



Hans Oliva, Renate Walter-Hamann

# Suchthilfe in Netzwerken

Praxishandbuch zu Strategie und Kooperation



mit CD

**LAMBERTUS**

Hans Oliva, Renate Walter-Hamann

Suchthilfe in Netzwerken

Praxishandbuch zu Strategie und Kooperation

LAMBERTUS



Hans Oliva, Renate Walter-Hamann

# Suchthilfe in Netzwerken

Praxishandbuch zu Strategie und Kooperation

LAMBERTUS

## **Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://d-nb.ddb.de> abrufbar.



### **Alle Rechte vorbehalten**

© 2013, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau  
[www.lambertus.de](http://www.lambertus.de)

**Umschlaggestaltung:** Nathalie Kupfermann, Bollschweil

**Herstellung:** Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim  
ISBN 978-3-7841-2123-9

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	9
1 Einführung .....	11
2 Versorgungsbausteine für suchtgefährdete und abhängige Menschen .....	19
2.1 Arbeitsfelder der Suchthilfe .....	22
2.2 Relevante Schnittstellen der Suchthilfe zu anderen Hilfesystemen .....	29
3 Kooperation und Vernetzung .....	33
3.1 Veränderte Rahmenbedingungen .....	35
3.2 Begriffliche Grundlagen und Formen der Netzwerkbildung .....	43
3.3 Voraussetzungen, fördernde und hemmende Faktoren der Kooperation sowie Netzwerkbildung .....	57
3.4 Instrumente zur Bildung sowie Umsetzung von Kooperation und Netzwerken .....	61
3.5 Chancen und Risiken von Kooperation und Netzwerkbildung .....	72
4 Kooperation innerhalb der Suchthilfe sowie mit Partnern angrenzender Versorgungssektoren .....	75
4.1 Kooperationsfeld: ambulante Suchthilfe – stationäre Suchthilfe .....	78
4.1.1 Einführende Überlegungen .....	78
4.1.2 Praxisbeispiele .....	81
4.2 Kooperationsfeld: berufliche Suchthilfe – Sucht-Selbsthilfe .....	90
4.2.1 Einführende Überlegungen .....	90

4.2.2	Praxisbeispiele .....	93
4.3	Kooperationsfeld: Suchthilfe – primäre medizinische Versorgung .....	108
4.3.1	Einführende Überlegungen .....	108
4.3.2	Praxisbeispiele .....	111
4.4	Kooperationsfeld: Suchthilfe – suchtmedizinische/psychiatrische Versorgung .....	126
4.4.1	Einführende Überlegungen .....	126
4.4.2	Praxisbeispiele .....	129
4.5	Kooperationsfeld: Suchthilfe – Wohnungslosenhilfe .....	143
4.5.1	Einführende Überlegungen .....	143
4.5.2	Praxisbeispiele .....	147
4.6	Kooperationsfeld: Suchthilfe – Jugendhilfe .....	157
4.6.1	Einführende Überlegungen .....	157
4.6.2	Praxisbeispiele .....	161
4.7	Kooperationsfeld: Suchthilfe – Hilfen für (suchtgefährdete und abhängige) Menschen mit mehreren Vermittlungshemmnissen (Jobcenter) .....	171
4.7.1	Einführende Überlegungen .....	171
4.7.2	Praxisbeispiele .....	174
5	Anhang .....	183
5.1	Übersicht Praxisbeispiele und AnsprechpartnerInnen .....	185
5.2	Liste der AnsprechpartnerInnen .....	189
5.3	Zusammenstellung Beispiele mit Anlagen .....	193
5.4	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis .....	197
	Glossar – Erklärung zentraler Begriffe .....	199
	Literaturverzeichnis .....	205
	Die Autoren .....	215

# Vorwort

Die Suchthilfe der Caritas ist seit vielen Jahren auf Kooperation und die Verbindung von Schnittstellen hin ausgerichtet. Schon in den 1980er Jahren wurde als Ziel „Suchthilfe im Verbund“ formuliert. Die Ausdifferenzierung der Helfelandschaft, die Vielschichtigkeit des Hilfebedarfs, „neue“ Abhängigkeiten und die weitere Gliederung des Sozialleistungssystems haben den Stellenwert von Kooperation, Koordination und Vernetzung jedoch weiter erhöht. Immer deutlicher zeigt sich, dass eine Verbesserung der Hilfen für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen und ein Zuwachs an Qualität nicht mehr über weitere Spezialeinrichtungen zu erzielen sein wird, sondern durch eine intensivere Abstimmung und Verbindung von Leistungen und Hilfen im Sinne einer personenbezogenen Hilfe „wie aus einer Hand“.

Die Studie von FOGS<sup>1</sup> im Jahr 2007 hat die vielfältige Kooperation und breite Vernetzung in der Suchthilfe der Caritas eindrucksvoll dokumentiert, sie hat aber auch Entwicklungsbedarfe und zukünftige Herausforderungen deutlich gemacht. Das vorliegende Praxishandbuch schließt an diese Studie an und greift dort formulierte Anliegen auf: Hierzu gehört die praxisorientierte Beschreibung besonders bedeutsamer Schnittstellen ebenso wie die Aufbereitung von Praxiserfahrungen und die Bereitstellung vielfältiger Arbeitsmaterialien.

Das Praxishandbuch macht darüber hinaus deutlich, dass Kooperation, Koordination und Vernetzung eine hohe verbands- und fachpolitische Bedeutung haben. Aktuelle sozialrechtliche Entwicklungen und veränderte strukturelle Rahmenbedingungen erfordern eine strategische Ausrichtung der Suchthilfe, die über einrichtungsbezogene Perspektiven hinausgehen muss. Zentrale verbandliche Ziele, wie z.B. die sozialräumliche und kultursensible Gestaltung unserer Arbeit, sind nur realisierbar mit tragfähigen Kooperationen, mit der Entwicklung gemeinsamer Ziele und der Bereitschaft, sich auf Neues einzulassen. All dies – auch das machen die Praxisbeispiele deutlich – geschieht nicht „nebenbei“, sondern erfordert bewusste Entscheidungen und einen zunächst hohen

---

<sup>1</sup> Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH: „Integrierte Versorgungsstrukturen“ – Kooperation und Vernetzung in der Suchthilfe der Caritas –, Studie im Auftrag des Deutschen Caritasverbandes e. V., Köln, November 2007.

