



Programmheft

18. Suchttherapietage  
21. Mai bis 24. Mai 2013

Schwerpunktthema:

Aktuelle  
Herausforderungen für  
Suchtbehandlung und  
-prävention

Hamburg

**Seminar 1165:**

**Umbau, Neubau,  
Renovierung? Das  
deutsche  
Suchthilfesystem auf  
dem Prüfstand.**

**Michael Klein, Köln**

## **Umbau, Neubau, Renovierung? Das deutsche Suchthilfesystem auf dem Prüfstand**

Das Seminar beschäftigt sich mit den Entwicklungschancen und –notwendigkeiten des deutschen Suchthilfesystems. Vor dem Hintergrund eines sozial- und psychohistorischen Ansatzes werden die Hauptentwicklungslinien und –brüche in der Entwicklung des heutigen Systems dargestellt, um anschließend theseförmig die wichtigsten Veränderungsbedarfe darzustellen und zu erläutern. Es zeigt sich unter anderem, dass unser heutiges Suchthilfesystem trotz der erheblichen Einbrüche in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts immer noch sehr an den bereits zu Ende des 19. Jahrhunderts entwickelten Vorstellungen und Traditionen anhaftet.

Diese beziehen sich vor allem auf folgende Bereiche:

**Fehlende empirische Fundierung und Dominanz des Therapieziels „Abstinenz“**

**Individuumsfixierung der Hilfemaßnahmen**

**Fixierung auf Formalismen und bürokratische Routinen**

**Innovationshemmnisse und strukturelle Innovationsfeindlichkeit**

**Forschungsdefizite und Wissenschaftsferne**

**Korrektiver statt präventiver Akzent**

**Mangel an vernetzten, intergenerationalen, nachhaltigen Hilfe- und Versorgungsmaßnahmen**

**Spaltung zwischen alkohol- und drogenbezogenen Hilfen**

Bei genauerer Betrachtung werden viele innovative Potentiale in der Suchthilfe gar nicht oder zu spät genutzt. Somit erweist sich das bestehende Suchthilfesystem als eine partielle Fehlkonstruktion, die sich unter Zuhilfenahme immer neuer Anpassungsleistungen versucht, zu optimieren. Es werden theseartig Lösungsansätze erörtert und vertieft.

## **Umbau, Neubau, Renovierung? Das deutsche Suchthilfesystem auf dem Prüfstand**

Ziel des Seminars: Kritische Diskussion des Status Quo und einiger Thesen bzgl. Veränderung und Entwicklung.

„Nachdenken über die Suchthilfe“ → Beginn eines kritischen Diskurses

# **Was bisher geschah ...**

## **Historische Hintergründe der Suchthilfe**

**begründet als Mittel der sozialen Kontrolle**

**erste umfassende Krankheitsmodelle seit Ende des 18. Jahrhunderts (Trotter, Rush, Hufeland, Brühl-Cramer, ...)**

**zunächst im Kontext der „Rettung“ der Arbeiter und ihrer Familien**

**zyklische Entwicklung im 20. Jahrhundert in Deutschland (auf und ab)**

**Reformen von außen unter Kosten- und Öffentlichkeitsdruck seit den 90er Jahren**

**Nach wie vor: Unschärfen in Definitionen und Reichweiten des Hilfesystems**

# Chronologie der Vorgeschichte

- 1804: Thomas Trotter (USA) fordert eigene Anstalten für Trinker**
- 1833: Gründung des „Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke“ (DVMG)**
- 1841: Erste Trinkerheilstätte (USA)**
- 1851: Erstes deutsches „Trinkerasyl“ 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)**

(vgl. Hauschildt, 1995)

## Eingangsd Diagnose: Zustand des Suchthilfesystems

Ein hoch spezialisiertes Hilfe- und Versorgungssystem.  
Das bietet Vorteile und Chancen. Aber es weist auch  
Risiken und Tücken auf ...

Was ist überhaupt das Suchthilfesystem? Was gehört  
dazu?

