine Rolle. Insbesondere im Umgang mit und in der Bewertung von Alkohol, der Alltags- und Lieblingsdroge der Deutschen, zeigt sich eine besondere Irrationalität. Bei keiner anderen psychoaktiven Substanz driften die mit dem Konsum verbundenen tatsächlichen und die gefühlten Risiken derart auseinander.

Ein kurzer Rückblick in die Geschichte

Die Entwicklung der Suchthilfe erlebte drei grosse, politisch bedingte Einschnitte: Den ersten in der Zeit des Nationalsozialismus. Wohlfahrtsverbände und aktive Verbände von Alkoholgegnern wurden abgeschafft, lösten sich selbst auf, um Schlimmerem zu entgehen, oder schalteten sich gleich. Die Nationalsozialisten schufen eigene Organisationen, mit denen sie wechselnde politische Ziele verfolgten: Die zunächst geschaffene «Reichsfachgemeinschaft zur Bekämpfung des Alkoholismus» (REFAG) verfolgte aus wirtschaftspolitischen Gründen einen eher mässigungs- und keinen abstinenzorientierten Kurs. Um engagierte Fachleute aus der Zeit der Weimarer Republik einzubinden, wurde der ehemalige Direktor des «Deut-

schen Vereins gegen den Alkoholismus» als stellvertretender Vorsitzender eingesetzt. Schon 1934 wurde die REFAG durch die «Reichsarbeitsgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung» (RAG) abgelöst. Sie setzte die erbbiologischen Deutungsmuster der Nationalsozialisten für alle Formen der Sucht durch. Süchtige wurden als von Geburt an minderwertig angesehen. Man steckte sie ins Zuchthaus oder in Konzentrationslager. Aufgrund von rassen- und erbhhygienischer Politik wurden allein 300'000 chronisch Alkoholranke sterilisiert.³ Ab 1939 wurde die Alkohol- und Suchtpolitik auf die Kriegsvorbereitungen eingestellt. Die neu gegründete «Reichsstelle gegen die Alkohol- und Tabakgefahren» diente als Disziplinierungsinstrument der Gesellschaft, sowohl der Soldaten als auch der Zivilbevölkerung. Die Bekämpfung von Alkohol- und Tabakgefahren wurde als Teil der Erhaltung und Stärkung der Wehrkraft angesehen.

Den zweiten Schnitt stellte die politische Trennung in zwei Staaten dar, die Bundesrepublik Deutschland (BRD) und die Deutsche Demokratische Republik (DDR). Während die Suchthilfe in der BRD nach dem Krieg strukturell und zum Teil auch personell schnell wieder an die Vorkriegs- und auch Nazizeit anknüpfte,⁴ gab es in der DDR keinen Aufbau von Suchthilfeorganisationen. In der BRD gründete sich die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (heute Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.). Sie sah sich anfangs noch in der Tradition ihrer Vorläuferorganisationen ab 1921, einschliesslich der nationalsozialistischen Organisationen. Dies zeigt sich u. a. im Sprachgebrauch z. B. bei der Namensgebung wie auch in der Kontinuität der Mitgliedsverbände und ihrer Vertreter. Wie ihre Vorgängerorganisationen in der Weimarer Republik suchte die neu gegründete DHS die Zusammenarbeit zwischen staatlichen Stellen, Wohlfahrtsverbänden und Abstinenzverbänden. Der Arbeitsschwerpunkt lag anfänglich in der Alkohol- und Tabakpolitik. In der DDR erfolgte ein derartiger Zusammenschluss von Suchtfachleuten nicht, allerdings setzten einige Fachleute in Dresden, Magdeburg und Jena ihr Engagement in der Aufklärungsarbeit fort. Die Folgen des steigenden Alkoholkonsums wurden in der DDR lange unterschätzt, so dass sich eine spezialisierte Suchtbehandlung (für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit) erst in den 1970er-Jahren durchsetzte und sich eine entsprechende Hilfestruktur bildete.⁵ 1989 erliess das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR eine «Richtlinie über die Aufgaben des Gesundheits- und Sozialwesens zur Verhütung und Bekämpfung der Alkoholkrankheit». Diese trat jedoch aufgrund der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten nicht mehr in Kraft.

Der dritte Einschnitt erfolgte mit der Wiedervereinigung von BRD und DDR. Die in der BRD vorhandene Sozialgesetzgebung und die mit ihr verbundenen Strukturen im Gesundheitswesen

wurden auf die ehemalige DDR übertragen. Das dort aufgebaute System der Suchtbehandlung wurde zum grössten Teil nicht bewahrt und damit die Chance vertan, Suchthilfe aus einer Hand zu organisieren. Auch hinsichtlich der Konsummuster unterschieden sich die beiden deutschen Staaten. Während in der DDR Alkohol- und in geringerem Masse auch Medikamentenabhängigkeit eine Rolle spielten, setzten sich in der BRD neben dem weitverbreiteten Alkohol- und Tabakgebrauch neue Konsummuster durch. Cannabis, Heroin und LSD, später auch aufputschende Drogen, lagen insbesondere bei jugendlichen KonsumentInnen im Trend.

Aufbau einer nationalen Suchtpolitik in der BRD

Auf das Aufkommen neuer Drogen in den 60er-Jahren, und damit auch auf die Zunahme von Drogentodesfällen, mussten Staat und Gesellschaft reagieren. Erstmals überhaupt wurde über Drogen – legale und illegale – diskutiert. Denn bis dato ging es nur um den Konsum von Tabak und Alkohol, beide auch Symbole für den zunehmenden Wohlstand während des «Wirtschaftswunders». Eine politische Strategie zur Suchtvermeidung hatte es bis zu dieser Zeit nicht gegeben. Tabakrauchen und Alkoholkonsum wurden weitgehend als normal angesehen. Nur das «Zu-viel-Trinken» galt als problematisch. Alkoholkrank sein wurden mit einem Stigma belegt.

