

Suchthilfe: Geschichte und Entwicklungsaufgaben

Michael Klein

Einleitung

Das Jahr 1990 markiert eine starke historische Zäsur in der deutschen Geschichte, vordergründig durch die deutsche Wiedervereinigung markiert. Aber auch für viele globale, gesellschaftliche und soziale Fragen wird immer deutlicher, dass die Jahre des ausgehenden 20. Jahrhunderts eine *Wendezeit* waren, die erst durch die Corona-Pandemie des Jahres 2020 in eine neue Epoche tritt. Entsprechende Stichworte der neuen Epoche sind Digitalisierung (Online-Beratung, Künstliche Intelligenz, Soziale Onlinenetze), die Krise der Demokratie, neue Migrations- und „Flüchtlingswellen“, Gendergerechtigkeit und manches mehr. Auch für den in diesen Kontexten beschaulich erscheinenden Bereich der Suchthilfe bringt der Zeitraum der letzten 30 Jahre und die Gegenwart einen weitgehenden Paradigmenwechsel, der jedoch in vielen Köpfen bisher noch nicht nachhaltig genug angekommen ist. Dies betrifft vor allem die Kosten- und Leistungsträger, bisweilen auch die Verantwortlichen in den Diensten vor Ort. Insofern dauert die Zeit der starken Veränderungen noch an oder bricht in manchen Institutionen gerade erst an. Ich will die entsprechenden Themen, Konzepte und Anforderungen im Folgenden darlegen, nicht ohne zuvor die Vorgeschichte der Suchthilfe aus den Jahren vor 1990 zu skizzieren.

Vorgeschichte der Suchthilfe bis 1990

Die Entwicklung der Suchthilfe von ihren Anfängen im 19. Jahrhundert wurde in mehreren Publikationen ausführlich beleuchtet. Insbesondere Spode (2012) hat wiederholt deutlich gemacht, dass die Suchthilfe zunächst vorrangig ein *Disziplinierungs- und Erziehungsinstrument* der preußisch-protestantischen Oberschicht im Deutschen Reich ab 1871 darstellte, die mit den Zwecken und Interessen der jungen deutschen Industrie koalierte.

Der Proletarier im Kaiserreich als Gegenstand von Disziplinierung und Erziehung

Primäres, aber implizites Ziel war ein arbeitsfähiges Millionenheer von Proletariern vorzuhalten, das sich trotz seiner extremen Armut und Ausbeutung nicht dem Schnaps hingeben sollte, sondern arbeits- und wehrfähig zu bleiben hatte. Letzteres auch, weil das junge Deutsche Reich ganz wesentlich militärisch-feudalistisch geprägt und dominiert wurde. Den Bürgern wurde das Ideal des gehorsamen Soldaten als gutem Deutschen von der herrschenden Clique aus Adeligen, Großgrundbesitzern und Industriellen in Schule und Gesellschaft durchgängig

vermittelt. Kritik und abweichende Meinungen wurden systematisch ausgegrenzt und unterdrückt.

Die ersten Trinkerheilstätten als Orte der Andacht und Arbeitserziehung

Die Geschichte der institutionellen Suchthilfe in Deutschland beginnt um das Jahr 1850 mit den ersten Forderungen nach eigenen Trinkerheilstätten für die vom Alkohol („Schnaps“) abhängigen Männer. Die ersten Einrichtungen – wie z.B. die spätere Trinkerheilstätte Siloah in Lintorf bei Düsseldorf – entstand in der Tradition der evangelischen Armenfürsorge. Viele umherziehende Männer waren Tagelöhner, die durch den Schnapskonsum gesundheitlich und sozial verwahrlosten und verarmten und in entsprechenden Einrichtungen Unterkunft und Verpflegung gegen Mitarbeit fanden.

Die Branntweinpest als Reaktion auf Verarmung und Verelendung

Betroffen von der „Branntweinpest“ waren Personen aller Schichten, aber zunehmend solche des industriellen Proletariats, vor allem ab 1890. Sie benutzten das Schnapstrinken in *eskapistischer* Absicht zur Bewältigung des unerträglichen Alltags. Die herrschende feudal-bürgerliche Oberschicht erkannte die Gefahr einer um sich greifenden „Branntweinpest“ als soziales und gesundheitliches Problem (Spode, 2012) alsbald und begann, den Betrieb von Trinkerheilstätten als Orte der „Rettung“ und Disziplinierung zugleich zu fördern.

Die Invalidenversicherung (heute: Rentenversicherung) zur Rettung der proletarischen Trunksüchtigen

Die 1891 im Zuge der Bismarck'schen Sozialreformen gegründete Invalidenversicherung sollte späterhin – offiziell ab 1915 – die Kosten dieser Maßnahmen, die wir heute als Medizinische Rehabilitation im Rahmen des SGB VI kennen, übernehmen. Die wesentlichen Ansätze der stationär organisierten Trinkerhilfe waren religiöse und arbeitserzieherische Maßnahmen, die als der Ansatz des „*ora et labora*“ („Bete und arbeite!“) bekannt wurden. In der Frühphase der professionellen Suchthilfe im späten 19. Jahrhundert waren die Not und das Elend der proletarischen Trinker so groß, dass Hilfe dringend nötig war.

Suchthilfe beendet nicht die Ausbeutung der Arbeiter

Der herrschenden Schicht ging es jedoch nicht um sozialreformerische Verbesserungen des Proletarierelends, sondern um die Erhaltung der Arbeitskraft für die aufstrebende Industrie, allem voran Stahlindustrie, Bergbau und Maschinenbau. Es war aus der Sicht der feudalen und bürgerlichen Oberschicht naheliegend, die verarmten Trinker – in vielen Fällen Väter großer Familien – durch Disziplin und Bekehrung zu behandeln und vorgeblich zu retten. Die Trinkerheilstätten boten unter der Idee und dem Regime des „*ora et labora*“ eine strenge, moralisierende und sinnorientierte Behandlung an. Der süchtige Trinker sollte arbeitend und betend vom Trinkzwang befreit werden und sich unterordnen, um vom Schnaps gerettet zu

werden. Dementsprechend war die junge Sozialdemokratie zunächst gegenüber der Trinkerfürsorge sehr skeptisch.

Abgeschiedenheit, Arbeit, Andacht: Die drei A der Geburtsstunde der Suchthilfe

Die frühe Suchthilfe folgte der Maxime der drei As: *Abgeschiedenheit, Arbeit, Andacht*. Dies bedeutete, dass die Trinkerbehandlung in stationärer Form, fern der Heimat, mit vielen religiösen und disziplinierenden Inhalten durchgeführt wurde. Strenge, Abgeschiedenheit und Andacht im engen Gruppenverband waren die Kernideen dieser Behandlung. Für den Suchtkranken bedeutete es – im Unterschied zu der vorher üblichen Unterbringung in einer „Irrenanstalt“ – jedoch einen gewissen Fortschritt. Die Maxime dieser Behandlung entsprach dem autoritären Zeitgeist jener Epoche. Diesen zu erkennen und zu reflektieren, ist auch die Aufgabe der kritischen Reflektion für heutige Behandlungsformen der Suchthilfe.

