

Lübecker Memorandum zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung

MÄRZ 2017



Hans-Jürgen Rumpf, Gallus Bischof, Anja Bischof, Eva Hoch
und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Lübecker Zukunftswerkstatt

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SUCHTFORSCHUNG UND SUCHTTHERAPIE

Lübecker Memorandum zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung

Autoren: Hans-Jürgen Rumpf, Gallus Bischof, Anja Bischof, Eva Hoch
und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Lübecker Zukunftswerkstatt

März 2017

Hamm: Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie

Vorbemerkung

Das vorliegende Memorandum ist das Resultat eines intensiven Austauschs von Expertinnen und Experten. Kern für die vorliegenden Empfehlungen sind die Ergebnisse einer Zukunftswerkstatt, die im Januar 2016 in Lübeck unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Lübeck mit Finanzierung des Bundesministeriums für Gesundheit stattfand. Methodik und Ergebnisse im Detail finden sich in einem Projektbericht. Dieses Memorandum gibt die entscheidenden Impulse aus der Zukunftswerkstatt als Destillat wieder. Dargestellt werden die bedeutsamsten Themenfelder, die erarbeitet wurden, Visionen einer Verbesserung des Suchthilfesystems sowie Empfehlungen für eine Umgestaltung. Das Memorandum beinhaltet keine konkreten Lösungswege. Diese sollen partizipativ durch eine modifizierte und erweiterte Expertinnen- und Expertengruppe erarbeitet werden.

Das Memorandum wurde von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Lübecker Zukunftswerkstatt konsentiert. Die Zustimmung erfolgte für die inhaltlich zutreffende Wiedergabe der Kritikpunkte und Visionen, die während der Klausurtagung entwickelt wurden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben dabei jeweils für ihre eigene Person konsentiert und nicht für die jeweiligen Organisationen, denen sie angehören. Eine Person hat nicht zugestimmt. Die Namen der zustimmenden Teilnehmerinnen und Teilnehmer finden sich am Ende des Memorandums.

Der Text wurde vom Vorstand der DG-Sucht konsentiert.

Zusammenfassung

Suchterkrankungen verursachen hohe Kosten für die Gesellschaft und beträchtliches Leid bei Betroffenen und deren Familien. Das Suchthilfesystem leistet eine hervorragende Arbeit und erreicht diejenigen, die Behandlung aufsuchen, gut und effizient. Die Mehrheit der Suchtkranken - je nach konsumiertem Suchtstoff in unterschiedlichem Ausmaß - sucht jedoch von sich aus keine Hilfe auf und ist somit für das Suchthilfesystem derzeit nicht erreichbar. Eine Expertinnen- und Expertengruppe hat eine Zukunftsvision für die Suchtkrankenversorgung erarbeitet, die folgende vier Arbeitsfelder umfasst:

Nahtlose und zugeschnittene Hilfen

Menschen mit Suchterkrankungen werden in allen wichtigen Bereichen des Lebens erkannt und erhalten die für sie geeignete Hilfe, die von Frühintervention über Beratung und Therapie bis hin zu kontinuierlicher Betreuung reicht und Angebote der Selbsthilfe einschließt. Bereiche der medizinischen und psychosozialen Versorgung sind mit der Suchthilfe vernetzt und bieten gemeinschaftlich nahtlose Hilfe an. Die Finanzierung ist vereinfacht und gesichert.

Frühzeitige, umfassende und wirksame Prävention

Präventionsstrategien beinhalten eine frühzeitige und lebensweltorientierte Berücksichtigung von problematischen Gesundheits-Verhaltensweisen. Sucht, schädlicher und riskanter Konsum haben hier eine Schlüsselstellung. Es werden über den gesamten Lebensverlauf Hilfen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens angeboten.

Vorurteilsfreies Klima und fördernde Grundhaltung

Die Stigmatisierung ist wirksam reduziert. Sucht, schädlicher und riskanter Konsum werden wertfrei als optimier- und veränderbare Verhaltensweisen angesehen. Der Umgang mit Betroffenen ist geprägt von Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz, Mitgefühl und motivierender Förderung.

Freier Zugang zu einem Spektrum wirksamer Hilfen

Es ist gesichert, dass die bestwirksamen Behandlungsformen qualifiziert angeboten werden. Die Betroffenen werden durch eine unabhängige Beratung darin unterstützt, selbstbestimmt daraus die für ihre spezifische Problematik passende Wahl zu treffen.

Die entwickelten Ideen sollen nun in einem fortlaufenden Prozess umgesetzt werden. Hierzu wird eine Kommission mit verschiedenen Arbeitsgruppen gegründet. Es wird eine Zusammenarbeit mit Politik, Verbänden, Praxis und Forschung erfolgen.