Erst Anfang der 1970er-Jahre begannen Bund und Länder eine nationale Suchtpolitik zu formulieren (1. Aktionsprogramm 1970, Ablösung des Opiumgesetzes von 1929 durch das Betäubungsmittelgesetz 1972). Ziel war es, dem zunehmenden Gebrauch illegaler Drogen in der Bevölkerung entgegenzuwirken. Zunächst lag der Fokus auf der Verfolgung des Drogenhandels und auf Aufklärungskampagnen. Beratung und Behandlung von Abhängigen illegaler Drogen spielten noch keine grosse Rolle, wurden aber in einem Grossmodell des Bundes ab 1971 gefördert. Die Bundesregierung stellte 61 Trägern der Suchthilfe ca. 4 Mio. DM zur Verfügung. Dadurch konnten sich auf kommunaler Ebene Hilfeeinrichtungen für drogengefährdete und -abhängige Jugendliche etablieren und spezialisierte Entwöhnungseinrichtungen ausgebaut werden. Erst in den 90er-Jahren wurde die parallel existierende Beratung und Behandlung von Abhängigen legaler und illegaler Drogen ansatzweise zu einer integrierten Suchtbehandlung zusammengeführt. Konzepte der Schadensminimierung wie Spritzentausch, Kondomvergabe, Substitution kamen erst Ende der 80er-Jahre nach langen, stark ideologisch geprägten Auseinandersetzungen hinzu und sind bis heute nicht selbstverständlich (z.B. Substitution in Justizvollzugseinrichtungen). Möglich wurde auch, sofern es sich um Beschaffungsdelikte handelte, die Zurückstellung der Strafvollstreckung zugunsten der Durchführung einer Therapie, kurz «Therapie statt Strafe» genannt. Darüber hinaus begann man Drogenkonsum und seine Verbreitung wissenschaftlich zu untersuchen.

Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten

Erschwerend für die Erarbeitung und Umsetzung einer grundlegenden und umfassenden Suchtstrategie wirkt die deutsche Verfassung. Sie hat für die Bundesebene nur wenige suchtspezifische Zuständigkeiten vorgesehen: die Kompetenz für die Gesetzgebung bezüglich illegaler Drogen (das Betäubungsmittelgesetz und seine Verordnungen), das Strafrecht und die Sozialgesetzgebung, die zum Teil aber auch dem Ressort «Arbeit und Soziales» zugeordnet ist. Die Bundesländer und die Kommunen sind für Suchtprävention, Suchtberatung und soziale Hilfen zuständig.

Seit 1992 gibt es in jeder Bundesregierung auch eine/n Bundesdrogenbeauftragte/n. Sein/ihr Büro war zunächst dem Innenministerium zugeordnet, heute ist es im Bundesministeri-

um für Gesundheit angesiedelt. Es koordiniert die Drogenpolitik der Bundesregierung, hat aber keine bedeutende Hausmacht gegenüber anderen Ministerien, z.B. dem Finanz- oder Wirtschaftsressort. Dies macht sich insbesondere bei Diskussionen über Steuererhöhungen auf Tabak und Alkohol wie auch über Regulierungen der Alkohol- und Tabakwerbung bemerkbar. Der seit 2004 ebenfalls tätige Drogen- und Suchtrat ist ein Beratungsgremium der Drogenbeauftragten. In ihm sind vertreten: relevante Ministerien, Kranken- und Rentenversicherungsträger, die Bundesvertretungen der PsychotherapeutInnen und der Ärzteschaft sowie die Suchthilfe und ein/e Vertreter/in der Länder. Die Arbeitsergebnisse des Drogen- und Suchtrates sind jedoch lediglich Empfehlungen an die Drogenbeauftragten und haben keinen verbindlichen Charakter. Zur Koordination der Politik zwischen Bundes- und Länderebene tagen bereichsübergreifende Konferenzen und Arbeitsgruppen.

Zwischenbefund

Schon an dieser Stelle wird deutlich, dass eine konsistente Suchtpolitik vieler Abstimmungen bedarf, zwischen einzelnen ministeriellen Ressorts, zwischen der Bundes- und der Länderebene und zwischen den Fachvertretungen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Bundesländer von der Problematik der illegalen Drogen unterschiedlich betroffen sind. In den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin war und ist der Drogenkonsum (in Relation zur Bevölkerung) höher als in den meisten Flächenländern. Neue Trends wie der Konsum von Crystal Meth dominieren in Sachsen, Thüringen und in Teilen von Bayern. Auch die Finanzlage der Bundesländer und nicht zuletzt auch parteipolitische Machtverhältnisse in den Bundesländern bestimmen, welche drogenpolitische Richtung ein Bundesland einschlägt. All dies führt zu sehr unterschiedlichen Interessengewichtungen, die sehr gegensätzliche Suchtpolitiken der Länder und Kommunen zur Folge haben können, z.B. wenn es um die finanzielle Ausstattung von Beratungsstellen geht oder um die Festlegung der Geringfügigkeitsmengen, bei denen Cannabisbesitz verfolgt, aber nicht bestraft werden muss.

Welche Strategie verfolgt die staatliche Suchtpolitik heute?

2012 wurde die vorerst letzte Nationale Drogen- und Suchtstrategie vom Bundeskabinett verabschiedet. Sie ruht auf vier Säulen: 1. Prävention, 2. Beratung und Hilfen zum Ausstieg, 3. Schadensminimierung und 4. Angebotsreduzierung bzw. Repression. Sie bezieht sich gleichermaßen auf Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen sowie nicht-substanzbezogene Verhaltensstörungen wie pathologisches Glücksspielen und erstmals auch exzessive Internet- bzw. Mediennutzung. Die Strategie soll dazu beitragen, dass Menschen keine oder weniger legale und illegale Suchtmittel konsumieren und keine verhaltensbezogenen Störungen entwickeln. Für jeden der Interventionsbereiche wurden Ziele formuliert, die v.a. auf das individuelle Verhalten bezogen sind. Verhältnispräventive Massnahmen finden sich in der Strategie nur in Ansätzen und wenn, meist als freiwillige Anstrengung von Betrieben oder der Suchtmittelindustrie. Zwar wird eine Prüfung oder das Monitoring von verhältnispräventiven Massnahmen angekündigt, eine systematische Evaluation ist bislang jedoch weder von den empfohlenen verhaltens- noch von den verhältnispräventiven Massnahmen erfolgt. Allerdings werden in Deutschland regelmässig suchtspezifische Indikatoren erhoben, aus denen Rückschlüsse über die Suchtpolitik gezogen werden können; z. B. im Rahmen des Epidemiologischen Suchtsurveys – ESA für Erwachsene (IFT), der Drogenaffinitätsstudie – DAS für Jugendliche (BZgA) oder der Studie «Gesundheit in Deutschland» – GEDA(RKI).