Einsatz aller Beteiligten, um tatsächlich nachhaltige Lösungen entwickeln zu können.

Kooperation, Koordination und Vernetzung müssen sich daran messen lassen, welchen Beitrag sie dazu leisten, die Hilfen bedarfsgerecht zur Verfügung zu stellen, sie in der Lebenswirklichkeit der suchtgefährdeten und suchtkranken Menschen zu verankern und ihre gleichberechtigte Teilhabe zu sichern.

Das Praxishandbuch basiert in wesentlichen Teilen auf der Erfahrungspraxis der Träger und MitarbeiterInnen in den Einrichtungen der Suchthilfe. Die Ausarbeitung des Handbuchs war ein gemeinsamer Lernprozess vieler Beteiligter:

Wir bedanken uns sehr herzlich bei den Mitgliedern des Fachbeirats, die das Projekt mit ihren Ideen, Impulsen und fachlichem Austausch unterstützt haben. Frau Dr. Ruf hat darüber hinaus durch ihre intensive organisatorische Arbeit die Aufbereitung der Praxisbeispiele ermöglicht. Wir bedanken uns auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Einrichtungen der Suchthilfe, die uns in den Praxisbeispielen ihre Erfahrungen und Ergebnisse in der Kooperation und Vernetzung zur Verfügung gestellt haben. Sie haben dazu beigetragen, das Handbuch mit der Wirklichkeit der Suchthilfe der Caritas zu verknüpfen und damit zu „erden“.

Wir hoffen, dass das Praxishandbuch Träger und MitarbeiterInnen der Suchthilfe und anderer Arbeitsfelder darin unterstützen kann, tragfähige Kooperationsstrukturen zu entwickeln. Wir freuen uns über Rückmeldungen, Hinweise und Erfahrungsberichte der Leserinnen und Leser.

Theresia Wunderlich  
Abteilungsleiterin Soziales und Gesundheit  
Deutscher Caritasverband e.V.

# Mitglieder des Fachbeirats

## **Hans Joachim Abstein**

Referatsleiter Suchthilfe

AGJ – Fachverband für Prävention und Rehabilitation  
in der Erzdiözese Freiburg e.V.

## **Wilfried Görden**

Stabsstelle Qualität und Forschung

Sozialdienst Katholischer Männer e.V. SKM Köln

## **Heinz-Josef Janßen**

Bundesgeschäftsführer

Kreuzbund e.V., Hamm

## **Juliana Kraus**

Suchtreferentin

Caritasverband für das Bistum Erfurt e.V.

## **Dirk Laßeur**

Stabsstelle Qualitätsmanagement

Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.

## **Hans Oliva**

Geschäftsführer

FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung  
im Gesundheits- und Sozialbereich mbH

## **Fritz Papenbrock**

Fachbereichsleiter Sucht- und AIDS-Hilfe

Sozialdienst Katholischer Männer e.V. SKM Köln

## **Ralf Pretz**

Leiter des Zentrums für Jugendberatung und Suchthilfe  
im Main-Taunus-Kreis

Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. Frankfurt

**Achim Schaefer**

Bereichsleiter

Ambulante Suchthilfe Caritas/Diakonie Bonn

**Karl-Heinz Schön**

Verwaltungsleiter

Klinik „Schloß Falkenhof“, Bensheim

**Dr. Daniela Ruf**

Referentin

Deutscher Caritasverband e.V., Abteilung Soziales und Gesundheit,  
Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht, Freiburg

**Renate Walter-Hamann**

Referatsleiterin

Deutscher Caritasverband e.V., Abteilung Soziales und Gesundheit,  
Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht, Freiburg

1

# Einführung



Das Hilfesystem für suchtgefährdete und abhängige Menschen ist in den letzten Jahrzehnten – ähnlich wie andere psychosoziale Versorgungsbereiche auch – in der Bundesrepublik Deutschland umfänglich ausgebaut worden. Einerseits resultiert dieser Ausbau aus einem Anstieg substanzbezogener Störungen in der Gesamtbevölkerung; andererseits wurde er durch veränderte sozialrechtliche, finanzielle und versorgungspolitische Rahmenbedingungen gefördert. Dabei ging die Weiterentwicklung der Angebote mit einer Spezialisierung der Dienste und Einrichtungen, einer Diversifizierung der Akteure und einer Pluralisierung der Professionen einher. Heute umfasst die Versorgung suchtgefährdeter und abhängiger Menschen sowie der Angehörigen medizinische und (psycho-)therapeutische (Behandlungs-)Angebote in der leistungsrechtlichen Zuständigkeit der Kranken- und Rentenversicherung sowie niedrigschwellige Hilfen, Beratung, Behandlungsvor- und nachbereitung und Betreuung als überwiegend staatliche/kommunale Aufgaben. Außerdem werden Angebote für spezifische Zielgruppen (z.B. Kinder und Jugendliche, Mädchen und Frauen, MigrantInnen) sowie zu besonderen Problemlagen (z.B. Wohnungslosigkeit, chronische Erkrankungen) bereitgestellt. Die genannten Angebote und Hilfen werden dabei ganz vorwiegend in der ambulanten, teil- und vollstationären Suchthilfe i.e.S., der Sucht-Selbsthilfe, dem suchtmmedizinischen bzw. psychiatrischen Versorgungssektor sowie der medizinischen (Basis-)Versorgung (niedergelassene ÄrztInnen sowie Krankenhäuser) erbracht.

