

**SUCHT
HILFE** HAGEN

77
JAHRE

sind ein Grund zum Feiern!

EINLADUNG

der AG Sucht zu einem Fachtag
am 07. Juli 2023 | 10:00–16:00 Uhr

Ratssaal Hagen
Rathausstr. 11 | 58095 Hagen

Sie sind herzlich willkommen!

KatHO NRW
Aachen | Köln | Münster | Paderborn

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
Catholic University of Applied Sciences

 DEUTSCHES INSTITUT FÜR SUCHT-
UND PRÄVENTIONSFORSCHUNG

**Suchthilfe hat Zukunft: Entstehung –
Gegenwart – Entwicklungsaufgaben.**

Oder:

**Es kann nichts bleiben, wie es ist!
Aber wie soll es werden? – Suchthilfe
vor, im und nach dem Jahr 77**

Michael Klein, Köln

I. Geschichte des Substanzkonsums und des Suchtkonzepts

**Gilgamesch-Epos der Sumerer (3000 v.Chr.):
Menschwerdung von Enkidu durch Brot und Bier**

*Iss das Brot, Enkidu, man braucht es, um zu leben,
trink das Bier, es ist Brauch so in unsrem Land.*

**Enkidu aß das Brot, bis er satt war,
er trank das Bier, sieben volle Becher davon.
Es machte ihn ausgelassen und er hob zu singen an,
sein Herz wurde froh, seine Wangen begannen zu glühen.**

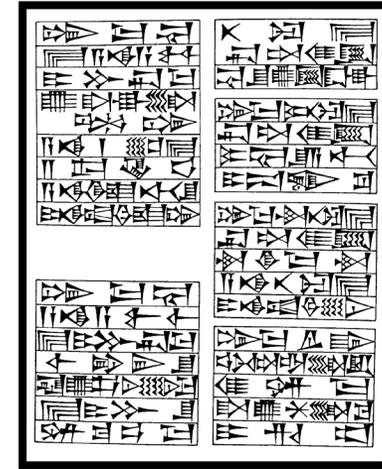
**Er wusch seinen haarigen Körper mit Wasser,
mit öl eingerieben verwandelte er sich in einen von uns.
Er zog ein Gewand an und wurde wie ein Soldat,
er nahm seine Waffe, um mit den Löwen zu kämpfen.**

II. Tafel: Das Gilgamesh-Epos (um 1200 vor Chr.)
Neuübersetzung von Raoul Schrott, Hanser-Verlag 2001

Hammurabi - König von Babylon 1728-1686 v. Chr.

Codex Hammurabi: Das älteste Alkohol-Gesetz der Welt
(Paris, Louvre)

- Die Wirtin, die sich ihr Bier nicht in Gerste, sondern in Silber bezahlen lässt, oder die minderwertiges Bier teuer verkauft, wird ertränkt.
- Eine Priesterin, die eine Wirtschaft aufsucht oder gar eine Wirtschaft eröffnet, wird verbrannt.
- Die Wirtin, die in ihrer Gaststätte politische und staatsgefährdende Diskussionen duldet, ohne die Gäste der Obrigkeit auszuliefern, wird getötet.
- Bierpanscher werden in ihren Fässern ertränkt oder so lange mit Bier vollgegossen, bis sie ersticken.



«Du verlässt die Bücher, ziehst allabendlich von Schenke zu Schenke», lautete eine Moralpredigt, «Dein Biergeruch verscheucht die Menschen»; eine andere: «Übernimm Dich nicht beim Biertrinken . . . Du fällst, und Deine Glieder versagen . . . Du bist wie ein kleines Kind.»

Altägyptische Warnschrift vorm übermäßigen Trinken, ca. 1300 v. Chr., Neues Reich (Spode, 1994)

„Wenn du drei Laibe Brot gegessen und zwei Krüge Bier getrunken hast, und der Körper hat noch nicht genug gehabt, so kämpfe dagegen“

(Satirischer Text „Anleitung des Dua Khety aus der Epoche des Mittleren Reiches, zit. nach Hirschfelder, 2016, 48).

Dionysos – mehr als Wein und Rausch!

Michael Klein

Zusammenfassung

Der altgriechische Gott Dionysos gilt gemeinhin als der Gott des Weines und des Rausches. Darüber hinaus können in dem über 2000 Jahre währenden Dionysos-Kult weitere relevante Themen gefunden werden, ohne die die antike Welt der Dionysos-Verehrung nicht verständlich ist und die in engem Bezug zu Weinkonsum und Rauscherleben stehen. Dazu gehören die spirituelle Dankbarkeit gegenüber der Naturgabe des Weines, die besondere Rolle der Frauen im Kult bei Ekstase, Tanz, Musik und Berauschung und die vielseitigen Gesichter des Gottes selbst. Hier finden sich wiederholt Motive wie die Nähe zur Natur, Bestrafungen für Nicht-Gläubige, Besessenheit und Wahnsinn und schließlich Tod und Wiedergeburt neben Rausch und Ekstase als zentrale Inhalte des Kultes. Die Auswirkungen des Dionysos-/Bacchus-Kultes auf das römische Staatswesen, die Verfolgung der Anhänger und die spätere Integration der Bacchanalien in die Staatsräson können als frühe Form einer staatlichen Drogenpolitik und -regulierung verstanden werden. Abschließend werden Konsequenzen der Inhalte und Folgen des Kultes für heutige Drogenpolitik und den Umgang mit Bürgerrechten diskutiert. Die Frage eines selbstbestimmten Rechts auf Rausch begleitet die Menschen seit vielen Jahrtausenden und wird es auch in Zukunft tun. Der Dionysos-Kult ist ein Beispiel, wie das Streben nach Berauschung ausgelebt und zugleich eingeehrt wurde.

Schlüsselwörter: Dionysos, Bacchus, Dionysien, Wein, Kult, Rausch, Ekstase, Frauen, Tanz, Musik, Gottheit, Verfolgung, Drogenpolitik

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

10. Jahrgang
Heft 3•2021

*„So bringe mir, oh Knabe den Kelch: ich will ihn leeren auf einen Zug!
Doch gieße zehn Kellen Wasser über fünf Kellen Wein:
Dem Gotte will ich mit Maßen dienen.
Wir wollen uns dem Weine nicht mehr mit wildem Toben nach der Barbaren Sitte ergeben,
doch bei schönen Gesängen mäßig trinken“.*

Weinlied des Anakreon (550 v. Chr. bis 465 v. Chr.)

Platons Gesetzesvorschlag

Platon schlug schon vollkommene Abstinenz für alle Personen unter 18 Jahren vor: „Sollten wir nicht ein Gesetz verabschieden, das in erster Linie besagt, dass Kinder unter 18 Jahren Wein nicht anrühren dürfen?“
(aus: Carroll & Miller, 2006, p.3)

Widder den Sauffteuffel

fel / gebessert / vnd an vielen
örtern gemehret.

Item / Ein Sendbrieff des Hellsichen
Sathans / an die Zutrinker / vor 45.
Jaren zuuor aus gegangen.

Item / Ein Sendbrieff Matthezi Friderichs /
an die Sollen Brüder in Deutschem Lande.



Titelblatt des »Sauffteuffels« (1557) von Matthäus Friedrich

Trunkenheit ist aller
Laster Anfang ...
Schlägerei Betrunkener
in einer mittelalterlichen
Wirtschaft.
Holzschnitt, 1477.