Versuch einer Definition

# Definitionen und Übersichten

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

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

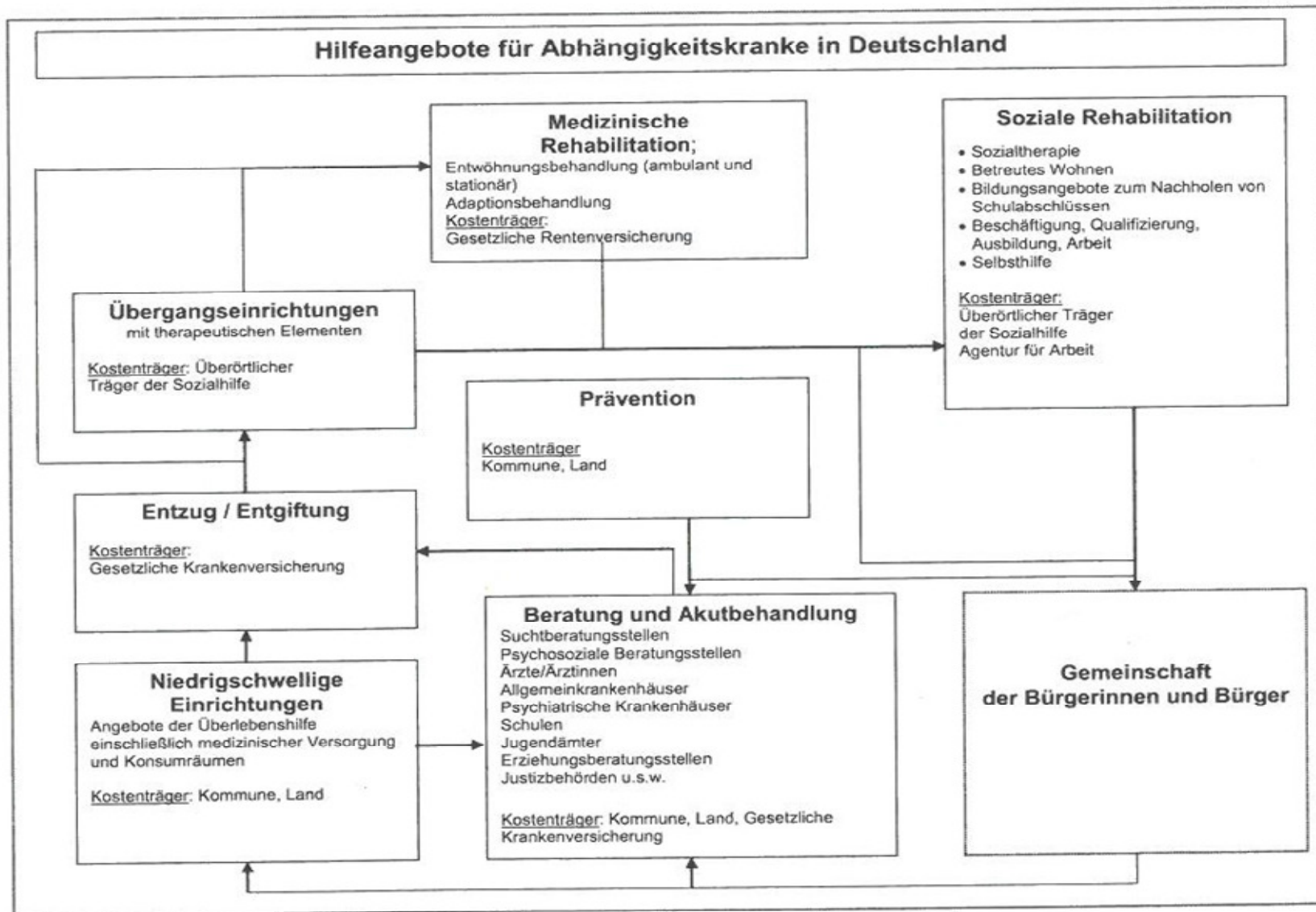
**Suchthilfe: Summe aller Maßnahmen und Hilfen, die sich an Suchtgefährdete und Suchtkranke richten, einschl. Prävention, Therapie, Rehabilitation.**