Damit stehen in Deutschland vielfältige und differenzierte Hilfesysteme zur Verfügung. Zudem haben Leistungsträger und Leistungsanbieter erhebliche Anstrengungen unternommen, auf die individuelle Situation zugeschnittene Hilfen zu erbringen. Dennoch weist die Versorgungsrealität – auf unterschiedlichen Ebenen – weiterhin strukturelle Probleme der Leistungsgewährung und -erbringung sowie bei der Kooperation der Dienste und Einrichtungen auf:

- Unterschiedliche leistungsrechtliche Zuständigkeiten und damit verbundene Abgrenzungsprobleme führen vor allem zwischen der Kranken- und Rentenversicherung sowie neuerdings auch der Eingliederungshilfe zu gravierenden Problemen in der Leistungserbringung. Sie erschweren reibungslose Übergänge zwischen verschiedenen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen vor allem für Personen mit komplexen Problemlagen. Zudem ergeben sich aus dem zunehmenden Wettbewerb der verschiedenen Leistungsanbieter (in den letzten

Jahren verstärkt auch aus dem privaten Sektor) Friktionen in der Zusammenarbeit.

- Daneben werden die für suchtfährdete und abhängige Personen sowie Angehörige erbrachten Leistungen noch zu wenig zwischen den Trägern, Diensten und Einrichtungen der verschiedenen Versorgungsektoren abgestimmt und auf den individuellen Bedarf der Klientel zugeschnitten.
- Trotz der in den letzten Jahren zu beobachtenden Verbesserungen sind die organisatorischen und versorgungsbezogenen Schnittstellen zwischen den ambulanten und stationären Beratungs-, Behandlungs- und Betreuungsangeboten der verschiedenen Versorgungsbereiche weiter entwicklungsbedürftig. Dies gilt insbesondere für die Vernetzung der Suchthilfe mit Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern sowie mit Einrichtungen der Suchtmedizin und der psychiatrischen Versorgung. Auch die Kooperation der beruflichen Suchthilfe mit der Sucht-Selbsthilfe bzw. Betroffenen-Gruppen ist vor allem aufgrund unterschiedlicher Haltungen, Arbeitsansätze und Traditionen optimierbar.
- Des Weiteren bestehen je nach Zielgruppe (z.B. Jugendliche mit problematischem Suchtmittelkonsum, wohnungslose und chronisch mehrfachbeeinträchtigte Suchtkranke) z.T. erhebliche Schnittstellenprobleme und Kooperationsdefizite hinsichtlich einer abgestimmten Hilfeerbringung zwischen der Suchthilfe i.e.S. und anderen zuständigen Hilfesystemen. Auch im Hinblick auf die Umsetzung der Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) II sind in der Zusammenarbeit zwischen den Diensten und Einrichtungen der Suchthilfe und den Jobcentern – unabhängig von den lokalen/regionalen Gegebenheiten – Schwachstellen in der fallbezogenen Vernetzung zu beobachten.
- Schließlich ist zu konstatieren, dass die fallbezogene Zusammenarbeit zwischen der Suchthilfe i.e.S., Diensten und Einrichtungen anderer Versorgungsektoren sowie den Jobcentern bisher meist auf informellen (mündlichen) Absprachen und seltener auf schriftlichen Kooperationsverträgen bzw. -vereinbarungen gründet.

Mit der Differenzierung des Angebotsspektrums und der Vielzahl unterschiedlicher Versorgungssysteme, die an der Beratung, Betreuung und Behandlung suchtfährdeter und abhängiger Personen beteiligt sind, hat der Stellenwert von Vernetzung, Kooperation und Koordination weiter

zugenommen. Hinzu kommt, dass sich in den letzten Jahren die Planungs-, Steuerungs- und Finanzierungsgrundlagen im Gesundheits- und Sozialbereich verändert haben (z.B. Sozialgesetzbücher [SGB] II, V, IX und XII, Kommunalisierung landesseitiger Zuwendungen, Umsetzung differenzierter Hilfeplanverfahren vor allem im Bereich der Jugend- und Eingliederungshilfe). Auch daraus ergeben sich neue Herausforderungen für die Dienste und Einrichtungen der Suchthilfe mit Blick auf Kooperation, Vernetzung und Verbundbildung.

Gleichwohl zeigt eine systematische Auswertung der einschlägigen Fachliteratur, dass sich eine auf Vernetzungsprozesse bezogene Begriffs- und Konzeptbildung im Bereich der *Suchthilfe* bisher nur in Ansätzen herausgebildet hat. Insbesondere Kern- bzw. Leitbegriffe wie Vernetzung, Kooperation, Koordination und Verbund sind nicht ausreichend definiert und mit Standards unterlegt. So ergibt eine Literaturrecherche in verschiedenen fachspezifischen Datenbanken zu diesen Begriffen – gemessen an der versorgungspolitischen Bedeutung – nur eine vergleichsweise begrenzte Anzahl relevanter Artikel. Zudem beschreiben die Texte vornehmlich Kooperations- und Vernetzungsformen einzelner Dienste und Einrichtungen bzw. Versorgungsbereiche. Auch empirisch belastbare Erkenntnisse liegen nur punktuell vor, vorwiegend im Zusammenhang mit evaluierten Modellprogrammen bzw. -projekten.

In den Jahren 2006 und 2007 wurde im Auftrag des Deutschen Caritasverbands (DCV) von FOGS – Gesellschaft für Forschung und Beratung im Gesundheits- und Sozialbereich mbH Köln die Untersuchung „Integrierte Versorgungsstrukturen – Kooperation und Vernetzung in der Suchthilfe der Caritas“ durchgeführt. Daran anknüpfend legen der DCV und FOGS nun das Buch „Suchthilfe in Netzwerken. Praxishandbuch zu Strategie und Kooperation“ vor. Es richtet sich vorrangig an *Fachkräfte* von Diensten und Einrichtungen der Suchthilfe und anderer mit ihr kooperierender Versorgungsbereiche, an *Beschäftigte der Leistungsträger und der Kommunen*. Zugleich zielt es auch auf *Führungskräfte* von Trägern und Einrichtungen. Diese sind i.d.R. einerseits für die Gestaltung und Aushandlung von Kooperationsvereinbarungen und -verträgen zuständig. Andererseits schaffen sie die personellen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen dafür, dass die Beschäftigten vor Ort Kooperation und Vernetzung mit anderen Diensten und Einrichtungen umsetzen können.