Hübner &
Hübner, 2001



19. Jahrh.:

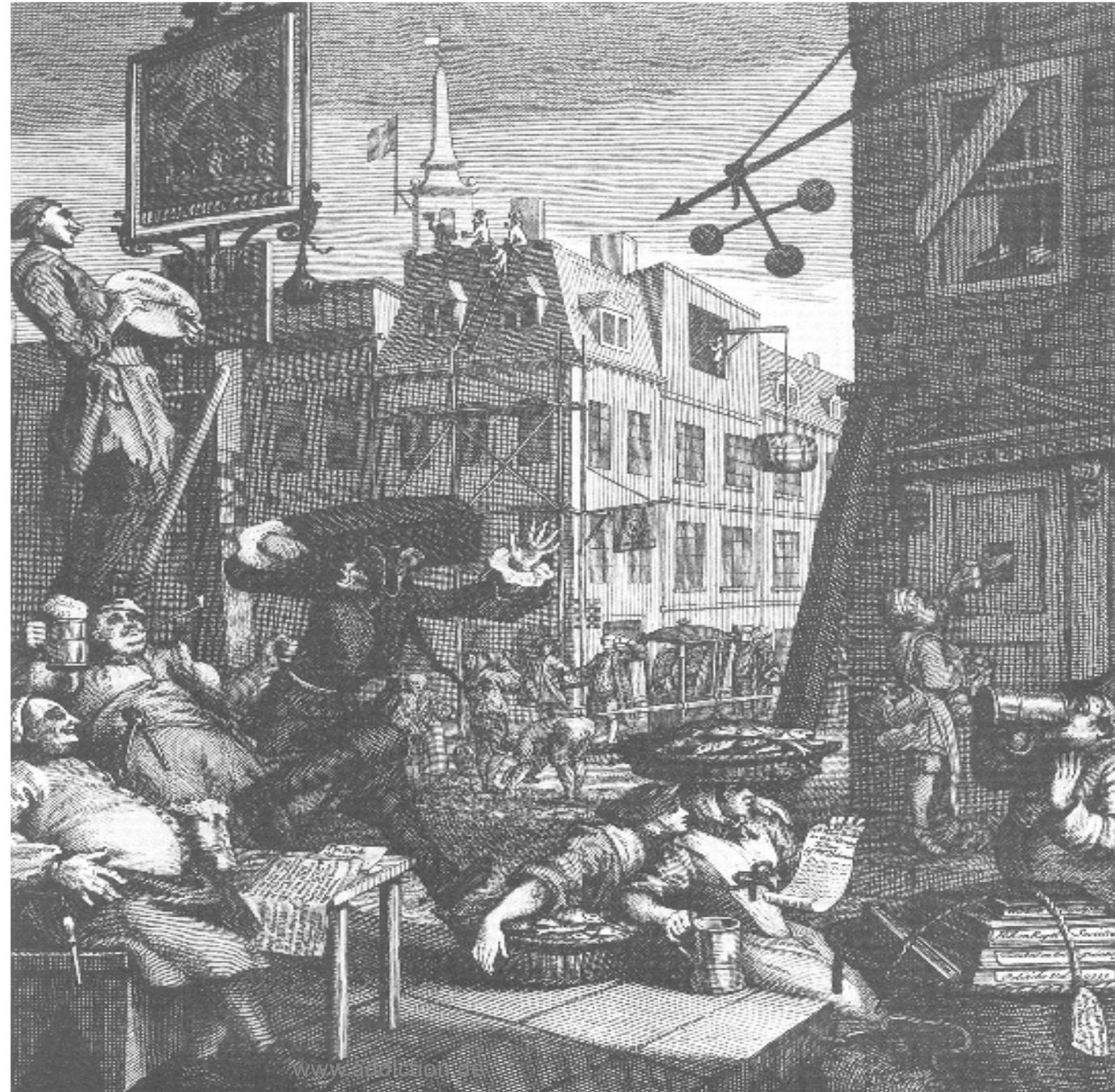
Der
„autistische“
Rausch, die
„freiwillige“
Selbstintoxi-
kation

Abb. 2.17. Der Trinker. (Albert Anker, Öl auf Leinwand, um 1868; aus Bildarchiv Foto Marburg)

Gin Lane,
William Hogarth,
ca. 1745



Beer Street,
William Hogarth,
ca. 1745



II. Geschichte der Suchthilfe

Aversionsbehandlung ist ein altes Phänomen

„Trunkenbolde bekommen eine Abscheu [vor dem Alkohol], wenn man ihnen drei Tage lang die Eier des Steinkauzes in Wein gibt. Rausch verhütet eine vorher gegessene gebratene Schafslunge. Die Asche vom Schnabel einer Schwalbe, mit Myrrhe zerrieben und in den Wein gestreut, der getrunken werden soll, wird vor der Trunkenheit bewahren. Dies hat Orus, ein König der Assyrer, herausgefunden" (TALLQVIST, 1895).

Suchthilfe für die Germanen?

98

Tacitus: Germania

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

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

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

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

Historische Hintergründe der Suchthilfe

- **begründet als Mittel der sozialen Kontrolle (Armenfürsorge)**
- **erste umfassende Krankheitsmodelle seit Ende des 18. Jahrhunderts (Trotter, 1788)**
- **zyklische Entwicklung im 20. Jahrhundert in Deutschland (auf und ab)**
- **ab 1968: Entwicklung als „Sonderversorgungsbereich“ mit hoher Spezialisierung und meist geringer Reichweite**
- **Reha-Urteil des BSG (1968): Suchtkrankheiten rehabilitationsfähig**
- **Ab 1975: Ausbau des ambulanten Suchthilfesystems**
- **Reformen von außen unter Kostendruck seit den 90er Jahren (Substitution, WFG, EFQM)**
- **Unschärfen in Definitionen und Reichweiten des Hilfesystems**

Begründung des Sozialversicherungssystems

Die Sozialgesetzgebung kam den sozialen und gesundheitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung entgegen. Sie gewährte zwar zu Beginn keinen umfassenden Schutz, verhalf jedoch großen Teilen der Bevölkerung zu einem Mindestmaß an sozialer Sicherheit. Eingeleitet wurde die Sozialversicherung mit der Einrichtung der allgemeinen gesetzlichen Krankenversicherung (1884) und ergänzt durch die wenig später eingeführte Unfall- (1885), **Alters- und Invalidenversicherung (1891)**.

Chronologie der Vorgeschichte

1804: Thomas Trotter (SCO) fordert eigene Anstalten für Trinker

1833: Gründung des „Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke“ (DVMG)

1841: Erste Trinkerheilstätte (Boston, Mass., USA)

1851: Magnus Huss veröffentlicht sein Werk „Alcoholismus chronicus“ (Stockholm, Leipzig)

1851: Erstes deutsches „Trinkerasyll“ in Lintorf (Siloah)

1885: Erster Blaukreuz-Verein in Hagen (Westfalen)

1889: Erste Guttempler-Gruppe im Deutschen Reich

1895: Katholischer Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke

1903: Deutscher Arbeiter-Abstinenten-Bund

1903: Gründung des Verbandes von Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebiets

1921: Zusammenschluss zum „Deutschen Verein gegen den Alkoholismus“ (DVgdA)

Verbindungen zum Protestantismus

- 1851 Männerasyl Lintorf: Männerasyl für entlassene Strafgefangene, Obdachlose und Alkoholkranke als erste Trinkerheilstätte Europas:
 - „Erlösung des Trinkers“, „Errettung“ seiner Seele, von der der Alkohol Besitz ergriffen hat.
 - Gebet, innere Einkehr und harte Arbeit
 - Aufenthalt mindestens 1 Jahr
- 1879 Haus Siloah für wohlhabende Trunkfällige
- 1901 Kurhaus Bethesda
- Ziel: Nachhaltige Konsumreduzierung bei Verzicht auf Brandwein.



