Deutscher Bundestag **Drucksache 21/9074**

21. Wahlperiode 10.11.2026

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Linda Heitmann, Dr. Lena Gumnior, Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Simone Fischer, Johannes Wagner, Karoline Otte, Sylvia Rietenberg und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Suchthilfesystem zukunftsfest aufstellen – Für einen verlässlichen Zugang und eine flächendeckende Versorgung

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die Suchtberatungs- und Suchthilfestrukturen in Deutschland sind vielerorts unzureichend ausgestaltet und von erheblichen regionalen Versorgungsunterschieden geprägt. Obwohl Suchterkrankungen Millionen Menschen in Deutschland betreffen und mit erheblichen gesundheitlichen und sozialen Folgen sowie vermeidbaren Todesfällen verbunden sind, sind viele Angebote der Suchthilfe weiterhin freiwillige Leistungen der Kommunen und damit jedes Jahr von der jeweiligen Haushaltslage vor Ort abhängig. Angesichts der Vielzahl kommunaler Pflichtaufgaben wird die Suchthilfe vielerorts nicht ausreichend priorisiert. Die Prävention, Behandlung und soziale Begleitung von Menschen mit Suchterkrankungen ist jedoch eine zentrale gesundheitspolitische und sozialpolitische Aufgabe und erfordert verlässliche Rahmenbedingungen sowie eine nachhaltige Finanzierung.

Hierfür braucht es ein geeignetes Finanzierungsmodell unter möglicher Beteiligung des Bundes, das den tatsächlichen Bedarf vor Ort sowie den erforderlichen Ausbau der personellen Kapazitäten berücksichtigt.

Denn die erheblichen regionalen Unterschiede in der Versorgung zeigen, dass ohne einen bundesweit verlässlichen Rahmen keine flächendeckende Versorgung gewährleistet werden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Versorgungsdefizite nicht nur in urbanen Räumen mit sichtbaren „Szenen“ bestehen, sondern auch in ländlichen und strukturschwächeren Regionen – häufig weniger sichtbar, aber ebenso gravierend. Dies gilt insbesondere mit Blick auf Alkohol, der in Deutschland die mit Abstand häufigste Hauptdiagnose in der Suchthilfe darstellt (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen: DHS Jahrbuch Sucht 2026, online abrufbar unter: https://www.dhs.de/unsere-arbeit/dhs-jahrbuch-sucht/).

Die derzeitige Ausgestaltung als kommunale Kann-Leistung führt dazu, dass Umfang, Qualität und Verfügbarkeit der Suchtberatung stark von der jeweiligen Haushaltslage vor Ort abhängen. Entsprechend bleibt die Finanzierungssituation der Suchtberatung alarmierend. Ob und in welcher Qualität Betroffene Beratung erhalten, bestimmt somit maßgeblich der Wohnort. Gerade in ländlichen

Regionen sind Beratungsangebote oft Mangelware und nur mit langen Wegen erreichbar. Das wird dem Ziel gleichwertiger Lebensverhältnisse nicht gerecht. Auch über die Beratung hinaus ist die Finanzierung von Suchthilfeeinrichtungen, etwa von Unterstützungsprogrammen für Menschen in der Abstinenz, vielfach durch begrenzte Haushaltsmittel gefährdet. Menschen mit besonders hohem Risiko bleiben dadurch häufig ohne niedrigschwellige Hilfeangebote.

Zwar existieren in einigen Kommunen sehr engagierte und erfolgreiche Angebote der Suchthilfe und Suchtberatung. Diese beruhen jedoch häufig auf projektbezogener und befristeter Finanzierung. Dadurch entsteht für Träger, Einrichtungen und Angestellte in der Suchtberatung eine dauerhafte Unsicherheit, die Planung, Personalbindung und Angebotskontinuität erheblich erschwert. Ohne eine strukturelle und langfristige Regelfinanzierung bleiben diese Angebote vielerorts unsicher und können eine steigende Inanspruchnahme nicht dauerhaft abdecken. Zu den Suchterkrankungen zählen Abhängigkeitserkrankungen im Zusammenhang mit illegalisierten Substanzen ebenso wie Alkohol-, Tabak- und Medikamentenabhängigkeiten. Eine wirksame Suchthilfe erfordert daher eine enge Verzahnung mit integrierten und sektorenübergreifenden Unterstützungsstrukturen, etwa in der Familienhilfe oder der Sozialberatung.