Schwerpunkte der Suchtpolitik

Die derzeitige Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Marlene Mortler (CSU), sieht v.a. zwei grosse Herausforderungen für die Suchtpolitik: den demografischen Wandel sowie neue Suchtformen und entsprechende Konsumtrends (Crystal Meth, Legal Highs und exzessive Nutzung von Computerpielen und Online-Medien). Stärker als in der Vergangenheit sollen nicht nur die Abhängigkeit, sondern auch riskantes Konsumverhalten in den Blick genommen werden, auch wenn es nicht zwingend zu einer Abhängigkeit führt.⁶ Besonders wichtig sind der Drogenbeauftragten darüber hinaus Kinder aus suchtbelasteten Familien und die Suchtselbsthilfe sowie Medikamentenabhängigkeit. Durchgesetzt hat sie die Zulassung von Cannabis als Medikament für Schwerkranke.

Zwischenbefund

Bei der Erarbeitung der Strategie wurde die Chance vertan, die Wirksamkeit der vorhandenen Präventionsansätze und die Konsequenzen suchtpolitischer Konzepte, wie z.B. die strafrechtliche Verfolgung von KonsumentInnen, einer grundlegenden Prüfung zu unterziehen und angemessene Schlüsse und Empfehlungen daraus abzuleiten. Immer noch wird unterschieden zwischen «guten» legalen und «schlechten» illegalen Drogen, mit allen bekannten Folgen für die Gesundheit der KonsumentInnen. Eine Diskussion, wie in der Schweiz durch den Bericht «Herausforderung Sucht» initiiert, unterblieb. Nach wie vor stehen in Deutschland v.a. junge Menschen im Fokus der Prävention und wird die Eigenverantwortung hochgehalten. Eine Public Health basierte Sichtweise, die von vielen Wissenschaftlern eingefordert wird, hat sich beim Thema Sucht nicht durchsetzen können.

Welche Faktoren und Entscheidungen haben das Suchthilfesystem geprägt?

Eine besondere Rolle bei der Entwicklung der Suchthilfe spielten und spielen die Wohlfahrtsverbände. Alle grossen Wohlfahrtsverbände wie Caritas, Diakonie, Paritätischer, Arbeiterwohlfahrt und Rotes Kreuz hatten schon in den 20er-Jahren Referate oder Arbeitsgruppen, die sich mit der damals «Trinkerfürsorge» genannten Behandlung von Alkoholkranken beschäftigten. Auch waren unter ihrem Dach parallel entsprechende Abstinenzverbände organisiert. Die Trinkerheilstätten, die von den Wohlfahrtsverbänden vor dem Krieg gegründet worden waren, wurden zwar fast alle während des Krieges zerstört, doch schon bald danach wieder aufgebaut. Das starke Engagement der Wohlfahrtsverbände in der Suchthilfe erlaubte es, Aufgaben des staatlichen Gesundheitswesens an diese Verbände zu übertragen. Dies ist bis heute so geblieben. Suchtberatung und ambulante Behandlung werden auch heute noch zum grössten Teil von den Wohlfahrtsverbänden getragen und nicht von Stellen des öffentlichen Gesundheitswesens.⁷

Einen Meilenstein für die Suchthilfe stellte das Urteil des Bundessozialgerichts von 1968 dar, mit dem Alkoholabhängigkeit als Krankheit anerkannt wurde. In der Folge musste geklärt werden, wer für die Behandlungskosten dieser Erkrankung aufkommen sollte. Dieser Abstimmungsprozess zog sich über Jahre hin, bis 1978 die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Rentenversicherungsträger eine Empfehlungsvereinbarung beschlossen, welche die Zuständigkeit und das Verfahren bei der Gewährung stationärer Rehabilitationsmassnahmen für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige regelte. Von diesem Zeitpunkt an wurde die Zuständigkeit und Vergütung der als medizinische Behandlung betrachteten Entgiftung hauptsächlich von den Krankenkassen übernommen. Die rehabilitative Entwöhnung oblag fortan vorrangig den Rentenversicherungen, eine entscheidende und richtungsweisende Aufgliederung, die bis heute Bestand hat. Mit dieser Entscheidung wurde die Kostenlast

zwar auf verschiedene Systeme verteilt, jedoch verabschiedete man sich gleichzeitig von einem ganzheitlichen Menschenbild. Die Behandlung wurde in medizinische und soziale Komponenten aufgeteilt, was die Kooperation zwischen den beteiligten Einrichtungen und Institutionen erschwert. Nachteilig kann sich die Splittung der Behandlung auch auf die soziale und berufliche Integration der Behandelten auswirken, denn Krankenhäusern und Entgiftungseinrichtungen fehlen die Kapazitäten, sich um die Wiedereingliederung ihrer PatientInnen zu kümmern, wenn diese keine Rehabilitationsmassnahmen in Anspruch nehmen wollen oder können. Die Anbahnung beruflicher Reintegration ist eine Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen und wird nach abgeschlossener Rehabilitation durch die Nachsorge in den Beratungsstellen abgesichert.

Zwei weitere Faktoren waren bei der Entwicklung des Suchthilfesystems in Deutschland entscheidend. 1975 wurde mit der Veröffentlichung des Berichts der «Psychiatrie-Enquete» die Wende zu einer gemeindenahen Versorgung vollzogen. Eine flächendeckende Regionalisierung sollte die Verzahnung von ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung fördern, unter Einbeziehung der Psychiatrischen und Allgemeinen Krankenhäuser. Ein integriertes Versorgungssystem wurde angestrebt.⁸ Bis zur Umsetzung dauerte es jedoch noch über ein Jahrzehnt. 1986 wurde schliesslich das «Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Behandlung psychisch Kranker» verabschiedet. Es ermöglichte die Einrichtung von Institutsambulanzen. 1988 folgten die «Empfehlungen zur Reform der Versorgung im psychiatrisch/psychosomatischen Bereich», welche auch die Versorgung Abhängigkeitskranker umfassten. Ebenfalls 1988 wurde das Gesundheitsreformgesetz verabschiedet, das eng verbunden war mit der Forderung «ambulant vor stationär».