Eduard Dietrich

Dr. Benjamin Rush, Mitunterzeichner der amerikanischen Unabhängigkeitserklärung, 1784:

„Die destillierten Spirituosen beeinträchtigen das Gedächtnis, zerstören den Verstand und pervertieren die moralischen Gefühle....Sie erzeugen nicht nur Falschheit, sondern auch Betrug, Diebstahl, Unsauberkeit und Mord. Ihr Name ist Legion, wie bei dem Dämon aus dem Neuen Testament, denn sie tragen Scharen von Lastern und Verbrechen in die Seele“

(Inquiry into the Effects of Ardent Spirits)

Chronologie der Vorgeschichte

“Die Alkoholfrage hat eine biologische und eine sociologische Seite. Die erstere dem allgemeinen Verständnis näher zu bringen, war die Medicin imstande ... Doch bei der Untersuchung der Ursachen des Alkoholismus versagte sie vollkommen; denn diese liegen zumeist im Bau und Leben des socialen Körpers, der nun einmal der Untersuchung mittelst Secirmesser, Retorte und Linse unzugänglich ist“ (Grotjahn, 1898, 316).

Professionalisierung der Suchtkrankenhilfe

- **3-Säulen-Modell** (gegen 1900)
 - **Beratung** (und Nothilfe) und **Nachsorge** durch Laien (Zusammenarbeit von Vereinen, karitativen Trägern und den Kommunen)
 - Ausbildung von „Armenbesuchern“ und „Stadtmissionaren“ zur Disziplinierung gefährdeter Klassen.
 - Einrichtung von Trinkerfürsorgestellen (Guttempler, ab 1906/07)
 - **Therapie**
 - Zunehmende Übernahme durch Mediziner
 - Überwiegend stationäre Angebote: Somatische Krankenhäuser (Folgeerkrankungen), Irrenanstalten und Trinkerheilstätten
- Eigenes Berufsfeld ab ca. 1970
- Standardisierung der Suchtbehandlung

Historie der Suchthilfe

Ab ca. 1500: Sucht als Krankheit (theologisches Modell)

Sucht als Mangel von Gottesfurcht, Abkehr vom Glauben, Besessenheit vom Säuerteufel

Ab ca. 1790: Sucht als Krankheit (medizinisches Modell)

Sucht durch übermäßigen Konsum, Hypothese einer Infektionserkrankung, besonders durch destillierten Alkohol erzeugt

Ab ca. 1890: Sucht als Krankheit (biopsychosoziales Modell)

Gewöhnung, Toleranz, Entzug und Kontrollverlust als körperliche Merkmale einer psychosozialen Krankheit (Armut, Einsamkeit, Depression)

Definitionen und Übersichten

**Suchtkrankenhilfe: Summe aller Maßnahmen, die sich an
Abhängigkeitskranke richten.**

**Drogenhilfe, alkoholbezogene Hilfen (alt: „Trinkerfürsorge“) und
Hilfen für andere Suchtkranke (einschl. für Verhaltenssüchte)
konstituieren die Suchtkrankenhilfe.**

**Suchthilfe: Summe aller Maßnahmen und Hilfen, die sich an
Suchtgefährdete und Suchtkranke richten, einschl.
Prävention, Therapie, Rehabilitation.**

Definitionen und Übersichten

17 Felder der Suchthilfe:

- Prävention
- Beratung
- Therapie
- Soziale Arbeit (aufsuchend, niedrigschwellig ...)
- Medizinische Hilfen (Überlebenshilfen, Akutversorgung ...)
- Entzug (insbes. qualifizierter Entzug)
- Entwöhnung (medizinische Rehabilitation)
- Justizvollzug (Regelvollzug, Maßregel ...)
- Substitution
- Selbsthilfe
- Betriebliche Suchthilfe und Arbeitsförderung
- Nachsorge und Adaption
- Verwaltung und Organisation (Sozialleistungsträger, Politik, Kommunen)
- Leitungs- und Managementaufgaben
- Qualitätsmanagement
- Forschung

Landesprogramme gegen Sucht NRW (2000-2005; 2017-2021)

Zielgruppen sind:

- **Junge Suchtkranke und –gefährdete**
- **Frauen und Männer aller Altersstufen**
- **Suchtformen im Alter**
- **Chronisch mehrfach geschädigte Suchtkranke**
- **Migranten und Aussiedler**
- **Doppeldiagnosen**
- **Pflegebedürftige Suchtkranke**

III. Gegenwart und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe

<https://www.addiction.de/suchthilfe-in-deutschland-2040/>



Ausgangslage der Suchthilfe (Fokus Deutschland)

- (1) Nur 16-18% der Alkoholabhängigen werden vom Suchthilfesystem erreicht.
- (2) Eine nicht bekannte (aber niedrige) Zahl der Alkoholmissbraucher wird erreicht.
- (3) Weniger als 2% aller ambulanten Psychotherapien sind Suchtfälle.
- (4) Keine adäquaten Hilfen für ausstiegswillige Tabakabhängige.
- (5) Abstinenz ist nach wie vor die einzige Eingangsmöglichkeit in das psychotherapeutische Hilfesystem.
- (6) Drogenabhängige geraten überwiegend durch justizielle Maßnahmen in die Suchthilfe.
- (7) Es gibt zu wenig längerfristige Suchthilfemaßnahmen (biographisch, transgenerational), die der Zyklus der Erkrankung gerecht werden.
- (8) Es gibt keine flächendeckende, finanziell gesicherte selektive oder indizierte Suchtprävention.
- (9) Suchtkranke gehören zu den am stärksten von Stigmatisierung und Diskriminierung betroffenen psychisch Kranken.
- (10) Obwohl die Mehrzahl der Suchtkranken Männer sind, bestehen kaum genderspezifische Programme für diese.

Das Suchthilfesystem in Deutschland – Ausgangslage, Stärken und Schwächen

Die Suchthilfe ist in Deutschland im internationalen Vergleich sehr gut ausgebaut. Etwa **1.300 Suchtberatungsstellen** bundesweit beraten und behandeln jährlich etwas mehr als **400.000 suchtkranke und suchtgefährdete Menschen und deren Angehörige**. Hinzu kommen ca. **13.000 Plätze für stationäre Entwöhnung und vielfältige weitere Angebote**. Dennoch ist sie in der Öffentlichkeit kaum sichtbar. Dies liegt nicht nur am schlechten Image des Suchtbegriffs und der starken Abwehr und Tabuisierung des Themas, sondern auch an der Vernachlässigung effizienter **Öffentlichkeitsarbeit**. Die Effizienz der stationären Suchtrehabilitation ist gut 50 Jahre nach ihrer Wiedereinführung (im Unterschied zur ambulanten Suchtberatung) gut belegt. Bei **Differenzierung der Therapieziele** („Abstinenz“ vs. „Konsumreduktion“) könnte sie vermutlich noch höher sein.