Fachverbände wie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) weisen seit Jahren darauf hin, dass die bestehenden Strukturen der Suchtberatung vielerorts nicht ausreichend abgesichert und finanziert sind, und plädieren für eine gesetzliche Verankerung sowie verlässliche Finanzierungsstrukturen. Dabei wird insbesondere ein verbindlicher und bundesweit verlässlicher Zugang zu Suchtberatung als geeigneter Weg diskutiert, um eine flächendeckende und langfristig abgesicherte Versorgung sicherzustellen. Ein solcher Zugang würde die Verbindlichkeit erhöhen und die Position der Betroffenen stärken. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Modelle ohne einen verbindlichen Zugang die bestehenden Versorgungsdefizite nicht nachhaltig überwinden können. Zugleich ist ein bundesweit verlässlicher Zugang geeignet, bestehende regionale Unterschiede abzubauen und zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse beizutragen.

Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung besteht fachlich Einigkeit darüber, dass ein bundesweit verlässlicher Rahmen erforderlich ist, der insbesondere eine bedarfsgerechte personelle Ausstattung der Suchtberatung gewährleistet.

Vor diesem Hintergrund kann eine verlässliche Finanzierung der Suchtberatung nicht allein auf kommunaler Ebene sichergestellt werden. Hierfür ist die Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung von Bund, Ländern und Kommunen zu klären. Gleichwertige Lebensverhältnisse setzen voraus, dass Betroffene überall – egal wie die Versorgungslage bei ihnen vor Ort aussieht – verlässlich Zugang zu Suchtberatung finden können. Ein bundesweit verlässlicher Zugang zu Suchtberatung ist ein wichtiger Baustein, um Menschen mit Suchterkrankungen oder problematischem Substanzkonsum verlässliche Unterstützung, gesellschaftliche Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben in Würde zu ermöglichen. Eine verlässliche Finanzierung der Suchtberatungs- und Suchthilfeangebote ist gleichzeitig Voraussetzung für eine wirksame Präventions-, Sozial- und Unterstützungspolitik. Bund, Länder und Kommunen müssen gemeinsam sicherstellen, dass Suchthilfeangebote bundesweit ausreichend vorhanden, langfristig abgesichert und für alle Betroffenen verlässlich erreichbar sind.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

a) unter Beteiligung der Länder, Kommunen, Fachverbände und Sozialversicherungsträger ein Konzept für einen bundesweit verlässlichen, niedrigschwelligen und bedarfsgerechten Zugang zu qualifizierter Suchtberatung einschließlich fachlicher Qualitätsstandards und eines wissenschaftlich ermittelten, bedarfsgerechten Personalschlüssels vorzulegen. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob und unter welchen verfassungsrechtlichen, sozialrechtlichen und finanziellen Voraussetzungen ein individueller Rechtsanspruch geschaffen werden kann. Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes, die Abgrenzung zu bestehenden Leistungsansprüchen sowie die finanziellen Auswirkungen auf Bund, Länder, Kommunen und Sozialversicherungsträger sind darzulegen;

b) im Rahmen dieses Konzepts zu prüfen, wie eine bedarfsgerechte Sicherstellung der Suchtberatung unter Wahrung der verfassungsrechtlichen Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung von Bund, Ländern und Kommunen gewährleistet werden kann. Dabei sind insbesondere das bundesverfassungsrechtliche Aufgabenübertragungsverbot, die landesverfassungsrechtlichen Konnexitätsregelungen und die kommunale Selbstverwaltung zu berücksichtigen;

c) zu prüfen, ob die Einführung eines verbindlichen Zugangs zu Suchtberatung zeitlich gestuft erfolgen kann und ob die Länder vor Inkrafttreten verpflichtet werden können, die vorhandenen Beratungskapazitäten und die regionale Versorgungsdichte zu ermitteln, den tatsächlichen Bedarf zu bestimmen und auf dieser Grundlage eine Entwicklungsplanung einschließlich eines Finanzierungskonzepts vorzulegen. Die Planungen sollten regelmäßig fortgeschrieben werden; darüber sollte dem Bund berichtet werden;