Weimarer Republik und Nazizeit – es geht immer weiter bergab

Was die Entwicklung der Suchthilfe nach dem 1. Weltkrieg bis zum Jahr 1945 angeht, hat Elke Hauschildt (1995) dies unter Verwendung zahlreicher Originalquellen sehr genau nachskizziert. Nachdem in der wirtschaftlich armen Zeit der Weimarer Republik die Qualität der Suchthilfe mehr und mehr verschlechtert wurde, folgte mit der Nazi-Diktatur eine Zeit zunehmender Stigmatisierung, Repression und schließlich des blanken Terrors. Die Ausgrenzung und Diskriminierung der Suchtkranken wurde in der Nazi-Diktatur mehr und mehr ausgebaut. Eine bis heute nicht genau bekannte Zahl von Alkoholikern wurde zwangssterilisiert und in KZs eingewiesen. Auch nicht bekannt ist die Anzahl derer – oft politisch Unliebsame –, die unter dem Deckmantel des „volksschädigenden Alkoholismus“ getötet wurden. In der historischen Rückschau bedeutet die Nazi-Diktatur für die deutsche Suchthilfe eine tiefe Zäsur, von der sie sich jahrzehntelang nicht erholt hat. Erst mit dem Urteil des Bundessozialgerichts zur Rehabilitationsfähigkeit der Suchterkrankung von 1968 und der Psychiatrie-Enquete von 1975 begann der Wiederanschluss. Es ist also erstaunlich, dass es mehr als 20 Jahre nach Beendigung des Krieges und der Diktatur dauerte, bis sich wieder eine nennenswerte Suchthilfe in Deutschland (zunächst in der BRD) etablierte.

Stationär vor ambulant – Ein deutscher Sonderweg

In den Prinzipien der Suchthilfe des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts sind unschwer die bis heute fortwährenden Wurzeln der Dominanz des stationären Bereiches in der deutschen Suchthilfe und die Fokussierung auf Arbeits- und Erwerbsleben, u.a. mit arbeitstherapeutischen Maßnahmen, zu erkennen. Obwohl die Leistungsträger schon seit den 1990er Jahren das Handlungsprinzip „ambulant vor stationär“ betonen, sieht die Praxis der Suchtrehabilitation mit immer noch ca. zwei Dritteln stationärer Behandlungen von allen ca. 70.000 Suchtrehabilitationsbehandlungen nach wie vor anders aus. Außerdem ist der von den Sozialleistungsträgern (Renten- und Krankenversicherung) finanzierte Bereich

der Suchthilfe nach wie vor rigide auf das Behandlungsziel Abstinenz fixiert, was nicht mehr dem heutigen Stand der Forschung entspricht.

Noch immer dominiert in der Suchthilfe die Idee der Wiederherstellung der Arbeitskraft

Im 20. Jahrhundert hatte die Suchthilfe in Deutschland eine sehr wechselhafte, volatile Geschichte genommen (vgl. Hauschild, 1995). Die verschiedenartigsten Strömungen von Verfolgung, Bestrafung und Ausmerzung bis hin zu Hilfe, Therapie und Akzeptanz tauchten im Laufe des Jahrhunderts auf. Erstaunlich ist, dass die Suchthilfe der Bundesrepublik Deutschland erst mit dem Grundsatzurteil des BSG vom Mai 1968 wieder die Anknüpfung an die vor dem 1. Weltkrieg schon entwickelten Strukturen der zwar paternalistischen, aber umfassend auf Wiederherstellung der Arbeitskraft ausgerichteten Suchtkrankenhilfe gefunden hat. Im internationalen Vergleich ist die starke, teilweise übermäßig dominante Betonung des Stationären und der Erwerbstätigkeit ein deutscher Sonderweg. Diesen Weg zu hinterfragen und in Richtung der Genesung von einer psychischen Krankheit – ohne die Vorzüge des bisherigen Systems aufzugeben - zu verändern, ist eine Aufgabe der Zukunft.

Neue Aufgaben der Suchthilfe ab 1968 in schneller Abfolge

Gleichzeitig kamen nach 1968 schnell weitere Herausforderungen hinzu: Die Drogenwelle der 1970er Jahre, insbesondere in Bezug auf Heroin, die HIV- und Aids-Bedrohung in der Drogenszene ab Mitte der 1980-er Jahre, der zunehmende Kostendruck ab den frühen 1990-er Jahren, der zur Forderung nach Stärkung der ambulanten Hilfen führte. Damit beginnt ein neues Kapitel, die Geschichte der Suchthilfe in den 1990er Jahren.

Geschichte der Suchthilfe in Deutschland ab 1990

Die 1990iger Jahre hatten für den Bereich der Suchthilfe mit einem Paukenschlag begonnen. Die Heroinsubstitution wurde gegen zunächst harten und intensiven Widerstand durchgesetzt. Gerade die noch stark moralisierenden Teile der Fachkräfte, besonders von Seiten der „Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren“ (DHS, heute: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen) und der abstinentenorientierten Entwöhnungskliniken, lehnten diesen Ansatz anfangs vehement ab. „Der Staat als Dealer“ war eines der Schlagworte jener Zeit.

Durchsetzung der Heroinsubstitution gegen starke Widerstände

Anfangs waren es Experten außerhalb der Suchthilfe, die den Substitutions-Ansatz forderten, um eine weitere Verelendung der Heroinabhängigen und ein Fortschreiten von HIV- und anderen Infektionen zu verhindern bzw. einzudämmen (vgl. Schmid, 2003). Der seinerzeitige Drogenbeauftragte des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW), Hans-Adolf Hüsgen, und andere politische und juristische Amtspersonen,

insbesondere aus den deutschen „Drogenmetropolen“ Frankfurt und Hamburg setzten sich nachhaltig und schließlich erfolgreich für die Verankerung der Substitution in Deutschland ein und brachten die entsprechenden Änderungen im Medizinrecht (Verschreibungsverordnungen) und im Betäubungsmittel-Gesetz (BtmG) mit auf den Weg. Seitdem hat es zahlreiche Novellierungen der Substitutsvergabeverordnung gegeben.

Die deutsche Heroinstudie eröffnet weitere Behandlungsmöglichkeiten

In den frühen 2000er Jahren wurde mit der deutschen Heroinstudie die Grundlage für eine Ausweitung der Substitution auf Diamorphin gelegt (Haasen & Vertheim, 2008), die heute in vielen deutschen Großstädten Normalität geworden ist. Die Vergabe von Diamorphin als Ersatz für „Straßenheroin“ für Schwerstabhängige geschieht, wenn die Betroffenen durch andere Maßnahmen zuvor nicht erfolgreich behandelt werden konnten. Die Studie zeigte u.a., dass bislang von Methadon-Substitution nicht erreichte Suchtkranke durch die Diamorphinvergabe stabilisiert und oft auch entkriminalisiert werden konnten. Ein Nachteil ist nach wie vor, dass diese Vergabeprojekte auf Großstädte und Ballungszentren beschränkt sind und Abhängige in ländlichen Räumen – so auch in Rheinland-Pfalz – benachteiligt sind.

Neben den Reformen im Bereich des Drogenstrafrechts (z.B. §§ 35, 36 BtmG; Substitutsvergabeverordnung) und der Drogenbehandlung, die immer noch nicht weit genug reichen, da sie die Paradoxie, krankes Verhalten mit den Mitteln des Strafrechts zu verfolgen, nicht aufgelöst haben, brachten die 1990er Jahre durch eine längere wirtschaftliche Rezession und einen erhöhten Kostendruck bei den Sozialkassen, insbesondere der Kranken- und Rentenversicherung.