Damit gewann auch die ambulante Suchtbehandlung an Bedeutung.

Zwischenbefund

Zu den Besonderheiten der Suchthilfe in Deutschland zählt die Aufgliederung der Zuständigkeiten für Suchtkranke. Sie sind in verschiedenen Sozialgesetzbüchern geregelt. Es gibt nicht ein Gesetzbuch, das alle Bereiche der Suchthilfe umfasst. Für die Behandlung und Betreuung Suchtkranker sind sowohl die gesetzlichen Krankenkassen, die Rentenversicherungsträger, die Jugendhilfe, die Sozial- und Eingliederungshilfe, die Kommunen sowie die öffentlichen Gesundheitsdienste und der Justizvollzug verantwortlich. Dies führt selbst für in der Suchthilfe Tätige zu einer schwer zu durchschauenden Vielfalt an Behandlungssegmenten und Kombinationsmöglichkeiten der Hilfen, und v.a. zu Schwierigkeiten bei der Sicherstellung der Hilfen, wenn im Verlauf von Behandlung und Betreuung verschiedene Kostenträger zuständig sind.

Angebote und Leistungen

Suchthilfe wird heute nicht mehr nur als Beratung und Behandlung abhängigkeitskranker Menschen verstanden, sondern als umfassendes und differenziertes System, das von der Suchtprävention über die Suchtselbsthilfe bis hin zur Rehabilitation und der beruflichen Wiedereingliederung reicht. Ziel ist die Sicherstellung der sozialen und beruflichen Teilhabe der von Sucht Betroffenen. Die grosse Bedeutung sozialer Faktoren für die Entwicklung einer Abhängigkeit spiegelt sich entsprechend auch im bio-psycho-sozialen Behandlungsmodell wider. Gerade im Bereich der Suchtproblematik sollen die sozialen Hilfe- und Therapieansätze gegenüber medizinischen und psychologischen Interventionen nicht zu kurz kommen. Das Einbeziehen von Angehörigen in die Behandlung, der Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen, das Einüben von Tagesstruktur sowie niedrig-

schwellige Beschäftigungsangebote sind daher unabdingbar, soll Teilhabe auch derjenigen erreicht werden, die schwierige soziale Problematiken aufweisen.

Kernstück des Hilfesystems stellen nach wie vor die Suchtberatung und Suchtbehandlung dar, die die zentrale Funktion der Vermittlung und Koordination sowie das Fallmanagement übernehmen. Das derzeitige Präventions- und Hilfesystem stellt sehr unterschiedliche professionelle und ehrenamtliche Leistungsangebote zur Verfügung. Diese können sich ergänzen oder alternativ wahrgenommen werden und sollen eine weitreichende Versorgung sichern.

Das stark differenzierte und zergliederte Hilfesystem ermöglicht zwar eine besonders personenzentrierte Prävention, Beratung und Behandlung, jedoch kann die Vielfalt der Systembausteine Hilfe auch erschweren: Das Management der zahlreichen Schnittstellen erfordert ein hohes Mass an Kooperationswillen der beteiligten Leistungserbringer und Leistungsträger sowie erhebliche Managementfähigkeiten. Dabei sind die unterschiedlichen Finanzierungsgrundlagen (Sozialgesetzbücher) und Umsetzungsregelungen auf Länderebene nicht unbedingt hilfreich. Eine detaillierte Übersicht der Versorgungssegmente, einschliesslich ihrer Rechtsgrundlagen und der Planungszuständigkeit, hat die Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) 2014 erarbeitet.⁹ Sie werden im Folgenden kurz zusammengefasst:

Prävention

Für Suchtprävention sind die Bundesländer zuständig. Die Landesstellen für Suchtfragen spielen dabei eine bedeutende, z.T. auch koordinierende Rolle. Daneben gibt es ebenfalls regionale Fachstellen für Suchtprävention sowie Träger von Beratungsstellen in den Kommunen, die suchtpreventive Aufgaben, z.B. in Schulen, durchführen. Finanzielle Förderung erhalten diese Organisationen hauptsächlich für verhaltenspräventive Projekte und Massnahmen. Dies könnte sich mit dem neuen Präventionsgesetz ändern, das insbesondere auf verhältnispräventive Ansätze in Settings und den Aufbau von gesundheitsfördernden Strukturen setzt.

Rechtsgrundlage: Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG).

Planung durch die Nationale Präventionskonferenz, Länder, Kommunen.

Akutbehandlung

Zur Akutbehandlung zählen in Deutschland die Behandlung durch niedergelassene ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie. Auch die Behandlung in Allgemeinkrankenhäusern, Psychiatrischen Institutsambulanzen und Psychiatrischen Kliniken wird dazu gerechnet, insbesondere die Entgiftung und der qualifizierte Entzug.

Rechtsgrundlage: SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung.

Planung durch Psychotherapeutenkammern, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Länder (Allgemeinkrankenhäuser und Psychiatrische Kliniken).

Beratung und Betreuung im Verbundsystem der Suchthilfe

Hierunter werden Angebote von Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, niedrigschwellige Hilfen (z.B. Kontaktläden und Konsumräume) sowie Übergangseinrichtungen wie bspw. im Rahmen des Betreuten Wohnens verstanden.

Rechtsgrundlage: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG).

Planung und Finanzierung durch Länder und Kommunen.

Beratung in der gesundheitlichen Versorgung

Auch das öffentliche Gesundheitswesen hält Bausteine der Suchthilfe vor, z.B. in Gesundheitsämtern, in Sozialpsychiatrischen Diensten und als Soziale Dienste in öffentlichen Krankenhäusern.

Rechtsgrundlage: ÖGDG, SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung.
Planung durch die Kommunen und Länder.