d) auf Grundlage einer transparenten und nachvollziehbaren Kosten- und Gesetzesfolgenabschätzung geeignete, verfassungsrechtlich zulässige Finanzierungsmodelle, einschließlich einer möglichen Beteiligung des Bundes, zu prüfen. Dabei sind die bestehenden Finanzierungsstrukturen, die voraussichtlichen zusätzlichen Personal-, Sach-, Infrastruktur- und Verwaltungskosten sowie die langfristigen Haushaltswirkungen für Bund, Länder und Kommunen zu berücksichtigen;

e) Maßnahmen zu ergreifen, um die Verzahnung der verschiedenen Hilfs- und Behandlungsangebote in der Suchthilfe zu verbessern und insbesondere Übergänge zwischen Suchtberatung, Entgiftung, Entwöhnungsbehandlung, Rehabilitation, Nachsorge sowie weiteren Unterstützungsangeboten verbindlicher, schneller und niedrigschwelliger zu gestalten; hierzu sollen insbesondere bestehende Kooperations- und Lotsenstrukturen gestärkt und dort, wo Versorgungslücken bestehen, weiterentwickelt werden; aufsuchende und niedrigschwellige Unterstützungsangebote sollen gestärkt sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Versorgungsabbrüchen und langen Wartezeiten entwickelt werden;

f) unabhängig von der Ausgestaltung des Zugangs zu Suchtberatung gemeinsam mit den Ländern eine langfristige und verlässliche Finanzierung niedrigschwelliger und schadensmindernder Suchthilfeangebote sicherzustellen. Dabei sind die jeweiligen Finanzierungs- und Ausführungsverantwortlichkeiten von Bund und Ländern zu beachten und die dem Bund zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Investitions-, Modell-, Forschungs- und Anschubfinanzierung auszuschöpfen;

g) ein bundesweit einheitliches Monitoring der Suchtberatung und der weiteren Suchthilfe einschließlich der Suchtrehabilitation einzurichten. Dabei sollen insbesondere regionale Kapazitäten, geografische Erreichbarkeit, Wartezeiten, personelle Ausstattung, Finanzierung, Inanspruchnahme und ungedeckte Bedarfe erfasst werden. Die Länder sollen hierzu mindestens alle fünf Jahre berichten; die Ergebnisse sind zu veröffentlichen und in einem regelmäßig tagenden Bund-Länder-Fachdialog unter Einbeziehung der kommunalen Spitzenverbände, der freien Träger und der Fachverbände auszuwerten. Bis zur wissenschaftlichen Ermittlung eines aktualisierten Personalschlüssels kann die bisherige Empfehlung von einer Vollzeit-Fachkraft je 10.000 Einwohner*innen als vorläufiger Planungsorientierungswert herangezogen werden. Sie stellt keine Obergrenze dar; bereits bestehende bessere Personalausstattungen sowie ein regional festgestellter höherer Bedarf bleiben davon unberührt.

Berlin, den 10. November 2026

Katharina Dröge, Britta Haßelmann und Fraktion

Begründung

Suchterkrankungen gehören zu den häufigsten und folgenschwersten sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen in Deutschland. Millionen Menschen sind direkt oder indirekt von Alkohol-, Tabak-, Medikamenten- oder illegalem Drogenkonsum betroffen. Suchterkrankungen gehen häufig mit erheblichen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Belastungen für Betroffene, Angehörige und das Gesundheitssystem einher.

Beratungsstellen, niedrigschwellige Angebote, Präventionsarbeit und aufsuchende Sozialarbeit werden vielerorts von Kommunen oder freien Trägern vor Ort organisiert und finanziert. Viele dieser Angebote sind jedoch als freiwillige Leistungen ausgestaltet und damit besonders anfällig für Haushaltskürzungen. Dadurch entstehen erhebliche regionale Unterschiede in der Versorgung: Der Zugang zu Suchthilfe darf in Deutschland nicht vom Wohnort oder der Haushaltslage einer Kommune abhängen.