# Definitionen und Übersichten

## Felder der Suchthilfe:

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





*Verbundsystem der Hilfen*

aus: Leune (2012, S. 195), Jahrbuch Sucht 2012

Tab. 1: Übersicht über Angebote der Suchthilfe

Art der Einrichtung	Anzahl [gerundet]	Plätze [gerundet]
Beratungsstellen und -dienste (pro Jahr) ca.	< 1.300	> 500.000
Substitutionsbehandlung (registriert)		77.400
Niedrigschwellige Angebote	> 300	
Spezialisierte Krankenhausabteilungen	> 300	> 7.500
Psychiatrische Kliniken	300	> 220.000
Psychiatrische Institutsambulanzen		> 75.000
Entzug mit Motivationsanteilen	190	> 2.000
Ganztags Ambulante Rehabilitation	100	> 1.000
Vollstationäre Rehabilitation	320	13.200
Adaptionseinrichtungen	115	> 1.200
Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	268	> 10.700
Teilstationäre Einrichtungen der Sozialtherapie	112	> 1.200
Ambulantes Betreutes Wohnen	460	> 12.000
Arbeitsprojekte/Qualifizierungsmaßnahmen	250	>4.800
Selbsthilfegruppen	> 10.000	> 150.000

Quelle: Pfeiffer-Gerschel, T. et al., Bericht 2011 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD, DEUTSCHLAND. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen, Drogensituation 2010/2011, [www.dbdd.de](http://www.dbdd.de)

aus: Leune (2012, S. 198), Jahrbuch Sucht 2012

Tab. 2: Krankenhausbehandlungen aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen nach Altersgruppen, 2009

Alter	F 10 Alkohol	F 11 Opioide	F12 Cannabi- noide	F 13 Sedativa/ Hypnotika	F 14 Kokain	F 16 Halluzino- gene	F 18 Lösungs- mittel	F 19 Multiple Substanzen
unter 15	4485	18	145	41	1	7	22	79
15 - 25	40179	4515	4477	699	235	213	58	9787
25 - 35	36074	13651	1943	1378	458	116	46	16327
35 - 45	80489	8851	500	1771	277	65	31	10892
45 - 55	107418	3149	157	2055	67	17	19	4270
55 - 65	47461	596	24	1250	8	3	10	731
über 65	22986	716	5	1900	4	10	8	382
Summe	339092	31496	7251	9094	1050	431	194	42468
	<b>431076</b>							

Quelle: Statistisches Bundesamt

aus: Leune (2012, S. 203), Jahrbuch Sucht 2012

## Offensichtliche Probleme im Suchthilfesystem:

Mangelnde Innovationskraft → entscheidende Innovationen (Rückfallarbeit, Substitution, Familienorientierung, Konsummengenreduktion) kamen jeweils „von außen“ oder zu spät

Mangelnde Reichweite → Nur ein geringer Teil der Alkoholabhängigen wird erreicht. Bei den Alkoholmissbrauchern und den Tabakabhängigen noch nicht einmal systematische Behandlungsangebote

„Konfession statt Profession“ → es werden kaum wissenschaftliche, kritische Diskurse geführt

Spaltungen → Alkoholspezifische- vs. Drogenspezifische Dienste, Substanzsucht vs. Verhaltenssucht, Wissenschaft vs. Praxis, niedrigschwellige vs. hochschwellige Dienste

## Offensichtliche Probleme im Suchthilfesystem:

Prävention geschieht insgesamt zu wenig, ist zu selten evidenzbasiert, ist oft „projektistisch“

Prävention und Beratung/Therapie sind oft nicht verzahnt, so dass notwendige Präventionsangebote für Kinder (zB in Familien mit suchtkranken Elternteilen) nicht erfolgen.

Mangelnde Verbindung zu Wissenschaft und Forschung („addiction science“)

Manche Geburtsfehler des Systems bestehen immer noch fort:  
Individualorientierung, Wissenschaftsfeindlichkeit, Spaltungen, Moralisierung ...