Schließlich soll das Buch auch für *ehrenamtlich engagierte Funktionsträger* der Sucht-Selbsthilfe und ihrer Verbände als Unterstützung dienen, um die Zusammenarbeit zwischen Suchthilfediensten und -einrichtungen und der Sucht-Selbsthilfe zu fördern.

Mit der Erstellung des Buchs wurde weitgehend fachliches Neuland betreten. Es stellt den Versuch dar, handhabbare und praxistaugliche Methoden und Instrumente zur Lösung sektorübergreifender Kooperationsdefizite, aber auch suchthilfeinterner Schnittstellenprobleme zu beschreiben. Hierbei wird sowohl auf Erkenntnisse der Versorgungsforschung inkl. relevanter empirischer Studien als auch auf innovative Praxisansätze und -erfahrungen zurückgegriffen, die ausgewertet und zusammengefasst wurden.

Zudem ist das Buch so aufgebaut, dass es mit Blick auf Kooperation, Vernetzung und Verbund anschlussfähig für einrichtungsbezogene bzw. -übergreifende Qualitätsmanagementsysteme ist. Durch eine praxisorientierte Darstellung denkbarer Formen und Arten von Kooperation und Vernetzung, Instrumenten und Methoden soll Know-how bereitgestellt werden, um eine effektivere und abgestimmtere Hilfeerbringung der Dienste und Einrichtungen zu ermöglichen. Dabei werden nur die zentralen Schnittstellen (s.u.) in den Blick genommen. Insofern handelt es sich um *exemplarische Lösungsansätze*, die auch auf andere, nicht erörterte Versorgungsbereiche übertragen werden können.

Orientiert an diesen grundsätzlichen Überlegungen gliedert sich das Buch – neben der Einführung (*Kapitel 1*) – in insgesamt vier weitere Kapitel:

Gegenstand des *zweiten Kapitels* ist eine Beschreibung der Versorgungsstrukturen, auf die suchthilfgefährdete und abhängige Menschen in Deutschland i.d.R. zurückgreifen können. Außerdem wird kurz auf ausgewählte angrenzende Hilfesysteme, wie z.B. Wohnungslosen- und Jugendhilfe, eingegangen. So wird deutlich, warum der Lösung von Schnittstellenproblemen eine bedeutsame Rolle zukommt und die fallbezogene Zusammenarbeit zwischen den Leistungsanbietern innerhalb der Suchthilfe und zwischen den unterschiedlichen Versorgungssektoren verbessert werden muss.

Im *dritten Kapitel* werden (zentrale) Ergebnisse des Projekts „Integrierte Versorgungsstrukturen – Kooperation und Vernetzung in der Suchthilfe der Caritas“ und weitere vergleichbare Studien sowie relevante therapeuti-

sche Überlegungen der Versorgungsforschung zusammengefasst. Dabei wird vor dem Hintergrund veränderter gesetzlicher, finanzieller und versorgungspolitischer Rahmenbedingungen vertieft auf die Formen/Arten, Instrumente/Maßnahmen sowie auf die personellen, sächlichen und organisatorischen Voraussetzungen von Kooperation, Vernetzung und Verbundbildung eingegangen.

Das *vierte Kapitel* beschreibt zentrale Schnittstellen innerhalb der Suchthilfe sowie zwischen Suchthilfe und anderen Helfefeldern mit Blick auf die praktischen Anforderungen von Kooperation und Vernetzung. In diesem „Praxisteil“ des Buchs werden zunächst wesentliche Grundlagen und Anforderungen an die Zusammenarbeit zwischen den jeweils beteiligten Helfefeldern beschrieben. Auf dieser Grundlage sollen ausgewählte Fallbeispiele Lösungsprozesse zur Etablierung einer verbesserten Kooperation/Koordination an den verschiedenen Schnittstellen aufzeigen. Dazu werden jeweils die Anlässe, die aufgetretenen Schwierigkeiten, die eingesetzten Lösungsverfahren und die nachhaltigen Ergebnisse der Kooperationsbemühungen dargestellt.

Im Vordergrund stehen dabei folgende sieben zentrale Kooperationsfelder:

- ambulante Suchthilfe – stationäre Suchthilfe
- berufliche Suchthilfe – Sucht-Selbsthilfe
- Suchthilfe – primäre medizinische Versorgung
- Suchthilfe – suchtmedizinische/psychiatrische Versorgung
- Suchthilfe – Wohnungslosenhilfe
- Suchthilfe – Jugendhilfe
- Suchthilfe – Hilfen für (suchtgefährdete und abhängige) Menschen mit mehreren Vermittlungshemmnissen (Jobcenter)

Ausgangspunkt und Bezugsrahmen für die Darstellung der Fallbeispiele ist jeweils die *Suchthilfe*, d.h. alle Dienste und Einrichtungen unabhängig davon, auf welche Zielgruppen (suchtgefährdete und abhängige Menschen legaler bzw. illegaler Suchtmittel) sie jeweils ausgerichtet sind.

Im fünften Kapitel findet sich die Liste der Beispiele, der Ansprechpartner sowie eine Liste der Beispiele mit Nennung der Anlagen. Im Anschluss folgen ein Glossar sowie ausgewählte Materialien (z.B.

Kooperationsvereinbarungen und -verträge, Leistungsvereinbarungen, integrierte Versorgungsverträge) zusammengestellt, die in den vergangenen Jahren von Diensten, Einrichtungen und Trägern zur Umsetzung von Kooperation und Vernetzung entwickelt und eingesetzt wurden.