Nach der bundesweiten Wiederholungsbefragung der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) aus dem Jahr 2026 ist die Finanzierung bei 76,9 Prozent der befragten Einrichtungen nicht kostendeckend bzw. noch nicht abschließend geklärt. Nur 12,7 Prozent berichten von einer gesicherten Finanzierung; gegenüber 2024 ist damit keine erkennbare Verbesserung eingetreten. 56,8 Prozent der Einrichtungen berichten von einer Finanzierungslücke von bis zu 20 Prozent, bei knapp einem Drittel liegt sie noch darüber. Gleichzeitig erwarten 84,2 Prozent eine zunehmende Komplexität der Fälle. Die finanziellen Schwierigkeiten wirken sich unmittelbar auf die Versorgung aus: Angebote werden eingeschränkt oder gestrichen, Öffnungs- und Sprechzeiten reduziert und Stellen nicht besetzt. In 20,1 Prozent der Einrichtungen konnten Stellen aufgrund der finanziellen Situation nicht besetzt werden (vgl. DHS, 2026, Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland).

Andere Modelle, etwa Angebote durch die gesetzliche Krankenversicherung, können wichtige Beiträge leisten, greifen jedoch allein zu kurz, da Suchtberatung in der Praxis regelmäßig über rein medizinische Leistungen hinausgeht und insbesondere sozialarbeiterische, präventive und niedrigschwellige Unterstützungsangebote umfasst. Diese lassen sich nur begrenzt im bestehenden System der Krankenversicherung abbilden. Sie erfordern vielmehr

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

eine breitere sozialrechtliche Verankerung. Dies gilt umso mehr, als Suchtberatung auch von einem nicht zu vernachlässigenden Teil nicht krankenversicherter Menschen genutzt wird.

Ein verbindlicher, bundesweit verlässlicher Zugang stärkt zudem die Position der Betroffenen und erhöht die Planungssicherheit für Träger und Einrichtungen. Dadurch werden stabile Strukturen, eine bessere Personalbindung und eine kontinuierliche Angebotsentwicklung ermöglicht. Voraussetzung für eine erfolgreiche Umsetzung ist, dass ein solcher Zugang mit einer auskömmlichen Finanzierung sowie klar definierten Mindeststandards – insbesondere hinsichtlich der personellen Ausstattung – hinterlegt wird. Nur so kann sichergestellt werden, dass der Zugang nicht nur formal besteht, sondern auch tatsächlich eingelöst werden kann. Ein vergleichbares Regelungsmodell hat der Bundesgesetzgeber mit dem Gewalthilfegesetz geschaffen. Dort wird ein individueller Anspruch gegen die Länder mit einer landesbezogenen Sicherstellungsverpflichtung, einer vorgelagerten Bedarfs- und Entwicklungsplanung sowie einem zeitlich gestuften Inkrafttreten verbunden. Der Bund beteiligt sich an den Mehrbelastungen der Länder durch eine Anpassung der vertikalen Umsatzsteuerverteilung. Dieses Grundmodell kann unter Berücksichtigung der fachlichen Besonderheiten der Suchtberatung als Orientierung für die Prüfung einer gesetzlichen Ausgestaltung dienen.

Die Antragsteller halten einen individuellen Rechtsanspruch auf Zugang zu Suchtberatung für ein geeignetes politisches Ziel. Ob und wie er verfassungsrechtlich, sozialrechtlich und finanziell umsetzbar ist, soll im Rahmen des Konzepts geprüft werden.