Pauschale Verkürzung der Therapiedauern für Suchtkranke war und ist keine Lösung

Eine kurzfristig wirksame, wenig kreative Antwort darauf war das „Wachstumsförderungsgesetz“¹ (1996) unter dem damaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer. Die Dauer der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen wurde pauschal von 9 auf 6 Monate bei Drogenabhängigkeit und von 6 auf 3,5 Monate bei Alkoholabhängigkeit gekürzt. In der mittelfristigen Folge stieg der Anteil der Wiederholungsbehandlungen bei medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Bereich Sucht deutlich an. Die zuvor von den Leistungsträgern abgelehnte Intervalltherapie, der lernpsychologisch durchaus sinnvolle Wechsel zwischen stationären und ambulanten Behandlungsphasen war – offenbar absichtslos – durch die Hintertür möglich geworden, weil Suchtkranke nunmehr kürzere, aber häufigere Rehabilitationen durchliefen. In späteren Jahren wurde dieser Trend durch Konzepte der Kombinationstherapie, insbesondere in Niedersachsen, aufgegriffen und vertieft. Bei

¹

https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//%5B@attr_id%27bgbl196s1476.pdf%27%5D#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl196s1476.pdf%27%5D_1532185943634; geöffnet am 21.07.2018, 17.00 Uhr.

dieser Therapie werden ambulante und stationäre Behandlungsphasen durchgeführt und eng aufeinander abgestimmt.

Zentralisierung der Rentenversicherung schafft Praxis- und Realitätsferne

Durch die Zentralisierung vieler bislang föderaler Aufgaben der Landesversicherungsanstalten im Zuständigkeitsbereich der dann in Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) umbenannten Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in den früher 2000-er Jahren entwickelte sich ein Dauerkonflikt zwischen den Akteuren in den Bundesländern, die eher Innovationen und Reformen zugeneigt waren (z.B. in Baden-Württemberg) und der zentralistisch agierenden DRV-Bund (Berlin), der bei starker formaler Macht oft die Sachkenntnis für die Suchthilfepraxis vor Ort in Bezug auf die Angebote der Suchthilfe fehlte. Viele, im Prinzip sinnvolle Ansätze, wie z.B. die ambulante Rehabilitation Sucht oder die rentenversicherungsfinanzierte Nachsorge kranken an der nicht auf Augenhöhe stattfindenden Kommunikation zwischen der DRV-Bund und den Akteuren in den Ländern bis hin zu den Fachkräften vor Ort.

Der Sozialbericht ist ein Dinosaurier der Begutachtung

Auch die Tatsache, dass die Beantragung der Medizinischen Rehabilitation bei Suchterkrankungen im psychosozialen Teil im Wesentlichen immer noch auf der Basis des Formulars des Sozialberichts aus dem Jahr 1978 stattfindet, und Alternativen, wie z.B. der PREDI (Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik), niemals flächendeckend eingeführt wurden, zeugt von dem Reformstau und der weitreichenden Modernisierungsverweigerung, die hier im Verantwortungsbereich der Deutschen Rentenversicherung vorherrschen. Zwischenzeitlich beginnt eine langsame Rückverlagerung von Teilkompetenzen zu den Landes-DRVen.

Stärkung der ambulanten Hilfen noch nicht stark genug

Ein besonders wichtiger - aber noch nicht umfassend genug umgesetzter -Trend ist die Konzentration der Suchthilfe auf primär *ambulante Hilfen*. Diese haben den Vorteil der Lebenswelt- und Alltagsnähe und lassen sich auch gut mit kurzfristigen stationären Angeboten, z.B. zum Entzug, kombinieren. Suchthilfen sollten so wenig wie möglich stationär durchgeführt und so oft wie möglich ambulant angeboten werden. Ambulante Hilfen bieten neben Kostenvorteilen die Chance, alltagsnahe Therapien und Hilfen mit Transfer- und Trainingsbezügen anzubieten, die sich für Suchtkranke günstig auswirken, Rückfälle vermeiden und Stabilisierungen fördern können. Die Qualität und Effizienz der Arbeit der Suchtberatungsstellen sollte weiter kontinuierlich durch Evaluation, Begleitforschung, Qualifikation und Weiterbildung gesteigert werden.

Ambulante Suchthilfe sollte standardmäßig evaluiert und weiterentwickelt werden

Bislang sind insbesondere die externe Evaluation und die Begleitforschung in diesem Tätigkeitsfeld so gut wie unbekannt. Dies liegt vor allem an mangelnden Ressourcen und einer nicht gegebenen Verankerung in Alltagsroutinen. Die Forderung nach

Evidenzbasierung der geleisteten Arbeit scheitert vielerorts an finanziellen Problemen, mangelndem Interesse, fehlenden Kenntnissen, ideologischen Barrieren und unreflektierten Glaubenssätzen, wie suchtspezifische Arbeit zu sein habe.

Suchtberatung sollte umfassend und stoffübergreifend sein

Ein weiterer Trend, der in den 1990er Jahren einsetzte, war die Verschmelzung alkohol- und drogenspezifischer Dienste, vor allem im *ambulanten Bereich*. In den neuen Bundesländern wurde unter Zeit- und Kostendruck ab 1990 ein neues Suchthilfesystem eingeführt. Dabei vermied man von Anfang an den im Westen noch weit verbreiteten Zustand, streng getrennte alkohol- und drogenspezifische Suchtberatungsstellen aufzubauen und zu betreiben. Diese hatten sich im Westen unter den historischen Bedingungen der „Drogenwelle“ der 1970er Jahre entwickelt und hatten zu einer Tradition der getrennten Dienste beigetragen. Meist führte dies zu Unter- und Fehlversorgung vor allem in ländlichen Räumen. Die Erfahrungen in den Neuen Bundesländern zeigten nun aber von Anfang an, dass ein *integriertes ambulantes Hilfesystem* problemlos möglich war. Ab den frühen 2000er Jahren entwickelten sich zusätzlich Angebote für *Glücksspielsüchtige*, zum Teil als spezialisierte Angebote, vor allem in NRW, überwiegend aber als integrales Angebot bereits bestehender Suchtberatungsstellen oder Fachambulanzen. Diese Angebote sollten kontinuierlich zu integrierten Präventions- und Hilfeangeboten für Verhaltenssüchtige und Gefährdete im Rahmen der Suchthilfe weiterentwickelt werden.

Suchthilfe muss spezifisch und unspezifisch zugleich sein

Die weitere Entwicklung der Suchthilfe braucht eine Öffnung für *Suchtgefährdete, Suchtkranke und chronisch Kranke*. Suchthilfe muss das gesamte Spektrum von der Suchtgefährdung bis zur chronischen Suchterkrankung abdecken. Es bedarf einer umfassenden Qualifikation der Fachkräfte sowohl im Bereich der Substanzkunde und Psychopharmakologie als auch hinsichtlich relevanter Translationsthemen, wie psychische Komorbidität, Teilhabeförderung und Genderfragen. Dazu folgen in den nächsten Kapiteln nähere Ausführungen.