Hintergrund

Suchterkrankungen sind sehr weit verbreitet und führen sowohl zu hohen gesellschaftlichen Kosten als auch zu beträchtlichem individuellen und familiären Leid. Generell nehmen zu wenige Menschen mit psychischen Erkrankungen Hilfen in Anspruch. Besonders ausgeprägt finden wir dies bei Suchterkrankungen, wo im Vergleich zu anderen psychischen Störungen der Anteil Behandelter noch einmal geringer ausfällt. Diese Rate liegt z.B. bei etwa 10 bis 20% für alkoholbezogene Störungen. Noch deutlicher ist die Behandlungslücke, wenn neben der Abhängigkeit Formen des riskanten Konsums oder des schädlichen Gebrauchs betrachtet werden. Ein Grund für diese geringe Inanspruchnahme findet sich in der Sicht der Gesellschaft, des Betroffenen selbst und der gesellschaftlichen Strukturen auf die Erkrankung. Diese Sicht ist negativ geprägt und durch Stigmatisierung gekennzeichnet. Weiterhin erschweren die getrennten Hilfestrukturen den Zugang für gesundheitliche, psychische und soziale Belange. Das hat zur Folge, dass sich meist nur Menschen mit hohem Leidensdruck oder hoher Änderungsbereitschaft in Behandlung begeben. Frühe Hilfen hingegen, die einen Einfluss auf die Entwicklung von Suchterkrankungen haben können, sind bislang noch nicht ausreichend etabliert. Die Suchtkrankenversorgung weist somit trotz hoher Qualitätsstandards Lücken auf, weil die Mehrheit nicht erreicht wird oder die Hilfen erst spät einsetzen.

Folgende Arbeitsfelder sind das Ergebnis der Zukunftswerksatt:

1. Verbesserung von Schnittstellen und Vernetzung

Ausgangslage

Die Analyse des Status Quo zeigte auf, dass innerhalb der Suchtkrankenhilfe nahtlose Übergänge derzeit von strukturellen Hindernissen erschwert werden. Das betrifft den Übergang zwischen den Versorgungs- und Behandlungssektoren, z.B. von ambulanten zu stationären Hilfen oder von Entgiftung zu Entwöhnung. Die Kritik bezog sich auch auf die gegliederten Sozialsicherungssysteme und die Kooperation zwischen Bereichen der psychosozialen Versorgung wie z.B. Jugendhilfe und Suchthilfe ebenso wie die Vermittlung in langfristig begleitende und unterstützende Selbsthilfe-Angebote. Insbesondere wurde bemängelt, dass eine Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren, insbesondere der medizinischen Versorgung und der Suchthilfe, derzeit kaum oder auf sehr ungenügendem Niveau besteht.

Vision „Nahtlose und zugeschnittene Hilfen“

Menschen mit Suchterkrankungen werden in allen wichtigen Bereichen des Lebens erkannt und erhalten die für sie geeignete Hilfe, die von Frühintervention über Beratung und Behandlung bis hin zu kontinuierlicher Betreuung reicht und Angebote der Selbsthilfe einschließt. Bereiche der medizinischen und psychosozialen Versorgung sind mit der Suchthilfe vernetzt und bieten gemeinschaftlich nahtlose Hilfen an. Die Finanzierung ist vereinfacht und gesichert.

Neue Strukturen

Räumliche und strukturelle Vernetzung von Hilfen findet in allen Lebensbereichen statt. Das kann z.B. in Form von regionalen Kompetenzzentren erfolgen, die mit der kommunalen Ebene, in der Menschen leben und arbeiten, vernetzt sind. Vernetzung und Schnittstellenmanagement werden durch klare Kommunikationsstrategien und kooperative Netzwerkstrukturen ermöglicht. Die Transparenz für Betroffene ist gewährleistet. Präferiert wird eine Vereinfachung der Finanzierungssysteme. Die Zentren haben ein Budget für ihre Arbeit und für zielgruppenspezifische Angebote zur Verfügung. Sie dienen als ein Netzwerk und wirken in alle Lebensbereiche wie z.B. Schule, Sportverein, Arzt, etc. hinein.

Wahrnehmen und Begleiten

Substanzbezogene Probleme werden qualifiziert, kompetent und ohne Wertung in allen Lebensbereichen wahrgenommen („gesehen“). Neben der Erkennung (z.B. Screening in Arztpraxen) ist entscheidend, den Zielgruppen eine geeignete, ggf. auch langfristige Begleitung gemäß entsprechenden Behandlungspfaden anzubieten. Zielsetzung und Intensität der Begleitung sind an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten. Die Menschen werden im Leben nachhaltig unterstützt und gecoacht, ihre Selbstbestimmung, Veränderungsbereitschaft und -kompetenz werden gefördert.