Zugleich zeigt sich seit Jahren ein wachsender Bedarf an Suchthilfeangeboten. Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle verharrt auf einem sehr hohen Niveau. Im Jahr 2025 wurden bundesweit 2.150 drogenbedingte Todesfälle registriert. Besonders besorgniserregend ist die Entwicklung bei jungen Menschen: 528 der Verstorbenen waren unter 30 Jahre alt, ein Anstieg um 52,6 Prozent gegenüber 2021. Bei den unter 20-Jährigen hat sich die Zahl der Todesfälle im selben Zeitraum nahezu verdoppelt (vgl. Beauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen, Pressemitteilung vom 7. Juli 2026: „Jeder vierte Drogentote ist unter 30 Jahre“ unter: https://www.bundesdrogenbeauftragter.de/presse/detail/jeder-vierte-drogentote-ist-unter-30-jahre/). Gleichzeitig fehlen in vielen Regionen ausreichend niedrigschwellige Hilfsangebote sowie ausreichend ausgestattete Beratungsstellen. Die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (BT-Drs. 21/6257) sowie die Antwort auf die Fragestunde des Deutschen Bundestages vom 24. Juni 2026 machen neben den bereits erläuterten Problemstellungen zudem einmal mehr deutlich, dass die Zuständigkeiten im Suchthilfesystem auf eine Vielzahl von Akteuren verteilt sind und eine bundeseinheitliche Steuerung bisher ausdrücklich nicht vorgesehen ist. Während medizinische Leistungserbringer, Rehabilitationseinrichtungen, Jugendhilfe, Rentenversicherung sowie Länder und Kommunen jeweils Teilbereiche verantworten, trägt kein Akteur die Gesamtverantwortung für eine flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung. Die Folge sind erhebliche Steuerungsdefizite, regionale Unterschiede und Versorgungslücken, für deren Schließung sich kein Akteur in der Gesamtverantwortung sieht. Besonders deutlich werden die bestehenden Steuerungs- und Planungsdefizite bei spezialisierten Angeboten für Kinder und Jugendliche. Nach Angaben der Bundesregierung stehen bundesweit rund 450 Rehabilitationsplätze für Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeitserkrankungen zur Verfügung. Gleichzeitig konnte die Bundesregierung auf Nachfrage weder eine Aufschlüsselung dieser Kapazitäten noch Angaben zur regionalen Verteilung der Plätze machen. Dies verdeutlicht den Bedarf an einer besseren Datengrundlage und einem regelmäßigen bundesweiten Monitoring der Suchthilfe und Suchtrehabilitation (vgl. BT-Drucksache 21/5974).

Wissenschaftliche Erkenntnisse und internationale Erfahrungen zeigen, dass frühzeitige Beratung, Prävention und schadensmindernde Maßnahmen einen entscheidenden Beitrag zur Reduzierung gesundheitlicher und sozialer Folgeschäden leisten können. Angebote wie aufsuchende Sozialarbeit, Substitutionsbehandlung, Drug-Checking oder Drogenkonsumräume ermöglichen häufig überhaupt erst den Zugang zu Beratung, Therapie und medizinischer Versorgung. Diese Angebote sind wichtige Bausteine eines modernen und evidenzbasierten Suchthilfesystems. Gleichzeitig zeigen sich in der Praxis erhebliche Brüche in den Versorgungsketten. Übergänge zwischen Beratung, Entgiftung, Therapie und Nachsorge sind vielerorts nicht ausreichend koordiniert und mit langen Wartezeiten verbunden. Dies erhöht das Risiko von Behandlungsabbrüchen und Rückfällen und erschwert eine nachhaltige Stabilisierung der Betroffenen.

Fachverbände wie die DHS weisen seit Jahren darauf hin, dass die bestehenden Strukturen der Suchthilfe vielerorts an ihre Grenzen stoßen. Sie fordern daher eine verlässliche Finanzierung sowie bundesweit vergleichbare

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Mindeststandards, unter anderem eine bedarfsgerechte personelle Ausstattung der Suchtberatung. Dafür ist ein aktualisierter und wissenschaftlich fundierter Personalschlüssel erforderlich, der gemeinsam mit Ländern und Fachverbänden ermittelt und anschließend in regelmäßigen Abständen überprüft und fortgeschrieben werden sollte. Die DHS weist zugleich darauf hin, dass der bislang verwendete Orientierungswert von einer Vollzeit-Fachkraft je 10.000 Einwohner*innen auf einer mehr als 30 Jahre alten Berechnungsgrundlage beruht, die heute nicht mehr nachvollzogen werden kann. Angesichts veränderter Beratungsbedarfe und einer zunehmenden Komplexität der Fälle ist deshalb eine wissenschaftliche Neuerhebung eines bedarfsgerechten Personalschlüssels erforderlich. Bis zu einer solchen Neuberechnung kann der bisherige Schlüssel lediglich als vorläufiger Planungsorientierungswert dienen. Dabei muss sichergestellt werden, dass bereits bestehende bessere Personalausstattungen sowie regional höhere Bedarfe nicht abgesenkt werden. So kann eine verlässliche Grundlage für die Personal- und Finanzplanung geschaffen und zugleich dazu beigetragen werden, bestehende Versorgungslücken zu schließen und den Zugang zu Hilfe für Betroffene bundesweit zu verbessern.