# **Umgang mit marginalisierten Gruppen Suchtkranker in Deutschland**

**Innerhalb des traditionellen Kernbereichs der Suchtkrankenhilfe, der Hilfen für Alkoholabhängige, werden vom ambulanten Bereich jährlich nur 7% und vom stationären Bereich sogar nur 1.7% der betroffenen Klientel erreicht (Wienberg, 2001).**

## **Landesprogramm gegen Sucht NRW (2000-2005)**

**„Um die Wirksamkeit und Effizienz eingesetzter Ressourcen und die Erreichbarkeit bestimmter Zielgruppen zu erhöhen, ist es notwendig, Maßnahmen und Entwicklungen stärker ziel- und zielgruppenorientiert auszurichten“ (S. 25)**

# **10 (Exemplarische) Problemfelder und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe**

**„Bevor es weitergeht, welche Problemfelder sehen Sie?“**

**Partielle Substanzblindheit: Tabak, Amphetamine**

**Randgruppen**

**Gewalt(täter)**

**Frühintervention**

**Familie, Elternschaft und Kinder**

**Lebenswelt „Land“ („rural“)**

**Forschung und Evaluation**

**Behandlungsziele: Definition, Legitimation, Ethik**

**Reichweite**

**Schnittstellenmanagement**

**...**



# **Problem: Schnittstellenmanagement**

**Typische Schnittstellenprobleme in der Suchthilfe:**

**Von der Lebenswelt zum Erstkontakt**

**Vom Erstkontakt zum Zweitkontakt**

**Vom Hausarzt zum Suchtspezialisten**

**Von der Suchtberatungsstelle zum Entzug**

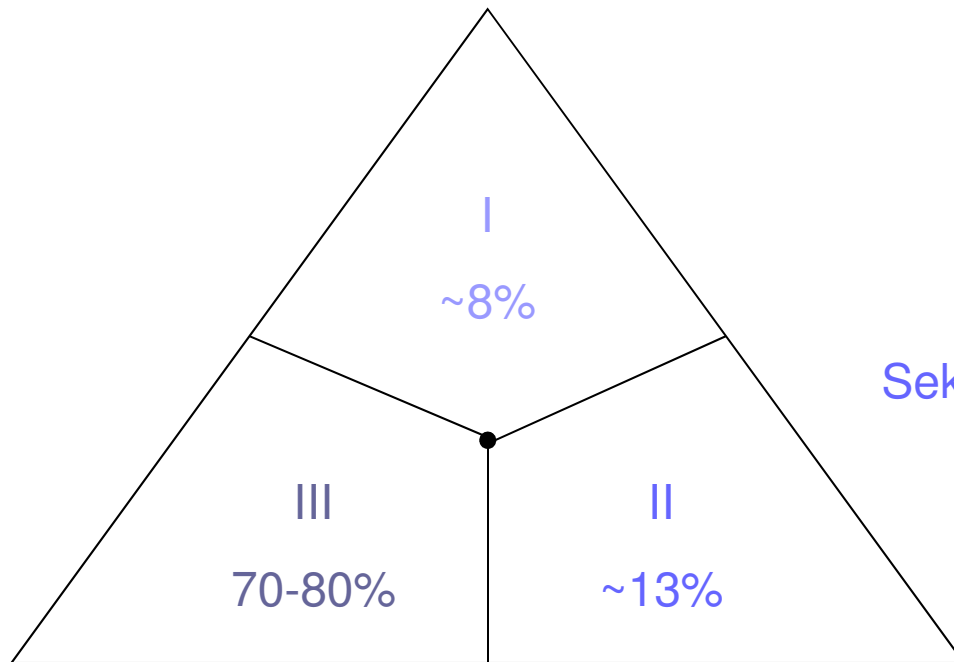
**Vom Entzug zur Entwöhnung**

**Von der Entwöhnung in die Nachsorge und Selbsthilfe**

# Das Versorgungssystem

Hintergrund

## Sektor I: Traditionelle Suchtkrankenhilfe



- Selbsthilfegruppen
- Fachberatungsstellen
- Fachkliniken

## Sektor II: Psychosoziale/psychiatrische Basisversorgung

- Psychiatrische Krankenhäuser
- Gesundheitsämter
- Betriebliche Suchtkrankenhilfe
- Wohnungslosenhilfe
- Betreutes Wohnen
- Justizvollzug