Probleme des aktuellen Suchthilfesystems

Das Suchthilfesystem ist nach wie vor in weiten Teilen wenig innovativ und sehr beharrlich. Dies zeigt sich an den Schwierigkeiten, notwendige und wichtige Innovationen, wie *ehedem* Substitution, niedrigschwellige Hilfen und Akzeptanz von Rückfälligkeit in der Behandlung oder *aktuell* differenzierte Therapieziele, zieloffene Suchttherapie, Komorbiditätsbehandlung und Digitalisierung innovativ und frühzeitig - auch gegen Widerstände - durchzusetzen. Ein Grundproblem der Suchthilfe in Deutschland ist *das Fehlen systematischer Suchthilfeforschung*, vor allem im Hinblick auf Prozesse und Resultate. Allein der stationäre Rehabilitationsbereich hat unter den Vorgaben der Rehabilitationsträger schon frühzeitig eine evidenzgenerierende Forschung durch Begleit- und Prozessforschung sowie Katamnesen etabliert. In diesem Bereich war der Fachverband Sucht e.V., dem inzwischen mehr als 100

stationäre Suchthilfeeinrichtungen – überwiegend in privater Trägerschaft – angehören, innovativ und ist bis heute führend.

Suchthilfeangebote verharren in Individuumsfixierung

Eine sehr beharrliche, nach wie vor existierende Hürde, ist die fast vollständige Individuumsfixierung im Hilfesystem, welche angehörigorientierte und generationsübergreifende Hilfen weitgehend unmöglich macht, obwohl dies viele Fachkräfte der Praxis anstreben. Dabei ist schon seit langem bekannt, dass Suchtkrankheiten meist über Generationen hinweg verlaufen. Wenn Eltern suchtkrank sind, erhöht sich das Risiko bei den betroffenen Kindern für eigene Suchtstörungen und andere psychische Störungen deutlich, bis zum sechsfachen (Klein, 2018a). Partnerinnen suchtkranker Männer weisen zu über 50% Stressfolgeerkrankungen auf, meist ohne dass ihnen fachgerecht und mit suchtspezifischer Empathie geholfen wird.

Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe

Eine weitere, bislang nicht bewältigte Entwicklungsaufgabe der Suchthilfe sind verbesserte personenzentrierte und gleichzeitig suchtspezifische Hilfen für Angehörige Suchtkranker. Sie stellen eine wichtige Entwicklungsaufgabe der künftigen Suchthilfe dar. Dies betrifft insbesondere *Partnerinnen und Kinder von Suchtkranken*, egal ob es sich um Alkohol-, Drogen- oder Verhaltenssuchtprobleme handelt (vgl. Klein, 2018b). Die Suchthilfe funktioniert – wie bereits beschrieben – aufgrund der Vorgaben der Leistungsträger nach wie vor fast vollständig individuumsfixiert, behandelt den einzelnen Suchtkranken, ohne das familiäre Umfeld – horizontal oder vertikal im Sinne transgenerationaler Orientierung – kontinuierlich einzubeziehen.

Was Suchthilfe sein sollte und könnte

Im Idealfall sollte die Suchthilfe ein evidenzbasiertes, forschungsfreundliches, selbstreflexives System von Handlungsstrategien sein, in dem auf der Basis humanistischer, verhaltenspsychologischer und tiefenpsychologischer Konzepte Menschen umfassend hinsichtlich Substanzkonsum, Selbstkontrollstrategien, Konsumreduktionen und Abstinenzwerb beraten und behandelt werden. Dabei sollten Prävention und Therapie generationenübergreifend eng miteinander verzahnt sein. Im Folgenden werde ich die nötigen Entwicklungsaufgaben beleuchten, um zu diesem Ziel zu kommen.

Bio-psycho-soziales Verstehen und Handeln sind gefragt

Gesundheitsförderung, Risikoreduktion und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit sollten genauso wichtige Anliegen der Suchthilfe sein, wie die Vermeidung bzw. Loslösung aus Wohnungslosigkeit, Armut und Langzeitarbeitslosigkeit. Insofern erfordert die Suchthilfe – mehr als andere Themenfelder – bio-psycho-soziales Verstehen und Handeln, das die verschiedenen Sets und Settings der Konsumenten und Abhängigen und ihrer Angehörigen stets im

Blick hat. Dies ist neben bestimmten beruflichen Qualifikationen nur durch interdisziplinäre Kompetenz erreichbar.

Hintergründe von Substanzkonsum empathisch verstehen – der Weg zu suchtspezifischer Empathie

Substanzkonsum sollte nicht – weder offen noch hintergründig – dämonisiert oder stigmatisiert, sondern immer als mögliche Verhaltensoption von Menschen in einem zu verstehenden Kontext gesehen werden. Dafür ist die interdisziplinäre Qualifikation der Fachkräfte besonders wichtig. Suchtkrankheiten sind eine Erkrankung des Gehirns, wie etwa die Experten von NIDA (National Institute on Drug Abuse, USA) nicht müde werden zu betonen. Aber sie haben auch psychosoziale Ursachen und Folgen. Dies alles zu verstehen und in Handeln zu integrieren, ist Voraussetzung für gelingendes Helfen in der Suchthilfe. Suchtspezifische Empathie ist eine wichtige Grundvoraussetzung für das Handeln von Fachkräften. Es bedeutet, nicht nur die Person in ihrem Handeln verstehen zu wollen, sondern auch die Funktionalität des Substanzkonsums zu erkennen und miteinzubeziehen.

Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe

Zu den zentralen Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe gehören vor allem: (1) Digitalisierung der Hilfen, (2) Familien- und Kinderorientierung, (3) Forschungs- und Evidenzstärkung, (4) umfassende Hilfen, auch für verdeckte Gruppen. Im Folgenden werden diese Entwicklungsaufgaben näher erläutert und mit 10 zentralen Zukunftsaufgaben abschließend formuliert. Da die Weiterentwicklung der Suchthilfe im gesundheits- und sozialpolitischen Bereich verankert sein muss, beginne ich dort.

Suchthilfepolitik verändert sich

Suchthilfe wird ganz wesentlich von Suchthilfepolitik verantwortet und gestaltet. Ein unverkennbarer Trend der letzten Jahre in der Suchthilfepolitik in Deutschland ist die stärkere Hinwendung zu den durch *legale Substanzen* (Alkohol, Tabak, meist auch Medikamente) und durch *Verhaltenssüchte* verursachten Problemen. Während die einschlägigen Berichte der Bundesdrogenbeauftragten bis zum Ende der 1990er Jahre noch den Titel „Rauschgiftbekämpfungsplan“ trugen, wandelte sich dies ab 1999 zum jährlich erscheinenden „Sucht- und Drogenbericht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung.

Kleine Geschichte der Suchthilfepolitik

Diese längst überfällige Entwicklung entspricht den schon lange bekannten epidemiologischen Fakten, dass die Mehrzahl der Suchtkranken von Alkohol und Tabak abhängig ist und dass die dementsprechenden immensen Probleme in Gesellschaft, Arbeitswelt und Familien hinsichtlich Stress, Komorbidität, Morbidität und Mortalität hauptsächlich durch ebendiese Substanzen entstehen. Während die Suchtpolitik in den Jahrzehnten zuvor einseitig auf Drogen fokussierte („Nationaler Drogenbekämpfungsplan“), wurde nunmehr langsam realisiert, dass die durch legale psychoaktive Substanzen erzeugten Schäden die durch illegalisierte psychoaktive Substanzen bei weitem übersteigen. Gleichzeitig wurde ab dem Jahr 2003 die

Risikoreduktion als Säule der nationalen Drogenpolitik neben Prävention, Behandlung und Repression anerkannt.