Förderung der Teilhabe

Hierzu gehören v.a. das Engagement der Suchtselbsthilfe sowie Massnahmen der Sozialen Rehabilitation bei mehrfachgeschädigten abhängigkeitskranken Menschen (z.B. Hilfen zum Wohnen, zur Arbeit und zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft), Arbeits-, Beschäftigungs- und Qualifizierungsangebote. *Rechtsgrundlage Suchtselbsthilfe:* Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), *Planung:* Eigenverantwortlich. Finanzielle Förderung durch Gesetzliche Rentenversicherungsträger und Gesetzliche Krankenversicherung.

Rechtsgrundlage Soziale Rehabilitation: SGB XII – Sozialhilfe.

Planung durch Sozialleistungsträger.

Rechtsgrundlage Berufliche Eingliederung: SGB II – Grundsicherung für Arbeitssuchende, SGB III – Arbeitsförderung, SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, SGB XII – Sozialhilfe.

Planung und Finanzierung durch Kommunen, Länder, Sozialleistungsträger, EU.

Rehabilitation und Nachsorge

Zur Behandlung zählen neben der Akutbehandlung auch die ambulante oder stationäre Rehabilitation sowie die Adaptionsbehandlung. Mit letzterer ist eine zweite Therapiephase gemeint. Sie dient der gesundheitlichen Stabilisierung sowie der Vorbereitung auf das Arbeitsleben und dem Aufbau sozialer Beziehungen. Seit einigen Jahren ist auch eine Kombination ambulanter und stationärer Rehabilitation möglich. Im Anschluss an eine Rehabilitation kann die Sicherung des Behandlungserfolgs und die soziale Eingliederung durch die sogenannte Nachsorge gefördert werden.

Rechtsgrundlage: SGB VI – Gesetzliche Rentenversicherung, SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung.

Planung durch Gesetzliche Rentenversicherungsträger in Abstimmung mit Gesetzlichen Krankenkassen.

Konzepte

Auf die fachlichen und ethischen Konzepte, über die alle in der Suchthilfe tätigen Verbände verfügen, und über die individuellen Akzente, die sie bei ihren Schwerpunkten setzen, kann im Rahmen dieses Beitrags nicht eingegangen werden. Stattdessen werden zwei überregionale Ansätze vorgestellt: Die sogenannte Kommunalisierung der Suchthilfe und die Verbundsysteme bzw. Netzwerke.

Kommunalisierung

Die sogenannte Kommunalisierung der Suchthilfe wurde in einigen, aber bei weitem nicht allen Bundesländern eingeführt. Kommunalisierung bedeutet im Falle der Suchthilfe: Alle relevanten Akteure einer Kommune sind in die Planung der Suchthilfe einbezogen und vereinbaren verbindliche Steuerungsprozesse. Diese Entwicklung wird aus fachlichen und strukturellen Gründen als sinnvoll betrachtet und häufig befürwortet. Allerdings wurde und wird sie auch heftig diskutiert. Denn je nach Ausgangs- und Interessenlage einer Kommune, kann der Prozess der Kommunalisierung sehr unterschiedlich verlaufen. Befürchtet wird, dass in manchen kommunalpolitischen Gremien die Kenntnisse über

Notwendigkeiten und Chancen der psychosozialen Angebote im Bereich der Suchthilfe nur wenig ausgeprägt sind und angesichts sonstiger Leistungsverpflichtungen die Suchtprävention und Suchthilfe als Einsparpotential gesehen werden. Mit einer Kommunalisierung wird auch der Anspruch einer stärkeren ambulanten Ausrichtung der Versorgungsstrukturen erhoben. Die Kommunen stehen aber gleichzeitig unter einem erheblichen Druck zu Kosteneinsparungen. Daher finden fachlich-strategische Überlegungen nur bedingt Eingang in die Entscheidungsfindung.

Verbundsysteme und Netzwerke

Ein weiteres Konzept zur Sicherung der Versorgung in der Suchthilfe sind Verbundsysteme und Netzwerke. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sich verschiedene Leistungserbringer zusammenschliessen und dabei

- ihre Behandlungs- und Hilfekonzepte aufeinander abstimmen,
- ergänzende oder alternative Leistungen «aus einer Hand» anbieten,
- für ein reibungsloses Schnittstellenmanagement sorgen,
- Betroffene durch den Hilfeprozess begleiten (Fallmanagement),
- sich auf verbindliche Kommunikationsregeln verpflichten (z. B. Fallkonferenzen und Lenkungskreise),
- sich gemeinsam auf Qualitätsstandards verpflichten und diese weiterentwickeln.¹⁰

Interdisziplinarität und Kooperation

Interdisziplinarität ist in den Einrichtungen der Suchthilfe gelebte Praxis und ein Muss nach den gültigen Qualitätsstandards. In Beratungs- und Behandlungsstellen, in der ambulanten und stationären Rehabilitation, in der Adaptionsphase und in der Nachsorge arbeiten unterschiedliche Professionen gemeinsam: SozialarbeiterInnen, SuchttherapeutInnen, PsychologInnen, ÄrztInnen, und in der Rehabilitation auch Ergo- und PhysiotherapeutInnen. Komplizierter wird es, wenn weitere Fachleute am Fallmanagement beteiligt werden müssen, wie z. B. die Jugendhilfe, Jobcenter, Einrichtungen des Betreuten Wohnens oder niedergelassene ÄrztInnen. Kooperationsleistungen, insbesondere wenn sie verschiedene Kostenträger betreffen, werden in der Regel nicht bezahlt, was erforderliche Abstimmungen erschwert. Eine Ausnahme stellen die Anstrengungen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung während oder im Anschluss an eine Rehabilitation dar. Renten- und Krankenversicherungsträger sowie die Suchtfachverbände haben gemeinsam Konzepte für die Vorbereitung auf den (Wieder-)Einstieg in das Erwerbsleben entwickelt. Da den Kostenträgern der Rehabilitation - den Rentenversicherungsträgern - die (Wieder-)Aufnahme von Arbeit und damit auch Beitragszahlungen wichtig sind, wird die Umsetzung dieser Konzepte auch bei der Vergütung berücksichtigt.¹¹

Bei der Kooperation spielt die Zugehörigkeit zu einem Verband eine untergeordnete Rolle. Zwar kooperieren verschiedene Einrichtungen eines Verbands gerne miteinander, aber an erster Stelle stehen eine wohnortnahe Versorgung sowie das sogenannte Wunsch- und Wahlrecht. Dies bedeutet, dass bei der Bewilligung einer Rehabilitationsleistung die Einrichtungswahl der Betroffenen berücksichtigt werden muss.