## Sektor III: Medizinische Primärversorgung

- Niedergelassene: Allgemeinmediziner, Internisten, Psychiater, psych./ärztl. PT
- Allgemeinkrankenhäuser
- Notfall- und Intensivmedizin

## **Latente Probleme des Suchthilfesystems:**

Übermäßig scharfe Abgrenzung an den Rändern (zu Jugendhilfe, Medizin, Wohnungslosenhilfe, Prävention)

Strukturelle Rigidität im Suchthilfebereich (vor allem durch Wohlfahrtsverbände als Meinungskartelle → DHS)

Daher Innovationslangsamkeit („late innovators“) bzw. -feindlichkeit: Übermäßig traditionelle Strukturen (Wohlfahrtsverbände, Abstinenzgebot, starre Hierarchien)

Mangelnde empirische Fundierung vieler Maßnahmen (no „addiction science“)

Isomorphe Prozesse im Suchthilfesystem (z.B. Spaltung, Schwarz-Weiß-Denken)

Mangelnde Antizipation neuer Entwicklungen (z.B. DSM 5, Stimulantien)

# **Beurteilungskriterien eines optimalen Suchthilfesystems (FOGS, 2004)**

- 1. Bedarfsgerechtigkeit des Hilfesystems**
- 2. Hilfeerbringung auf dem Stand der Fachlichkeit**
- 3. Wirksamkeit der Hilfen**
- 4. Hilfe im Verbund**
- 5. Steuerung des Hilfesystems und der Hilfeleistungen**
- 6. Wirtschaftlichkeit des Ressourceneinsatzes**
- 7. Gesicherte Finanzierung**

# **Beurteilungskriterien eines optimalen Suchthilfesystems (FOGS, 2004)**

- 1. Bedarfsgerechtigkeit des Hilfesystems: In weiten Teilen nicht bedarfsgerecht**
- 2. Hilfeerbringung auf dem Stand der Fachlichkeit: Erhebliche Transferprobleme Forschung-Praxis und vice versa**
- 3. Wirksamkeit der Hilfen: In hochselektiven Bereichen sehr hoch; ansonsten weitgehend unbekannt**
- 4. Hilfe im Verbund: In Ballungszentren und vor allem im Drogenbereich realisiert**
- 5. Steuerung des Hilfesystems und der Hilfeleistungen: Partielle Steuerung vorhanden; Gesamtsteuerung – vor allem an Systemschnittstellen – nicht vorhanden oder nicht funktionsgerecht**
- 6. Wirtschaftlichkeit des Ressourceneinsatzes: Teilweise vorhanden; insgesamt nicht überprüft**
- 7. Gesicherte Finanzierung: Im Präventionsbereich mangelhaft; im Bereich Tabak und bei „leichten Suchtstörungen“ mangelhaft**

## **Bereich: Qualifikation und Weiterbildung**

Grundständige Studiengänge in Deutschland vermitteln wenig suchtspezifisches Wissen

Gute Basisstandards mit den VDR-Kriterien für Suchttherapeuten als Kompensation und Benchmarking

Probleme hinsichtlich des „lebenslangen Lernens“

## Zukunftsfragen

Auch die neuen DSM 5 Kriterien für „addiction and related disorders“ legen einen Aus- und Umbau des Suchthilfesystems nahe