War on Drugs – deutsche Version

Die Drogenpolitik seit den 1970er Jahren hatte das klar erkennbare Manko, die Suchtprobleme der Mehrheitsgesellschaft in Form eines Abwehrprozesses auf die marginalisierte Minderheit der Drogenkonsumierenden und -abhängigen zu projizieren. Dies war die kleine Version des amerikanischen War on Drugs, der inzwischen nicht nur als gescheitert gilt, sondern als eine Kriegserklärung an die Drogenabhängigen als solche bewertet werden kann. Eine Strategie der extremen Stigmatisierung und Diskriminierung.

Verdrängung des gesellschaftlichen Suchtproblems

Solange in einer Gesellschaft die vorherrschenden Suchtprobleme kollektiv verdrängt werden, wie dies in der Ära der Nationalen Rauschgiftbekämpfungspläne besonders stark der Fall war, ist ein realistischer Umgang mit dem Gesamtphänomen „Sucht in der Gesellschaft“ nicht möglich, weil dieser letztlich nicht gewünscht ist. Das kollektive Unbewusste in Deutschland hat sich im 20. Jahrhundert übermäßig mit anderen verdrängten, ungelösten Problemen belastet, so dass das Suchtproblem lange Zeit nur eine untergeordnete Stellung einnahm. Die Funktion, die Suchthilfe zu erfüllen hat, unterliegt einem permanenten Wandel. Nachdem es in früheren Zeiten um Disziplinierung, Reparatur und Wehrfähigkeit ging, sind die postmodernen Funktionen in der Steigerung von Erwerbs- und Leistungsfähigkeit, der Förderung von Gesundheit und inzwischen immer stärker gesellschaftlicher Teilhabe zu sehen.

Schnittstellen sollten beseitigt oder wenigstens gut gemanagt werden

Die deutsche Suchthilfe ist für Betroffene und Fachkräfte aus anderen Bereichen kaum nachvollziehbar oder gar hinsichtlich der inneren Logik verstehbar. Sie entsprechen am ehesten einem historisch gewucherten Gebilde von Kompromissen und Teillösungen. Das macht deren Nutzung und Akzeptanz schwierig. Grund hierfür ist vor allem das gegliederte Sozialleistungssystem mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, Zugangswegen und institutionellen Realitäten der Versorgung. Hilfen „aus einer Hand“ sind weitgehend unbekannt, obwohl solche Konzepte aus der Versorgungsforschung inzwischen bekannt und erprobt sind. Das sogenannte „Nahtlos“-Verfahren an der Schnittstelle zwischen Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung ist ein neueres Beispiel für ein solches Schnittstellenmanagement. Grundsätzlich sollten Gesetzgeber und Sozialrechtsexperten an einem Abbau der Schnittstellenprobleme arbeiten, anstatt die Verhältnisse noch komplizierter werden zu lassen. Die Zahl der potentiellen Schnittstellenprobleme ist immens (z.B. zwischen Arbeitsvermittlung und Suchthilfe, Jugendhilfe und Suchthilfe, Wohnungslosenhilfe und Suchthilfe, Behindertenhilfe und Suchthilfe, Bewährungshilfe und Suchthilfe, pränatalen Hilfen und Suchthilfe usw.), so dass es möglichst integraler, bundesweit gültiger und praktikabler Lösungen bedarf.

Kommunalisierung der Suchthilfe: Klingt gut, ist es aber nicht automatisch

Die in manchen Bundesländern sehr weitgehend vorangetriebene Kommunalisierung der Suchthilfe sorgt zwar für Bürgernähe und gemeindenahen Bezug, kann aber auch zu einer noch stärkeren Unübersichtlichkeit der Gesamtszene führen, wenn es an übergeordneter Koordination mangelt. Auch werden bisweilen reiche Kommunen begünstigt und ärmere benachteiligt, wenn sie sich an Landeszuschüssen proportional beteiligen müssen. Versorgungssysteme mit Schnittstellenproblemen, wie dies das Suchthilfesystem in extremer Form darstellt, weisen üblicherweise Probleme in der Passgenauigkeit, Frühzeitigkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen auf. Diese gilt es durch geeignete Regelungen zu überwinden.

Digitalisierung in der Suchthilfe – terra incognita 2020?

Die Entwicklung der Suchthilfe seit 1990 brachte viele neue Herausforderungen, von denen die *Digitalisierung* wahrscheinlich – gerade unter Corona-Pandemiebedingungen - die aktuellste und die derzeit noch am stärksten abgewehrte ist. Die Gründe hierfür sind sowohl fehlende digitale Kompetenzen in der Praxis, die in den Studiengängen der Sozialen Arbeit kaum vermittelt werden, so dass der berufliche Nachwuchs bei weitem nicht ausreichend qualifiziert und motiviert ist, dieses Defizit zu bewältigen. Oft herrscht auch Abwehr und Starrheit im Suchthilfesystem gegenüber digitalen Innovationen und eine diffuse Technikfeindlichkeit vor. Die bisher verwirklichten Ansätze zur Förderung digitaler Ansätze in der Suchthilfe sind sehr fragmentarisch und rudimentär. Die Chancen und Anforderungen waren bis zum Beginn der Corona-Krise größtenteils noch nicht erkannt und daher auch noch nicht umgesetzt. Wie bei Innovationen üblich, teilt sich die Gruppe der Betroffenen in frühe, mittlere und späte Innovatoren sowie Innovationsverweigerer. Nunmehr kommt unter den aktuellen epochalen Anforderungen der Innovationsdruck mit Macht.

Onlinebasierte Hilfen – eine Sammlung aktueller Probleme

Das Dilemma der Online-Suchthilfen beginnt schon damit, dass – wie so oft – Sucht und Substanzkonsum verwechselt werden. Ein Blick auf einschlägige Online-Dienste zeigt dies nachdrücklich. Bei einem Blick auf die Online-Angebote der beiden größten Wohlfahrtsverbände² zeigen sich schnell noch andere Probleme.

Neben den mehr als umständlichen Online-Adressen und Zugangswegen sind beide Angebote, immerhin die zwei größten Anbieter ambulanter Suchthilfe in Deutschland, wenig übersichtlich, nicht einladend, sondern umständlich und weitgehend undurchschaubar. Teilweise sind sie nur in umfangreichen Online-Adresslisten der gesamten Wohlfahrtsverbandsangebote enthalten und deshalb schwer auffindbar, so

² Online-Beratung der Caritas:

https://www.caritas.de/onlineberatung/sucht?gclid=EAIaIQobChMI7My6i5m42wIVE54bCh3TbQUzEAAYASAAEgJ5P_D_BwE

Online-Beratung der Diakonie:

<https://hilfe.diakonie.de/hilfe-vor-ort/angebote-fuer-suchtkranke/bundesweit/?text=&ersteller=&ansicht=karte>

dass sie insgesamt als wenig attraktiv hinsichtlich Zugang und Aufbereitung bewertet werden müssen. Evaluationen und Nutzerzahlen der Online-Angebote sind bislang ohnehin nicht zu eruieren. Kurz: Sie sind nicht auf der Höhe der Zeit, wie dies bei E-Mental-Health-Diensten heutzutage unabdingbar ist. Dienste wie Online-Beratung, Blended Counselling³, Online-Expositions- und Rückfallpräventionstrainings usw. kommen nicht überraschend. Ihre Vorteile, wie z.B. permanente Verfügbarkeit, niedrige Zugangsschwellen, Verknüpfbarkeit mit Suchtselbsthilfeangeboten, Kostenverringerung, sollten zur Weiterentwicklung und Optimierung des bestehenden Systems wahrgenommen und genutzt werden. Mögliche Risiken, wie z.B. mangelnde Passgenauigkeit, Vorbehalte bei den Zielgruppen, Einführung kostenpflichtiger Online-Beratungsdienste, sollten erwogen und nach Möglichkeit gelöst oder deutlich minimiert werden.