2. Prävention und Gesundheitsförderung

Ausgangslage

Angebote der Suchthilfe sind für Menschen, die sich von allein in Behandlung begeben, gut ausgebaut. Trotz aller Anstrengungen werden im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung allerdings noch immer zu wenige erreicht. Nach wie vor sind Hilfeangebote verhaftet in einem reaktiven System, das auf die Inanspruchnehmerinnen und Inanspruchnehmer wartet. Maßnahmen der Prävention und Frühintervention sind außerdem noch zu wenig ausgebaut. Suchtprävention ist nicht in die allgemeine Gesundheitsförderung integriert.

Vision „Frühzeitige, umfassende und wirksame Prävention“

Es besteht eine frühzeitige und lebensweltorientierte Wahrnehmung und Beachtung von problematischen Gesundheits-Verhaltensweisen. Sucht, schädlicher und riskanter Konsum sind hierbei ein bedeutsamer und unverzichtbarer Teil. Es werden über den gesamten Lebensverlauf Hilfen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens angeboten. Das übergeordnete Ziel besteht darin, mit hoher Lebensqualität möglichst alt zu werden. Zu dieser Zielerreichung ergänzen sich Verhaltens- und Verhältnisprävention (Policy-Mix). Gesetzliche Maßnahmen zur Reduzierung des Alkoholkonsums über die Regulierung von Angebot und Nachfrage sind vorangetrieben und tragen deutlich zur Begrenzung alkohol-bezogener Schäden bei. Eine Pflicht zum Nachweis der durch Verhaltensprävention erreichten Populationen sichert, dass neben der Wirksamkeit auch die Erreichungsquote einen zentralen Gütestandard darstellt. Der Wirksamkeitsnachweis (Evidenzbasierung) von Prävention ist gesichert. Für die Realisierung präventiver Maßnahmen werden ausreichende personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt.

Integrierte Versorgung

Die entsprechenden Angebote richten sich nach der jeweiligen Lebenswelt der Menschen. Die Prävention in Hausarztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern ist aufgrund der guten Möglichkeit der Erfassung von Risikoverhalten und der hohen Erreichungsquote besonders geeignet für Angebote der Früherkennung und -intervention.

3. Stigma, Betroffenen- und Zielgruppenorientierung

Ausgangslage

Die Stigmatisierung von Suchterkrankungen trägt entscheidend dazu bei, dass zu selten Hilfen in Anspruch genommen werden. Eine weitere Folge des Stigmas ist, dass die Menschen mit Suchtproblemen schlechteren Bedingungen und langfristigen Benachteiligungen in zahlreichen Lebenskontexten ausgesetzt sind. Angebote, wie z.B. frühzeitige Hilfen, sind häufig nicht ausreichend auf die spezifischen Zielgruppen ausgerichtet und berücksichtigen deren Bedarfe nicht genügend. Das bezieht sich u.a. auf geschlechtsspezifische Angebote. Das Mitspracherecht und die Partizipation von Patienten und Patientinnen wird nicht in allen Bereichen als ausreichend angesehen.

Vision „Vorurteilsfreies Klima und fördernde Grundhaltung“

Die Stigmatisierung ist wirksam reduziert, Sucht, schädlicher und riskanter Konsum werden wert- und vorurteilsfrei als optimierbare Verhaltensweisen angesehen. Der Umgang mit Betroffenen ist geprägt von Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz, Mitgefühl und motivierender Förderung.

Gleichbehandlung Suchtkranker

Der Umgang der Gesellschaft mit Suchterkrankungen ist von Respekt geprägt. Suchterkrankungen sind kein Tabu mehr, sondern werden als Erkrankungen angesehen. Stigmatisierung wird - wo sie nicht aus dem Weg geräumt werden kann – wahrgenommen, in ihrer Funktion erkannt, und es wird dieser wirksam begegnet.

Zugewandte Unterstützung

Das Suchthilfesystem ist positiv ausgerichtet, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in allen Versorgungsbereichen sind in Motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing) geschult und nehmen Bedürfnisse und Kompetenzen der Betroffenen wahr. Das System ist gut miteinander und mit der Selbsthilfe vernetzt. Prävention beginnt bereits frühzeitig im Familienumfeld. Angehörige werden angemessen berücksichtigt, d.h. einerseits in die Suchtarbeit eingebunden und andererseits mit ihrem eigenen Hilfebedarf wahrgenommen.