## Missbrauch, Abhängigkeit (DSM-IV) versus Substanzgebrauchsstörung (DSM-5)

DSM-IV-Kriterien für Missbrauch („abuse“)	DSM-IV-Kriterien für Substanzabhängigkeit („dependence“)	DSM-5-Kriterien für Substanzgebrauchsstörung („substance use disorder“)
<p>A. Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens <u>eines</u> der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestiert:</p>	<p>Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens <u>drei</u> der folgenden Kriterien innerhalb desselben 12-Monats-Zeitraums manifestieren:</p>	<p>Mindestens <u>zwei</u> Merkmale müssen innerhalb eines 12-Monats-Zeitraums erfüllt sein. 2-3 Kriterien: moderat ≥ 4 Kriterien: schwer</p>
<p>1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen führt (Arbeit, Schule, Haushalt usw.)</p> <p>2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann (z. B. Alkohol am Steuer oder beim Bedienen von Maschinen)</p> <p>3. <b>Wiederkehrende Probleme mit dem Gesetz in Zusammenhang mit dem Substanzgebrauch</b></p> <p>4. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Probleme</p> <p>B. Die Kriterien der Abhängigkeit sind nicht erfüllt</p>	<p>1. Toleranzentwicklung</p> <p>2. Entzugssymptome</p> <p>3. Einnahme in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt</p> <p>4. Wunsch oder erfolglose Versuche, den Gebrauch zu verringern oder zu kontrollieren</p> <p>5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen, sich zu sich zu nehmen oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.</p> <p>6. Wichtige soziale berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzgebrauchs aufgegeben oder eingeschränkt</p> <p>7. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems</p>	<p>1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt.</p> <p>2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.</p> <p>3. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme</p> <p>4. Toleranzentwicklung charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis</p> <p>5. Entzugssymptome oder deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum</p> <p>6. Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als geplant</p> <p>7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.</p> <p>8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen</p> <p>9. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums</p> <p>10. Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme</p> <p>11. <b>Craving, das starke Verlangen nach der Substanz</b></p>



## Vernachlässigte Themenbereiche:

**Forschungs- Praxistransfer und vice versa**

**Sucht und Familie, Partnerinnen und Kinder, Schwangerschaft**

**Sucht und Gewalttäter**

**Jungen- und Männerspezifische Aspekte**

**Stimulantien**

**Tabak**

**Alter (holt im Moment auf)**

**[...]**

## Perspektiven:

Antizipationsfähigkeit im Suchthilfesystem verbessern (z.B. durch Ausbau der Forschungs-, Fortbildungs- und Kommunikationsstrukturen)

Innovationsfähigkeit im Suchthilfesystem verbessern

## Qualitätssicherung in der Suchthilfe:

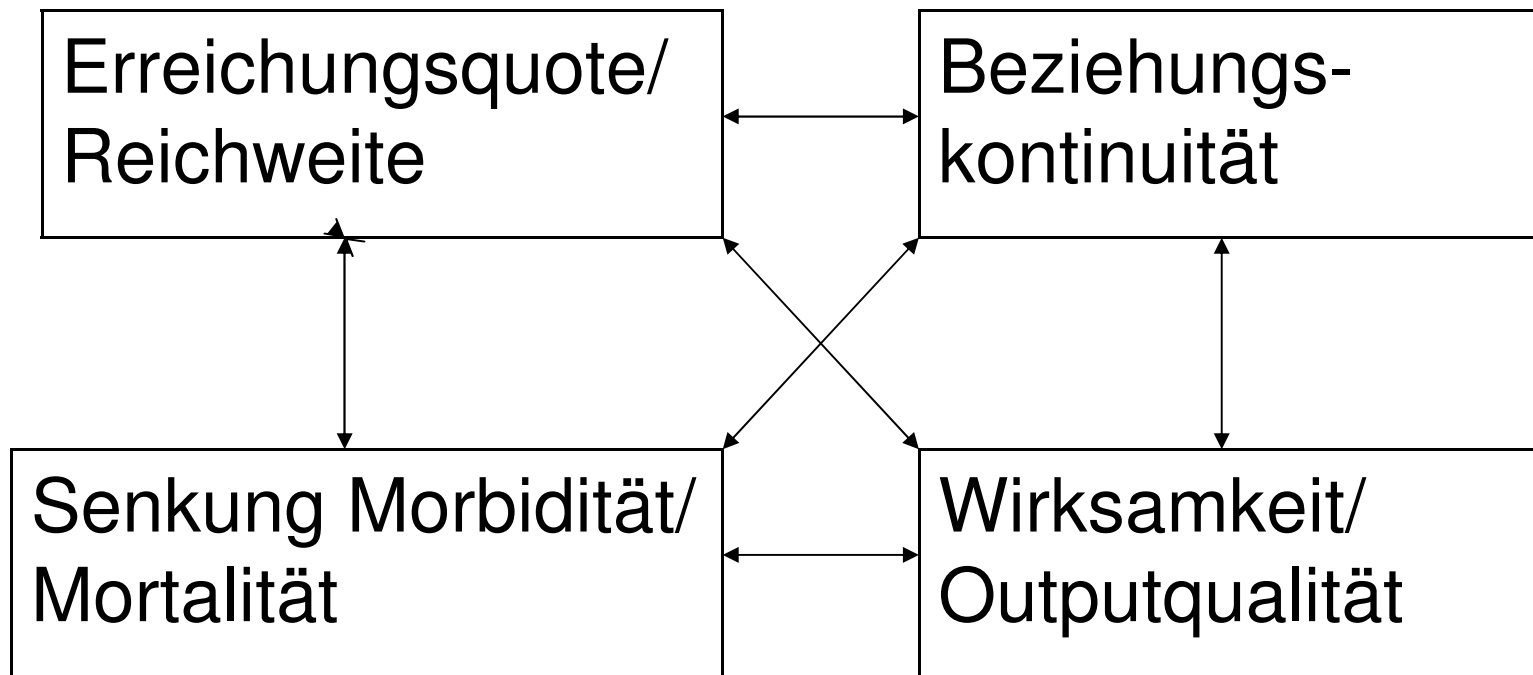
Muss echte, faktische Qualität erzeugen, keine bürokratischen Monster.