Politische Positionierung der Suchthilfeverbände

Die Suchthilfe orientiert sich weitgehend an der Definition von Sucht als behandlungsbedürftiger, psychosozialer und psychiatrischer Erkrankung mit oftmals chronischen Verläufen. In deren Folge kann das Entstehen einer sozialen, körperlichen und seelischen Beeinträchtigung die betroffenen Menschen daran hindern, am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben.

Gleichgültig welcher Ausrichtung sich die Suchthilfeverbände in Deutschland zuordnen – christlich, paritätisch, drogenakzeptierend –, alle verbindet ein ausgeprägtes Stellungbeziehen (Advocating) für suchtkranke, häufig sozial benachteiligte Menschen einerseits sowie das Engagement für den Erhalt sozialer Errungenschaften andererseits. Dabei beziehen sie sich auch auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und den Paradigmenwechsel, der sich mit ihrer Verabschiedung vollzog. Die UN-BRK verfolgt unter anderem das Ziel, Menschen mit Behinderungen mit Hilfe des Verweises auf die für alle Menschen geltenden Menschenrechte zu gleichberechtigten BürgerInnen ihrer jeweiligen Gesellschaft zu machen.¹²

Wenn es um Gesetzesentwürfe geht, wird die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) als Vertretung der Verbände der Suchthilfe um Stellungnahme gebeten und zu Anhörungen eingeladen. In der Regel gilt dies jedoch auch für die Suchthilfeverbände selbst und/oder die Wohlfahrtsverbände, denen sie angehören. Ähnlich wird auch bei der Besetzung von Arbeits- und ExpertInnengruppen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) verfahren oder bei Gremien wie dem Drogen- und Suchtrat. Beinahe alle in der Suchthilfe tätigen Verbände (Selbsthilfe-, Wohlfahrts- und Fachverbände) sind, mit Ausnahme der Anonymen Alkoholiker und Zusammenschlüssen privater Einrichtungen, Mitglied der DHS. Dies gibt ihnen die Möglichkeit, sich fachlich abzustimmen, koordiniert zu handeln, Themen zu setzen oder Weiterentwicklungen der Suchthilfe zu initiieren. Als gemeinsame, fach- und positionsübergreifende Organisation verfügt die DHS über eine starke suchtpolitische Aussenvertretung. Die Mitgliedsverbände haben die Gelegenheit, sich sowohl als Einzelverbände wie auch gemeinsam als DHS zu positionieren. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Debatte über Cannabis. Hier haben die Mitgliedsorganisationen eine gemeinsame DHS-Position erarbeitet, die die Gemeinsamkeiten und Grundwerte der unterschiedlichen Verbände zusammenführt. Gleichzeitig haben mehrere Mitgliedsverbände auch eigene Positionspapiere verfasst, die diese Standpunkte bestärken oder auch wesentlich über sie hinausgehen.

Welchen Chancen und Herausforderungen steht die Suchthilfe gegenüber?

Soll die Suchthilfe weiterhin die vielfältigen Aufgaben, die ihr obliegen, erfüllen können, sind Weiterentwicklungen der Suchthilfe und ihrer Rahmenbedingungen sowohl auf der gesetzlich/strategischen, als auch auf der operativen und der finanziellen Ebene erforderlich.¹³

Strategische Ebene

Auf der strategischen Ebene müssen die Rahmenbedingungen (z. B. Sozialgesetze) dahingehend weiterentwickelt werden, dass eine bessere Verzahnung der Hilfen und mehr Flexibilität möglich sind und dadurch Schnittstellenprobleme gelöst werden können. Förderlich wäre die Schaffung einer unabhängigen, übergeordneten Instanz, die an allen Gesetzesvorhaben der zuständigen Ministerien beteiligt ist und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Suchthilfesystems prüft, d. h. eine Art «Sucht-Mainstreaming» leistet.

Was die gesetzliche Regulierung des Glücksspielens angeht, so sind die Entwicklungen auf dem Glücksspielmarkt die grösste Herausforderung für die Suchthilfe. Es ist zu befürchten, dass es zu einer weiteren Liberalisierung kommt und insbesondere der Onlineglücksspielmarkt expandieren wird. Es ist die Frage, ob die Suchthilfe auf dieses Klientel und das Ausmass der Problematik vorbereitet ist.

Auch im Bereich der Substitution stellen sich neue Herausforderungen: Trotz gleichbleibend hoher Zahl an ÄrztInnen mit suchthilfetherapeutischen Zusatzqualifikation (eine Bedingung, um

eine Substitutionsbehandlung durchführen zu dürfen), sinkt die Zahl derjenigen, die tatsächlich substituieren. Es ist zudem zu erwarten, dass aufgrund der Altersstruktur der substituierenden ÄrztInnen, ihre Zahl in naher Zukunft weiter sinken wird. Ein Grund für die fehlende Motivation Opioidabhängige zu behandeln, ist die gültige Betäubungsmittelverordnung (BtmVV), die auch die Substitution regelt. Sie bietet nicht genügend Spielraum für eine angemessene, fachlich begründete Behandlung Opioidabhängiger. ÄrztInnen sehen sich durch sie nicht genügend abgesichert gegenüber juristischer Verfolgung. Derzeit ist die BtmVV in Überarbeitung. Die Verabschiedung soll im Frühjahr/ Frühsommer 2017 erfolgen.