<https://www.addiction.de/suchtberatung-in-deutschland-der-weite-weg-von-der-konfession-zur-profession/>

Kernentwicklungsaufgaben Suchthilfe

- (1) Suchthilfe muss wissenschaftlicher, evidenzorientiert und neugieriger auf sich selbst, die eigenen Wirkungen und Effekte werden.**
- (2) Suchthilfe muss ihre Reichweite zur betroffenen Klientel erweitern und verbessern.** *Nicht nur abhängigkeitskranke Menschen sind Zielgruppe, sondern auch Gefährdete, Substanzmissbraucher, riskant Konsumierende und Personen, die vor einem Konsumeinstieg stehen.* **Deshalb muss Suchtprävention überall zu einem integralen Bestandteil der Suchthilfe werden.** An vielen Orten ist sie das noch nicht. Suchthilfe sollte sich außerdem nicht darauf verlassen, dass ihr dauerhaft durch das Strafverfolgungssystem Klienten zugeführt werden (z.B. über die § 35-BtmG-Regelung), sondern ihre Angebote proaktiv für Betroffene attraktiv und motivierend gestalten. Auch durch das vielerorts noch sehr strikte und rigide aufrechterhaltene Abstinenzdogma werden viele potentiell veränderungsbereite Personen nicht erreicht und abgeschreckt.
- (3) Suchthilfe muss sich neuen Entwicklungen aus der internationalen Suchtforschung grundsätzlich früher öffnen,** diese als hilfreiche Innovationen verstehen und integrieren. Die Tatsache, dass im Jahr 2020 immer noch an Abstinenz als allein möglichem Therapieziel festgehalten wird, ist unter wissenschaftlichen und ethischen Aspekten nicht zu rechtfertigen.
- (4) Suchthilfe muss sich von fragwürdigen moralisierenden und stigmatisierenden Haltungen gegenüber Substanzkonsumierenden frei machen und zu einem Ort des offenen Austauschs und der Beratung werden.** In diesem Zuge muss sich Suchtberatung zur umfassenden Konsum- und Gesundheitsberatung weiterentwickeln.
- (5) Die Suchthilfe muss sich von allen – latenten wie manifesten – Stigmatisierungen und problematischen Gegenübertragungen ihrer Klientel gegenüber befreien und dieses zu umfassender Selbststeuerungsfähigkeit, Selbstverantwortung, Selbsthilfefähigkeit, Teilhabe und Konsummündigkeit führen.

10 Entwicklungsaufgaben der postpandemischen Suchthilfe in Deutschland

**Es kann nichts bleiben, wie es ist!
Aber wie soll es werden? - Suchthilfe in Deutschland**

1. Abbau der Stigmatisierung der Sucht und Versäulung der Suchthilfen durch bessere Integration

Argument: Das **deutsche Suchthilfesystem ist hochselektiv**, schließt Klientengruppen aus, erschwert so die Durchlässigkeit zwischen verschiedenen Sektoren, ist also insgesamt zu **unflexibel und rigide**. Dadurch werden einzelne Klientengruppen mit Bedarf exkludiert und z.T. auch gar nicht erst erkannt. Grund für die starke Versäulung sind vor allem die gesetzlichen und politischen Vorgaben in den Sozialgesetzbüchern, die im Wesentlichen **seit dem Ende des 19. Jahrhunderts** so bestehen. Es braucht **eine Flexibilisierung zwischen den Säulen** und einen **Abbau überflüssiger Schnittstellen**.

4.4. Matrix 2 – Versorgungsrealität

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

Legende:

- GRÜN = vorhanden und gute Funktion bzw. gute Integration in das Hilfesystem
- GELB = vorhanden, aber eingeschränkte Funktion im Hilfesystem (Schnittstellenprobleme)
- ROT = vorhanden, aber Abgrenzung zum Hilfesystem (fast kein Übergang möglich)
- BLAU = nicht vorhanden, aber Angebot nötig
- GRAU = nicht vorhanden und kein Angebot erforderlich

DHS (2014). Suchthilfe und Versorgungssituation in Deutschland.

Änderungen sind möglich und nötig.

Beispiele und Ziele:

- (1) **Übergang von ambulanten zu stationären Hilfen und zurück muss flexibler werden (bundesweit!) → Kombi- und Intervallbehandlungen**
- (2) **Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen weitgehend barrierefrei und aus einer Hand (Nahtlosbehandlung).**
- (3) **Hilfen für Substanz- und Verhaltensüchtige noch besser integrieren (Suchtverlagerungen!); ebenso für psychisch Komorbide (z.B. Sucht und Affektive Störungen)**
- (4) **Mehr Frühintervention bei zieloffenen Behandlungsstrategien.**
- (5) **Versorgungsnachteile für definierbare Subgruppen abbauen.**

Daraus ergeben sich konkret Probleme an den Schnittstellen zwischen verschiedenen Hilfen.

Folgende Schnittstellenprobleme in der Suchthilfe sind typisch:

Von der Lebenswelt zum Erstkontakt

Vom Hausarzt zum Suchtspezialisten

Vom Entzug zur Entwöhnung

Von der Entwöhnung in die Nachsorge, Psychotherapie und Selbsthilfe.

An jeder dieser Schnittstellen können Klienten den Kontakt verlieren und nicht über die nächste Hürde gelangen.

Memorandum

SUCHT (2017), 63 (3), 169–174



Lübecker Memorandum zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung

Hans-Jürgen Rumpf¹, Gallus Bischof¹, Anja Bischof¹, Eva Hoch² und
die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Lübecker Zukunftswerkstatt³

¹ Universität zu Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

² Ludwig-Maximilian-Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

³ Siehe Liste am Ende des Memorandums

Memorandum

Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden

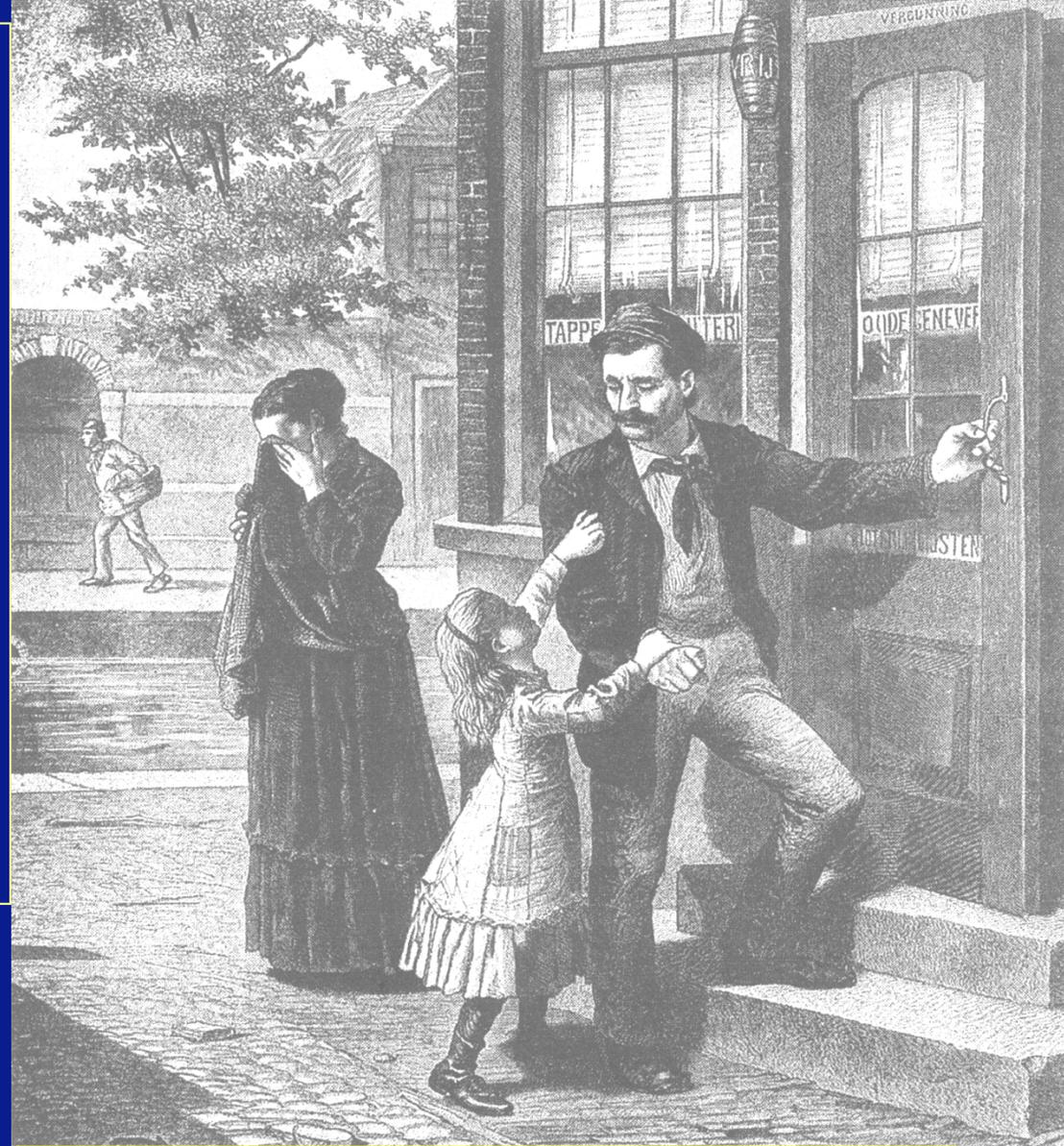
Georg Schomerus¹, Alexandra Bauch¹, Bernice Elger^{2,3}, Sara Evans-Lacko⁴, Ulrich Frischknecht⁵, Harald Klingemann⁶, Ludwig Kraus^{7,8}, Regina Kostrzewa⁹, Jakob Rheinländer¹⁰, Christina Rummel¹¹, Wiebke Schneider¹², Sven Speerforck¹, Susanne Stolzenburg¹, Elke Sylvester¹³, Michael Tremmel¹⁴, Irmgard Vogt¹⁵, Laura Williamson¹⁶, Annemarie Heberlein¹⁷, Hans-Jürgen Rumpf^{18,19}