Muss alle Bereiche der Suchthilfe umfassen und nicht nur einzelne Sektoren (wie z.B. Rehabilitation)

Das Qualitätssicherungssystem der DRV-Bund hat bezüglich Ergebnisqualität nach mehr als 15 Jahren keine nachweislich bessere Qualität in der medizinischen Sucht-rehabilitation erzeugt.

Woran könnte dies liegen? Wird dies kritisch reflektiert?

# Effizienzkriterien zur Beurteilung des Suchthilfesystems (modifiziert nach Kufner, 2002)



# 10 Zukunfts- und Entwicklungsaufgaben der Suchthilfe

- (1) Wissenschaftliche Fundierung und verbesserter Forschungstransfer (→ nationales Suchtforschungsinstitut)**
- (2) Gesellschaftliche Legitimation stärken**
- (3) Stärkere psychologische/psychotherapeutische Orientierung (Komorbidität, Entwicklungspsychopathologie)**
- (4) „Wahre“ Interdisziplinarität statt berufsständischer Erbhöfe**
- (5) Ergebnis- und Evidenzorientierung der Maßnahmen**
- (6) Verbesserung der Reichweite und Erreichungsquoten**
- (7) Verbindliche Kooperationsformen zwischen den Helfesektoren (Psychiatrie, Suchthilfe, Jugendhilfe)**
- (8) Integration und Spezialisierung**
- (9) Verbesserung der Qualifizierung über die Karrierezeit**
- (10) Innovation und Modernisierung „von innen heraus“**

---

## Einige Lösungen:

Abbau unnötiger Schnittstellen, Spaltungen und Innovationshemmnissen

Integration (ggf. Inklusion) der Betroffenen und Angehörigen, Fachkräfte und Wissenschaftler

Interdisziplinäre Suchtambulanzen (Medizin und Psychologie nicht nur als „Alibi“ der Suchtberatungsstelle)

Nationales Suchtforschungszentrum, incl.  
Suchtversorgungssystemforschung (nicht nur RMK!)

Versorgungsnetzwerke installieren und verstetigen

Ambulante Psychotherapie ins Versorgungssystem integrieren

Interdisziplinäre „Think-Tanks“, „Brain-Labs“, „Innovationsinkubatoren“ ...