Online-Hilfen wirken! Das ist schon lange bekannt

Die bisherigen Forschungen zur Nutzung digitaler Formen in Beratung und Psychotherapie scheinen weitgehend oder völlig unbekannt zu sein. Der Innovationsschub, der durch diese Ansätze erzeugt wird, trifft die Suchthilfe daher wohl erst in den kommenden Jahren – dafür aber mit umso größerer Wucht. Bekanntlich sind frühe Innovatoren die Nutznießer und Motoren solcher Entwicklungen. Davon kann im ambulanten Suchtbereich derzeit noch nicht die Rede sein. Neben etlichen, durchaus vorzeigbaren Innovationen auf lokaler Ebene fehlt insbesondere den großen Wohlfahrtsverbänden bisher der notwendige Innovationsschub. Einzelne Suchtberatungsstellen und -kliniken versuchen sich intensiv in digitalen Innovationen, haben teilweise hochinnovative Ansätze entwickelt, leiden jedoch oft unter zu wenig Ressourcen und Unterstützung. Unter den Bedingungen der Corona-Pandemie intensiviert sich der Innovationsdruck noch mehr.

Künstliche Intelligenz – terra magna incognita?

Neben den jetzt schon erkennbaren Tendenzen in Richtung Digitalisierung wird der nächste Entwicklungsschub die Nutzung Künstlicher Intelligenz (KI) betreffen. Viele Dienste in den Bereichen Information, Beratung, Therapie und Nachsorge lassen sich mit KI kostengünstig, alltagsnah und mit permanenter Verfügbarkeit anbieten. Noch glauben viele Fachkräfte und Funktionäre der Suchthilfe, dass sie von den Entwicklungstrends in Richtung Digitalisierung und vor allem KI verschont bleiben werden, weil das sogenannte Menschliche auf der Strecke bleibe. Das Gegenteil wird passieren, insbesondere wenn die immensen Kosten, die das deutsche Sozial- und Gesundheitssystem aufzubringen, in wirtschaftlich schlechteren Zeiten nicht mehr finanzierbar sein werden. Und diese wirtschaftlich schlechten Zeiten haben mit der Corona-Krise schon begonnen. Die bisherige Forschung zur Nutzung von KI in der Psychotherapie zeigen, dass für die Wirksamkeit therapeutischer Strategien nicht so entscheidend ist, dass eine therapeutische Fachkraft empathisch *ist*, sondern dass sie vom Patienten als empathisch *wahrgenommen wird*. Auch wenn sich am

³ Blended Counselling bezeichnet den Ansatz, reale interpersonale Beratung mit Online-Beratung zu kombinieren.

Ende die Grenzen von KI und Digitalisierung erweisen werden, z.B. in Bezug auf Kriseninterventionen, Flexibilität und den Humanfaktor als solchen, ist es derzeit wichtig, dass sich die Suchthilfe als traditionell wenig innovativer Bereich proaktiv auf die Herausforderungen einstellt und die innovativen Vorteile nutzt.

Geschlechtsspezifität in der Suchthilfe

Mit der zunehmenden *Genderorientierung* in Folge des Feminismus und des Gender-Mainstreaming hat sich auch die Suchthilfe in den letzten Jahren deutlich mehr den Bedürfnissen der Geschlechter angenommen. Dabei überwog zunächst – sicher im Wesentlichen aus der Gleichstellungsbewegung der Frauen – die Beschäftigung mit Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen bei Mädchen und Frauen. Dies ist wichtig und relevant. Erstaunlich ist jedoch, dass die Beschäftigung mit *männerspezifischen Fragen* – mit einem Männeranteil von ca. 75% bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie ca. 85% bei Glücksspielsucht – in der Suchthilfe lange Zeit unterblieb und auch immer noch unterbelichtet ist. Erst langsam ist ein Umdenken festzustellen. Männer sind es noch nicht gewöhnt, sich proaktiv für ihre geschlechtsspezifischen Interessen und Belange einzusetzen. *Jungen, Männer und Väter* müssen endlich als *die* primäre Zielgruppe für Suchtprävention und -therapie wahrgenommen werden und entsprechende passgenaue Hilfen erhalten. Die Tatsache, dass inzwischen die Mehrzahl der Fachkräfte in der Suchthilfe Frauen sind, muss im Hinblick auf den hohen Männeranteil bei der Klientel zumindest als potentielles Passungsproblem wahrgenommen und auf Effekte und mögliche Probleme hin untersucht werden. Auch dieses Vorgehen ist unter Genderorientierung zu verstehen. Beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) zum Beispiel besteht schon seit fast 20 Jahren ein einschlägiger Arbeitskreis zum Thema „Männer und Sucht“. Ebenso wurde von dort ein mÄnnerspezifisches Curriculum zum Einsatz in Suchttherapie und -beratung erstellt. Dieses ist nachdrücklich zu empfehlen.

Sucht und Familie

Schon lange ist bekannt, dass Suchterkrankungen ein hohes Risiko transgenerationaler Verläufe aufweisen. Das Suchthilfesystem arbeitet nach wie vor fast ausschließlich mit einzelnen Suchtkranken, als ob die Erkrankung nicht vor allem systemische und transgenerationale Bezüge und Auswirkungen hätte (Klein, 2018b). Da Suchterkrankungen zu den häufigen psychischen Störungen – für Männer mit 18.4% Jahresprävalenz für Alkoholstörungen laut DEGS-1⁴ die häufigste überhaupt – zählen, sind regelhaft viele Partnerinnen, Kinder und Jugendliche betroffen. In Deutschland leben heute mehr als 2.6 Millionen Kinder und Jugendliche in suchtblasteten Familien (Klein, 2018b). Ihre Lebenssituation ist von hohem Alltagsstress, unberechenbarem und instabilem Elternverhalten und vielfältigen Entwicklungsrisiken geprägt (Klein, 2018a). Sie weisen höhere Risiken für die Entwicklung psychischer Störungen, insbesondere aber Suchterkrankungen, auf. Noch immer wird Sucht jedoch überwiegend als eine Individualstörung behandelt, von der einzelne Menschen isoliert betroffen sind. Daher erhalten die exponierten Kinder im Regelfall keine frühen, adÄquaten Hilfen oder werden nur hinsichtlich ihrer vordergründigen Symptome (z.B. Hyperaktivität, Depression) behandelt, ohne dass der gesamte familiÄle Kontext wahrgenommen wird. Dies führt dann wegen der