2. Die transgenerationalen Grenzen müssen durchlässiger werden

Argument: Suchtstörungen verlaufen mit einem hohen transgenerationalen Risiko. **Kinder suchtkranker Eltern entwickeln zu ca. 33% (bei alkoholabhängigen Eltern) und zu ca. 55% (bei drogenabhängigen Eltern) eine Suchtstörung.**

Daher ist die Berücksichtigung des familialen Umfelds relevant. Auch die S3-Leitlinien (Alkohol, Methamphetamin) zeigen bessere Wirksamkeit bei Berücksichtigung des familialen Umfelds und empfehlen daher die Einbeziehung von Partnern und Kinder. Die folgende Abbildung zeigt, dass Kinder suchtkranker Eltern sehr oft auch von anderen psychischen Störungen ihrer Eltern (insbes. Depression, Angst, Persönlichkeitsstörung) betroffen sind. Die Rolle der suchtkranken Mütter ist dabei besonders wichtig. Mutter-Kind-Behandlung sollte Regelfall und nicht Ausnahme sein.

„Addiction runs in Families“ → und erzeugt Parentifizierung, Hyperstress, Familienkonflikte, Beschämung → Die Generationengrenzen sind alkohol- und drogenlöslich



**Mäßigkeitsbewegung,
Amsterdam, ca. 1880**

Relative Wahrscheinlichkeiten (OR) für Alkoholabhängigkeit bei Töchtern und Söhnen von Eltern mit Alkoholstörungen → Homopathologische Risiken

Elterliche Probleme mit Alkohol	Männliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholabhängigkeit	Weibliche Probanden odds-ratio (OR) für Alkoholabhängigkeit
Nur Vater	2.01 **	8.69 ***
Nur Mutter	3.29 ***	15.94 ***
Beide Elternteile	18.77 ***	28.00 ***

; p<.01; *; p<.001.

aus: Lachner & Wittchen (1997, 69).

DIE 4 DIAGNOSTISCHEN SÄULEN DES FAS

Zur Diagnose eines FAS –
Fetalen Alkoholsyndroms –
sollten alle Kriterien 1 bis 4 zutreffen:

- 1 WACHSTUMSAUFFÄLLIGKEITEN
- 2 FACIALE AUFFÄLLIGKEITEN
- 3 ZNS AUFFÄLLIGKEITEN
- 4 BESTÄTIGTE ODER NICHT BESTÄTIGTE INTRAUTERINE ALKOHOL-EXPOSITION

Bei Kontakt zum Gesundheits- und Hilfesystem sollten, wenn ein Kind Auffälligkeiten in einer der vier diagnostischen Säulen zeigt, die drei anderen diagnostischen Säulen beurteilt oder ihre Beurteilung veranlasst werden.

FASD- Prävalenz:
80 - 100 Neugeborene pro 10.000
(Landgraf & Heinen, 2016)



Beispiele und Ziele:

Berücksichtigung der Kinder bei allen Hilfemaßnahmen von der Beratung, über den Entzug, die Entwöhnung bis zu Suchtselbsthilfe.

Therapie der Eltern sollte routinemäßig die Entscheidung, ob Prävention oder Therapie der Kinder notwendig ist, umfassen und dann ggf. umsetzen. Hilfen für suchtkranke Eltern in ihrer Elternschaft. Abbau der Individuumsfixierung in den Hilfesystemen.

Die gesetzlichen Regelungen (SGB V, SGB VI, SGB VIII, SGB IX) müssen sich den Suchtkranken und den Angehörigen flexibel anpassen und nicht umgekehrt. Die seit über 120 Jahren vorherrschende **Individuumsfixierung** in den Sozialgesetzbüchern muss aufgegeben und stattdessen durch eine systemische, transgenerationale Perspektive substituiert werden.

3. Suchtstoffe und Suchtprobleme müssen in ihrer Gesamtheit und über die Lebensspanne wahrgenommen werden

Argument: Suchtstörungen treten sehr häufig komorbid mit anderen Suchtstörungen oder zeitversetzt als Suchtverlagerungen (interne Komorbidität) oder mit anderen psychischen Störungen (externe Komorbidität) auf. Dies sollte bei Prävention und in Behandlungsprogrammen *von vornherein* mitberücksichtigt werden. **Die simultane Behandlung von Komorbiditäten muss zum Regelfall, die Nicht-Mitbehandlung um Ausnahmefall werden. Die internen Komorbiditäten (*Tabakabhängigkeit und einzelne Verhaltensüchte*) sollten unbedingt (mit-)behandelt werden. Die längerfristige Zyklik von Suchterkrankungen – einschl. Suchtverlagerungen - über die Lebensspanne muss insgesamt und individuell gesehen und berücksichtigt werden. Dies gehört zum umfassenden, notwendigen Blick auf Suchtkrankheiten.**

Beispiele:

„Reine“ **Tabakabhängigkeit** sollte vom Suchthilfesystem regelhaft behandelt werden. Hier besteht **die höchste Letalität aller Suchterkrankungen**.

Suchtverlagerungen über die Lebensspanne („Zyklisch“) hinweg betrachten und präventiv in die Behandlungsprogramme einbauen.

Substanz- und Verhaltenssuchte standardmäßig in integrierten Programmen behandeln.

Early- und Late-Onset Verläufe beachten, insbesondere im Kontext biographischer Verläufe und Lebenskrisen und deren Auswirkungen.

Raucherentwöhnung als Aufgabe der ambulanten und stationären Suchthilfe

Nur 1% der Suchtberatungsstellen bieten bislang ein Raucherentwöhnungsprogramm.

Durch Änderung des § 34, 2 SGB V (21.07.2021): „Window of Opportunity“ in Kooperation mit Arztpraxen.

„Abweichend von Absatz 1 haben Versicherte, bei denen eine bestehende schwere Tabakabhängigkeit festgestellt wurde, Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit Arzneimitteln zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung. Eine erneute Versorgung nach Satz 1 ist frühestens drei Jahre nach Abschluss der Behandlung nach Satz 1 möglich. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 fest, welche Arzneimittel und unter welchen Voraussetzungen Arzneimittel zur Tabakentwöhnung im Rahmen von evidenzbasierten Programmen zur Tabakentwöhnung verordnet werden können“.