2

Versorgungsbausteine  
für suchtgefährdete und  
abhängige Menschen



Suchtgefährdete und abhängige Menschen haben individuelle Hilfebedarfe: Die Angebote richten sich an Frauen und Männer, Alte und Junge, Personen mit und ohne Migrationshintergrund, leicht und stark Beeinträchtigte sowie an Menschen aus unterschiedlichen sozialen Milieus, deren Suchtverläufe und -ausprägungen stark variieren.<sup>1</sup> So sind bei suchtgefährdeten Personen bspw. in ärztlichen Praxen oftmals nur kurze Interventionen notwendig, während für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige (CMA) – je nach Ausgangssituation – mehrere, die Gesundheit und die soziale Situation betreffende Maßnahmen erforderlich sind. Außerdem verändern sich die individuellen Bedarfslagen oft im Laufe von Beratung, Behandlung und Betreuung.

Organisation und Selbstverständnis der Hilfen waren in der Vergangenheit und sind bis in die Gegenwart hinein stark durch eine *institutionsbezogene Sichtweise* geprägt. Dienste und Einrichtungen haben i.d.R. „homogene Standardpakete für Personen mit einem im Querschnitt möglichst gleichen Hilfebedarf“<sup>2</sup> vorgehalten. In der Folge wurden bspw. suchtgefährdete Menschen sowie CMA durch ambulante Beratungsangebote kaum bzw. (zu) wenig erreicht. Eine *personenbezogene Hilfeerbringung* setzt demgegenüber – auf Basis einer individuellen *Hilfe-/Teilhabeplanung* – an den tatsächlichen Unterstützungs- und Hilfebedarfen an und verknüpft entsprechende Hilfen aus unterschiedlichen Diensten, Einrichtungen und Sektoren. Sie ist zudem darauf ausgerichtet, Hilfen soweit wie möglich im sozialen Umfeld der Betroffenen und gemeindenah zu erbringen.<sup>3</sup>

In den folgenden Abschnitten wird – anknüpfend an funktionsbezogene Überlegungen der Expertenkommission zur Reform der psychiatrischen Versorgung<sup>4</sup> – dargestellt, auf welche Hilfesegmente/-angebote suchtege-

---

<sup>1</sup> Vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hrsg.). (2001). *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe. Positionspapier 2000*. Hamm: DHS.

<sup>2</sup> Vgl. Kauder, V. & Aktion psychisch Kranke (Hrsg.). (1997). *Personenzentrierte Hilfen in der psychiatrischen Versorgung* (Psychosoziale Arbeitshilfen 11). Bonn: APK.

<sup>3</sup> Vgl. Kruckenberg, P., Kunze, H., Brill, K.-E., Crome, A. & Gromann, P. (1999). *Von institutions- zu personenzentrierten Hilfen in der psychiatrischen Versorgung*. (Schriftenreihe des BMG, Bd. 16/I). Baden-Baden: BMG.

<sup>4</sup> Vgl. Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich. (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn: BMFSFJ.

fährdete und abhängige Menschen i.d.R. zurückgreifen können und damit in Überlegungen zur (fallbezogenen) Kooperation einbezogen werden müssen.

### 2.1 Arbeitsfelder der Suchthilfe

#### Suchtprävention<sup>5</sup>

*Suchtprävention* ist eine Querschnittsaufgabe, die sich zum einen personalkommunikativer und zum anderen an den gesellschaftlichen Strukturen ansetzender Konzepte bedient. Suchtprävention arbeitet zielorientiert und zielgruppenspezifisch. In der Suchtprävention hat in den vergangenen Jahren eine Umorientierung stattgefunden: Standen früher die Auseinandersetzung mit Risikofaktoren und mögliche Gefährdungen von Kindern und Jugendlichen im Vordergrund, so rücken neuere Ansätze der Suchtprävention und Gesundheitsförderung verstärkt persönliche (Bewältigungs-)Ressourcen und protektive Faktoren in den Mittelpunkt. Die hauptsächlichen „Interventionsorte“ der Suchtprävention sind dabei Familien bzw. Eltern, Kinderbetreuungseinrichtungen, Schulen, offene Kinder- und Jugendarbeit, Stadtteile und Gemeinden sowie Betriebe. Entsprechend vielfältig sind die in der Suchtprävention tätigen Institutionen; zu diesen zählen insbesondere Suchtberatungsstellen, Schulen, Einrichtungen der Kinder-, Jugend- und Familienhilfe, Gesundheitsämter, Betriebe und Polizei.<sup>6</sup>

#### Früherkennung und -intervention

*Früherkennung und -intervention* erfolgen – je nach Zielgruppe – durch Einrichtungen und Dienste der Suchthilfe i.e.S. sowie durch Leistungsanbieter angrenzender Versorgungssektoren (primäre medizinische Behandlung, Jugendhilfe). Maßnahmen der Frühintervention etwa durch Suchtberatungsstellen zielen darauf, insbesondere Jugendliche und Erwachsene mit problematischem/riskantem bzw. schädlichem Konsum

---

<sup>5</sup> Obwohl Suchtprävention i.e.S. keinen *Versorgungsbaustein* der Suchthilfe darstellt, wurde sie aus fachlichen Gesichtspunkten mit in die Beschreibung der Hilfeangebote aufgenommen.

<sup>6</sup> Vgl. Hallmann, H.-J., Holterhoffe-Schulte, I. & Merfert-Diete, C. (2006). *Qualitätsanforderungen in der Suchtprävention*. Hamm, Hannover, Mülheim: DHS.

möglichst frühzeitig zu erreichen. Eingesetzt werden zielgruppen- und geschlechtsspezifische sowie übergreifend ausgerichtete (sekundärpräventive) Angebote (u.a. Frühintervention bei erstauffälligen DrogenkonsumentInnen – FRED<sup>7</sup>, Hart am Limit – HaLT<sup>8</sup>, Selbstkontrolltraining von Jugendlichen und Erwachsenen mit riskantem Konsum – SKOLL<sup>9</sup>). Sekundärpräventive Maßnahmen im Bereich niedergelassener ÄrztInnen und Allgemeinkrankenhäuser dienen vor allem der Früherkennung/-intervention alkoholgefährdeter und abhängiger Personen und der schnelleren Vermittlung in das Suchthilfesystem.<sup>10</sup>