⁴ Deutsche Erwachsenenengesundheitsstudie (DEGS) unter FederfÄhrung des Robert-Koch-Instituts (www.rki.de)

verkürzten Perspektive zu Unter- oder Fehlversorgung. Auch die immer noch mangelhafte Kooperation der Hilfesysteme (Gesundheit, Sucht, Jugend- und Familienhilfe) mit den entsprechenden Bezügen zu den jeweils relevanten Sozialgesetzbüchern (vor allem SGB V, SGB VI und SGB VIII) im gegliederten Sozialleistungssystem erschwert die Herstellung adäquater Versorgung, welche natürlich generationenübergreifend orientiert sein müsste. Kinder alkoholkranker Eltern entwickeln in mehr als einem Drittel aller Fälle selbst eine Suchtkrankheit (Klein et al. 2013), in fast einem weiteren Drittel aller Fälle finden sich andere psychische Störungen, vor allem in den Bereichen Angst, Depression und Persönlichkeit. Bei Kindern drogenabhängiger Eltern ist es mehr als die Hälfte, die später eine Suchtstörung entwickelt (Klein, 2018b). Suchterkrankungen in Familien stellen also eine Erkrankung mit erheblichen transgenerationalen Risiken dar. Sucht ist im wahrsten Sinne des Wortes eine *Familienkrankheit*, weil die bio-psycho-sozialen Risiken die Generationengrenzen leicht überspringen. Dies ist an den Entwicklungs- und Umweltbedingungen der Kinder suchtkranker Eltern abzulesen, bezieht sich aber mit noch klarerer Konsequenz auf die Ungeborenen substanzkonsumierender schwangerer Frauen. Es herrscht in der Gesellschaft die Tendenz, das gesamte Problem „Sucht und Familie“ verkürzt und inadäquat wahrzunehmen. Für die Suchthilfe gilt es, in Zukunft mehr und frühzeitig auf betroffene Kinder einzugehen, Frühinterventionen – beginnend in der Schwangerschaft konsumierender Frauen – anzubieten und *die starre Trennung zwischen Therapie (für suchtkranke Eltern) und Prävention (für betroffene Kinder) aufzulösen*. Es geht darum, die versorgungspolitisch und populationsbezogen nachteilige scharfe Trennung von Therapie und Prävention zu überwinden, und dies fallbezogen genauso wie generationenübergreifend.

Vernachlässigte Gruppen („hidden groups“)

Nicht immer sind die Gruppen, die am meisten auffallen, die, welche am dringendsten der Hilfe bedürfen. Diese Aussage gilt für die Versorgung im Suchtbereich in besonderer Weise. Neben der lange vernachlässigten Gruppe der Angehörigen sind hier besonders Menschen mit Missbrauchsmustern in Bezug auf Substanzen – oft eine Frühphase der Sucht – und generell *Nikotinabhängige, Verhaltens-süchtige und Menschen exzessiven Essproblemen* mit zu nennen. Suchthilfe sollte hier zu einem Instrument der Verhaltensberatung und Frühintervention zur Förderung der psychischen Gesundheit weiterentwickelt werden.

Profession statt Konfession sein – Suchtwissenschaft fördern

Noch immer werden in der Suchthilfe nicht belegte Glaubenssätze hochgehalten und als Stand der Wissenschaft oder Notwendigkeit des Handelns empfunden. Beispiele hierfür ist der Umgang mit Rückfälligkeit oder die Aufrechterhaltung des Abstinenzziels als alleiniges Ziel der Suchttherapie. Moderne Suchttherapie, ambulant wie stationär, sollte sich an gesichertem Wissen orientieren (Evidenzorientierung) oder – wo immer notwendig – in enger Kooperation zwischen Forschung und Praxis solches erzeugen (Evidenzgenerierung). Die entsprechenden Vorgaben in Form evidenzbasierter Leitlinien liegen inzwischen für verschiedene Suchtformen vor, insbesondere für die Bereiche der Behandlung alkohol- und

tabakbezogener Störungen und solcher durch Methamphetamin⁵. Ansonsten gilt es, das Verhältnis zwischen Wissenschaft und Praxis in der Suchthilfe nachhaltig und produktiv zu klären.

Es fehlt eine nationale Suchtforschungsagentur

Da es in Deutschland nach wie vor keine *nationale Suchtforschungsagentur* gibt, sind die Entwicklungen in diesem Bereich eher zufälliger oder lokaler Natur. Die Impulse für die Suchtforschung, insbesondere für die Suchthilfeforschung, die im vorgestellten Themenbereich besonders gefragt ist, kommen in Deutschland weder von den Universitäten, wo eine solche – außer im Bereich der Neurobiologie – kaum stattfindet, noch von der DHS als führendem Verband in diesem Bereich. Für die Zukunft ist eine enge Verzahnung zwischen Suchthilfepraxis und Suchthilfeforschung zu wünschen, die durch eine nationale Forschungsagentur zu begleiten wäre. Diese wiederum könnte auch die Schnittstelle zur grundlagenorientierten Suchtforschung bilden.

Alle Bereiche der modernen Suchthilfe, die im Übrigen auch eng miteinander zusammenarbeiten sollten, müssen ein Interesse an ihrer Wirksamkeit und damit auch an der Wirksamkeitsüberprüfung auf der Basis definierter Kriterien und Ziele aufweisen. Andernfalls bleibt der Bereich in Glaubenssätzen und Ideologien verhaftet oder, wie es der wichtige Psychotherapieforscher Klaus Grawe ausdrückte, es herrscht Konfession, wo Profession sein sollte (Grawe et al., 2001).

Für die Suchthilfe müssen interdisziplinäre Sichtweisen und Konzepte der Regelfall sein

Allzu oft werden in der Suchthilfe Partikularinteressen vertreten und durchgesetzt. Dies führt zu inadäquaten Versorgungsformen und Vernachlässigung wichtiger Impulse und Perspektiven. Berufsständische Interessen – etwa der Medizin oder der Sozialen Arbeit – dominieren dann das Denken und Handeln auch in Verbänden und Organisationen, die der Suchthilfe und –behandlung als Ganzem gewidmet sind.

Herausforderungen an die deutsche Suchthilfe 2030 – Synopse der Ausgangsbedingungen mit Ausblick auf die Zukunft

Die Suchthilfe in unserem Land wird sich in den nächsten Jahren umfassend erneuern und modernisieren müssen, will sie den Anforderungen der Zukunft gewachsen sein. Dieser Satz könnte auch im Jahre 1970 oder 1990 geschrieben worden sein, denn wandelnde gesellschaftliche Realitäten und Herausforderungen haben schon immer Innovationen und Anpassungen gefordert. Das jeweils zeitspezifische sind die Konkretheiten der Anforderungen, die im Folgenden zusammengefasst werden.