4. Sucht- und Drogenhilfe muss evidenzbasiert alle Hilfe- und Beratungsthemen abdecken

Argument: Substanzkonsumenten und Suchtkranke weisen ein großes Spektrum möglicher Bedürfnisse und hilferrelevanter Themen auf.

Von Fragen zu den Substanzwirkungen und –risiken, über psychosoziale und medizinische Anliegen, Überlebens- und Alltagshilfen bis hin zu veränderungsbezogenen Themen. Diese sollten **personenzentriert und zieloffen** aufgenommen und mit den Klienten bearbeitet werden. Die ambulante Suchtberatung in Deutschland verfügt nach wie vor nicht über ein routinemäßiges **Wirksamkeitsmonitoring**, was gut 40 Jahre nach dem Aufbau dieses Systems verwunderlich ist (siehe auch „[Suchtberatung in Deutschland – Der weite Weg von der Konfession zur Profession](#)“). Lediglich im Bereich der **stationären und ambulanten Rehabilitation** werden regelmäßig Katamnesen und Qualitätsstudien veröffentlicht. Diese zeigen überwiegend sehr gute Ergebnisse. Aber dadurch werden auch suboptimale Effizienzgruppen deutlich.

Beispiele:

Sucht- und Drogenberatung sollten ***Ausstiegs-, Reduktions- und Konsumberatung*** umfassen und nicht nur abstinenzentriert arbeiten. Nur so können sie auf umfassende Akzeptanz bei Klienten stoßen.

Es sollten **flächendeckend zieloffene Hilfen und Beratungsangebote** vorhanden sein.

Die geringe Erreichungsquote von Alkoholabhängigen resultiert auch aus der **Engführung auf Abstinenz- bzw. Ausstiegsorientierung.**

5. Digitalisierung und Hybridstrukturen müssen weiterentwickelt werden

Argument: Die Digitalisierung des Gesundheitswesens im Allgemeinen und der Suchthilfe im Besonderen bietet Chancen und Risiken zugleich. Die Chancen sollten mutig und proaktiv ergriffen, die Risiken minimiert werden. **Digitale und hybride Interventionen und Programme in Prävention, Behandlung, Rückfallprophylaxe und Nachsorge bieten Chancen zur Verbesserung der bestehenden Hilfen. Optimierte, vor allem hybride, Interventionen sollten dringend erforscht, evaluiert und implementiert werden.** Die Corona-Krise hat diese Entwicklung beschleunigt und intensiviert, weist dabei auf die übermäßig starke **Beharrungstendenz im Praxisfeld der Suchthilfe** hin.

DIGITAL handeln = Zukunft gestalten

ESSENER LEITGEDANKEN ZUR DIGITALEN TRANSFORMATION IN DER SUCHTHILFE



März 2020

Die kurz vor dem Eintritt der Corona-Pandemie verabschiedeten „[Essener Leitgedanken zur digitalen Transformation in der Suchthilfe](#)“ (März 2020) bilden eine Grundlage zur Koordination der notwendigen Innovationen.

Anfang 2021 wurde von Dr. Peter Tossmann und Fabian Leuschner (Berlin) eine [Konzeption einer trägerübergreifenden digitalen Beratungsplattform für kommunale Suchtberatungsstellen](#) vorgelegt. Es bleibt zu hoffen, dass die hier beschriebenen digitalen Strategien bald flächendeckend Umsetzung finden.

Digitale Suchtberatung

Konzeption einer trägerübergreifenden
digitalen Beratungsplattform für
die kommunale Suchtberatung



*Zusammenfassung der Ergebnisse
des DigiSucht Projektes*

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Stand: 01/2021

Dr. Peter Tossmann
Fabian Leuschner

Digitalisierung in der Suchthilfe

1. Digitalisierte Angebote (digital only)
2. KI-Nutzung und Integration (Behandlungsplanung, Klientenressourcen)
3. Hybrid-Angebote
mit Einzelberatung, Gruppenberatung, Online-Therapie, Coaching, Chat, individualisiertem Feedback, Online-Selbsthilfe, Partner- und Familieneinbezug
4. Spezialangebote
Rückfallprävention, Angsttherapie,
Kommunikationstraining, Selbstsicherheitstraining [...]
5. Suchtselbsthilfe

Weitergehende Beispiele:

Digitalisierte Suchthilfe ist mehr als Zoom-Konferenzen und Online-Beratung.

Künstliche Intelligenz (KI) ist als Meta-Hilfe unerlässlich.

Aber auch: **VR (virtual reality)**, **EMA (ecological momentary assessment)**, **CET (cue exposure therapy)** und andere digitalisierte Verfahren müssen in die Suchttherapie (insbes. Rückfallprävention) integriert werden und zu hybriden Hilfestrukturen führen. Frauen- und mänderspezifische Online-Angebote sind nötig.

Suchtkranke in **benachteiligten ländlichen Regionen** sollten durch digitalisierte Hilfen eine verbesserte Versorgung erhalten. Dieser Aspekt kommt bislang in fast allen Bemühungen zur Verbesserung der Versorgung Suchtkranker zu kurz und sollte in postpandemischen Zeiten mit den Chancen hybrider Interventionen endlich gelöst werden.

6. Der Mangel an Suchtforschung und Forschungsstrukturen muss überwunden werden

Die **Suchtforschung hat in Deutschland traditionell einen geringen Stellenwert** und erfährt keine adäquate öffentliche Ausstattung bzw. Förderung. Dies ist Teil der Abwehrstrategien zur Wahrnehmung des Ausmaßes des realen Suchtproblems in der Gesamtbevölkerung, vor allem in Bezug auf Alkohol, Tabak und verschiedene Verhaltenssuchte. **U.a. angesichts der Tatsache, dass Suchtstörungen bei Männern die häufigste psychische Störung darstellen, ist die Forschung zu Suchtentstehung, Suchtprävention und Suchttherapie marginal ausgestattet.** Der Umfang der Suchtforschung in Deutschland beläuft sich jährlich auf ca. 40 Mill € (geschätzt). Die beiden US-amerikanischen Forschungsagenturen im Suchtbereich (NIAAA und NIDA) verfügen im Jahr 2021 über ein Budget von 1,93 Mrd \$. Dies entspricht etwa dem **50-fachen des deutschen Budgets** bei einer vierfach größeren Bevölkerung.

Argument: Suchtforschung ist der Motor für Innovationen und Evidenzgenerierung. Sie sollte im Sinne einer personenzentrierten, individualisierten und systemischen Forschungsdisziplin („addiction science“, wie sie in USA schon lange etabliert ist) massiv ausgebaut und implementiert werden. Nur so kann sie nachhaltig einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung für Suchtgefährdete und Suchtkranken dienen. Es geht dabei um **Grundlagen- und Anwendungsforschung**, vor allem in den Bereichen Suchtentstehung (Ätiologie), Risiken, Substanzwirkungen, Entwicklungspsychopathologie, Langzeitverläufe, Sucht- und Psychotherapiestudien, Suchthilfesystem- und Versorgungsforschung. Ziel muss es sein, die evidenzgenerierende und –basierte Qualität und besonders Innovationsfähigkeit im Suchthilfesystem durch solide und breit aufgestellte Suchtforschung zu verbessern.

Problem:

Weiten Teilen der Suchthilfe fehlt der kritische, selbstevaluative Blick. Dieser muss für Gesundheitsdienstleistungen selbstverständlich werden. Er ist der Motor für Veränderungen und Weiterentwicklung. Kritik ist keine Beleidigung. Die Modernisierung der Suchthilfe wird nur mit einer Abkehr von alten Mythen hin zu professioneller Evidenzorientierung gelingen.