Humanisierung der Suchthilfe

Der Zugang zum Hilfesystem ist erleichtert, sich Hilfe zu suchen ist so normal wie bei einer anderen Erkrankung auch. Die Hilfe ist orientiert an den Bedarfen der jeweiligen Zielgruppe und daran ausgerichtet, was das Individuum braucht und möchte. Dabei werden auch die Angehörigeninteressen berücksichtigt. Der Mensch steht im Mittelpunkt der Suchthilfe. Vorherrschend ist eine Grundhaltung, wie sie im „Spirit“ von Motivational Interviewing (Partnerschaftlichkeit, Akzeptanz, Mitgefühl und Evozieren von Motivation) charakterisiert wird.

4. Evidenzbasierung, Finanzierung und Qualifizierung

Ausgangslage

Trotz der zur Verfügung stehenden evidenzbasierten Therapie- und Hilfeoptionen bestehen Qualitätsmängel im Versorgungs- und Behandlungssystem sowie in den Angeboten der Teilhabeförderung. Es existieren keine wirksamen Anreizsysteme um eine qualitativ hochwertige und sektorenübergreifende Versorgung und Behandlung sicherzustellen. Das Angebot wird auch mitbestimmt durch Einzel- oder Gruppeninteressen der Hilfeanbieter. Es bestehen Qualifikationsmängel in Teilen des Versorgungssystems. Erschwert wird die Flexibilität im Anbieten passender Hilfen nicht zuletzt durch die unterschiedlichen Kostenträger und die Auftrennung in Akut- und Rehabilitationsbehandlung sowie das Nebeneinander von Versorgungssystemen (z.B. Jugendhilfe und Suchthilfe).

Vision „Freier Zugang zu einem Spektrum wirksamer Hilfen“

Es ist gesichert, dass die bestwirksamen Behandlungsformen qualifiziert angeboten werden. Die Betroffenen werden durch eine unabhängige Beratung und entsprechende Informationsangebote darin unterstützt selbstbestimmt ihre Wahl zu treffen.

Evidenzorientierte Förderung

Es wird vorgeschlagen ein Gremium zu etablieren, das den Etat für Suchtforschung verwaltet und entsprechende Entscheidungen für die Förderung von Forschungsprojekten trifft. Es wird ein jährlicher Forschungsetat für den Suchtbereich eingerichtet. Die Finanzierung der Suchtkrankenversorgung ist gesichert und erfolgt nicht mehr segmentiert. Große Versorgungseinrichtungen sollen Forschungsbeauftragte einsetzen. Ziel ist, dass die angebotenen Hilfen und Behandlungen evidenzbasiert und effektiv ausgerichtet sind. Die Bewertung verschiedener Interventionsangebote erfolgt neben der Wirksamkeit auch im Hinblick auf den Erreichungsgrad. Wirksamkeit und Erreichungsgrad werden bei der finanziellen Förderung berücksichtigt; hierbei wird ebenfalls der Schweregrad der Störung der jeweils behandelten Zielgruppen in Betracht gezogen. Forschung und Praxis unterstützen sich gegenseitig. Es findet sowohl ein Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis als auch ein Aufnehmen von Forschungsfragen aus der Praxis in die Forschung statt. Zur Verbesserung der Qualifizierung werden bereits im Grundstudium in allen relevanten Studiengängen Kenntnisse über Suchterkrankungen und riskante Verhaltensweisen vermittelt.

Selbstbestimmte Wahl der Hilfen

Die Hilfesuchenden wählen die für sie in Frage kommenden Interventionen bzw. Behandlungen aus. Ihnen steht ein Spektrum von evidenzbasierten Angeboten zur Verfügung, bei deren Beurteilung und Auswahl sie fachkompetent beraten und begleitet sowie damit in ihrer Selbstbestimmung unterstützt werden.