## Niedrigschwellige Hilfen

*Niedrigschwellige Hilfen* sind auf die *unmittelbare Reduzierung der mit dem Substanzkonsum verbundenen Risiken* gerichtet. Sie haben die Aufgabe, Verschlimmerung zu verhindern („harm reduction“) und vorhandene Potenziale zu stabilisieren, ohne dass sie unmittelbar auf Substanzmittelfreiheit hinwirken müssen. Langfristige Zielsetzung ist, die NutzerInnen der Hilfen zu weiterführenden Maßnahmen zu motivieren. Hauptsächlich Zielgruppe niedrigschwelliger Hilfen sind Personen, die Regelangebote der medizinischen Behandlung und soziale Hilfen noch nicht oder nicht mehr in Anspruch nehmen. Oft liegt bei dieser Personengruppe eine Anhäufung von Problemlagen in existentiellen Lebensbereichen vor, sodass die Deckung von Grundbedürfnissen wie Ernährung, Kleidung, Wohnung und medizinische Grundversorgung im Vordergrund steht. Schließlich spielt die Sicherung des sozialen Umfelds vor Beeinträchtigungen durch die Zielgruppe eine wichtige Rolle.

<sup>7</sup> Vgl. Görgen, W., Hartmann, R. & Oliva, H. (2003). *Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten – FreD, Abschlussbericht* (Sozialforschung Forschungsbericht 299). Bonn: BMGS.

<sup>8</sup> Vgl. Steiner, M., Knittel, T. & Zweers, U. (2008). *Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „HaLT – Hart am Limit“*, Endbericht. Basel, Berlin: BMG.

<sup>9</sup> Vgl. Kliche, Th. (2012). *Bundesmodellprojekt SKOLL: Ein wirkungsvolles Programm zur Frühintervention bei Abhängigkeitsgefährdung, Kurzbericht zur Evaluation für die Abschlusskonferenz in Berlin vom 9. Februar 2012*. Berlin: BMG.

<sup>10</sup> Vgl. Görgen, W. & Hartmann, R. (2002). *Neue Wege in der Behandlung Suchtkranker in der frühen Sekundärprävention*. Geesthacht: Neuland; John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.J. (2000). Frühintervention bei Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch. *Sucht Aktuell*, 1, 4–7; Kremer, G., Dormann, S., Pörksen, N., Wessel, T. & Wienberg, G. (1997). Umsetzung sekundärpräventiver Strategien bei Patientinnen und Patienten mit Alkoholproblemen in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern. In *Aktion Psychisch Kranker* (Hrsg.), *Innovative Behandlungsstrategien bei Alkoholproblemen* (S. 60–74). Freiburg: Lambertus.

Niedrigschwellige Hilfen werden u.a. von Kontaktläden/-cafés, Tagestreffs, Notschlafstellen/Krisenwohnungen und Notfallhilfen, von Konsumräumen sowie zum Teil von Suchtberatungsstellen erbracht. Weiterhin ist ein Teil der Angebote der Gesundheitsämter bzw. der Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) und der Wohnungslosenhilfe niedrigschwellig ausgerichtet.

### Beratung und Betreuung<sup>11</sup>

Zur Ermittlung des individuellen Hilfebedarfs, zur Hilfeplanung und Einleitung weiterführender Maßnahmen ist eine *fachliche Beratung* erforderlich. Im Rahmen der Beratung werden u.a. Informationen vermittelt, eine Bestandsaufnahme/Anamnese der somatischen, psychischen und sozialen Aspekte der Suchtproblematik durchgeführt, die vorhandenen Ressourcen der Person und des sozialen Umfelds erhoben, gemeinsam Ziele erarbeitet, ggf. ein Hilfeplan erstellt sowie Hilfen erschlossen und vermittelt. Die Beratung suchtgefährdeter und abhängiger Personen berücksichtigt die aktuelle Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit, zielt auf die Entwicklung von Problem- bzw. Krankheitseinsicht und schafft Motivation zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen. Die Beratung ist prozesshaft angelegt und basiert auf der sozialen Interaktion bzw. einer tragfähigen Beziehung zwischen BeraterIn und KlientInnen bzw. Angehörigen.

Langjährig abhängige Personen, insbesondere CMA, benötigen oft über eine Beratung i.e.S. hinaus eine *unterstützende Betreuung* (z.B. im Rahmen des *Ambulant Betreuten Wohnens*), *Sozialtherapie* sowie *Psychosoziale Begleitung*. Diese zielen vor allem auf die Sicherung eines Lebens außerhalb einer stationären Unterbringung. Durch die Betreuung wird versucht, eine Chronifizierung durch lebenspraktische Hilfen und schrittweise Verhaltensänderungen zu verhindern bzw. zu mindern. Konstitutives Element der Betreuung ist die Festlegung von stufenweise erreichbaren (Teil-)Zielen, wobei insbesondere bei längerfristiger/n Betreuung/en bzw. Sozialtherapie die unterschiedlichen Hilfen in eine systematische *Hilfeplanung* eingebunden werden (sollten). Im Sinne eines *Case Managements* sollten fallbezogen die Angebote der verschiedenen Hilfeinstanzen verknüpft und koordiniert werden, um u.a. Doppelbetreuungen und Fehlbelegungen zu vermeiden.

---

<sup>11</sup> Mit Betreuung ist hier nicht die Arbeit im Rahmen der gesetzlichen Betreuung gemeint.

Beratung und Betreuung erfolgen unabhängig von Konsumstatus und Schweregrad der Erkrankung und zu unterschiedlichen Zeitpunkten der individuellen (Krankheits-)Entwicklung. Sie werden vor allem von Suchtberatungsstellen, ambulanten und stationären Wohnangeboten sowie von Sozialpsychiatrischen Diensten durchgeführt. Darüber hinaus werden suchtgefährdete und abhängige Menschen von niedergelassenen ÄrztInnen, der betrieblichen Suchthilfe und durch alle Rehabilitationsträger bzw. deren gemeinsame Servicestellen beraten.