## Schlussfolgerungen:

Neubau (des Suchthilfesystems) wäre reizvoll und in vielerlei Hinsicht notwendig. Die gegenwärtigen Strukturen lassen dies jedoch (noch) nicht zu.

Umbau ist dringend notwendig. Vor allem hinsichtlich Zielen, Zielgruppen, Behandlungsmethoden und Koordinations- und Kommunikationsstrukturen

Mit Renovierungen alleine ist das System nicht zukunftsfähig.

[...]

# Komplexleistung

## Komplexleistungsangebot Beratungsstellen für Suchtkranke

**Komm-Struktur offen:**

Kontaktstelle, Konsumraum, Offene Gruppen, Selbsthilfe

**Komm-Struktur verbindlich:**

Information, Beratung, Betreuung/Begleitung, Behandlung

**Aufsuchend:**

Ambulant-aufsuchender-Dienst, Betreutes Wohnen



Ausdifferenzierung nur zum Zweck der Abrechnung/Kostenzuweisung



Kommune				LVR	LVA/BFA
<i>PsychKG:</i> Aufsuchende Hilfen, Eingangs- und Orientierungsleistung Information	<i>SGB XII:</i> Begleitbetreuung Substitution, Ambulante Eingliederungs- hilfen	<i>ÖGDG:</i> Kontaktstelle Konsumraum Beratung	<i>SGB II:</i> Clearingstelle (ab Sep. 05)	<i>SGB XII:</i> Hilfen zum selbst- ständigen Wohnen (Betreutes Wohnen)	<i>SGB VI:</i> Ambulante Rehabilitation

aus: Zahlen, Daten, Fakten zum Rhein-Sieg-Kreis, 2005



# Konsequenzen für das derzeitige Suchthilfesystem

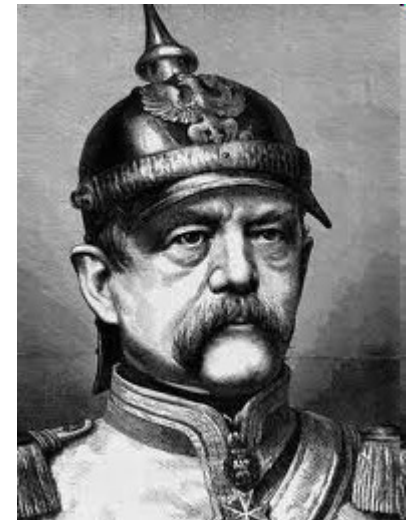
Im System sollte so gearbeitet werden, dass ...

- (1) Hilfen früh einsetzen (**Frühintervention**)
- (2) die vorhandenen Risiken adäquat wahrgenommen und bearbeitet werden (**selektive Prävention**)
- (3) mehrere Generationen berücksichtigt und überblickt werden (**transgenerationale Prävention**)
- (4) Hilfen umfassend und dauerhaft sind (**Case Management**)
- (5) die ganze Familie eingeschlossen wird (**Familienberatung und/oder –therapie**)
- (6) die Motivierung zu Verhaltensänderung im Zentrum steht und die Betroffenen ihre Ziele selbst entdecken (**Motivational Interviewing**)
- (7) die persönlichen und systemischen Resilienzen gefördert und entwickelt werden (**Ressourcenorientierung**)
- (8) Hilfen gemeindenah bzw. regional und lebensweltorientiert vorhanden sind (**Verantwortungsgemeinschaft**)
- (9) nur evidenzbasierte Interventionen zum Einsatz kommen (**Evidenzorientierung**)
- (10) umfassend und nachhaltig geholfen wird (**biopsychosoziale Orientierung**)

# Resümee

Die Evidenz, dass eine Ausweitung des Hilfe- und Versorgungssystems auf die den Suchtkranken umgebende Familie geschehen muss, ist so deutlich, dass das Verharren in ausschließlich individuumorientierten Konzepten einen gesundheits- und versorgungspolitischen „Kurzschluss“ darstellt.

Bismarck'sche Sozialgesetzgebung ab 1885



# Zum Abschluss

[www.disup.de](http://www.disup.de) (für downloads)

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