Institutionen – operative Ebene

Um einer weiteren Zergliederung des Suchthilfesystems entgegenzuwirken, müsste die Kooperation auf regionaler und institutioneller Ebene durch Suchthilfenetzwerke gestärkt werden. Diese könnten die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungsträger und Leistungserbringer abstimmen und koordinieren (z.B. Behandlungsprozesse, Qualitätsstandards, Case Management, fachliche und konzeptionelle Weiterentwicklung). Dabei muss sichergestellt sein, dass die Planung, Steuerung und Bedarfserhebung nicht von den finanziellen Rahmenbedingungen dominiert, sondern aufgrund fachlicher Entscheidungen getroffen werden. Die bereits etablierten Suchthilfenetzwerke in einzelnen Bundesländern könnten als Modell dazu dienen. Als integraler und wichtiger Bestandteil des Hilfesystems muss die Suchtselbsthilfe noch besser in die Zusammenarbeit eingebunden werden. Die Vernetzung ihrer Arbeit mit der professionellen Suchthilfe bietet Chancen, diejenigen KlientInnen oder PatientInnen zu erreichen, die keine Rehabilitation benötigen oder anstreben.

Finanzielle und personelle Ebene

In den vergangenen Jahren haben sich die Finanzierungsgrundlagen für die verschiedenen Bausteine des Suchthilfesystems deutlich verschlechtert. Gespart wurde an der Grundfinanzierung von Beratungsstellen, das Rehabilitationsbudget der Rentenversicherung ist gedeckelt, hohe Strukturanforderungen an Reha-Einrichtungen bei gleichzeitig niedrigen Vergütungssätzen führen zu Unterfinanzierung und Schliessung von Einrichtungen. Im Vergleich zur Substitutionsbehandlung wird die abstinenzorientierte Behandlung von Suchtkranken im Bereich der ambulanten Primärversorgung nicht auskömmlich finanziert und erfordert von den Trägern erhebliche Eigenleistungen. Zu häufig wird in den Kommunen die Finanzierung der Suchtberatung als freiwillige oder optionale Leistung angesehen. Im Sinne einer Grundversorgung betroffener Menschen müsste sie jedoch sozial- und leistungsrechtlich fest verankert sein. In der akuten psychiatrischen Suchtbehandlung droht durch die Einführung eines neuen Entgeltsystems ebenfalls eine deutliche Verschlechterung der Behandlungsqualität.

Voraussetzung für ein funktionierendes Suchthilfesystem sind gut ausgebildete Fachkräfte. Der sich verschärfende Fachkräftemangel geht auch an der Suchthilfe nicht spurlos vorbei. Hier sind Leistungserbringer und Leistungsträger gefragt, die Arbeitsplätze attraktiv zu gestalten, um HochschulabgängerInnen für eine Tätigkeit in der Suchthilfe zu interessieren. Darüber hinaus muss das Themenfeld «Sucht» eine grössere Rolle in den Ausbildungskonzepten aller betroffenen Berufsgruppen spielen.¹⁴ Wie andere Hilfebereiche auch muss sich die Suchthilfe auf zunehmende Problematiken bei Flüchtlingen einstellen. Schon jetzt ist die Suchthilfe nicht optimal auf die Situation von MigrantInnen vorbereitet (MuttersprachlerInnen, Kultursensibilität etc.). Diese Situation dürfte sich verschärfen.

Herausforderungen aufgrund suchtepidemiologischer Daten

Die grösste Herausforderung in der Suchtprävention stellen nach wie vor die legalen Drogen, Alkohol und Tabak, dar. Ihr weit verbreiteter Konsum führt nicht nur zu einer hohen Anzahl Abhängiger, sondern auch zu einer enormen Krankheitslast, denn sie befördern Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Obwohl Alkohol und Tabak zu den psychotropen Substanzen mit höchsten Risiken für die Einzelnen wie für Dritte gehören, werden die Folgen ihres Konsums maximal unterschätzt. Auch riskanter Alkoholkonsum ist gesellschaftlich weitestgehend akzeptiert. Frühinterventionen durch hausärztliche Versorgung spielen aufgrund schlechter Honorierung bislang keine herausragende Rolle bei der Prävention von Abhängigkeitserkrankungen. Hier besteht grosser Handlungsbedarf.

Cannabis ist die in Deutschland am weitesten verbreitete illegale Droge, sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Das Suchthilfesystem hat auf diese Entwicklung schon vor Jahren reagiert, indem es spezifische Jugendsuchtberatungsstellen eingerichtet und Cannabis-Frühinterventionsprogramme entwickelt hat. Die Illegalität der Droge erschwert jedoch häufig wirksame Präventionsansätze.

Auch das Thema Sucht im Alter stellt eine grosse Herausforderung dar. Neben Alkohol- und Tabakabhängigkeit geht es hier v.a. um Medikamentenabhängigkeit. Die Verschreibung stark wirkender Schmerz- und Schlafmittel sowie von Antidepressiva mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Da diese Medikamente ärztlich verordnet werden, ist das Bewusstsein über die Risiken der Einnahme bei den PatientInnen eher gering.