### (Akut-)Behandlung

*Behandlungsangebote* zielen i.S. des § 27 SGB V darauf, die (Sucht-)Erkrankung zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Eine Behandlung ist patienten-, problem-, ziel- und ressourcenorientiert und findet in einem zeitlich begrenzten Prozess statt, der auch mit Unterbrechungen in Intervallen erfolgen kann. In der Akutbehandlung können verschiedene Phasen und Arbeitsschritte unterschieden werden: Anamnese, Diagnostik, Indikationsstellung, Therapieplan und -vertrag, Durchführung der Therapie, Kontrolle und Evaluation. Eine Behandlung umfasst u.a. Früh- und Kurzintervention, Substitutionsbehandlung sowie ambulante und stationäre (Entzugs-)Behandlung.

*Ambulante Behandlung* erfolgt insbesondere durch niedergelassene (Allgemein-)ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, FachärztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie (bzw. vergleichbarer Fachgebiete) sowie Institutsambulanzen und Tageskliniken, *teil- und vollstationäre* durch Tageskliniken, Allgemeinkrankenhäuser und psychiatrische Kliniken.

### Medizinische Rehabilitation

Leistungen der *medizinischen Rehabilitation* (i.S. der §§ 9–15 SGB VI sowie § 40 SGB V) zielen vor allem darauf, eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen bzw. zu erhalten, körperliche und seelische/psychische Störungen weitgehend zu beheben bzw. auszugleichen sowie die möglichst dauerhafte (Wieder-)Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft sicherzustellen. Die Konzepte für medizinische Rehabilitation umfassen ergänzende Diagnostik und Indikationsstellung, die Erarbeitung eines Therapieplans mit Therapiezielen, therapeutische Maßnahmen sowie Therapiekontrolle und Dokumentation. Im Vordergrund rehabilitativer

Bemühungen stehen weniger organmedizinische Behandlungsmaßnahmen als vielmehr die Reduzierung psychischer, physischer und sozialer Belastungen/Einschränkungen bis hin zu einschneidenden Umstellungen der persönlichen Lebensführung. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation werden inzwischen sowohl (ganztägig) ambulant (u.a. durch Beratungs- und Behandlungsstellen, Fachambulanzen, Tageskliniken) als auch teil- und vollstationär (durch Tageskliniken, Fachkliniken, psychiatrische Krankenhäuser) erbracht; in den letzten Jahren werden Leistungen der medizinischen Rehabilitation verstärkt in kombinierten Formen (sog. „Kombitherapie“) erbracht.

### Sucht-Selbsthilfe

*Sucht-Selbsthilfe* stellt für suchtgefährdete und abhängige Menschen sowie für Angehörige eine wichtige Säule im Hilfesystem dar. Die Suchtselbsthilfe lebt aus dem *freiwilligen Engagement ihrer Mitglieder* und leistet als eigenständiges Angebot einen wichtigen Beitrag zur Überwindung von Suchtproblemen. Ein wesentliches Ziel der Betroffenen besteht darin, ihre persönlichen Lebensumstände nach dem Handlungsprinzip „*Hilfe zur Selbsthilfe*“ zu verändern. In der regelmäßigen, meist wöchentlichen Gruppenarbeit betonen die Betroffenen die Prinzipien der Gleichberechtigung, der offenen Kommunikation und der gegenseitigen Hilfe.<sup>12</sup> Sucht-Selbsthilfe motiviert zur Auseinandersetzung mit dem Suchtmittelkonsum und der Abhängigkeitsproblematik, bereitet auf die Therapie vor und bietet Begleitung während und insbesondere nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung. Sucht-Selbsthilfegruppen sind Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie entweder selbst oder als Angehörige betroffen sind. Daneben spielen auch gemeinsame Freizeitaktivitäten eine große Rolle.

### Förderung der Teilhabe/soziale und berufliche (Wieder-)Eingliederung

Die *Förderung der Teilhabe sowie die soziale und berufliche (Wieder-)Eingliederung* stellt eine *Querschnittsaufgabe* unterschiedlicher Leis-

---

<sup>12</sup> Vgl. Erklärung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (1999). In H.P. Grigoleit, M. Wenig & R. Hüllinghorst (Hrsg.), *Handbuch Sucht*. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.

tungsträger und -erbringer dar, die als Zielvorgabe in unterschiedlichen Gesetzen (u.a. SGB II, III, VI, IX und XII) und neuerdings in der UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen verankert ist. Hilfen mit dieser Zielsetzung sind wichtig auf der Ebene existentieller Hilfen (Wohnungssicherung, Erhalt des Arbeitsplatzes etc.), der gesellschaftlichen Teilhabe (z.B. Freizeitgestaltung, Beziehungsaufbau, Tagesstrukturierung) ebenso wie in der Zeit nach einer Behandlung (z.B. Nachsorge, Krisenintervention, Rückfallprophylaxe). Im Bereich komplementärer Hilfen bestehen für die Zielgruppe der CMA spezifische Versorgungsstrukturen.

Hinsichtlich der Leistungserbringung sind *zwei Bereiche* zu unterscheiden:

- Die außerhalb der Suchthilfe angesiedelten Systeme zur beruflichen und sozialen Eingliederung für Personen mit suchtbedingten Problemlagen wie z.B. Angebote zur Wohnraumversorgung, Maßnahmen zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung sowie Möglichkeiten der Schuldnerberatung und anderer psychosozialer Dienste.
- Sozialtherapeutische Hilfen zur (Wieder-)Eingliederung – als „dritte Säule“ des Versorgungssystems vor allem für langjährig suchtabhängige Menschen in Ergänzung zu ambulanten und stationären (Sucht-)Einrichtungen. Hierzu zählen insbesondere Angebote für CMA wie bspw. Ambulant Betreutes Wohnen, die Versorgung in einer stationären Wohneinrichtung sowie beschützte Beschäftigungsmöglichkeiten (u.a. Tagesstätten) für nicht voll belastbare Personen.