Realisierungsphase und Agenda

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zukunftswerkstatt entwickeln eine Agenda, welche die Umsetzung von Zielen und Teilzielen beinhaltet. Die Umsetzung der Agenda und deren Strukturgebung erfolgen durch eine zu bildende Kommission, die für eine Dauer von zunächst drei Jahren eingesetzt wird. Ziel der Kommission zur Zukunft der Suchtkrankenversorgung ist es, eine konkrete Umsetzung der Impulse dieses Memorandums zu erarbeiten und vorzulegen. Dazu wird eine jeweilige Task Force für Teilbereiche oder Ziele etabliert. Diese Gruppen ziehen weitere Expertinnen und Experten sowie Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger hinzu und arbeiten partizipativ. Die Kommission lenkt diesen Prozess. Der gesamte Prozess (incl. Bildung von Gremien, Hinzuziehung von spezifischen Expertinnen und Experten) wird transparent gestaltet. Die Ergebnisse münden in einen Bericht, der schlussfolgernd die weiteren Schritte festschreibt. Um die Weichen für eine deutliche Verbesserung der Suchtkrankenversorgung in der Erreichung der Betroffenen sowie der Vernetzung und Kooperation der Betroffenen zu stellen ist eine Zusammenarbeit von Politik, Versorgung und Forschung notwendig. Diesen Prozess gilt es anzustoßen, zu lenken und zum Erfolg zu führen.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Zukunftswerkstatt

Prof. Dr. Anil Batra	Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Sektion für Suchtmedizin und Suchtforschung / Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	Tübingen
Angelika Bähre	Drogenbeauftragte des Landes Schleswig-Holstein	Kiel
Dipl.-Psych. Johannes Berndt	Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	Lübeck
MSc Psych Bettina Besser	Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / DG-Sucht Nachwuchsgruppe	Lübeck
Dr. Sigrun Bever	Referatsleiterin Drogen und Sucht, BGV Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg	Hamburg
Dr. Anja Bischof	Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / DG-Sucht Nachwuchsgruppe	Lübeck
Dr. Gallus Bischof	Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie	Lübeck
Dr. Angela Buchholz	Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie / DG-Sucht Nachwuchsgruppe	Hamburg
Prof. Dr. Jean-Francois Chenot	Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine, Abteilung Allgemeinmedizin / Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Greifswald
Marie-Luise Delsa	Deutsche Rentenversicherung Bund	Berlin
Dipl.-Päd. Ulrike Dickenhorst	LWL-Rehabilitationszentrum Ostwestfalen / Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe	Gütersloh
PD Dr. Tobias Effertz	Universität Hamburg, Institut für Recht der Wissenschaft	Hamburg
Prof. Dr. Ursula Havemann-Reinecke	Universität Göttingen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	Göttingen

Dr. Eva Hoch	Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	München
Rolf Hüllinghorst	Praxis für Kommunikation und PolitikBeratung	Bielefeld
Prof. Dr. Ulrich John	Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Sozialmedizin und Prävention	Greifswald
Susanne Kasimir (Gast)	Stadt Lübeck, Wissenschaftsmanagement	Lübeck
Prof. Dr. Falk Kiefer	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin / Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	Mannheim
MinR'in Gaby Kirschbaum	Bundesministerium für Gesundheit	Berlin
Iris Klaßen (Gast)	Stadt Lübeck, Wissenschaftsmanagement	Lübeck
Prof. Dr. Andreas Koch	Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss)	Kassel
Karl Lesehr	Paritätischer Landesverband Baden-Württemberg (ehem.)	Stuttgart
PD Dr. Johannes Lindenmeyer	Salus Klinik Lindow / Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	Lindow
Dipl.-Psych. Peter Missel	AHG Klinik Daun / Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie	Daun
Dr. Udo Nabitz	ZOK, afdelingonderzoek en kwaliteit / Arkin Institute for Mental Health	Amsterdam
Dr. Tim Pfeiffer-Gerschel	IFT Institut für Therapieforchung / Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD)	München
PD Dr. Hans-Jürgen Rumpf	Universität Lübeck, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie / Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	Lübeck
Dipl.-Päd., Dipl.-Soz. Päd. Doris Sarrazin	Landschaftsverband Westfalen-Lippe LWL-Koordinationsstelle Sucht / Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (ehem.)	Münster
Dipl.-Päd., Dipl.-Soz. Päd. Wiebke Schneider	Bundesgeschäftsstelle Guttempler	Hamburg
Prof. Dr. Rainer Thomasius	Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) / Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie	Hamburg
Dipl.-Soz. Päd. Martina Tödte	Landeskoordinierungsstelle Frauen und Sucht NRW	Essen
Dr. Sabina Ulbricht	Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Sozialmedizin und Prävention	Greifswald
Renate Walter-Hartmann	Deutscher Caritasverband	Freiburg
Dr. Volker Weissinger	Fachverband Sucht	Bonn

Anmerkungen:

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben für ihre eigene Person konsentiert und nicht stellvertretend für ihre Organisationen. Eine Person hat dem Memorandum nicht zugestimmt und wird hier nicht aufgeführt. Die beiden Gäste der Hansestadt Lübeck waren an der Konsentierung nicht beteiligt.



www.dg-sucht.de

Kontakt:
hans-juergen.rumpf@uksh.de
dg-sucht@t-online.de