Fazit

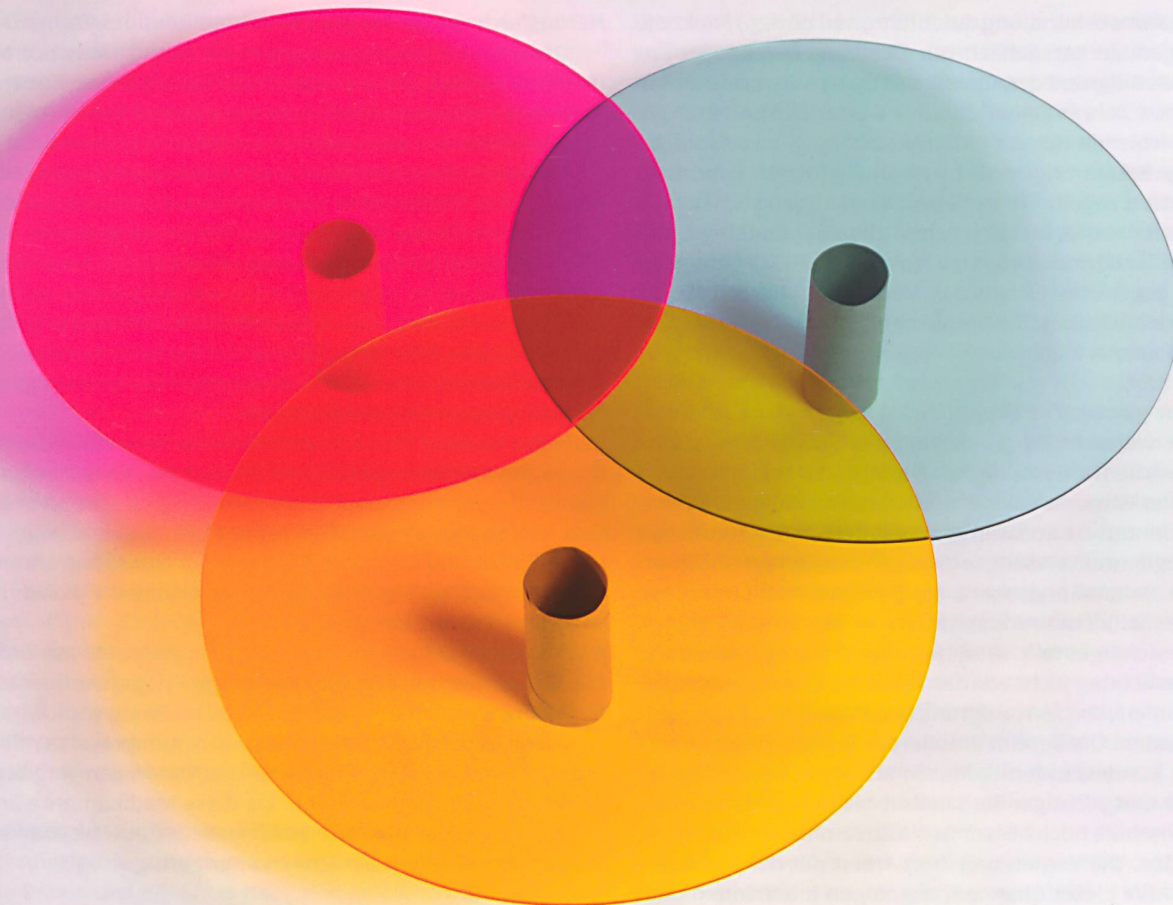
Keine Frage, wer in Deutschland Suchthilfe in Anspruch nimmt, trifft auf ein äusserst qualifiziertes System. Um zukunftsfähig zu sein, müssen sich jedoch Suchthilfe und Suchtpolitik weiterentwickeln. Verbesserungsmöglichkeiten gibt es v.a. bei den Rahmenbedingungen. Es müssen geeignete Voraussetzungen für eine effizientere Kooperation geschaffen werden. Nur so können die negativen Auswirkungen der Zergliederung des Systems ausgeglichen werden. Gleichzeitig müssen sich die Beteiligten für eine solide Finanzierung aller Leistungen einsetzen, um zu verhindern, dass die wichtigen sozialen Anteile der Behandlung in den Hintergrund geraten und die medizinischen und psychologischen Anteile zu hoch bewertet werden.

Neben dem normativen Rahmen (Gesetze, Leitlinien, Qualitätsstandards) bedarf auch die Sucht- und Drogenpolitik einer grundlegenden Überprüfung und Anpassung an die aktuellen und künftigen Erfordernisse. Dies gilt insbesondere für die Herausforderungen im Bereich Glücksspiel, Medikamentenabhängigkeit und Cannabis. Wie kein anderes drogenspezifisches Thema in den vergangenen Jahren, hat der Umgang mit Cannabis die Gemüter von Fachleuten, Laien und Politikern erhitzt. So viel und so kontrovers auch diskutiert wurde, politisch herrscht jedoch Stillstand.

Was das neue Präventionsgesetz angeht, so muss es erst noch beweisen, dass es zu mehr wirksamer Suchtprävention führt. Wir sind gespannt!●

Literatur

- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2010): Suchthilfe im regionalen Behandlungsverbund. Hamm/Westfalen: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.
- DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Ad-hoc-Ausschuss «Versorgung» (2014): Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland. www.tinyurl.com/m7ag37e, Zugriff 28.03.2017.
- DRV – Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA). www.tinyurl.com/zhwkoz2m, Zugriff 28.03.2017.



Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2012): Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit.

Fleiner, G. (1986): Der Deutsche Arbeiter-Abstinenten-Bund, 1903-1933 – Bemerkungen zu einem Kampfbund sozialistischer Alkoholgegner. *Drogalkohol*. 10(3): 219-227.

Giles, G.J. (1986): Die Alkoholfrage im Dritten Reich. *Drogalkohol*. 10(3): 257-265.

Hauschildt, E. (1997): Zusammenschlüsse: Von der Reichshauptstelle gegen Alkoholismus bis zur Reichsstelle gegen Alkohol- und Tabakgefahren – 1921 bis 1944. S. 30-41 in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Kiebel, H. (1997): Die deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. 1947 – 1997. S. 42-50 in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Knischewski, E. (1997): Die Wohlfahrtsverbände in der Suchtkrankenhilfe. S. 116-132 in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Leune, J. (2015): Versorgung Abhängigkeitskranker in Deutschland. S.181-202 in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. und Pabst (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 2014*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Lindenmeyer, J. (1990): *Lieber schlau statt blau*. Psychologie-Verlags-Union.

Rudeck, G./Schmidt, H.-G. (1997): *Der Ausgangspunkt:*

Mäßigkeitsvereinigungen und Abstinenzverbände. S. 13-29 in:

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven*. Freiburg i. B.: Lambertus-Verlag.

UN – United Nations (2006): *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

Winter, E. (1997): *Suchtkrankenhilfe im Osten Deutschlands – 1945 bis Mitte der 90er Jahre*. S.63-74 in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.), *Suchtkrankenhilfe in Deutschland – Geschichte, Strukturen, Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Endnoten

- 1 Vgl. Rudeck und Schmidt 1997.
- 2 Vgl. Lindenmeyer 1990.
- 3 Vgl. Giles 1986; Hauschildt 1997.
- 4 Vgl. Kiebel 1997.
- 5 Vgl. Winter 1997.
- 6 Vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012.
- 7 Vgl. Knischewski 1997.
- 8 Vgl. Deutscher Bundestag 1975.
- 9 Vgl. DHS 2014; Leune 2015.
- 10 Vgl. DHS 2010.
- 11 Vgl. DRV 2015.
- 12 Vgl. UN 2006.
- 13 Vgl. DHS 2014.
- 14 Vgl. ebd.