Fazit: Die Mentalität der permanenten Optimierung muss bereits im Studium und bei der Qualifikation der Fachkräfte begründet und dann im Kontext lebenslangen Lernens vertieft werden.

7. Suchtprävention in allen Handlungsfeldern stärken

Die Suchtprävention ist fraglos der Königsweg unter allen Interventionen im Gesundheitsbereich.

Argument: Dieser Königsweg wird viel zu selten beschritten. Dafür sind defizitäre Konzepte, mangelhafte Finanzierung, fehlende oder defizitäre Evaluationen verantwortlich. Evidenzbasierte Suchtprävention ist längst beschrieben und möglich. Viele hervorragende punktuelle Projekte kommen nicht in die Fläche. **Es fehlt an Transfer- und Implementierungsstrategien und –verantwortlichkeiten.** Ebenso an Qualifikationen, Berufsbild und Forschungsstrukturen.

Beispiele:

1. Schon im Jahr 2014 wurde von elf Fachkräften aus Wissenschaft und Praxis das „[Kölner Memorandum zur Evidenzbasierung in der Suchtprävention](#)“ entwickelt. Darin befinden sich zahlreiche Hinweise, wie die Wirksamkeit suchtpreventiver Interventionen besser und vor allem nachhaltig abgesichert werden kann.
2. Suchtprävention muss evidenzbasiert sein oder neue Evidenzen generieren. Es braucht noch mehr nachhaltige, konzertierte, evidenzbasierte Programme, vor allem in der selektiven und indizierten Suchtprävention und in der verhältnisorientierten Suchtprävention
3. Good-Practice-Beispiele der Suchtprävention: **SKOLL, HALT, FRED, ETAPPE, TRAMPOLIN** usw. → müssen zu flächendeckenden Regelangeboten werden
4. Suchtprävention ist als lebenslanges Lernen zu implementieren: Von pränatal bis Postberentung.

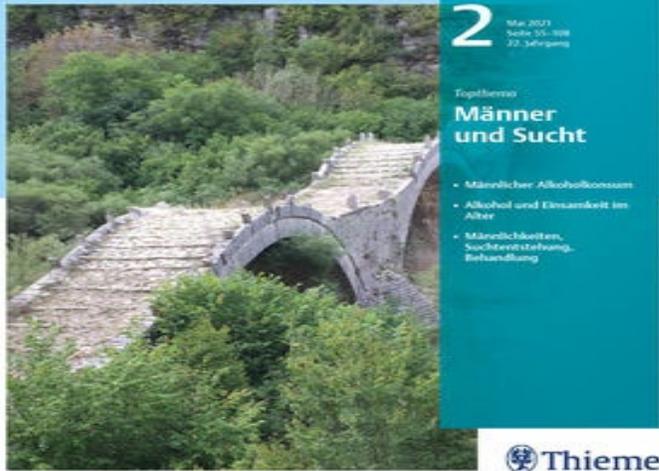
8. Geschlechterreflektierte Suchthilfeangebote stärken

Argument: Es ist schon lange bekannt, dass die **Ätiologie von Suchtstörungen enge Zusammenhänge mit Geschlechts- und Gendervariablen** aufweist. Männer sind bei den meisten Suchtstörungen drei- bis viermal häufiger betroffen als Frauen. Dem liegen spezielle Ursachen im Bereich der Sozialisationsbedingungen, der Biologie und Psychologie zugrunde. Diese ätiologischen Gründe müssen weiter in geschlechtsspezifischer und – differenzierender Weise beforscht und die Ergebnisse in evidenzbasierte Behandlungsprogramme (wie z.B. „**Männlichkeiten und Sucht**“, LWL) für die verschiedenen Zielgruppen umgesetzt werden. Gerade in Bezug auf suchtkranke Männer fehlen weitgehend noch Schwerpunktprogramme für ihre Lebenslagen und –phasen. Ebenso fehlen Leitlinienaussagen (S3 Alkohol, S3 Tabak) zu Männern und Sucht.

Die **frauenspezifischen** Suchthilfeangebote müssen ebenso evidenzbasiert gestärkt und weiterentwickelt werden. Es zeigen sich Zunahmen des Alkoholkonsums bei beruflich hoch erfolgreichen Frauen.

Suchttherapie

Prävention, Behandlung, wissenschaftliche Grundlagen



Zwei führende deutschsprachige Suchtfachzeitschriften sind im Frühjahr 2021 mit dem Thema „Männer und Sucht“ erschienen. Der Nachholbedarf ist groß.

Die Zeitschrift Suchttherapie 2021; 22(02) zu „Männer und Sucht“ und das

Sucht Magazin Nr. 2/2021 mit dem Thema „Mann und Sucht“

SuchtMagazin

Interdisziplinäre Fachzeitschrift der Suchtarbeit und Suchtpolitik

Abonnemente
bestellen

INSTAGRAM

FACEBOOK

TWITTER

Nr. 2/2021

Mann und Sucht

Gendertypisches Verhalten | Anabolika für die Ästhetik | Therapie bei Sexualdrang | Suchtfachmänner im Gespräch | Gefühle zu zeigen ist zentral | Geschlechterreflektiert arbeiten | Pensionierung und Vaterwerden | Gendergerechte Strategien

Der Artikel [Gesund und präsent: Die Bedeutung der psychischen Gesundheit von Vätern](#) von Fabienne Meier steht online zur Verfügung.

→ [zum Inhalt](#)

→ [vorherige Ausgaben](#)

→ [Ausgabe bestellen](#)

Nächste Ausgaben:

3/2021: Suchtpolitik der Zukunft

5/2021: Jugendliche

6/2021: Aktuelle Themen

1/2022: Corona-Pandemie





VIKTOR

Gemeinsam. Stark.



Modellprojekt VIKTOR für
ältere alleinlebende Männer
(55+) mit Alkoholabhängigkeit
und Einsamkeitsproblemen
(2019 bis 2023)

Männerspezifisches Gruppenprogramm zur Reduktion
von Einsamkeit und Alkohol

Beispiele:

Für Männer und Frauen geschlechtsreflektierte Angebote schaffen. Es fehlen nach wie vor besonders spezialisierte Angebote für suchtkranke Männer, obwohl diese die große Mehrheit darstellen (Ausnahme: Das Programm „Männlichkeiten und Sucht“ des LWL, Koordinationsstelle Sucht, Münster)

Sexuelle Minderheiten berücksichtigen.

Besonders **die große Mehrzahl der Suchtkranken und Suchtgefährdeten (also Männer) spezifisch und empathisch in den Blick nehmen und behandeln, ohne andere Gruppen zu vergessen.** 45% der Töchter alkoholabhängiger Väter heiraten einen Partner, der wiederum suchtkrank wird!

Auch mehr genderreflektierte Suchtpräventionsangebote, insbesondere für Jungen, schaffen! (z.B. wg. **Boy Crisis**). Der weltbekannte [Psychologe Philip Zimbardo](#) engagiert sich seit Jahren für dieses Thema.

9. Qualifikation der Fachkräfte sichern und ausbauen

Argument: Die Qualifikation der Fachkräfte im Suchtbereich sollte frühzeitig (im Studium) beginnen. Eine spezialisierte Weiterbildung in einem von mehreren Vertiefungsbereichen baut dann darauf auf. **Suchtforschung wie auch Suchthilfepraxis** sind relevante Bereiche, die auch miteinander verbunden sein sollten. Nach Abschluss einer suchtspezifischen Qualifikation (Psychotherapie, Psychiatrie, Suchttherapie) erfolgt eine kontinuierliche Fortbildung. Diese sollte auch interdisziplinäre Elemente umfassen.