### Finanzierungsgrundlagen ambulanter und stationärer Suchthilfe

Sucht ist eine *multifaktoriell* verursachte *Erkrankung*<sup>13</sup>, aus der sich bei den betroffenen Menschen oftmals komplexe Behandlungs-, Betreuungs- und Hilfebedarfe ergeben, die quer zu den einschlägigen Leistungsgesetzen stehen. So können in der Versorgung suchtgefährdeter/abhängiger (junger und erwachsener) Menschen Leistungen insbesondere der Sozialgesetzbücher II, V, VI, VIII und XII erforderlich sein, die je nach Einzelfall bedarfsgerecht und zielführend zu kombinieren sind. Angesichts der damit verbundenen vielfältigen Schnittstellen ist eine Leistungserbringung „wie aus einer Hand“, wie sie das SGB IX (§ 10 Abs. 1

---

<sup>13</sup> Vgl. u.a. Feuerlein, W. (1979). *Alkoholismus. Missbrauch und Abhängigkeit*. Stuttgart: Thieme.

Satz 1) vorsieht, in der Suchthilfe (aber auch in anderen Hilfesystemen) noch längst nicht realisiert.

Die Anerkennung von Sucht als Krankheit durch das Bundessozialgericht im Jahr 1968 hat die Behandlung suchtkranker Menschen – rechtlich betrachtet – in das medizinische bzw. rehabilitative System integriert<sup>14</sup> und so vor allem zur Herausbildung der stationären Suchthilfe beigetragen sowie die finanzielle Grundlage der Einrichtungen erheblich verbessert.

Wie die Praxis zeigt, wird die *ambulante Suchthilfe* in ihrem Kernbereich der *Suchtberatung* nach wie vor durch Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge und (anteilig) durch die Länder finanziert. Dabei ist die Finanzierung durch die öffentliche Hand nicht bundeseinheitlich geregelt, sondern differiert je nach Bundesland und kommunaler Körperschaft z.T. erheblich. Da die ganz überwiegend über *freiwillige Zuwendungen* bereitgestellten Mittel i.d.R. unter Haushaltsvorbehalt stehen, bieten sie den Suchtberatungsstellen aufgrund der knappen Kassen der Länder und Kommunen wenig Planungs- und Leistungssicherheit. In den vergangenen Jahren sind – in Verbindung mit der Differenzierung und Ausweitung des Angebotsspektrums von Suchtberatungsstellen – Leistungsbausteine neu hinzu gekommen, die z.T. auf Basis von *Leistungsvereinbarungen oder -verträgen* erbracht und refinanziert werden (u.a. ambulante Rehabilitation gem. SGB VI/SGB V, Beratung suchtgefährdeter und abhängiger arbeitssuchender Personen nach SGB II, Beratung und Betreuung Jugendlicher nach SGB VIII).<sup>15</sup> Zudem spielt die einzelfallbezogene Finanzierung von (Teilhabe-)Leistungen (insbesondere Ambulant Betreutes Wohnen) im Rahmen der Eingliederungshilfe (§§ 53 ff. SGB XII) sowie der Einsatz von Eigen- und Projektmitteln eine immer größere Rolle für ambulante Suchthilfeeinrichtungen.

*Stationäre Behandlungen* suchtkranker Menschen werden – im Unterschied dazu – vorrangig über *Leistungsentgelte/Entgeltsätze* auf Basis des SGB VI (Entwöhnungsbehandlung) bzw. SGB V (Entzugsbehand-

---

<sup>14</sup> Vgl. Bürkle, S. & Harter, K. (2011). *Perspektiven einer zukunftsorientierten ambulanten regionalen Suchthilfe. Diskussionspapier*. Freiburg CaSu e.V.

<sup>15</sup> Vgl. Walter-Hamann, R. (2007). Suchtberatung ist keine Restkategorie. *neue caritas* 18, 12ff.

lung)<sup>16</sup> finanziert. (Teil-)stationäre Leistungen der Eingliederungshilfe (vor allem in den Bereichen Wohnen und Beschäftigung, s.o.) werden (nachrangig) gem. SGB XII auf der Grundlage von Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen finanziert (s. § 75 SGB XII).

## 2.2 Relevante Schnittstellen der Suchthilfe zu anderen Hilfesystemen

Aufgrund der mit der Suchterkrankung einhergehenden unterschiedlichen Bedarfe arbeiten Dienste und Einrichtungen der Suchthilfe i.e.S. in der Beratung, Behandlung und Betreuung suchtgefährdeter und abhängiger Personen sowohl mit Arztpraxen, Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken (s.o.), mit der Wohnungslosen- und Jugendhilfe sowie – nach Inkrafttreten des SGB II – verstärkt mit den Jobcentern institutionell und fallbezogen zusammen. Dabei zeichnen sich die drei zuletzt genannten Hilfesysteme vor allem durch folgende Strukturmerkmale aus:

### Wohnungslosenhilfe

Die Wohnungslosenhilfe zielt in erster Linie auf wohnungslose und von Wohnungslosigkeit bedrohte Menschen. Das können Familien (und Elternteile mit Kindern) sein, alleinstehende Frauen und Männer, junge und ältere Wohnungslose mit starken psychischen Beeinträchtigungen und Suchtproblemen sowie Langzeitwohnungslose mit starken Abbauerscheinungen. Das für diesen Personenkreis in den letzten Jahrzehnten aufgebaute und überwiegend auf der Basis des SGB XII (§ 67, früher: § 72 BSGH) finanzierte Hilfesystem setzt sich vor allem aus folgenden Versorgungsbausteinen zusammen: präventive Hilfen, Gesundheitshilfen, ambulante Fachberatung, Straßensozialarbeit, (ambulante und stationäre) Wohnangebote, tagesstrukturierende Angebote sowie Hilfen zur Arbeit. Da ein großer Teil wohnungsloser Menschen – wie verschiedene

---

<sup>16</sup> Das Kostenverfahren für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung ist über die „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei vorliegender Abhängigkeit bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker“ geregelt, die letztmalig 2001 zwischen dem Deutschen Rentenversicherungsträger und den Bundesverbänden der Krankenkassen erneuert wurde.