Die Beschleunigung nimmt ab dem Jahr 2020 noch zu

Durch den beschleunigten gesellschaftlichen und technischen Wandel der Gegenwart sind die Anforderungen an Flexibilität, Kreativität und Innovation jedoch enorm angestiegen. Die Corona-Krise ab dem Jahr 2020 intensiviert diese Anforderungen noch weiter. Modernisierungsverweigerung, die bislang noch oft als

⁵ Die entsprechenden S3-Leitlinien sind unter www.awmf.de herunterzuladen (zuletzt abgerufen am 21.07.2018)

nonkonformistische, gesellschaftskritische Attitüde gesehen wurde, wird in der Suchthilfe mehr und mehr zum Existenzrisiko. Die wichtigsten Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe in synoptischer Sicht – mit einem gehörigen Schuss Subjektivität, da es entsprechender Forschungen in der Suchthilfe ermangelt, sind:

- (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 problematischen 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 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 von den Leistungsträgern der Sozialgesetzbücher V und VI immer noch an Abstinenz als allein möglichem Therapieziel festgehalten wird, ist unter wissenschaftlichen und ethischen Aspekten unerträglich.
- (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) Suchthilfe muss sich von allen – latenten wie manifesten – Stigmatisierungen und problematischen Gegenübertragungen ihrer Klientel gegenüber befreien und *diese zu umfassender Selbststeuerungsfähigkeit, Selbstverantwortung, Selbsthilfefähigkeit, Teilhabe und Konsummündigkeit* führen.
- (6) Suchthilfe muss sich frühzeitiger und intensiver in drogen- und suchtpolitische Debatten auf allen gesellschaftlichen Ebenen einmischen, ohne sich parteipolitisch zu binden, und die Meinungsführerschaft einnehmen, um so die Debatten zu kanalisieren. Legitimiert wird sie durch ihre Expertise und Praxiskompetenz. Dabei muss deutlich werden, welche hohe Bedeutung Sucht- und Drogenpolitik für Gesundheits- und Sozialpolitik hat. *Die Suchthilfe ist der Kernkompetenzbereich für Suchtfragen*. Dafür muss sie sich moralisierender, stigmatisierender und evidenzferner Haltungen und Äußerungen entledigen und enthalten.
- (7) Suchthilfe muss ihre *Passgenauigkeit* gegenüber Klientinnen und Klienten kontinuierlich verbessern. Das bedeutet, an den Bedürfnissen und Zielen der

Menschen anzusetzen und mit ihnen gemeinsam Zielkontrakte und Veränderungsprozesse herbeizuführen, die ihnen maximalen Nutzen, Gesundheitsverbesserung und Risikoreduktion bringen.

- (8) Suchthilfe sollte zur *Entstigmatisierung* Suchtkranker und Suchtgefährdeter beitragen und diese langfristig fördern. Das bedeutet jedoch nicht, die relevanten Probleme auszublenden, zu verklären oder umzudeuten. Es muss klar sein, dass „Political Correctness“ keine Handlungsoption für evidenzbasierte Versorgung und Hilfen sein kann. Zu den Stigmatisierungsprozessen Suchtkranker trägt auch die Illegalisierung und Kriminalisierung des süchtigen Verhaltens Drogenabhängiger bei. Das Positionspapier „Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden“⁶, das von einer Arbeitsgruppe um Prof. Schomerus und Prof. Rumpf erarbeitet wurde, kann hierfür eine hilfreiche Grundlage sein.
- (9) Suchthilfe muss die Qualität der Arbeit fördern und sichern. Besonders entscheidend ist die dabei die Ergebnisqualität. Struktur- und Prozessqualität sollen natürlich ebenfalls berücksichtigt werden. Die grundsätzliche Orientierung in der Suchthilfe muss sich stärker in Richtung auf die Erreichung vorab definierter Ziele richten. Dies gilt auch für den niedrighschwelligen Hilfebereich, die psychosoziale und psychotherapeutische Betreuung Substituierter und die Suchtprävention.
- (10) Weitere Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe sind auszumachen. Der berufliche Nachwuchs sollte umfassend qualifiziert werden, was suchtwissenschaftliche Grundlagen, Beratungs- und Motivierungskompetenzen, Therapieplanung, Indikationsstellung und Veränderungsmanagement angeht. Der Tätigkeitsbereich sollte für den beruflichen Nachwuchs attraktiver und offener werden, damit ein Fachkräftemangel nicht zu einem Servicemangel in der Suchthilfe wird. Die Fachkräfte sollten neben ihren spezifischen beruflichen Kompetenzen eine deutliche interdisziplinäre Kompetenz im Umgang mit Suchtstörungen aufweisen bzw. erwerben.

Mangels umfassender und systematischer Evaluationen ist es bis heute unmöglich, die Leistungen der Suchthilfe zu bewerten und daraus Bedarfe nach Optimierung und Weiterentwicklung abzuleiten. Die Zukunft sollte da anfangen, wo die Gegenwartsprobleme deutlich werden. Vor allem das ambulante Suchthilfesystem, das in vielen Bereichen vermutlich wirksame und wichtige Arbeit leistet, sollte sich einer umfassenden unabhängigen Evaluation und Evidenzbasierung unterziehen, um zukunftsfest, innovationsfähig und krisensicher zu werden. Durch die Corona-Pandemie verstärken sich die Anforderungen und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe noch, vor allem hinsichtlich der verstärkten Nutzung digitaler Angebote.

Die Suchthilfepolitik sollte dabei als Teil der Suchtpolitik und diese wiederum als Teil der Gesundheits- und Sozialpolitik eine führende Rolle spielen. Die Schweiz hat mit ihrer „Nationalen Strategie Sucht 2017 – 2024“ (Bundesamt für Gesundheit, 2015) klar gemacht, wie eine solche Suchtpolitik der Zukunft aussehen kann. Deutschland

6

https://www.wissensuchtwege.de/download/Kooptag_2017/2017_04_Memorandum_Stigma_Suchterkrankungen_verstehen_und_ueberwinden.pdf (Aufruf am 02.07.2018; 08.00 Uhr)

sollte diesbezüglich nicht hintenanstehen. Insgesamt werden dort acht relevante Handlungsfelder genannt. Neben den als klassisch – weil schon länger definierten – vier Säulen „Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung“, „Therapie und Beratung“, „Schadensminderung und Risikominimierung“ sowie „Regulierung und Vollzug“ werden zusätzlich die Säulen „Koordination und Kooperation“, „Wissen“, „Sensibilisierung und Information“ sowie „Internationale Politik“ benannt. Hier beginnt die Umsetzung der oben skizzierten Entwicklungsaufgaben der deutschen Suchthilfepolitik für die nächsten Jahre. Durch die Corona-Pandemie verstärken sich die Anforderungen und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe, vor allem zur verstärkten Nutzung digitaler Angebote.

Literatur:

Bundesamt für Gesundheit BAG (2015). Nationale Strategie Sucht 2017 – 2024. Bern, Bundesrat der Schweizerischen Eidgenossenschaft.

Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Haasen C. & Verthein U. (2008). Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger - Bd. 1-3. Berlin, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

Hauschildt E (1995) "Auf den richtigen Weg zwingen..." Trinkerfürsorge 1922 - 1945. Freiburg, Lambertus.

Klein M (2018a) Kinder im Kontext elterlicher Alkoholsucht. Suchtmedizin 20, 52 – 62.

Klein M (2018b) Kinder aus suchtbelasteten Familien. Im Dunkelfeld von Versorgung, Bildung und Qualifizierung? Sozial Extra 42(1), 31 -35.

Klein M, Moesgen, D, Bröning, S & Thomasius, R (2013) Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken. Das „Trampolin“-Programm. Göttingen, Hogrefe.

Schmid M (2003) Drogenhilfe in Deutschland: Entstehung und Entwicklung 1970-2000. Frankfurt, Campus Forschung.

Spode H (2012) Die Anfänge der Suchthilfe im 19. Jahrhundert: Vom Kreuzzug zur Behandlungskette. Suchttherapie 13, 155 - 161.

Autor:

Prof. Dr. Michael Klein

Katholische Hochschule NRW

Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)

& Rheinisches Institut für Angewandte Suchtforschung (RIAS)

Wörthstraße 10

50668 Köln

Mikle@katho-nrw.de