Die Realität in Deutschland sieht jedoch völlig anders aus. In den grundständigen Studiengängen der Medizin, Psychologie und Sozialen Arbeit taucht das Thema „Sucht“ höchst selten und auch unsystematisch an einzelnen Hochschulen auf anderen aber nicht. In allen für die Suchthilfe relevanten Berufszweigen herrscht ein Nachwuchsfachkräftemangel.

Beispiele:

Mehr suchtspezifisches Wissen in den grundständigen Studiengängen (Medizin, Psychologie, Soziale Arbeit, Pflege, Gesundheitswissenschaften, Pädagogik) durch obligatorische Verankerung in den Curricula.

Suchtspezifische Curricula auf Master-Ebene für Prävention, Beratung und Therapie verankern. In den Facharzt-Ausbildungen (Psychiatrie, Internistik, Allgemeinmedizin) mehr suchtspezifische Inhalte obligatorisch machen, ebenso in der Weiterbildung „Psychotherapie“.

Weiterbildungen („life-long-learning“), insbesondere für Suchtberater und -therapeuten, obligatorisch machen (erweiterte Themenbereiche, z.B. FASD, Gewaltprävention, Täterbehandlung, Gender, Männerpsychologie)

Eine neuerlich hinzugekommene, erschwerende Problematik für die Sicherung der suchttherapeutischen Fachkräfte der Zukunft, ist die seit Februar 2021 präzisierte Vorstellung der **DRV-Bund**, dass die in den anerkannten Weiterbildungscurricula befindlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer während der gesamten Weiterbildungszeit in einer von der DRV anerkannten Einrichtung der medizinischen Suchtrehabilitation tätig sein müssen. **Diese Regelung ist berufs- und praxisfremd und kontraproduktiv, da sie den Erwerb einer breiten Berufserfahrung im Bereich der gesamten Suchthilfe verhindert.** Außerdem werden die ambulanten und stationären Suchtrehabilitationseinrichtungen ungefragt zu Ausbildungseinrichtungen, ohne dass dies jemals mit ihnen konsentiert worden wäre. Insgesamt droht durch diese Engführung in der Qualifikation des beruflich-therapeutischen Nachwuchses ein noch stärkerer Fachkräftemangel in der Zukunft.

10. Suchtspezifisches Knowhow in die Drogenpolitik einbringen

Argument: Die deutsche Drogenpolitik befindet sich seit Jahren in einer **Veränderungsstarre**. Internationale Entwicklungen werden ignoriert. Selbst kleinere Reformen scheinen unmöglich. Bevor nach jahrelangem Stillstand in der Zukunft möglicherweise überstürzte Reformen implementiert werden, sollten internationale Erfahrungen (z.B. aus Kanada, Portugal, Norwegen, Schweiz) dokumentiert und evaluiert werden. Dabei ist die fachliche Kompetenz der internationalen und deutschen Suchtfachkräfte, der Betroffenen und Angehörigen einzubeziehen. Die Situation der deutschen Drogenpolitik in den letzten Jahrzehnten entsprach einem Reformvakuum, bei dem aus wissenschaftlich nicht nachvollziehbaren Gründen Starre und Beharrung herrschen (siehe auch „[Deutsche Drogenpolitik im Dornröschenschlaf? \(...\)](#)“).

Beispiele und Ziele:

Die vielfältigen anstehenden drogenpolitischen Reformen und Neuregelungen sollten endlich auf der Basis soliden Fachwissens getroffen werden. **Dafür sollte eine nationale Expertenkommission unter Beteiligung von Suchtforschern und Suchthilfepraktikern einberufen werden.** Diese begleitet die anstehenden Reformen. Ähnliche Vorgehensweisen wurden in anderen Ländern (z.B. UK) bereits erfolgreich praktiziert.

Die wissenschaftlichen und praktischen Kompetenzen der Suchthilfe sollten über Verbände und Fachgruppen, aber auch Ad-Hoc-Expertengruppen in die Politik einfließen, damit möglichst evidenzbasierte oder evidenzgenerierende Reformen geschehen.

Drogenpolitische Reformen sollten routinemäßig von der Suchtforschung begleitet und evaluiert werden. Drogen- und Suchtpolitik sollten rationalen und evidenzbasierten internationalen Leitlinien folgen.

11. Ihre Entwicklungsaufgabe für die deutsche Suchthilfe?

???

Also, wie soll es werden in der deutschen Suchthilfe?

Professionelle Weiterentwicklung

- (1) Mehr Langzeitverläufe einschl. Suchtverlagerungen in den Blick nehmen und behandeln („**Zyklus der Sucht**“)
- (2) Mehr Komorbiditäten behandeln („**Eine Sucht kommt selten alleine**“)
- (3) Mehr Interdisziplinarität (v.a. ambulant) („**bio-psycho-sozial**“ **auch im Team!**)
- (4) Mehr Gendersensibilität (v.a. **Männer, als Klienten und Berater**)
- (5) Mehr Breite der Angebote und Differenzierung der Ziele, d.h. : Suchtberatung von Konsum bis Abstinenz („**Suchtberatung: Mehr als Abstinenz!**“)
- (6) Mehr Unerreichte erreichen (**Spezialisten für „hidden groups“ werden!**)

Suchthilfe 2040 ?! ...

- (1) Die Zugänge zum Suchthilfesystem sind niedrigschwellig, zieloffen, frühinterventiv und multiprofessionell
- (2) Das Suchthilfesystem ist familien- und generationensensibel sowie gendersensibel
- (3) Das Durchlaufen des Suchthilfesystems ist zyklen- und rückfallorientiert schnell und verständlich möglich
- (4) Digitale Informations-, Beratungs- und Therapieangebote sind umfassend vorhanden
- (5) Niedrigschw. Hilfen, Beratung, Behandlung und Prävention sind eng vernetzt

Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland

- 1. Abbau der Stigmatisierung der Sucht und Versäulung der Suchthilfen durch bessere Integration**
- 2. Die transgenerationalen Grenzen müssen durchlässiger werden**
- 3. Suchtstoffe und Suchtprobleme müssen in ihrer Gesamtheit und über die Lebensspanne wahrgenommen werden**
- 4. Sucht- und Drogenhilfe muss evidenzbasiert alle Hilfe- und Beratungsthemen abdecken**
- 5. Digitalisierung und Hybridstrukturen müssen weiterentwickelt werden**
- 6. Der Mangel an Suchtforschung und Forschungsstrukturen muss überwunden werden**
- 7. Suchtprävention in allen Handlungsfeldern stärken**
- 8. Genderreflektierte Suchthilfeangebote stärken**
- 9. Qualifikation der Fachkräfte sichern und ausbauen**
- 10. Suchtspezifisches Knowhow in die Drogenpolitik einbringen**
- 11. N.N.**

Weiterführende Quellen

<https://www.addiction.de/suchthilfe-in-deutschland-2040/>

<https://www.addiction.de/suchthilfe-in-deutschland/>

<https://www.addiction.de/suchtberatung-in-deutschland-der-weite-weg-von-der-konfession-zur-profession/>

<https://www.belladonna-essen.de/landeskoordinierungsstelle-frauen-und-sucht-nrw/>



Weiterführender Hinweis

I. Entwicklungen der Sucht- und Drogenhilfe

Suchthilfe im Überblick – Geschichte und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in Deutschland

Michael Klein

**Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 7/8(4), 253 –
263, 2018.**

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.addiction.de

Referent:

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW)

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)

Wörthstraße 10

D-50668 Köln

Email: Mikle@katho-nrw.de