Suchtrehabilitation ist eine der wenigen sozial- und gesundheitspolitischen Maßnahmen, deren Nutzen weit über die gesundheitliche Stabilisierung hinausreicht. Ziel der Suchtrehabilitation ist nicht allein die Überwindung der Abhängigkeitserkrankung, sondern auch die Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit und gesellschaftlicher Teilhabe. Die Deutsche Rentenversicherung weist darauf hin, dass die Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen wesentlich zur dauerhaften beruflichen Integration beitragen kann (Deutsche Rentenversicherung Bund (2019): Presseseminar „Abhängigkeitserkrankungen – Herausforderungen und Chancen der Rehabilitation“, Vortrag Brigitte Gross, Würzburg, 14.11.2019). Auch Katamneseuntersuchungen der Suchtrehabilitation zeigen deutliche Verbesserungen der Erwerbssituation: Der Anteil der Erwerbslosen sank unter den befragten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden innerhalb eines Jahres nach Behandlungsende von 35,6 Prozent auf 19,6 Prozent (online abrufbar unter: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publikationen/katamnesen/FVS_fachkliniken_alkohol_medikamente/FVS_Katamnese_-_Alkohol_Medikamente_Sucht-Aktuell__2021-1.pdf). Auch frühzeitige Prävention und niedrigschwellige Suchtberatung tragen dazu bei, erhebliche gesellschaftliche Folgekosten zu vermeiden. Eine Studie aus Bayern zum Social Return on Investment der ambulanten Suchtberatung zeigt, dass den eingesetzten Ressourcen eingesparte gesellschaftliche Kosten in etwa 17-facher Höhe gegenüberstehen. Jeder in Suchtberatung investierte Euro kann damit gesellschaftliche Folgekosten von rund 17 Euro vermeiden (vgl. DHS, 2026, Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland).

Ziel dieses Antrags ist es daher, die strukturellen Grundlagen für eine flächendeckende, bedarfsgerechte und langfristig gesicherte Suchthilfe in Deutschland zu schaffen. Dazu gehören insbesondere ein verlässlicher Zugang zu Suchtberatung, eine bessere finanzielle Ausstattung der Suchthilfe sowie der Ausbau präventiver und schadensmindernder Angebote. Frühzeitige Prävention und niedrigschwellige Unterstützung tragen zudem dazu bei, langfristig erhebliche Folgekosten im Gesundheits-, Sozial- und Justizsystem zu vermeiden. Auch wenn sich diese Effekte nicht in jedem Bereich exakt quantifizieren lassen, sprechen fachliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen dafür. Laut einer SROI-Studie aus Bayern aus dem Jahr 2022 können pro Klient*in durchschnittlich 22.691,00 Euro an Kosten vermieden werden (Bayrisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Analyse zur Wertschöpfung der ambulanten Suchtberatung in Bayern, 2022, abrufbar unter: https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/gesundheitsversorgung/doc/wertschoepfung_ambulante_suchtberatung_langfassung.pdf).

Der Deutsche Bundestag hält diese Investitionen für gesundheitspolitisch, sozialpolitisch und volkswirtschaftlich geboten. Die Bundesregierung wird daher aufgefordert, ein Konzept vorzulegen, das einen bundesweit verlässlichen Zugang zu Suchtberatung, die Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung von Ländern und Kommunen und eine mögliche finanzielle Beteiligung des Bundes klar voneinander abgrenzt. Die Mehrkosten sind transparent zu ermitteln. Eine mögliche Beteiligung des Bundes kann in verfassungsrechtlich zulässiger Weise etwa über eine Anpassung der vertikalen Umsatzsteuerverteilung zugunsten der Länder erfolgen. Dabei ist die Verantwortung der Länder für die angemessene Finanzierung der von ihnen bestimmten Aufgabenträger und anerkannten Beratungsstellen zu berücksichtigen.

Vorabfassung – wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.